

11265

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA LA SUBESPECIALIDAD EN PSICOTERAPIA MEDICA
TITULO: PSICOTERAPIA BREVE E INMUNIDAD.

TUTORA: DRA. BLANCA VARGAS.

V.o.Bo.



ALUMNO: Dr. HECTOR JOSE DUEÑAS TENTORI.

FECHA: 14/12/98.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

295205

Recibi 1 original y 3 copias
ASRangel
18/Enero/99

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

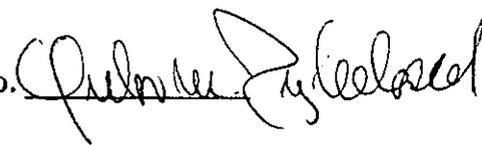
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA LA SUBESPECIALIDAD EN PSICOTERAPIA MEDICA

TITULO: PSICOTERAPIA BREVE E INMUNIDAD.

TUTOR : DR. VICTOR RUIZ-VELASCO.

Vo. Bo.



ALUMNO: Dr. HECTOR JOSE DUEÑAS TENTORI.

FECHA : 14/12/98.

INDICE .-

PAGINA	CAPITULO	TEMA
1	I	INTRODUCCION
2	II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3	III	HIPOTESIS
3	IV	OBJETIVOS
4	V	TIPO DE ESTUDIO
5	VI	MATERIAL Y METODOS
7	VII	CRITERIOS DE INCLUSION
7	VIII	CRITERIOS DE EXCLUSION
8	IX	RESULTADOS
16	X	MANEJO ESTADISTICO
18	XI	DISCUSION
22	XII	CONCLUSIONES
23	XIII	COMENTARIO FINAL
23	XIV	BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION.

Uno de los elementos que dieron la posibilidad original a la medicina para poder ingresar en su cuerpo de conocimiento a los principios del Método Científico fue el preocuparse por objetivizar en forma medible las cualidades con las que trabajaban en un sentido filosófico los Médicos de la Antigüedad: fue posible así dar el salto del punto de vista de Aristóteles al de Bacon y abrir así la puerta del Renacimiento a la Medicina.

Tradicionalmente se trabaja con cualidades dentro de la Psicoterapia, sin embargo, esta disciplina trabaja en el individuo dentro de un contexto integral, lo que no solo implica el alivio del síntoma o la ayuda en la promoción del bienestar, sino que también lleva implícito un cambio de conducta, un proceso de aprendizaje y por lo tanto debe traducirse su acción en fenómenos neurofisiológicos.

Recientemente se han publicado trabajos que relacionan el funcionamiento de los sistemas neurales, procesos psicológicos, de estrés psicosocial, con el sistema endócrino y el sistema inmunológico, lo que se ha dado en llamar psico-neuro-endócrino-inmunología, término que quizá sea necesario resumir posteriormente en un nuevo concepto más sintético y expresivo de su contenido pues supone la posibilidad de un nuevo campo de investigación y práctica.

La posibilidad de comprobar que mediante Psicoterapia Breve es posible influir en la inmunidad abre un campo de estudio fascinante y daría a la disciplina un elemento más de personalidad específica dentro del quehacer médico además del tradicional beneficio que como catarsis o potenciador de la relación médico-paciente se le da en la práctica general.

Existen variables que pueden ser colocadas dentro de un sistema de investigación para poder probar la idea de que un proceso de psicoterapia puede incrementar la eficiencia del sistema inmune en el control y prevención de infecciones crónicas. Para ello, elegí el modelo de la vaginitis infecciosa recurrente, pues se trata de una enfermedad frecuente de un fácil abordaje de exploración y diagnóstico. No debe haber factores de riesgo asociados a excepción de una depresión crónica (T. Distímico) que sería el evento supuesto cuya influencia provoca la reincidencia de la enfermedad.

Es claro que al escoger una muestra de pacientes así, se está investigando sobre un grupo específico en quienes un T. Afectivo se encuentra influyendo en su enfermedad, es decir, un grupo especialmente vulnerable y con un solo riesgo asociado en particular.

Parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, se pueden definir acciones preventivas que permitan que los daños a la salud ocurran con menor frecuencia. Aunque este concepto no necesariamente implica el establecimiento de una relación etiológica, sí establece la definición de un atributo como el elemento que aumenta la probabilidad de la recurrencia de la vaginitis y por lo tanto se establece una variable que se pueda modificar mediante una intervención psicoterapéutica.

Es un hecho probado que independientemente del tipo de técnica psicoterapéutica que se aplique, los resultados en la mayoría de los pacientes son comparables desde el punto de vista de todos los indicadores que hasta el momento se han utilizado(6,12,20,21), por lo que las características de la técnica se individualizarían a cada paciente según su caso pero con

los elementos comunes a la Psicoterapia Médica: focalización, participación activa del Terapeuta, duración breve, etc.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los casos de mujeres con vaginitis recidivante por lo general no muestran algún mecanismo precipitante o casual. El microorganismo más frecuentemente asociado a este tipo de problemas es la *Candida Albicans* y existen varias teorías que intentan explicar la producción de este tipo de problemas:

- a) Existe una hipótesis que habla de que existe un reservorio de las especies identificadas en la vagina y también en el recto. Lo anterior ha sido especialmente demostrado en *Candida* (22). Sin embargo, existen estudios que demuestran con tratamientos de nistatina oral que disminuyen la concentración de levaduras intestinales y vaginales y que no evitan la recidivas del problema micótico vaginal. De hecho, hay pacientes con persistente presencia de levaduras intestinales sin colonización vaginal (22),(23).
- b) Existe una hipótesis que lo atribuye a transmisión sexual. Se sabe que la colonización genital asintomática es cuatro veces más frecuente en compañeros sexuales masculinos de mujeres infectadas por la misma cepa, lo mismo que los cultivos de secreción prostática. No obstante lo anterior, se carece de confirmación de que el problema sea realmente por transmisión sexual y la contribución de ésta a la patogenia de la infección. Con base a la prevalencia de cultivos penianos positivos, tal parece que la diseminación sexual debería ser más limitada de lo que se encuentra en la realidad clínica cotidiana; además, ningún estudio experimental ha demostrado que el tratamiento del hombre evite la recidiva en mujeres (29),(31).
- c) Recaída Vaginal: este concepto habla de un estado de portador asintomático y cuando las condiciones del huésped lo permiten, los microorganismos colonizadores aumentarían en número y producirían un nuevo episodio clínico. Estos factores del huésped no están bien definidos y puede haber más de un mecanismo o una combinación entre ellos. No hay pruebas de deficiencia de complemento, células blancas, fagocíticas o Ig en estas pacientes. Existe una hipótesis adicional en este sentido que habla de deficiencia cuantitativas de flora bacteriana protectora de la vagina en condiciones normales, que no permiten el crecimiento, proliferación y germinación de microorganismos colonizadores (30).

Además, puede ocurrir una deficiencia de antígenos específica, de tipo adquirido, a menudo temporal en la función de linfocitos T que permiten en forma similar la proliferación de gérmenes patógenos. Aparentemente dicho problema es causado por la producción en los macrófagos de la misma paciente de la Prostaglandina E2 que impide su proliferación, probablemente inhibiendo la interleucina 2 (18,33).

- d) Finalmente, existe la posibilidad de una reacción de hipersensibilidad aguda adquirida al antígeno de *Candida*, acompañada por titulaciones elevadas de IgE específica para *Candida*. Son pacientes que a menudo presentan manifestaciones vulvares intensas: exantema, eritema, edema y prurito, con cambios exudativos vaginales mínimos, poca

secreción y titulaciones altas de microorganismos. En esta última posibilidad de explicación entra el menor número de mujeres con vaginitis recidivante (31).

Inevitablemente las pacientes que entran en esta categoría laxamente definida de vaginitis recidivante y rebelde a tratamiento, presentarán una amplia diversidad de problemas de diagnóstico y tratamiento. Desafortunadamente no existe un protocolo de tratamiento universalmente establecido. El limitado número de opciones y los diagnósticos difíciles contribuyen al problema (31). Este grupo de pacientes con síntomas vulvo-vaginales crónicos o recidivantes podría beneficiarse de esquemas de diagnóstico y tratamiento más eficaces. Es en este sentido que el reconocimiento de la influencia moduladora hacia abajo de los Trastornos Afectivos en el sistema inmunitario puede actuar tanto en la predisposición como en la cronificación de los factores del huésped que tanto influyen en el incremento de gérmenes patógenos como en el mantenimiento de los elementos que se encargan de evitar tales situaciones y mantener a la paciente libre del problema. El que una intervención psicoterapéutica sea capaz de disminuir el número de recidivas en forma significativa implica la acción directa sobre una variable biológica y esto permitiría vislumbrar la posibilidad de una línea de investigación sobre los mecanismos mediadores de tal influencia.

III.- HIPOTESIS .

1.- "EL TRASTORNO DISTIMICO ES UN FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA VAGINITIS RECIDIVANTE".

2.- "MEDIANTE UN PROCESO DE PSICOTERAPIA BREVE ES POSIBLE INCREMENTAR LA RESPUESTA INMUNOLOGICA SISTEMICA Y SECRETORA NECESARIA PARA DISMINUIR LAS RECURRENCIAS DE VAGINITIS EN PACIENTES QUE NÒ PRESENTAN OTRO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A EXCEPCION DE UN TRASTORNO DISTIMICO".

IV.- OBJETIVOS .

- 1) Presentar una descripción de los resultados de la evaluación y tratamiento de los siguientes grupos de pacientes :

Dos grupos de 7 mujeres cada uno, entre 25 y 40 años de edad con vaginitis recidivante de tipo infeccioso y sin otros factores de riesgo asociados a excepción de un T. Distímico :

1a) A un grupo de siete de estas pacientes se les administrará un manejo antidepresivo además del correspondiente a la etiología infecciosa de la vaginitis. La duración del manejo farmacológico será de seis meses.

1b) A otro grupo de las siete restantes pacientes se les administrará el manejo antidepresivo en un inicio y por espacio de un mes para el control sintomatológico del trastorno afectivo y por razón ética, pero además se iniciará un proceso de psicoterapia breve desde la segunda semana y con una duración de seis meses, a razón de una sesión a la semana (25 sesiones).

- 2) Hacer un análisis estadístico comparativo de los puntajes de Hamilton-D antes y después del tratamiento y del número de recurrencias durante el año previo a la instalación del manejo y las que se hayan presentado a lo largo de los seis meses de administración del antidepresivo (Grupo I) o los seis meses de manejo con psicoterapia breve (Grupo II).
- 3) Establecer la evidencia descriptiva de que el T. Distímico es un Factor de Riesgo Asociado a la Vaginitis Recidivante.
- 4) Establecer la evidencia descriptiva de que un proceso de Psicoterapia Breve puede influir para prevenir las recurrencias de vaginitis recidivante.

V.- TIPO DE ESTUDIO .

Longitudinal y de casos y controles.

VI.- MATERIAL Y METODOS .

VIa.-

1) Para la determinación de las condiciones sistémicas y secretora de la inmunidad se llevaron a cabo:

- a) Citología hemática completa con cuenta leucocitaria diferencial.
- b) Determinación en suero de inmunoglobulinas A,E,G y M.
- c) Determinación en suero de Complemento Sérico Total.
- d) Medición de anticuerpos antinucleares y presencia o ausencia de células LE.

2) Elaboración de Historia Clínica Médica inicial para descartar que existan Factores de Riesgo Asociados que implicaran la exclusión del caso de la paciente del presente estudio.

3) Perfil Tiroideo básico.

4) Curva de tolerancia a la glucosa.

5) Se establecieron dos grupos de pacientes:

I)Un grupo de siete pacientes a quienes se administró un tratamiento exclusivamente farmacológico para el manejo de su depresión además del correspondiente a la etiología infecciosa de la vaginitis. La duración del manejo antidepressivo fue de seis meses.

Este grupo tendrá contacto solo con su Ginecólogo, siendo el Psiquiatra interconsultante en caso necesario y en el momento de elaborar el Hamilton-D. Así se controla la variable de transferencia que establecería con un médico a quien viera en forma regular.

II)Un grupo de siete pacientes a quienes se administró el manejo antidepressivo farmacológico en un inicio y por espacio de un mes para el control de la sintomatología y por razones éticas, pero además se inició un proceso de Psicoterapia Breve desde la segunda semana de tratamiento y con una duración de seis meses, con una sesión cada semana o sea, 25 sesiones en total.

Este grupo tendrá contacto con su Ginecólogo y con el Psiquiatra en forma regular.

6) Las pacientes son captadas para el estudio por un Servicio de Ginecología al presentarse en su última recaída de vaginitis. Desde el principio se les explica el motivo del estudio, su metodología y solo se aceptan para el mismo si se encuentran de acuerdo para someterse a los dos tipos de tratamiento y a los exámenes de laboratorio que se anotan en Material y Métodos. Conforme se iban presentado por su recaída se iban asignando a un grupo o a otro en forma aleatoria.

La revisión ginecológica en ambos grupos se hará necesaria en los casos de recurrencia de vaginitis.

- 7) Se escogió un ISRS que no tuviera vida media larga o metabolitos que la tuvieran para evitar problemas de prolongación de efecto terapéutico, sobre todo en el caso de las pacientes en quienes se suspende el tratamiento al mes (grupo b). Además, con el uso de este tipo de fármaco se asegura la acción preferente sobre un sistema de neurotransmisión. Se escogió a la Sertralina y con ello la acción sobre serotonina.
- 8) El proceso de Psicoterapia Breve tuvo una duración de seis meses y el área focal se estableció sobre los factores centrales de la conflictiva de la paciente.
- 9) Se aplicó un Hamilton-D al inicio y al final del manejo en ambos grupos. El punto de corte fue de 19, lo que corresponde a una depresión moderada.
- 10) Se elaboró una Historia Clínica en cada caso orientada hacia el manejo psicoterapéutico, un reporte de cada sesión y un reporte al final.
- 11) Microscopía directa de exudado vaginal tanto para el diagnóstico de seguimiento como para el de las recaídas.
- 12) Reporte del Ginecólogo cuando se diera el caso de una recurrencia para el registro de la misma.

VIIb.- METODOLOGIA PSICOTERAPEUTICA .

Se siguieron los lineamientos que en general caracterizan a la Psicoterapia Breve :

- 1) Desde la primera consulta se trató de establecer la conflictiva ambiental, interpersonal e intrapsíquica de la paciente. Lo anterior con el objeto de promover el que la paciente modificara las pautas de conducta necesarias para su bienestar.
- 2) Una vigorosa y activa participación con la paciente en el proceso, incluyendo en ello la interpretación de las relaciones entre pasado, presente y transferencia con el objeto de ayudar a la adecuada advertencia de sus conflictos.
- 3) Centrar la atención de la paciente en las áreas de conflicto y vulnerar las defensas, siendo todo lo flexible que fuera posible sin afectar el proceso y evitando todo "perfeccionismo terapéutico".
- 4) La meta del proceso siempre fue concreta y objetiva: ayudar a la paciente en su conflictiva inmediata, bien focalizada, tocando otras áreas cuando así era estrictamente necesario. No hubo intención alguna de reestructura en aspectos de personalidad.
- 5) Establecimiento de un área focal de la conflictiva, siempre en torno a su problemática actual.
- 6) El Area Focal implica el establecimiento del conflicto en sus raíces en experiencias infantiles, las pautas repetitivas de comportamiento familiar que lo retroalimentaron y

las manifestaciones estructuradas en base a la conflictiva actual y los factores internos y externos que influyen en ella.

- 7) A los anteriores elementos de guía en la conflictiva de la paciente se agregan:
 - motivo de consulta,
 - factores precipitantes (de los síntomas y de la consulta).
- 8) El proceso de efectuó con una sesión semanal durante seis meses, con un total de 25 sesiones.
- 9) Se elaboró un Historia Clínica Psiquiátrica para establecer un diagnóstico nosológico de distimia, así como un diagnóstico psicodinámico.
- 10) Se llevó un registro escrito de cada sesión que incluía el estado actual del problema principal, el contenido de la sesión, modificaciones significativas cuando las hubo, así como consideraciones acerca de relación terapéutica, transferencia, contratransferencia, resistencia e interpretaciones realizadas. Se llevó a efecto una nota final después de la terminación de cada proceso.

VII.- CRITERIOS DE INCLUSION .

- 1) Pacientes del sexo femenino entre los 25 y los 40 años.
- 2) Que no hayan estado en algún tipo de manejo antidepresivo en los últimos dos años.
- 3) Que solo presenten como factor de riesgo asociado un T. Distímico, según los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- 4) Que tengan un nivel educativo de secundaria por lo menos, así como las características individuales para poderse beneficiar de un proceso de psicoterapia, entenderlo y adherirse a él hasta terminarlo, con buena fuerza Yoica, con un adecuado nivel de motivación, con buena capacidad de relacionarse interpersonalmente así como con capacidad para focalizar un área de conflicto.

VIII.- CRITERIOS DE EXCLUSION .

- 1) Pacientes con factores de riesgo asociados diferentes al T. Distímico, como diabetes mellitus u otros padecimientos inmunosupresores, enfermedades tiroideas, etc.
- 2) Pacientes en donde el Ginecólogo compruebe que el problema de la aparente recurrencia es realmente por transmisión sexual.
- 3) Pacientes que presenten Trastornos Vulvovaginales que simulan vaginitis :
 - Vestibulitis vulvar,
 - Vaginosis citolítica,
 - Vaginitis por irritantes y alérgicos,
 - Líquen simple crónico,

- Esclerosis por líquen e hiperplasia plana,
 - Virus del papiloma humano, Neoplasia intraepitelial vulvar y Carcinoma,
 - Enfermedad de Paget vulvar,
 - Otras dermatosis: psoriasis, líquen plano, virus del herpes simple, eritema multiforme, S. de Bechet, lupus eritematoso sistémico, dermatitis seborréica o hidradenitis supurativa.
- 4) Pacientes que no acepten el manejo antidepresivo farmacológico o psicoterapéutico,
 - 5) Pacientes que falten a más de dos sesiones consecutivas,
 - 6) Pacientes con dificultades de relación interpersonal o muy dependientes o simbióticos,
 - 7) Cuando exista poca motivación para la mejoría,
 - 8) Pacientes que tuvieran un sistema defensivo de personalidad excesivamente rígido o pobre,
 - 9) Cuando presenten una conflictiva no específica o múltiple y muy complicada de focalizar,
 - 10) Cuando se intensifiquen los síntomas de la depresión a lo largo del tratamiento.
 - 11) Pacientes con poca advertencia de sus emociones o que muestran dificultades para hacer juicios de inferencia y en general para pensar en términos abstractos.
 - 12) Ideación suicida,
 - 13) Pacientes con predominio de sintomatología obsesiva o fóbica y que por lo tanto estén muy limitados por ella,
 - 14) Que no tengan dependencia a sustancias.
 - 15) Pacientes con antecedente de acting-out y pacientes psicóticos.

IX.- RESULTADOS .

Las pacientes en el estudio pertenecen al grupo de edad comprendido entre los 25 y 40 años. Solo se aceptó fuera de este rango a una paciente de 42 años en el Grupo II.

La media en cuanto a las edades fue de 32.5 años.

En cuanto a Estado Civil, en el Grupo I (manejo antidepresivo durante seis meses), el 83% (6 pacientes) son casadas y solo 1 divorciada (17%). En el Grupo II, el 100% de las pacientes eran casadas.

La edad de inicio de vida sexual activa en el Grupo I tuvo una media de 17.5 años.

La edad de inicio de vida sexual activa en el Grupo II tuvo una media de 18.5 años.

El promedio de parejas sexuales en el Grupo I fue de 3.5 y en el Grupo II fue de 2.5 .

Todas las pacientes tienen hijos: en el Grupo I el promedio fue de 1.5; en el Grupo II el promedio fue de 2.1.

Todas las pacientes en ambos grupos pertenecen a una Clase Socioeconómica Media.

En el Grupo I, el 71.5% (5 pacientes) tiene estudios de nivel licenciatura. Solo 1 de ellas trabaja además de atender su hogar (la paciente divorciada). Las otras dos pacientes (28.5%) tienen estudios de nivel secundaria y ambas se dedican a su hogar.

En el Grupo II, el 43% (3 pacientes) tiene estudios de nivel licenciatura. Dos de ellas trabajan además de atender su hogar. Otro 43% de las pacientes tiene estudios de secundaria (3 pacientes) y se dedican a su hogar exclusivamente. La otra paciente (14%), tiene estudios de preparatoria y trabaja además de atender su hogar.

En cuanto a la focalización de conflictos para el manejo de Psicoterapia Breve, en el Grupo I, el 71.5% (5 pacientes) el tema fue la relación de pareja. El resto 28.5% (2 pacientes) el tema fue conflictos con los hijos y problemática económica.

En el Grupo II (un mes de manejo antidepresivo y desde la segunda semana con Psicoterapia Breve hasta completar seis meses), el 83% de las pacientes fueron manejadas con la focalización en la relación de pareja. Con el 17% restante (una paciente), el tema fue una crisis de ciclo vital y proyecto de vida.

Se practicó una batería de exámenes de laboratorio que permitiera tener una clara idea del estado inmunológico de la paciente. Todos los exámenes fueron normales en ambos grupos desde el principio del estudio, de tal manera que prácticamente se convirtieron en otro criterio de inclusión. Se presentan a continuación las tablas de los valores que se consideraron normales y el tipo de estudios practicados:

VALORES NORMALES DE BIOMETRIA HEMATICA PARA MUJERES :

FORMULA ROJA :

Hemoglobina en g/100 ml.	13.5 a 17
Eritrocitos en millones por mm ³	4.5 a 5.5
Hematocrito	42 a 48
Volumen globular medio	84 a 103
Concentración media de hemoglobina	> 30 %
Reticulocitos (%)	0.5 a 1.5
Eritroblastos	18
Sedimentación globular en mm y en una hora (Wintrobe)	0 a 7

FORMULA BLANCA :

Leucocitos por mm ³	4,000 a 10,000
Linfocitos	18 a 45
Neutrófilos totales	50 a 70
Metamielocitos	0 a 2
No Segmentados	2 a 7
Segmentados	45 a 65
Monocitos	3 a 10
Eosinófilos	1 a 4
Basófilos	0 a 1

PLAQUETAS/MM³ :

200,000 A 500,000

TABLA DE VALORES NORMALES DE COMPLEMENTO SERICO E INMUNOGLOBULINAS :

Complemento sérico total	90 a 94 %
Componente C-3	120 mg/dl
Componente C-4	35 mg/dl
Inmunoglobulina A	90 a 450 mg/dl
Inmunoglobulina M	60 a 250 mg/dl
Inmunoglobulina G	800 a 1,800 mg/dl
Inmunoglobulina E	0 a 195 U/ml

+ LOS VALORES PARA CELULAS LE Y ANTICUERPOS ANTINUCLEARES DEBEN SER NEGATIVOS EN FORMA NORMAL.

TABLA DE VALORES NORMALES DE PERFIL TIROIDEO :

Indice de triyodotironina radiactiva para resinas (T 3)	0.75 a 1.25
Indice de triyodotironina total (T 3 total)	150 a 250 ng/ml
Determinación de tiroxina en suero (T 4)	6 a 12 Ugs%
Indice de tiroxina libre (T 4 libre)	4.5 a 15.0
Yodo protéico	8.0 a 13.5 mcg%
Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	0.5 a 5.0 mcU/ml
Anticuerpos antitiroideos	negativos.

TABLA DE VALORES NORMALES DE LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA DESPUES DE 100 GRS. DE GLUCOSA POR VIA ORAL :

PRIMERA HORA	HASTA 140 MG%
SEGUNDA HORA	MENOR DE 110 MG%
TERCERA HORA	MENOR DE 110 MG%

TABLA DE EDADES Y TIPO DE VAGINITIS POR GRUPO:**GRUPO I : MANEJO CON ANTIDEPRESIVO DURANTE SEIS MESES.**

	<u>EDAD</u>	<u>TIPO DE VAGINITIS</u>
<u>PACIENTE 1 :</u>	35	MONILIASICA
2 :	40	MIXTA: CANDIDA A. Y TRICHOMONA.
3 :	34	MIXTA
4 :	28	MIXTA
5 :	31	MIXTA
6 :	36	MIXTA
7 :	34	MIXTA

GRUPO II : MANEJO CON ANTIDEPRESIVO UN MES Y PSICOTERAPIA BREVE DESDE LA SEGUNDA SEMANA Y DURANTE SEIS MESES.

	<u>EDAD</u>	<u>TIPO DE VAGINITIS</u>
<u>PACIENTE 1 :</u>	41	MIXTA
2 :	38	MIXTA
3 :	36	MIXTA
4 :	33	MIXTA
5 :	37	MONILIASICA
6 :	28	MIXTA
7 :	34	MIXTA

Predominó en ambos grupos el reporte de laboratorio sobre vaginitis mixta en un 93%.

TABLA DE RESULTADOS DE MICROSCOPIA DIRECTA DE EXUDADO CERVICO-VAGINAL POR GRUPO :

GRUPO I : Manejo antidepresivo durante seis meses.

	<u>EXUDADO CERVICO-VAGINAL</u>
<i>PACIENTE 1 :</i>	Lactobacilos de Döderlain, células epiteliales.
2 :	No se realizó.
3 :	Lactobacilos, Cocos gram (+), Células epiteliales y escasos leucos.
4 :	Cocos gram (-), Células Epiteliales y Escasos Leucos.
5 :	Lactobacilos, Cocos gram (+), Células Epiteliales, Escasos leucos.
6 :	Cocos gram (-), células epiteliales y escasos leucos.
7 :	Lactobacilos, Cocos gram (+), Células Epiteliales y Escasos Leucos.

GRUPO II : Manejo con antidepresivo durante el primer mes y con Psicoterapia Breve desde la segunda semana y hasta completar seis meses.

	<u>EXUDADO CERVICO-VAGINAL</u>
<i>PACIENTE 1 :</i>	No reportada.
2 :	Lactobacilos, escasos leucos, células epiteliales.
3 :	No reportado
4 :	Células epiteliales, escasos leucos y cocos gram (+).
5 :	Lactobacilos, células epiteliales, escasos leucos.
6 :	Lactobacilos, células epiteliales y escasos leucos.
7 :	Lactobacilos, células epiteliales y escasos leucos.

TABLA DE CALIFICACIONES DE HAMILTON-D POR GRUPO :**GRUPO I : Manejo antidepresivo durante seis meses.**

<i>PACIENTE</i>	<i>ANTES</i>	<i>DESPUES</i>	<i>DIFERENCIA</i>	<i>RANGO</i>
1	19	8	11	2.5
2	20	9	11	2.5
3	22	6	16	7
4	20	10	10	1
5	22	8	14	6
6	18	6	12	4.5
7	20	8	12	4.5

**GRUPO II : Manejo con antidepresivo por un mes y con Psicoterapia Breve
Desde la segunda semana hasta completar seis meses.**

<i>PACIENTE</i>	<i>ANTES</i>	<i>DESPUES</i>	<i>DIFERENCIA</i>	<i>RANGO</i>
1	24	10	14	5.5
2	20	7	13	4
3	19	9	10	1
4	22	6	16	7
5	18	4	14	5.5
6	18	7	11	2
7	19	7	12	3

TABLA DE NUMERO DE RECAIDAS POR GRUPO :**GRUPO I : Manejo con antidepresivo durante seis meses.**

<i>PACIENTE</i>	<i>1 AÑO ANTES DEL ESTUDIO</i>	<i>DESPUES DE INGRESAR AL ESTUDIO</i>	<i>DIFERENCIA</i>	<i>RANGO</i>
1	4	0	4	2.5
2	4	0	4	2.5
3	3	0	3	1.5
4	6	0	6	4
5	4	0	4	2.5
6	3	0	3	1.5
7	5	0	5	3

Este grupo no presentó recaídas durante los seis meses de tratamiento.

GRUPO II : Manejo con antidepresivo por un mes y con Psicoterapia Breve desde la segunda semana y hasta completar seis meses.

<i>PACIENTE</i>	<i>1 AÑO ANTES DEL ESTUDIO</i>	<i>DESPUES DE INGRESAR AL ESTUDIO</i>	<i>DIFERENCIA</i>	<i>RANGO</i>
1	4	0	4	1.75
2	4	0	4	1.75
3	5	1	4	1.75
4	3	0	3	1
5	3	0	3	1
6	5	1	4	1.75
7	3	0	3	1

Este grupo presentó dos recaídas durante los seis meses de manejo. Ambas fueron vaginitis mixtas según el laboratorio. No se encontró otro Factor de Riesgo Asociado para la presentación de estas recurrencias.

X.- MANEJO ESTADISTICO.-

Se utilizó la estadística de “t” a partir de rangos de Wilcoxon, cuya fórmula es:

$$t = \frac{\bar{X}}{S_{E_x}}$$

GRUPO I DE HAMILTON-D: se comparan los puntajes de la condición antes del manejo con antidepresivos durante seis meses con los de la condición posterior a la intervención farmacológica.

$$\bar{X} = 4$$

$$S = 1.96$$

$$E = 0.75$$

$$t = 5.3$$

La E se calcula con la siguiente fórmula:

$$E = \frac{S}{\sqrt{n}}$$

GRUPO II DE HAMILTON-D: se comparan los puntajes antes del manejo con antidepresivos por un mes y Psicoterapia Breve desde la segunda semana y durante seis meses.

$$\bar{X} = 4$$

$$S = 1.98$$

$$E = 0.76$$

$$t = 5.3$$

NUMERO DE RECAIDAS POR GRUPO: se comparan el número de recaídas en el último año antes de entrar al estudio con el número que haya tenido cada paciente durante los seis meses de manejo para saber si el tratamiento aplicado provocó una diferencia estadísticamente significativa.

GRUPO I: manejo con antidepresivo durante seis meses.

$$\bar{X} = 2.5$$

$$S = 0.8$$

$$E = 0.3$$

$$t = 8.3$$

GRUPO 2: manejo con antidepresivo por un mes y con Psicoterapia Breve desde la segunda semana y durante seis meses.

$$\bar{X} = 1.4$$

$$S = 0.37$$

$$E = 0.14$$

$$t = 10$$

Según tablas, para una $\alpha = 0.01$, "t" debe corresponder a un valor de por lo menos 3.707, todos los valores de "t" lo exceden ampliamente, por lo tanto se descarta la Hipótesis Nula, se aprueba la Hipótesis Alternativa y todos los valores resultan estadísticamente significativos.

Lo anterior se traduce clínicamente en que tanto las pacientes en manejo farmacológico exclusivo, como las pacientes en manejo psicoterapéutico breve, tuvieron una mejoría en su estado afectivo, comparando su condición antes y después del tratamiento, tanto desde el punto de vista clínico como estadístico. Así mismo, presentaron un número de recaídas significativamente menor como resultado de la acción del tratamiento, tanto en el farmacológico exclusivo como en el de Psicoterapia Breve.

XI.- DISCUSION.

Se ha demostrado la influencia del sistema nervioso sobre los procesos de inmunidad. Estos mecanismos de inmunomodulación se integran tanto nivel del Sistema Nervioso Central Periférico entrelazados íntimamente por el Sistema Endócrino (2).

A través de fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas el sistema nervioso periférico modula en parte la maduración linfocitaria en aquellos sitios que inerva y en donde deposita catecolaminas y diversos péptidos. Con experimentos de denervación de los órganos linfoides en las ratas se ha podido conocer como el sistema simpático ejerce un control inhibitorio sobre el proceso de diferenciación de linfocitos; el sistema parasimpático establece una influencia estimuladora con la acetilcolina. Así es posible extrapolar que las respuestas autonómicas que acompañan a la depresión crónica pueden influir sobre los órganos linfáticos primarios: médula ósea y timo, así como en los secundarios: bazo, ganglios linfáticos, tejido linfático asociado a mucosas y directamente sobre linfocitos, macrófagos y granulocitos (2).

De la misma manera, existen respuestas autonómicas, que a lo largo del manejo psicoterapéutico, se producirán sobre los mismos órganos, mediadas en una vía final común por neurotransmisores pero que en principio son debidas a una relación terapéutica y a todo el movimiento de integración y asociación que dicho proceso promueve en el sistema nervioso central del paciente. Como se trata de pacientes deprimidas, es importante tomar en cuenta que la serotonina tiene un mecanismo inhibitorio sobre la inmunidad, aparentemente debido al efecto activador que tiene sobre el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (EHHS) a través del factor Liberador de Corticotrofina (FLC) que desencadena una serie de eventos que terminan finalmente en la producción por parte de la corteza suprarrenal de corticoesteroides y endorfinas, sustancias que son las encargadas de la inmunosupresión en el nivel periférico (2). Es muy interesante lo anterior pues la utilización de un ISRS en uno de los grupos se supone que aumentó los niveles de dicho neurotransmisor a nivel hipotalámico, pero este evento no está reportado que

inmunosuprima a un paciente deprimido bajo tratamiento antidepresivo, por lo que es posible teorizar que el microambiente del hipotálamo durante el manejo antidepresivo no está únicamente condicionado por influencias de neurotransmisores sino que también pueden estar implicados los eventos de modificación intracelular que ahora se supone en la farmacología de los antidepresivos.

Existen evidencias experimentales de lesiones en el SNC que demuestran como éstas pueden influir en forma directa en el sistema inmunitario: así, la ablación de la corteza cerebral izquierda induce una reducción en la proliferación de linfocitos, suprime la función de las células T, dejando indemnes a los linfocitos B y a los macrófagos; lesiones amplias del hemisferio derecho incrementan la función de las células T; lesiones de corteza posterior se ven asociadas a una reducción en el número de linfocitos B y T y de un incremento a las reacciones de rechazo en los aloinjertos. Las lesiones del área preóptica y del núcleo anterior hipotalámico inducen una disminución de la población celular en el bazo y timo, disminuyendo la respuesta proliferativa a mitógenos de las células T, citotoxicidad en "células asesinas" e incluso respuestas anafilácticas espontáneas. Así mismo, la destrucción del área túbero-infundibular acelera el crecimiento de los tumores experimentales y suprime la actividad de las "células asesinas", sin afectar a los macrófagos o a los linfocitos T o B; la lesión del septum, el hipocampo y la amígdala resulta en un aumento de la reactividad linfocitaria (1,4,5). De acuerdo a lo anterior, un proceso de psicoterapia que evidentemente conlleva un proceso integrativo en corteza y que mantiene en constante acción al circuito límbico debe influir entre otros sistemas, con el inmune. A juzgar por los resultados de este estudio, se infiere que dicha influencia implica el mejoramiento de la respuesta inmune, sin embargo, por el momento no existe un modelo experimental que pueda discernir entre el efecto que tendría la psicoterapia sobre la inmunidad per se y el efecto que evidentemente tiene a través de la mejoría de la depresión.

Es claro que el efecto inmunomodulador de los factores psicosociales, incluyendo a la psicoterapia entre ellos, es dependiente de su amplia acción sobre la corteza cerebral.

Con el modelo del proceso de duelo por el fallecimiento de la pareja (3,4) se ha demostrado inmunosupresión celular, por lo cual, esta variedad de inmunidad parece formar parte de todo proceso de mediación de respuestas del organismo ante situaciones de estrés psicosocial y con ello, la activación de infecciones virales, bacterianas y autoinmunes.

De hecho, la dirección, magnitud y duración de las alteraciones inmunológicas inducidas por estrés se encuentran condicionadas por diversos factores (3,4,5) :

- La cualidad y cantidad de la situación generadora del estrés,
- La cualidad y cantidad de la estimulación inmunogénica (en infecciones),
- La relación temporal entre la estimulación inmunogénica y el estrés,
- El tiempo en que es tomada la muestra en donde se estudia la respuesta inmune,
- Factores relacionados a la persona: edad, sexo, estado nutricional, comorbilidad, etc.
- La habilidad del individuo para contender con los eventos de estrés psicosocial.

Este último factor es importante para nuestra consideración de la influencia de la psicoterapia en la inmunidad, dado que las características de contención, los mecanismos defensivos de personalidad, las resistencias, las fijaciones, los procesos de regresión, etc. son circunstancias que también tendrán una expresión en esta vía final común. Con lo anterior, se puede pensar en el establecimiento de bases para comprender las funciones en

la alteración inmune producidas por la conducta y por factores psicosociales en general, así como de los mecanismos moduladores que la psicoterapia pueda tener en todo este sistema interactuante. De hecho, el concepto de seguir considerando separados a los sistemas inmunológico, endócrino, sistema nervioso central, incluyendo al conjunto de funciones cerebrales superiores, debe evolucionar hacia la constitución de un nuevo concepto-modelo que nos permita entenderlo como algo integrado: como un enorme sistema de defensa y adaptación común y evidentemente a la psicoterapia como una herramienta de influencia en el reforzamiento de la defensa y la adaptación. Cuando lo entendemos así, la inespecificidad que tradicionalmente se le atribuye se va diluyendo para darle un lugar fundamental en procesos de tratamientos específicos pues es evidente que potencia los resultados obtenidos por métodos farmacológicos y de hecho su ayuda es fundamental en procesos crónicos y rebeldes donde los tratamientos tradicionales obtienen resultados parciales.

La psicoterapia breve tiene cada día una mayor importancia en la práctica cotidiana de los especialistas en salud mental. Las características sociales y culturales de nuestro momento histórico condicionan todos los campos de la actividad humana y el de la psicoterapia no es la excepción. Con mayor frecuencia es necesario adaptar sus procesos a las condiciones posibles dentro del sistema social que en particular se considere:

- 1) Ahora, una actitud del Terapeuta pasiva y expectante frente a la resistencia del paciente para muchas personas es molesta e incomprensible.
- 2) No ha sido posible establecer nexos etiológicos entre las relaciones significativas de los conflictos inconscientes y las enfermedades.
- 3) El apego rígido a la teoría o a la técnica ortodoxa de tal o cual escuela, en la práctica, vemos con frecuencia que lleva a excesos como la búsqueda injustificada y muchas veces obsesiva de experiencias cada vez más tempranas o el análisis exhaustivo de todos los detalles de la transferencia hasta supuestamente resolverla.

Por otra parte, considero que otro gran problema ha sido el pretender reducir a un criterio de costo-beneficio a la aplicabilidad y utilidad de las psicoterapias breves. Es indiscutible de que los costos de la atención en salud son cada vez mayores por muy diversas razones y que es importante desarrollar alternativas terapéuticas que se ajusten a lo razonable, entendiendo por ello no solo lo que cuesten sino, en el caso de la psicoterapia breve en particular, es importante intentar demostrar su eficiencia en términos objetivos. Como una contraargumentación a lo anterior, cito a Bloom (5) en el señalamiento de criterios centrales y congruentes con nuestra realidad actual :

- 1) La aceptación de metas terapéuticas limitadas,
- 2) Énfasis de la Psicología del Yo acerca de las fortalezas y debilidades del paciente (este autor lo llama cliente).
- 3) El impacto que sobre la psicoterapia han tenido las técnicas de modificación de conducta,
- 4) La creciente importancia que ha tenido la Teoría de Crisis y la de la Intervención en Crisis en la planeación y prestación de sistemas de servicios de atención en salud mental,

- 5) Mayor atención a las circunstancias precipitantes actuales en relevo de las circunstancias predisponentes en los antecedentes de cada caso.

La literatura sobre Psicoterapia Breve muestra que la efectividad de la misma es indistinguible de la que tiene la psicoterapia de largo plazo (6,12,20,21). Además del criterio de costo-beneficio, puede coexistir con la utilización de psicofármacos y otros tratamientos. En el caso de la psicoterapia médica breve, además del diagnóstico psicodinámico debe hacerse uno nosológico, se guía por objetivos, es susceptible de ser monitorizada en su evolución y puede adaptarse para hacer investigación.

En los tiempos que vivimos, los profesionales en salud mental debemos hacer un gran esfuerzo por intentar demostrar la eficiencia de la psicoterapia breve en términos objetivos, sobre todo la que se realiza dentro de un ámbito médico. Es necesario integrarla al ritmo de evolución y crecimiento de todas las demás áreas de la Medicina, dentro de la medida de lo posible.

Los constructos teóricos sobre los que se fundamentan la mayor parte de las psicoterapias han hecho posible comprender mejor la patología mental pero a la luz de lo que sabemos ahora del cerebro y sus procesos de enfermedad, cada vez más su papel es desplazado al reduccionismo subjetivo y es un gran peligro que llegáramos a dejar de valorarla en su verdadera utilidad clínica por nunca dejar de ser “inespecífica”.

El presente trabajo pretende también proponer que la psicoterapia breve puede tener un uso aplicativo determinado y para expresarlo, las siguientes dos consideraciones previas:

- 1) Tradicionalmente los conflictos afectivos de las personas se han considerado una discrepancia entre los valores que tiene el individuo y los que le son impuestos o tiene que respetar, según todas las escuelas que siguen un modelo dinámico(28). Tienden en su praxis hacia el autoconocimiento como condición básica para el bienestar personal, adoptando incluso esta postura como plataforma ética.
- 2) La motivación ha sido demostrada como el elemento más importante para el éxito de un proceso de psicoterapia (6).

En esta investigación, no se buscaba un autoconocimiento para la mejoría de la paciente. Se buscaba potenciar el tratamiento previo de la paciente y demostrar que la intervención psicoterapéutica era tan importante en ello como la acción farmacológica. Un próximo trabajo que complemente a éste deberá ser comparar la calidad de vida entre ambas intervenciones para no tener solo una variable tan biológica como punto de partida, sino más humana, en términos humanísticos.

Uno de mis grandes problemas fue siempre la motivación de las pacientes pues es claro que cuando eran captadas para su ingreso al protocolo, su motivación para el proceso de Psicoterapia Breve no estaba en la depresión ni en llevar a cabo un proceso de psicoterapia, sino en su vaginitis y todos los problemas que conlleva, su depresión era parte de sus vidas y la mayor parte no estaba bien conciente de ella al principio. Se necesita una labor muy dinámica y muy artística para convencerlas y mantener su motivación durante seis meses, sobre todo cuando el proceso de psicoterapia imponía confrontaciones, pero fue posible inducir la motivación necesaria en la paciente para llevar a buen fin el trabajo. Lo anterior no es extraño al quehacer profesional cotidiano de quien hace psicoterapia breve.

XII.- CONCLUSIONES.

- 1) El Trastorno Distímico es un factor de riesgo para la vaginitis recidivante.
- 2) La Psicoterapia Breve permite la disminución de recurrencias de vaginitis en pacientes que presentan como factor de riesgo asociado un Trastorno Distímico. Al tener resultados significativos, se infiere que existe una mejoría en su respuesta inmune, implicando esto una reacción en cascada que incluye desde factores medioambientales hasta concluir en una vía final común que es susceptible de estudios y mayor experimentación para poder conocer sus conexiones y secuencias, comparables en forma directamente proporcional con las obtenidas por la acción de antidepresivos. La posibilidad de que pudiera ser observada una modificación en los exámenes de laboratorio clínico después del proceso de Psicoterapia Breve se exploró, pero todos los resultados de la batería practicada fueron normales desde un principio, por lo que para comprobar esa hipótesis deberán aplicarse otros exámenes inmunológicos más específicos que la puedan demostrar.
- 3) Es posible orientar un proceso de psicoterapia breve con objetivos específicos y previamente determinados dentro de un marco de investigación con metodología científica.
- 4) Es necesario inducir, a lo largo del proceso, la motivación en la paciente, para llevar a buen fin el proceso de psicoterapia. Esta acción es necesaria dado que el objetivo trazado es coadyuvar en la terapéutica de una enfermedad y el proceso de psicoterapia debe ser conducido sobre temas y experiencias que poco o nada tienen que ver con la enfermedad en sí pero que son factores predisponentes y precipitantes de la misma cuando llegan a rebasar los mecanismos de adaptación de la paciente y empiezan a afectar su fisiología.
- 5) La psicoterapia breve tiene efectos sobre variables biológicas.
- 6) La psicoterapia breve potencia efectos terapéuticos sobre enfermedades crónicas y rebeldes a sus tratamientos convencionales. En el caso del presente trabajo se demostró en la vaginitis crónica recidivante.
- 7) La Psicoterapia Breve bien conducida, no presenta efectos secundarios, no presenta interacciones inadecuadas con otros tratamientos y mejora la calidad de vida de las pacientes, aunque tal afirmación deberá ser motivo de un siguiente trabajo en donde además se reporte la evolución del seguimiento de la muestra en un plazo mayor y se monitorice el efecto que el proceso de Psicoterapia Breve pueda tener en el largo plazo.

XIII.- COMENTARIO FINAL.

Los seres humanos siempre estamos en constante cambio. Para ello, son necesarias una enorme cantidad de eventos, situaciones, circunstancias y relaciones, entre ellas la psicoterapia. De hecho Budman y Stone (6) mencionan que entre estas relaciones promotoras de desarrollo se encuentran con frecuencia no uno sino varios procesos de psicoterapia. Los profesionales en salud mental, por ejemplo, tiene en promedio cinco psicoterapias durante su vida, aún cuando alguno de ellos haya sido un “psicoanálisis completo”.

Para un terapeuta “tradicional” este trabajo puede parecer dirigido en una forma muy pragmática y tendrá razón: esa fue la intención. Debemos proporcionar a la psicoterapia más elementos para que pueda expandir sus posibilidades de aplicación, su inserción al medio médico y una nueva dimensión más práctica, menos fundamentada en teorías subjetivas y más basada en hechos reales y comprobables. Quizá esto choque contra la idea tradicional de desarrollo humano como propósito central de los procesos de psicoterapia. Yo creo que lo complementa, considero que tiende a actualizarlo y hacerlo congruente con nuestro tiempo.

Serán necesarios más trabajos y mucha actividad profesional y clínica para poder permear los ámbitos social, cultural, médico, de seguros y el psicoterapéutico tradicional, pero todo trabajo que lleve a la Psicoterapia Breve a una conceptualización más objetiva, más seria y más específica está justificado; en el caso de los profesionales en salud mental, a este esfuerzo lo considero un compromiso y una responsabilidad.

XIV -. BIBLIOGRAFIA.

1. Ader RN, Cohen D. Psychoneuroimmunology. Lancet 1995; 345:99 – 103.
2. Black, P.H. Central Nervous system – Immune system interactions. Antimicrobial Agents and Chemoterapy 38:1 – 16, 1994.
3. Black, P.H. Psychoneuroimmunology: Brain and Immunity. Science Medicine 1995; 2 (6): 16-25.
4. Blalock JÉ. The syntax of immune-neuroendocrine communication. Immunology Today 1994;15:504-511.
5. Bloom B.L., Planned Short – Term Psychotherapy, A Clinical Handbook, Allyn and Bacon, Mass., 1992, pg.8.
6. Budman, S.H., Stone, J. Advances in bried psychoterapy: A review of recent Literature. Hospital and Community Psychiatry, 1983,34, 939-946.

7. Canchola E. Dueñas H. El cerebro, las hormonas y la inmunidad: ¿sistemas integrados de defensa y adaptación? *Contactos* 1996; 18:23-27.
8. Chrousos GP. The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992, 268:200.
9. Chrousos GP. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. *N Eng J Med* 1995;332(20): 1351-1362.
10. Cid MC, Estradiol enhances leukocyte binding to Tumor Necrosis Factor (TNF)-stimulated endothelial cells via increase in TNF-induced adhesion molecules E selectin. *J Clin Invest* 1994;93:17-25.
11. Constantine T. Physiology of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in health and dysregulation in psychiatric and autoimmune disorders. *Clin Endocrinol* 1994;23 (3):451-466.
12. Cummings, N:A; The dismantling of our health system: Strategies for the survival of psychological practice. *American Psychologist*, 1986,41,426-431.
13. Demitrack M. Evidence of impaired activation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with chronic-fatigue syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1991;73:1224.
14. Dinarello CA. The role of Interleukine-1 in disease. *N Eng J Med* 1993, 328 (2):106-112.
15. Gold PW. Clinical and biochemical manifestations of depression. Relationship to the neurobiology of stress. *N Eng J Med* 1988;319:348.
16. Hiroo I. Cytokines and Endocrine Function: an Interaction between the immune and systems. *Clin Endocrinology* 1991;35: 107-115.
17. Jones TH. Interleukin-6: an endocrine cytokine. *Clin Endocrinology* 1994;40:703.713.
18. Kalo-Klein A, Witkin SS. Prostaglandin E2 enhances and interferon gamma inhibits gene-tube formation in *Candida Albicans*. *Infect Immun* 1990;58:260.
19. Kennedy RL. Endothelins as regulators of growth and function in endocrine tissues. *Clin Endocrinol* 1993;39:259-265.
20. Klerman, R:L: The efficacy of psychoterapy as the basis for public policy. *American Psychologist*, 1983,38,929.934.
21. Mc Guire T:G: Frishman, L.K. Reimbursement policy and cost-efferctive mental health care. *American Psychologist*, 38,935-940.
22. Miles MR, Olsen L, Rogers A. Recurrent Vaginal Candidiasis importance at an intestinal reservoir. *JAMA* 1997;238:1836.
23. O Conner MR, Sobel JD. Epidemiology of recurrent vulvovaginal candidiasis: identification and strain differentiation of *Candida Albicans*. *J. Infect Dis* 1986; 154:358.
24. Paul MR. Prolactin and immunomodulation. *Am J Med* 1993;95(6) : 637 -644.
25. Rigg D, Miller MM. Motzger WJ. Recurrent allergic vulvovaginitis tratment with *Candida albicans* allergen immunotherapy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:332.
26. River C. Stress induced inhibition of reproductive function: role of endogenous corticotropin releasing factor. *Science* 1986;231:607.
27. Seymour R. Neuroendocrine immune interactions. *N Eng J Med* 1993; 329 (17) : 1246 -1253.
28. Singer, E. Conceptos fundamentales de la psicoterapia. FCE, México, 1965, pp.14-35.

29. Sobel JD, Muller G, Buckley H. Critical role of germination in the pathogenesis of experimental candidal vaginitis. *Infect Immun* 1984;44:576.
30. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis: a prospective study of the efficacy of maintenance ketoconazole therapy. *N Eng J Med* 1986;315:1455.
31. Summers PR. Vaginitis in 1993. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, De. Interamericana, Mc Graw Hill* 1993; 103-210.
32. Wick, G. Immunoendocrine communication via hypothalamus-pituitary-adrenal axis in autoimmune diseases. *Endocrine Reviews* 14: 539-563, 1993.
33. Witkin SS, Hirsh J, Ledger WJ. A macrophage defect in women with recurrent candida vaginitis and its reversal in vitro by prostaglandin inhibitors. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:790.