

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO.**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

TESIS.

**LAS BASES PSICOSOMÁTICAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS
MÚLTIPLE.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

LUCIA COBOS GONZALEZ

**DIRECTORA:
PROF. REBECA PAZ PADILLA.**

2007



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.

Éste trabajo, que me ha costado mucho tiempo y esfuerzo ésta dedicado a las personas que han hecho algo trascendental en mi vida.....

Papá: Donde quiera que estés, sé que lo estas viendo y que te da mucho gusto.
Te extraño mucho.

Mamá: Todo lo que soy y lo que voy a ser, es gracias a ti...te quiero mucho.

Carmen y Ernesto: Con pleitos y risas han sido mis cómplices...gracias. Los quiero mucho.

Profa. Rebeca Paz: Su apoyo y su cariño me los llevo....gracias.

Roberto: Tú me has enseñado que el amor existe en ésta vida...te amo.

A todos ustedes, GRACIAS y los quiero mucho.

INDICE

Capítulo I Importancia de las Enfermedades Psicosomáticas

- 1.1 Salud – enfermedad.
- 1.2 ¿Qué son las enfermedades psicosomáticas?
- 1.3 ¿Qué es el paciente psicosomático? Historia.
- 1.4 Escuela de Chicago.
- 1.5 Escuela psicosomática de Paris.
- 1.6 Todo en conjunto: familias psicosomáticas, el origen.
- 1.7 Características de las familias psicosomáticas.
- 1.8 Esclerosis múltiple: ¿enfermedad psicosomática?

Capítulo II Síntomas y formas de la esclerosis múltiple

- 2.1 Aspectos Médicos.
- 2.2 Orígenes.
- 2.3 Genética.
- 2.4 Trastornos en las Mujeres.
- 2.5 Trastornos en el Hombre.
- 2.6 Esclerosis Múltiple en el Embarazo.
- 2.7 ¿Y el trabajo?
- 2.8 ¿Cómo Afecta los Aspectos Cognitivos la Esclerosis Múltiple?
- 2.9 Factores Ambientales: Estrés y Angustia.

Capítulo III Teorías de la Personalidad en Pacientes con Esclerosis Múltiple

- 3.1 Según la Teoría de Carl Gustav Jung ¿Qué es la Personalidad?
- 3.2 La Personalidad Según Alfred Adler.
- 3.3 La Personalidad en Pacientes con Esclerosis Múltiple.
- 3.4 Según Jung y Adler: Personalidad en Pacientes con Esclerosis Múltiple.
- 3.5 La Familia de un Paciente con Esclerosis Múltiple.
- 3.6 Adaptación a Algo Nuevo.
- 3.7 Los Hijos de Pacientes con Esclerosis Múltiple.
- 3.8 Parejas con Esclerosis Múltiple.

Capítulo IV Posibilidad de Atención Multidisciplinaria

- 4.1 Diagnóstico.
- 4.2 Tratamientos.
- 4.3 Fármacos en Caso de Brotes.
- 4.4 Interferón: modifica favorablemente el curso del padecimiento.

- 4.5 Fisioterapia.
- 4.6 Programación Neurolingüística.
- 4.7 Alcances y Limitaciones.

Conclusiones.

Anexos:

- Cuadro 1: Enfermedades Psicosomáticas y Personalidad.
- Cuadro 2: La historia de la Esclerosis Múltiple.
- Cuadro 3: Categorías Eventos que Causan Estrés.
- Cuadro 4: Perfil Clínico de la Ansiedad.
- Cuadro 5: Diferentes Teorías de la Personalidad.
- Cuadro 6: Teorías de la Personalidad de Diferentes Autores.
- Glosario.

Bibliografía.

LA PSICOLOGÍA Y LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

El presente trabajo da un enfoque multidisciplinario de la esclerosis múltiple, es decir, se planteará el enfoque psicológico sin olvidar el enfoque neurológico y el fisioterapéutico. La esclerosis múltiple es un padecimiento que hasta hace unas décadas no era muy conocida en México. Por ser una enfermedad nórdica, esto es, que se desarrolla en países "fríos", no era conocida en México. En nuestro país, por ser un país tropical no se habían desarrollado tantos casos para que fuera significativo el estudio de ésta. En México, el índice de pacientes con esclerosis múltiple ha tenido un incrementado de 1.6/100 000 a 13/100 000 desde 1970 (Velázquez et al. 2003). Se describen lo siguientes conceptos de una manera más accesible al público en general o para el paciente y la familia diagnosticada recientemente. Los conceptos son:

El concepto de salud – enfermedad para explicar posteriormente lo que es una enfermedad psicosomática. Actualmente, en el área de la salud, las enfermedades psicosomáticas son consideradas como auto inmunes. Para la psicología existe una relación entre cuerpo y mente que es innegable y que merece estudios más a fondo. Se define lo que es la esclerosis múltiple y toda su acción en el organismo. Ha sido un padecimiento muy estudiado en años recientes dado su crecimiento a nivel mundial. Es vasta la literatura médica al respecto. La Asociación de esclerosis múltiple de Estados Unidos tiene publicaciones periódicas que son muy útiles. Cabe destacar la existente en el idioma inglés por ser Estados Unidos junto con otros países del primer mundo, los líderes en investigación. La genética no se descarta, pero no es determinante para el desarrollo de la esclerosis múltiple. Las diversas organizaciones dedicadas a la investigación del padecimiento dan apoyo fisioterapéutico, psicológico y emocional al paciente y a la familia, además de difundir información de lo más reciente en investigaciones sobre ésta.

Al hablar de enfermedades psicosomáticas debemos mencionar la personalidad de los pacientes. Dentro de las múltiples teorías de personalidad que existen hoy en día, en el presente trabajo se mencionan 3 autores: C.G. Jung, A. Adler y S. Freud. Jung fue alumno de Freud, no es posible separarlos. Sin embargo en la teoría de Jung, es más fácil para entender la personalidad del paciente psicosomático. Adler habla del "órgano enfermo" y menciona el número de hijo en una familia, es determinante para el desarrollo de la personalidad. La familia también es psicosomática y por eso el presente trabajo incluye a la familia nuclear. Finalmente Freud es el primero en mencionar a los pacientes psicosomáticos.

Aun cuando no hay cura para la esclerosis múltiple, existen fármacos y terapias (fisioterapias y psicoterapias) que mejoran la calidad de vida del paciente. El presente trabajo explica el uso de fármacos sin llegar tan profundo como lo haría un médico neurólogo. La psicoterapia es una parte indispensable para el paciente. No es fácil aprender a adaptarse a las pérdidas que sufre el paciente a lo largo del curso de su enfermedad. Para un paciente con esclerosis múltiple el ser diagnosticado puede ser difícil, esto es, por todos los cambios que tendrá que enfrentar. Una vez diagnosticado, el paciente puede tener la atención por parte de neurólogos, pero en realidad se necesita una atención multidisciplinaria que involucre especialistas de otras áreas como la atención profesional de un psicólogo para que ayude al paciente y a su familia emocionalmente, cuando el padecimiento se ha desarrollado, se necesita la intervención de un fisioterapeuta quien se encarga de restablecer

movimientos perdidos temporalmente o sustituir movimientos perdidos definitivamente. Puede ser que la vida del paciente y su familia cambie dramáticamente. Al día de hoy se ha visto a la esclerosis múltiple como una enfermedad auto inmune, con el tratamiento únicamente de corticoides bajo la supervisión de neurólogos. Los psicólogos son parte esencial de este tratamiento. En el presente trabajo se propone un programa de intervención que puede ser usado en pacientes con esclerosis múltiple. Un paciente diagnosticado con esclerosis múltiple, con cualquiera de las formas de ésta, sufre un cambio radical en su vida. Dado ese cambio, es sano e indispensable la intervención del psicólogo. Si lo enfocamos la esclerosis múltiple como un padecimiento psicosomático y tratando de entender la personalidad del paciente, quizá podemos ayudar más al paciente. Si analizamos la historia de las enfermedades psicosomáticas, tenemos pruebas de que éstas existen a lo largo de la humanidad. La personalidad del paciente influye para el desarrollo de ésta. Además, no sólo es el paciente sino la familia que juega un papel determinante. La personalidad del paciente y la personalidad de la familia son claves en el desarrollo y curso del padecimiento.

Lo que psicólogos y neurólogos intentan es darle mejor calidad de vida al paciente con esclerosis múltiple, no importando cual sea el daño que presente el paciente, siempre hay que adaptarse a algo nuevo. El enfoque del psicólogo hace más fácil esta adaptación, con sus diferentes herramientas de trabajo. La psicoterapia es definitivamente una opción que hay que incluir dentro del tratamiento del paciente y de su familia.

El presente trabajo muestra la Programación Neurolingüística para trabajar con los pacientes. Esto va de la mano con un programa de psicoterapia, que aquí se sugiere. Obviamente, no se puede dejar a un lado los fármacos ni la fisioterapia.

A lo largo del presente trabajo se desarrolla lo que es la esclerosis múltiple, los padecimientos psicosomáticos junto con la teoría de personalidad de C.G Jung, S Freud y A Adler. Se presenta un prototipo de personalidad de un paciente con esclerosis múltiple. Se presentan los cambios a los que hay que adaptarse con el padecimiento y los posibles fármacos que se utilizan. Para finalizar, se presenta una propuesta de intervención con la Programación Neurolingüística.

I IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS.

1.- Salud – Enfermedad.

La medicina moderna tiende a centrarse casi exclusivamente en el tratamiento de los síntomas, olvidando la verdadera causa de la enfermedad e ignorando, en muchas ocasiones, el hecho de que los síntomas son los intentos que hace el organismo de lograr la propia curación. Por ejemplo, la fiebre destruye a los agentes invasores (Ver glosario), como virus o bacterias, mediante un aumento de la temperatura. La inflamación atrae hacia el lugar afectado una serie de células y sustancias que combatirán al agente infeccioso. Al mismo tiempo, concentra dicho agente en el lugar inflamado, impidiendo que se extienda al resto del organismo.

Sin embargo, a veces estas defensas fallan. Puede ser que estas reacciones sean tan intensas que acaben haciendo más mal que bien y no sean capaces de curar, o puede ser que el cuerpo apenas reaccione o que lo haga de forma inapropiada, o que aparezca un síntoma que persiste durante meses sin evolucionar en ningún sentido, ocasionando una molestia crónica que vamos soportando como podemos. Y esto puede suceder ante agentes infecciosos comunes que muchas personas vencen sin demasiada dificultad, o incluso en ausencia de una causa médica conocida. (Vaca Cortés, 2001).

Desde tiempos remotos como lo marca la historia el proceso salud enfermedad a sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno, en la era paleolítica la concepción fue mágica, donde todo lo atribuían a lo sobrenatural siendo los principales agentes como los brujos o chamanes.

Hace 45 siglos el pueblo Asirio Babilónico creía que la enfermedad era una impureza moral o espiritual provocada por los dioses como réplica a una trasgresión moral. La "culpa" (del latín culpa: falta, pecado) se buscaba en la historia clínica del paciente.

Para los griegos la enfermedad también era de origen divino, pero la impureza ya no era moral, sino física, y por lo tanto tratable con baños purificadores. Esto fue un salto conceptual enorme ya que si la enfermedad era causada por los

dioses y significaba una impureza del alma, el hombre no tenía acceso a ella (cosa de los dioses), es decir, no podía ser curado por otros hombres, sólo por el perdón de un dios. Pero si la impureza estaba en lo físico, (cosa de los hombres), un hombre que conociera las leyes de la naturaleza (physis) podía curar a otros.

Los griegos pensaban que la naturaleza (physis) se guiaba por leyes, que tenía un orden, una armonía (idea pitagórica). Así, si conocían las leyes propias de la naturaleza del organismo, la fisiología, cuando un hombre enfermaba otro hombre podía ayudar, acompañar a la naturaleza en el proceso de restitución de la armonía (la salud). Cuidar al otro, hacer medicina (del griego medein: cuidar a) (Sanmartín H., 1992).

Desde la antigüedad clásica surge la concepción de lo ideal o utópico difícil de medir, y de existir donde los métodos fueron básicamente la elaboración de modelos de salud inalcanzables; posteriormente y desde los orígenes a la presente medicina emerge la somático fisiológica, acercándose al concepto de salud como ausencia de enfermedad los métodos empleados son la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas, y análisis varios. A inicios del siglo XVIII surge la concepción psicológica atribuyéndose a la salud como lo que no es del cuerpo tangible utilizando como métodos la exploración psiquiátrica individual, el psicoanálisis y técnica de grupo. (Ipar et.al. 1998).

El concepto de enfermedad tiene los siguientes aspectos:

1) INTRÍNSECA: es generada por un desequilibrio interno del individuo. Alcmeon de Crotona (520 AC), médico de la escuela pitagórica, decía que la SALUD era el equilibrio de las potencias: lo húmedo y lo seco; lo frío y lo cálido; lo amargo y lo dulce

El predominio de una de estas potencias (monarkia) sería la enfermedad. Alcmeon coloca el origen de la enfermedad en el propio individuo, la causa es interna, es una desarmonía (término muy claro a los pitagóricos), un desorden, un desequilibrio en la physis de la persona

2) EXTRÍNSECA: es generada fuera del individuo y éste la incorpora. Este modelo tiene sus raíces en las posturas mágico - religiosas, donde fuerzas o influencias externas inciden sobre el hombre y lo enferman.

El no seguir los preceptos religiosos, generaba el enojo de los dioses que castigaban con la enfermedad al trasgresor. En lo mágico, ciertos objetos, personas, animales o circunstancias, pueden influir sobre la persona y enfermarla

3) MIXTA: el individuo presenta una predisposición que lo sensibiliza a ciertos agentes externos. Claudio Galeno (130-200 DC) menciona que la enfermedad es una predisposición del cuerpo, es decir:

El factor previo es un desorden en la naturaleza del individuo (factor intrínseco).

b) Más la presencia de una causa externa -enfriamiento, veneno, etc-(factor extrínseco).

c) Que actúa sobre un individuo sensible a ella (o predispuesto) y produce la enfermedad. (Lain Entralgo-1964).

La medicina está perdiendo de vista su premisa fundamental: ser una ciencia y a la vez arte de las relaciones humanas. Con el progreso de la técnica, esta premisa se está perdiendo. El médico corresponde cada vez menos a aquel viejo estereotipo de amigo familiar, para irse revistiendo de las características comunes al estereotipo de los "científicos", ocupados en analizar en forma por demás carente de pasión lo que se denomina "el frío objeto de la ciencia". No obstante, si la medicina como ciencia ha ganado terreno, el paciente ha salido perdiendo en la relación. Ya no se le visualiza, salvo excepciones, como un ser humano carente de salud y necesitado de comprensión; se le manipula, se le hace como una cosa y se le cataloga como un expediente o un simple número (Milsom, 1985).

La medicina es la que ha tomado el papel regulador o "hegemónico" sobre aquello que se considere normal o anormal; sano o enfermo. Tal y como lo señala Sanmartín (1992) en biología lo normal es algo más que un promedio: un valor normal corresponde a variaciones más o menos finas alrededor de un promedio característico para una población dada en su ambiente específico." (Sanmartín, H. (1992). Sin embargo, no es posible definir límites precisos entre la normalidad y la anormalidad y menos en el ser humano que como ser biopsicosocial alcanza complejidades que van más allá que el simple determinismo organicista. El cual señala entre otras cosas, que el aspecto de salud – enfermedad obedece a la armonía o disonancia existente entre dos componentes. Salud y enfermedad como parte de la adaptación física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente en su totalidad. (Ipar, O. 1996).

La salud es integrada como una condición positiva por aspectos bioquímicos, fisiológicos, preceptuales, cognitivos y ecológicos, considerándose que el fracaso en algunos factores da como resultado la enfermedad. (Vaca, 2001)

En este sentido la salud no es una condición dada o determinada biológicamente, sino que representa un estado en demasía variable y que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. (Sanmartín, 1992).

Por otro lado, el aspecto cultural tiene vital importancia al momento de abordar lo normal de lo anormal en salud, sobre todo en salud "mental" (Gómez Pérez, 2004). En este sentido podemos afirmar que los grupos culturales tienen diferentes valores sobre el manejo de la enfermedad y en consecuencia del manejo de las conductas preventivas.

Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y su aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional. (Gómez Pérez, 2004)

Los problemas de salud y enfermedad se encuentran íntimamente relacionados a factores físicos, conductuales y ambientales. Cada uno de estos factores contribuye a los diferentes tipos de problemas que se encuentran en la práctica médica, cada uno de ellos requiere de especial atención si se quieren satisfacer plenamente las necesidades de los pacientes. (Vaca, 2001)

Tal y como lo señala Sanmartín (1992) "...la salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Los conceptos y las técnicas de otras disciplinas pueden ayudar a sugerir soluciones, por lo que un modelo integral de la salud (atención al paciente) que combine entre otras a la ciencia médica y conductual es percibida como una opción interesante en el análisis de la relación entre conducta y salud. (Vaca, 2001).

La Psicología se encuentra como una importante compañera de otras ciencias que enfocan las condiciones y consecuencias de las experiencias y comportamientos humanos. Psicología y medicina en lugar de contraponerse, deberían entonces contribuir al análisis biopsicosocial e investigar sobre cómo enfrentar mejor situaciones que no tenían contempladas. Sin embargo, esto no significaría necesariamente la suposición de que los procesos psicológicos sean universales y que compartan mecanismos similares para todos los seres humanos, las diferencias en comportamiento son explicadas en términos de las condiciones antecedentes, matices de tipo ecológico, económico, sociocultural o histórico, circunstanciales, dicen, más que esenciales.

Para la OMS, la salud Mental es "la capacidad del hombre para adaptarse al medio social y de lograr satisfacción para sí y para sus semejantes" (Branon L., et al.2001).

Para Alfred Adler (1980), la enfermedad, en el fondo, se relaciona con el autoconcepto. Si el paciente no se siente bien en una área, siente que no podrá enfrentarse eficazmente a situaciones relacionadas con ésta. Por lo tanto, intentará evitarlas o distorsionarlas. Sentir frustración o humillación será reprimido. Esto puede conducir a algunos síntomas físicos. Si se enfrentan directamente los sentimientos de ser insignificante, se evitará la necesidad de reprimirlo y por lo tanto no se enfermará.

1.2.- ¿Qué son las enfermedades psicosomáticas?

La somatización es un efecto secundario significativo de la búsqueda central en una dolencia orgánica y el descuido de la parte mental (ver cuadro 1 de anexos). Es el traslado de los conflictos psíquicos al terreno físico. (Luban-Plozza B et al. 1997).

Las primeras ideas sobre las enfermedades psicosomáticas proceden de S. Freud, cuando publica en 1893 un trabajo sobre histeria y trata de desarrollar nuevas técnicas para tratar problemas que presentaban a la vez componentes fisiológicos y psicológicos.

Wikhelm Reich apartir de la definición de Freud define la histeria como la función del orgasmo, tratando de explicar que un individuo incapaz de descargar su energía por medio de los tejidos genitales experimentaba este sentimiento de angustia. Todas las experiencias de la vida son registradas en nuestra memoria, incluso el nacimiento, entonces, tenemos un lenguaje corporal, que tiene que manifestarse, liberando toda la energía acumulada. (Tordjman).

“Los fenómenos somáticos y psíquicos tienen lugar en el mismo sistema biológico, y probablemente son dos aspectos del mismo proceso.” (Flores Mondragón, Jiménez Hernández, 2001).

Groddeck en Baden-Baden y Hollos y Feereenci (1973) en Budapest se interesaron especialmente en los efectos de los factores psicológicos en el diagnóstico y curso de varios síndromes patológicos. Gradualmente, el adjetivo psicósomático entró a la literatura germana. Entre la segunda y tercera década del siglo XX Félix Deutsch trató de definir el significado de “medicina psicósomática”.

Una definición más exacta aparece en el editorial del primer número de “Psychosomatic Medicine” en 1939:

Hoy en día, el DSM IV ha definido el término psicósomático como “factores psicológicos que afectan a problemas médicos” haciendo hincapié en los factores psicológicos. De igual forma destaca la importancia de la cercanía entre los factores psicológicos y la exacerbación o retraso de la recuperación del estado general.

Dentro de los factores psicológicos incluye trastornos mentales, síntomas psicológicos, trastornos de la personalidad y conductas mal-adaptativas, pero excluye los trastornos mentales clásicos cuyos síntomas físicos son parte del trastorno. (Flores Mondragón, Jiménez Hernández, 2001).

El DSM IV sigue dos criterios para clasificar un trastorno psicósomático y son:

- 1.-Presencia de enfermedad médica previamente codificada en el eje III.
- 2.-Factores psicológicos que afecten negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:
 - Los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y

el desarrollo o exacerbación de la enfermedad médica o el retraso de su recuperación.

- Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica.
- Los factores constituyen un riesgo adicional para salud del paciente.
- Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica.

Tordjman utiliza la denominación de "psicosomático" para poder expresar la relación existente entre el cuerpo y la psique. Lo psíquico y lo somático no son dos entidades separadas, éstas deben de ser tomadas como dos aspectos particulares del conjunto viviente constituido por toda una persona. (Tordjman 1960).

Se incluye a un gran número de enfermedades en las que interactúan los factores orgánicos y psicológicos en su desarrollo, destacándose estos últimos como factores determinantes. Esta definición es muy cuestionada al plantearse la siguiente pregunta: ¿qué enfermedad no presenta una interacción de factores orgánicos y psicológicos?

La medicina psicosomática defiende la doctrina de la unidad de cuerpo y alma del paciente, quien se encuentra inmerso en una red de relaciones sociales. Describe de qué forma y en qué medida la aparición, el curso o la superación de las enfermedades físicas (desde el resfriado hasta el cáncer) están determinados en cierto grado por procesos biológicos, psicológicos y sociales. Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de factores psicosociales.

El paciente entra en conflictos con los síntomas físicos y no es capaz de formular las palabras psico-emocionales de su enfermedad. Quiere ser liberado de síntomas físicos (por lo que va a un médico). Las raíces están en su historia individual de vida, y la genética personal del paciente interviene para desarrollar la enfermedad. (Luban-Plozza B. et al. 1997).

Algunos autores han señalado que los pacientes psicosomáticos poseen una personalidad infantil, ya que reaccionan ante un conflicto directamente con su cuerpo sin que medie su pensamiento. Es decir, no pueden elaborar psíquicamente un conflicto sin poder lograr una descarga psíquica por lo que la realizan con una descarga física. Por ejemplo, presentan palpitaciones en vez de miedo, acidez en lugar de rabia o aumento del apetito en lugar de angustia. Sus órganos expresan lo que ellos son incapaces de expresar o sentir.

La psique de una persona tiene que superar múltiples pruebas. Hay muchas cosas que aparentemente son imposibles y, por lo tanto, son guardadas en secreto, reprimidas, adaptadas a exigencias reales o imaginarias, en el afán de reconocer sólo aquello que el entorno social parece estar dispuesto a aceptar y puede entender. Cuando la presión interna, producto de los apetitos las necesidades y las fantasías no satisfechas es excesiva y la válvula de liberación que supone su formulación en palabras ya no es suficiente, se puede manifestar materialmente, en forma de síntoma físico, es decir, como síntoma somático de causa psíquica. (Salkovskis P., 1989)

El cuadro que presentan estos pacientes va a estar determinado por la parte del cuerpo con la cual se exprese el síntoma, destacándose:

- A nivel de aparato digestivo: úlcera péptica, colitis ulcerosa, gastritis, constipación, hemorroides y alteraciones a nivel de la vesícula. La elección de este sistema se centra en la relación alimentaría entra la madre y el hijo, lo que refleja inseguridad en el hijo.
- A nivel respiratorio: asma bronquial, bronquitis, rinitis alérgica y sinusitis. Aquí la relación reside en el hecho de que la depresión produce suspiros, la sorpresa corta la respiración, la angustia ahoga y la emoción sofoca. La sobreprotección de la madre es la posible causante.
- A nivel cardiovascular: hipertensión arterial, infarto de miocardio y hemorragias cerebrales. Estas personas son muy trabajadoras, compulsivas, siempre faltos de tiempo. La posible causa es la duración de problemas no resueltos o el derrotismo que se forma en los niños.
- Aparato genitourinario: vaginismo, trastornos menstruales, enuresis, disfunciones sexuales, etc. Son formados por el temor, en especial al padre o por la no aceptación de la sexualidad.
- Sistema endocrino: bocio, diabetes, hipertiroidismo y obesidad. Se asocia con el anhelo de lo que pudo haber sido, además de necesidades de control.
- En la piel: eczema, alopecia, picazón, urticaria, soriasis, etc. Hay "erupciones mentales", que se reflejan en la piel.
- Aparato locomotor: dolores lumbares, defectos en la postura, artritis reumatoidea. En éste último, se ha visto la presencia de una madre restrictiva que limitaba los movimientos del hijo. (Ver glosario) (Salkovskis P., 1989 / Hay L. 2003).

Adler (1980) no menciona las enfermedades psicosomáticas. Él centró la teoría de enfermedades psicosomáticas en la inferioridad de los órganos.

A los trastornos por somatización Adler los identifica como un grupo heterogéneo con 3 factores:

1) Los síntomas que aparecen en los mismos tienen una finalidad inconsciente en un contexto relacional. Su significado depende de la finalidad inconsciente del Estilo de Vida del sujeto que presenta estos síntomas; y su actitud ante una tarea de vida relacional (amor, trabajo, relaciones socio-familiares).

2) Los síntomas se expresan en un lenguaje, llamado por Adler, "dialecto de los órganos" (en los síntomas del trastorno por somatización o el trastorno conversivo) que suponen la actitud inconsciente del sujeto ante problemas que tiene que resolver (relacionadas con sus tareas de la vida).

3) En la elección de los síntomas influyen los factores socio-ambientales y culturales; así como los factores biológicos; pero sobretodo, la finalidad inconsciente creadora del Estilo de Vida subjetivo. El Estilo de Vida de estos sujetos es disfuncional, ya que conllevan fuertes sentimientos de inferioridad y una finalidad compensatoria ajena al sentimiento de comunidad.

Algunos de los fines inconscientes relacionados con estos síntomas (en el trastorno conversivo) se relacionan con la búsqueda exagerada de estimación y la llamada de atención-apoyo externo (búsqueda activa e indirecta de estima y apoyo externo ante la propia percepción de insuficiencia personal y carencia de cooperación con otros); así como ofrecer una excusa a través del papel de enfermo para evitar responsabilidades de las tareas de vida.

Cuando el paciente se encuentra ante tareas de la vida ante las que se siente o cree poco preparado (sentimiento de inferioridad percibido) recurre inconscientemente a los síntomas como un arreglo para salvaguardar su autoestima poniendo distancia con la tarea amenazante con la excusa de los síntomas, y obteniendo por ellos atención, apoyo, etc. (refuerzo por el papel de enfermo). Estos arreglos son inconscientes; no se trata de una simulación. (Castanedo-Secadas 1999).

La perspectiva de Adler de los trastornos mentales orgánicos está muy relacionada con la teoría de la inferioridad orgánica formulada en 1907. Según Dreikurs (1948) la formulación de la inferioridad orgánica hace referencia a una

deficiencia orgánica-biológica de carácter estructural, funcional o morfológico que contiene tres niveles interrelacionados:

A) Nivel somático (déficit biológico en cuestión).

B) Nivel neuronal (relación entre ese déficit biológico y el sistema nervioso).

C) Nivel psicológico (vivencia y posición subjetiva ante ese déficit). Sperry (1988) ha reformulado la teoría de la inferioridad orgánica desde una perspectiva holista donde la reacción del paciente ante el déficit real biológico de precede al esfuerzo compensatorio que desarrolla ante el mismo.

La inferioridad orgánica puede ser genética (fibrosis cística, Mal de Huntington.), cromosómica (Síndrome de Down, Síndrome de Turner,...), situacional-accidental (infarto, traumatismo craneo-encefálico.) o autoinducida (efectos del abuso de sustancias, daño por anoxia, daño físico derivado de un intento suicida).

La dirección y la orientación subjetiva de la compensación está influenciada (no determinada unilateralmente) por varios factores: 1) El entrenamiento o aprendizaje infantil (estilo educativo mimado que conlleva usar a los otros para manejar los problemas de la vida; efectos de la compensación de un déficit orgánico real, y el descuido del niño relacionado con un pobre interés social posterior). 2) El entrenamiento o aprendizaje familiar (el estilo de vida familiar afecta a la exacerbación y mantenimiento de diversos problemas físicos y emocionales). 3) Efectos clínicos del shock (el shock o daño producido por un factor exógeno o biológico puede ser usado por el sujeto con distintas finalidades, según la orientación de su estilo de vida, esto es, para manipular a su familia, para evitar responsabilidades, para obtener atenciones, etc., 4) Lógica Privada (Estilo cognitivo subjetivo orientado por los intereses y meta personal ajeno al interés común). (Castanedo-Secadas 1999).

1.3.- ¿Qué es el Paciente Psicossomático? Historia

En 1994, la Asociación Psicossomática Americana cumplió 50 años de existencia y entre muchas cosas, defienden la doctrina de la unidad de cuerpo y alma del paciente que se encuentra hundido en una enfermedad física que definitivamente esta influida por factores psicossociales. (Luban-Plozza B., 1997).

Además del diagnóstico sintomático, de la condición psicósomática, se ha estudiado con interés lo que se denomina como "el paciente psicósomático". Esta denominación intenta abarcar el conocimiento recopilado en la práctica clínica con personas que presentan afecciones fisiológicas en los que se han individualizado patrones caracteriológicos o estructuras de personalidad relacionados con tales "somatizaciones" o manifestaciones psicósomáticas.

Desde sus orígenes, la medicina ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones: una basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatomoclínica y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona (incluyendo su temperamento) y que, por tanto, tiene en cuenta los aspectos psicológicos. Esta última concepción holística y dinámica prefigura el acercamiento psicósomático moderno.

La importancia de los factores psicológicos en la enfermedad se han puesto de manifiesto a lo largo de la historia, si bien no aparecen "construidos" como etiopatogénicos hasta hace poco más de un siglo. Para Laín Entralgo siempre hubo medicina psicósomática a lo largo de la historia (Laín 1950). Es decir, desde Freud se pudieron introducir los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del estar enfermo.

Barcia (1998) señala cuatro momentos frustrados a lo largo de la historia de la medicina en los que la patología pudo ser psicósomática. Estos momentos fueron: la creación de la medicina fisiológica en Grecia; la re-elaboración de la medicina helénica por el cristianismo; la creación de la medicina moderna por Sydeham y la obra de autores fuertemente influidos por la Naturphilosophie. (Barcia D.1998).

Platón afirma que un error extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu. Esta postura la retomó y reelaboró el hilomorfismo de Aristóteles, según el cual, cuerpo y alma formarían una sola sustancia. Estas intuiciones de Platón y de Aristóteles hubieran podido desarrollar una patología psicósomática, pero los médicos griegos y entre ellos Galeno fueron fieles al craso naturalismo del Corpus hipocratium por lo que sólo pudieron ver la enfermedad como un desorden de la naturaleza, quedando las ideas de Platón y Aristóteles entre los filósofos.

Barcia dice que Sydeham si vio claramente el papel fundamental de la personalidad y de la biografía del enfermo entre las características de las

enfermedades crónicas, sin embargo cuando trataba de explicarlas, atendió únicamente a su vertiente física.

Los planteamientos antropológicos de autores inspirados en la Naturphilosophie, que tomando ideas especulativas intentaron transformarlas en planteamientos científicos; movimiento que se conoció como Naturwiissenschaft. Aquí debe citarse a Christian August Heinroth que fue quien acuñó el término de psicósomático, a E. Von Feuchtersleben que en su Dietética del Alma, crea el término "totalidad psicofísica del hombre" y sobre todo a Carl Gustav Von Carus autor que elaboró la noción que más tarde retoma Freud con el nombre de inconsciente. Von Carus describe por vez primera el cuerpo entero del hombre como campo expresivo, siendo el alma fundamento de todas las manifestaciones vitales, algo "divino" que se despliega desde el "inconsciente". No sólo fueron especulaciones antropológicas las que realizó Von Carus, sino que se esforzó por brindar un concepto psicósomático de salud y enfermedad que desarrollo en su obra Psyche Entwinklunsgeschichte. Su obra influyó en el posterior desarrollo de muchas ideas científicas, concretamente en el movimiento antropológico alemán centrado en la escuela de Heidelberg de Krehl. Dentro de éste, cabe destacar a Christian Friederich Nasse quien, junto con Jacobi, publicó un artículo sobre fundamentos de lo que ellos llaman medicina somatopsíquica. Aunque Nasse y Jacobi se manifestaron médicos somáticos, su medicina intentó tener un carácter integrador, en la que entraba en consideración el psiquismo del enfermo. Pero a pesar de lo holístico de estos planteamientos y de su intento de entender al hombre como realidad psicofísica, lo cierto es que estos autores alemanes no llegaron a elaborar una verdadera teoría etiopatogénica del enfermar somático desde planteamientos psicológicos. (Barcia D.1998).

A lo largo de su historia el psicoanálisis, desde sus diferentes marcos teóricos explicativos, se han realizado valiosas aportaciones. Freud diferenció las psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) de las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), tratándolas como tipos de neurosis con etiología y patogenética diferentes. Mientras que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis responderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicósomática. Esta diferenciación derivó en dos grandes planteamientos a la hora de entender lo psicósomático y lo psicósomático. (Barcia D. 1998.)

Un primer enfoque trata de dar una continuidad a los fenómenos somáticos, entendiendo los mismos como parte de un universo simbólico, es decir, como mensajes corporales que pueden ser interpretados al igual que otro sistema de

comunicación. Este enfoque ha sido defendido por autores cercanos al pensamiento Kleiniano que mantienen la teoría de la conversión histérica para entender cualquier fenómeno somático (funcional o lesional).

Un segundo enfoque trata de establecer la diferencia entre lo conversivo y lo psicossomático. Mientras que la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo entonces una forma de expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica, en la patología psicossomática ese contenido simbólico estaría ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido.

Los autores de la escuela de Chicago se encargaron inicialmente de apartar la atención del problema histérico conversivo (con disfuncionamiento en la musculatura de inervación voluntaria) y empezaron a centrarse en las alteraciones de los órganos del sistema vegetativo, verdaderas enfermedades psicossomáticas que equipararon con una serie de perfiles de personalidad y conflictos psicológicos específicos. El concepto de alexitimia surgió paralelo a las investigaciones que empezaron a realizarse con pacientes psicossomáticos aunque es aceptado que el síndrome alexitímico no es un equivalente de "lo psicossomático" sino que puede observarse en otras psicopatologías y en traumatismos pasajeros.

La Escuela Psicossomática de París separó radicalmente el fenómeno conversivo del psicossomático como dos tipos de patología con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicossomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. Los autores de esta escuela describen unas características de personalidad propias del paciente psicossomático que no están en el histérico. (Barcia D. 1998.)

Aunque Freud no se interesó especialmente por la psicossomática, sin duda él fue su inspirador al destacar la intrincación e influencia de los factores psíquicos en lo biológico y, concretamente, en la formación de síntomas somáticos.

Esta idea se refleja desde sus primeros trabajos en citas como:
"Los afectos pasan a ser con mucha frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos". "Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos"... "cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas" (Lain Entralgo P. 1950.).

“Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que llamaremos suma de excitación. En todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer la suma de excitación. El acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales (Ver glosario) y su empequeñecimiento por vías motrices (Ver glosario)” (Freud S. 1890).

En esa misma época, en la explicación de las neurosis actuales, Freud descubre genialmente cómo la angustia no puede ser transformada y organizada a través del aparato psíquico ya que sobrepasa sus posibilidades de elaboración mental. Esta sobreexcitación y la falla de los mecanismos mentales producen la descarga en el cuerpo a través de síntomas somáticos. Afirma que:

“Si se considera el mecanismo de las dos neurosis (refiriéndose a la conversión histérica y a la neurosis de angustia), se dilucidan unos puntos de vista que hacen aparecer a la neurosis de angustia directamente como el correspondiente somático de la histeria. Aquí como allí, acumulación de excitación (en lo cual quizá tenga su fundamento la ya descrita semejanza entre los síntomas); aquí como allí, una insuficiencia psíquica a consecuencia de la cual se producen unos procesos somáticos anormales. Aquí como allí, en vez de un procesamiento psíquico interviene una desviación de la excitación hacia lo somático; la diferencia reside meramente en que la excitación en cuyo desplazamiento se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática) mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto)” (Freud S.1890).

Actualmente, las interpretaciones del fenómeno de somatización prolongan las posiciones anteriores determinadas por el sistema freudiano (conversión histérica y neurosis de angustia). En particular, surgen dos grandes corrientes dentro del psicoanálisis para comprender la somatización:

Una primera corriente que intenta aplicar a la psicósomática el modelo de conversión histérica descrito por Freud. Se hace de la histeria el modelo de toda somatización, extendiendo a lo pregenital el proceso de conversión simbólica. Muchos de los autores que defienden esta idea están próximos a la teoría de las relaciones objetales y a la teoría kleiniana.

Una segunda corriente que intenta oponer las psiconeurosis a las neurosis actuales o, dicho de otro modo, el síntoma conversivo histérico al síntoma psicósomático, con el fin de vincular la psicósomática con una carencia real en la elaboración

psíquica o simbólica. Representada por la escuela de Chicago y, posteriormente, por la escuela de París.

Desde esta posición teórica se aplica a la psicósomática el modelo de la conversión descrito por Freud en la histeria. Los fenómenos somáticos tendrían una significación inconsciente que se expresa simbólicamente por medio del lenguaje del cuerpo. (Barcia D. 1998.)

Para Chiozza (Choizza LA 1976) "la elección del órgano a través del cual se expresa un determinado trastorno, se rige por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra representación".

Groddeck (Groddeck 1973) fue el precursor de esta forma de buscar el sentido del síntoma psicósomático. "Psicologiza" lo orgánico, haciendo de la conversión histérica el arquetipo de toda somatización. Para este autor, toda enfermedad orgánica, sin excepción, es igualmente psíquica y el cuerpo simboliza a través de su ser mismo. La morfología ya es simbólica y los órganos son imágenes descifrables como un argumento onírico. Propone una verdadera anatomía fantástica paralela a la anatomía física; diferentes partes del cuerpo están consideradas como la encarnación de cualidades o de afectos.

Los autores de orientación kleiniana se inscriben en una línea próxima a la de Groddeck. Sus teorías se prestan muy bien a la interpretación simbólica de cualquier lesión somática (incluso de cualquier trastorno funcional o de cualquier síntoma hipocondríaco) por la utilización que hacen de conceptos tales como la formación del símbolo, la fantasía inconsciente, los procesos defensivos de introyección /proyección o el mal / el buen objeto.

Melanie Klein parte de que el bebé, pese a su total dependencia, tiene un desarrollo precoz de su psiquismo en los primeros meses de vida. El cuerpo y sus reacciones viscerales son los elementos fundamentales vivenciales que se van a ir traduciendo a vivencias psíquicas que, conjuntamente con los estímulos del medio, van a ir estructurando el aparato mental del bebé. (Hinshelwood RD. 1989)

La teoría kleiniana sitúa la psicodinámica explicativa de la psicósomática en el inicio de la vida. Para Klein, a diferencia de Freud, existen fantasías pregenitales objetales desde el nacimiento que se representan simbólicamente. Esta idea puede resumirse de la siguiente manera:

“Una sensación somática fuerza el surgimiento de una experiencia psíquica que es interpretada como una relación con un objeto que desea causar esa sensación, y que es amado u odiado por el sujeto según que el objeto tenga buenas o malas intenciones (es decir, según se trate de una experiencia placentera o no placentera). Entonces, una sensación somática no placentera obtendría su representación psíquica como una relación con un objeto malo que quiere perjudicar y dañar al sujeto”.

Melita Sperling (Sperling M. 1971) ve los síntomas psicósomáticos como una defensa frente a impulsos sádicos pregenitales orales y anales responsables de enfermedades como la colitis ulcerosa o la anorexia nerviosa. Para Chiozza (Choizza 1998), cada afecto tiene un trazo mnémico inconsciente que determina la cualidad de la descarga somática y en cada trastorno existe una fantasía inconsciente específica que tiene conexión con el lenguaje.

Hoy en día la justificación de la localización de una afección determinada constituye todavía un enigma. Aunque podría resultar demasiado simplificador entender la patología psicósomática únicamente al modo de una teoría de la conversión simbólica, no se puede excluir que, una simbolización incorporada secundariamente sobre los síntomas puede intervenir en su mantenimiento y evolución (Hinshelwood RD 1989).

1.4.-Escuela de Chicago.

Este movimiento realizó las primeras investigaciones sistemáticas en este campo, partiendo de una transposición del fenómeno de la conversión al de la patología de los órganos (“neurosis de órgano”). La polémica inicial de si la conversión histérica sucede tan solo en el marco de actuación del sistema nervioso central o acontece además en el sistema vegetativo fue resuelta a favor de lo que defendía Alexander, es decir, que la musculatura de inervación voluntaria sería asiento de síntomas de conversión de tipo histérico mientras que el sistema visceral neurovegetativo sería la sede de las enfermedades psicósomáticas.

El grupo de Chicago promueve la desaparición progresiva del protagonismo de la conversión histérica. Las manifestaciones somáticas, así como la localización del órgano lesionado, no han de tener necesariamente una significación simbólica; el cuerpo, soporte de un mensaje cifrado en el síntoma conversivo histérico es, en el psicósomático, un desarreglo sobredeterminado de sus funciones.

Las alteraciones de los órganos vegetativos internos están condicionadas por tensiones emocionales en general; las inervaciones erróneas que actúan de forma crónica sobre este sistema generan enfermedades psicosomáticas. Desde esta perspectiva, se desarrollan los "perfiles psicosomáticos" específicos de ciertas enfermedades con lesiones anatomoclínicas objetivales.

Dunbar es el principal representante de la teoría de la especificidad de la personalidad. Describe minuciosamente una serie de perfiles de personalidad que correlacionan, uno a uno, con trastornos psicosomáticos concretos (asma, úlcera, diabetes, enfermedad coronaria, etc.). Alexander (Alexander F. et al 1968.), propone siete enfermedades psicosomáticas (asma bronquial, hipertensión esencial, artritis reumatoide, hipertiroidismo, rectocolitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal y neurodermatosis) estudiando el aspecto neurofisiológico de sus disfuncionamientos y, paralelamente, estableciendo los conflictos psicológicos (inconscientes) específicos de cada afección.

Alexander (Alexander F. et al 1968) distingue las afecciones causadas por una hiperactividad del sistema nervioso simpático (sistema implicado en las reacciones motrices de lucha o huida) y aquellas motivadas por una hiperactividad del sistema parasimpático (implicado en estados de reposo motor y de asimilación energética). Esta clasificación se corresponde con dos categorías de conflicto psicológico (la tendencia hostil agresiva y la búsqueda de dependencia); ejemplo de la primera sería la hipertensión y el hipertiroidismo y, de la segunda, la úlcera gastroduodenal, asma y la esclerosis múltiple (Ver glosario). La disfunción aparece cuando las emociones no pueden expresarse normalmente y la energía permanece encerrada dentro del organismo de forma crónica (Salkovskis 1989).

Posteriormente, Alexander afirma que el factor psicológico es un factor necesario pero no suficiente para la aparición de la enfermedad. Su etiología vendría dada por la conjunción de una serie de elementos: la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, una constelación psicodinámica característica (conflicto específico) y una situación ambiental desencadenante. En resumen el problema de la especificidad de la siguiente forma:

1. Una teoría única no puede abarcar todos los trastornos psicosomáticos ya que algunos son de naturaleza puramente histérica, mientras que otros son concomitantes vegetativos de una tensión emocional crónica.
2. No obstante, la mayoría de los síndromes que forman parte del grupo que se llaman enfermedades psicosomáticas o neurosis vegetativas se asocian, a menudo, a ciertos tipos caracterológicos o constelaciones emocionales características.

3. En todos los casos se debe tener en cuenta la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado y la situación ambiental desencadenante

1.5.-Escuela psicossomática de París.

Aunque no fue hasta 1960 cuando se empezó a publicar en Francia la "Revue de Medicine Psychosomatique", desde 1947, algunos psicoanalistas de París publicaban artículos relacionados con la psicossomática.

La escuela de París, con P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan y C. David como principales representantes (Marty P. 1990), intenta elaborar una teoría unitaria de la organización psicossomática, en la que subrayan la no especificidad de las situaciones conflictivas que se encuentran en el desencadenamiento de afecciones psicossomáticas. Defienden que, más allá de las particularidades de las diversas organizaciones de la personalidad (neurosis, perversión y psicosis), en los psicossomáticos existe un conjunto de características comunes que conforman una verdadera estructura de personalidad psicossomática.

Establecen una clara separación entre síntomas conversivos y psicossomáticos; en palabras de Racamier: "para el histérico el cuerpo es un instrumento, para el psicossomático es una víctima; el primero habla con su carne, el segundo sufre en la carne". Rehúsan encontrar un sentido simbólico en los síntomas psicossomáticos, ya que, según M'Uzan, "el síntoma psicossomático es tonto" (Kreisler L. 1975.).

Tanto Marty como M'Uzan y David (Marty P. 1990) mantienen el supuesto básico de que los sucesos y situaciones que se nos presentan tocan la afectividad y desencadenan una serie de excitaciones a las que debe darse una salida adecuada. Una buena parte de este trabajo pertenece a la elaboración mental, siempre y cuando el individuo esté dotado de un buen soporte para la mentalización.

El proceso de mentalización se construye gracias a que las representaciones de cosas (que tienen una calidad sensorio-perceptiva), a través del proceso simbólico, se van organizando progresivamente en representación de palabras (Marty P. 1991). Estas permiten el acceso a la fantasía, la producción onírica o los procesos de reflexión interna.

P. Marty propone una organización y jerarquización progresiva de las funciones biológicas y mentales, circunscribiendo el eje organización / desorganización. Así para él las enfermedades somáticas se conciben como desorganización, concibiendo su sintomatología como negativa (ausencia de síntomas en el sentido clásico, es decir, en el plano mental), mientras que las enfermedades mentales clásicas (las psiconeurosis) serán concebidas como enfermedades con sintomatología positiva, en orden al privilegio que la jerarquización por él establecida concede a las funciones mentales.

Establece una economía psicosomática tomando el preconscious como un "punto central" y destacando que cuanto más rico sea el preconscious de un sujeto en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, más probabilidades tendrá la patología eventual de situarse en un plano mental. En cambio, cuanto menos rico sea en ellas y en las relaciones y permanencia de las mismas, la patología correrá un mayor riesgo de situarse en el plano somático. Esto es así porque el preconscious es concebido como la herramienta fundamental del aparato mental para protegerse de la cantidad de excitaciones y estímulos tanto instintivos como exteriores. (Marty P. 1991).

1.6.-Todos en conjunto: Familias Psicosomáticas, el origen.

La familia psicosomática básicamente encierra un problema de límites. Como gran parte de los problemas familiares, la enfermedad psicosomática pertenece a ese grupo de dinámicas familiares en que están entremezclados los roles en la familia. El afán por la unión familiar crea un ambiente de dificultad para espacios individuales. A esta dificultad, Minuchin (1990) la llama ausencia de distancia psicológica. La define como el momento en que uno, o los miembros de la familia comienzan a funcionar en un "Holón" o subsistema familiar al cual no pertenecen. Las alianzas, coaliciones, roles inadecuados y expectativas desmesuradas son algunas de las formas que diluyen o eliminan las fronteras entre los subsistemas y entre los miembros. (Minuchin, S. 1990).

Todas las familias a lo largo de su historia, tienen en algún problema de fronteras debido a los momentos evolutivos. En el caso de familias psicosomáticas el problema surge al no evolucionar positivamente en su momento. A las familias llamadas "normales" les cuesta mucho trabajo el cambio pero lo entienden como necesario y parte de la vida. En las familias psicosomáticas su afán por la unidad y

su resistencia al cambio no le permiten una interpretación positiva de cualquier signo de individualización. Por el contrario, es entendido como signo de deslealtad hacia la familia. Los hijos de estas familias están sometidos a una especie de alineamiento comportamental en el cual están encajonados y obligados a mantener una dinámica familiar que persigue, a los ojos de los padres, la paz en la familia. En realidad no es otra cosa que una olla de presión con una válvula. Dentro de la olla están todas las tensiones, odios, mitos, y cosas no dichas que pueda reunir una familia que considere una discusión como una alteración a la paz.

La enfermedad psicosomática es la válvula que regula las tensiones en la familia. Por un lado, desvía la atención al constituirse como el centro de la familia. En una familia donde unos se vuelcan sobre los otros movidos por un ideal de sobreprotección, el enfermo se convierte en quien más necesita del cuidado de los demás. Por otro lado, en los momentos en que surge tensión en la familia, como puede ser una posible discusión, el tema a discutir pasa a segundo plano, ya que al entrar el enfermo en escena se suprime el asunto por el bien y la salud del enfermo. (Minuchin, S. 1990).

Para Onnis (1990) la mayoría de las familias con problemas psicosomáticos encierran un problema de pareja muy serio. Es fácil comprender las grandes posibilidades que tienen de ser parejas con problemas desde el mismo momento de su constitución. En el juego que mantienen la enfermedad del hijo constituye un elemento muy importante para que esta pareja no se disuelva o no caiga en contradicciones al enfrentarse como pareja. La enfermedad funciona para distraer la atención y para darle fundamento al hecho de que estén juntos. Ya que es su misión ser buenos padres antes que pareja. (Onnis, L., 1990).

1.7.- Características de las Familias Psicosomáticas.

En las familias psicosomáticas tienden a proyectarse un tipo de características propias. Esto no significa que están presentes en todas las familias, ni que puedan existir casos en que no las tengan, pero es muy común que aparezcan en el cuadro familiar. Se construye una especie de marco que sirva de referencia para identificar familias psicosomáticas. Para Minuchin la primera característica es el aglutinamiento. En la familia existe un grave problema de ideología en el cual hay un pensamiento familiar que envuelve a todos los miembros. Existe una lealtad hacia esa ideología la cual no puede ser traicionada por nadie. De esta forma, pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones de sus miembros se

manifiestan como si fueran uno solo. Hay continuas intromisiones en la autonomía y la privacidad de unos con otros, existiendo un claro problema de límites en estas familias. Al haber débiles límites se provoca una confusión de roles y funciones. (Minuchin, S. 1990).

A consecuencia de lo anterior, las familias tienen un problema de sobreprotección. Hay un sentimiento de protección muy grande por parte de todos los miembros de la familia que se agudizan con el síntoma sobre el paciente identificado. Por lo común, la familia está inmersa en un juego de solicitud de protección y de interés recíprocos que, en momentos de exaltación, la lleva a movilizarse para de esta manera intentar evitar los conflictos.

Otra característica es la rigidez, entendida como la resistencia al cambio. Una actitud de necios sin la más mínima intención de serlo, ya que existe en la familia una particular ideología de permanecer unida. Aparentan ser una familia muy unida porque cualquier síntoma de desacuerdo es rápidamente reprimido por los mismos miembros de la familia. Un desacuerdo es interpretado como una amenaza a la unidad familiar. La familia es la gran institución que suele estar volcada hacia ellos mismos buscando en sus propios miembros modelos y ejemplos, con escasas relaciones hacia el exterior y tratando de mantener la homeostasis (unidad-equilibrio) familiar a toda costa. La encrucijada: una armoniosa familia que viene a resolver la enfermedad de uno de sus miembros y niega la necesidad de un cambio en la interior de la familia (Minuchin, S. 1990).

La evitación del conflicto está muy ligada con la rigidez. La familia tiene muy poca tolerancia al conflicto. Al aparecer el conflicto la familia pone en marcha una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo. En este juego el paciente y su enfermedad tienen un papel principal. Es una especie de válvula que se enciende cada vez que aparece conflicto. En el momento de alguna discusión la enfermedad surge con excusa para evitar hablar de ello, o aparece drásticamente en el momento de mucha tensión para desviar la atención. Es frecuente que el síntoma surja en momentos en que el paciente no pueda interferir directamente en alguna situación tensa.

La pareja dentro de ese tipo ideal de familias, suelen tener un poderoso vínculo de lealtad que hace que los hijos se vuelvan susceptibles a ella. Así los padres esperan la misma lealtad por parte de sus hijos, a veces en situaciones que van más allá de las posibilidades de estos, haciendo de ellos sus confidentes y aliados

adultos. Formando de esta manera triángulos y coaliciones en contra de uno de los padres.

1.8.-Esclerosis Múltiple, enfermedad psicosomática.

Las enfermedades psicosomáticas, constituyen un problema de dimensiones numéricas tan grande, que conforman algunos de los problemas más graves de la salud pública que enfrenta la humanidad.

Por causas que los investigadores están empezando a comprender, las mujeres corren muchos más riesgos que los hombres de padecer una enfermedad psicosomática, una alteración del sistema inmunológico (Ver glosario) en la que el organismo se vuelve paranoico y empieza a atacar a uno o varios órganos corporales. La lista de enfermedades psicosomáticas es larga y diversa, y se compone de más de 80 trastornos que afligen prácticamente a todos los órganos y funciones corporales: el hígado, los riñones, las glándulas suprarrenales, los ovarios, el páncreas, la piel, las articulaciones, los músculos y las vainas de mielina que recubren los nervios, entre otros trastornos. (Angier N., en prensa 2002).

Prácticamente en todos los trastornos del sistema inmune, la balanza se inclina radicalmente hacia el sexo femenino. Incluso las enfermedades inmunitarias menos abiertamente "femeninas", como la esclerosis múltiple que afecta al doble de mujeres que de hombres.

En el mundo, de todas las personas que padecen enfermedades psicosomáticas se estima que el 80% de estas son mujeres. De estas personas, se estima que el 30% padecen esclerosis múltiple y la mitad son mujeres. (Corona et.al., 2006)

Las enfermedades psicosomáticas están siendo estudiadas más a fondo. Una de las razones es que los médicos se han dado cuenta de que las personas que padecen una enfermedad psicosomática corren más riesgos de contraer otra. Además, los investigadores han descubierto que la predisposición generalizada a las enfermedades del sistema inmune puede ser cosa de toda la familia, en la que, por ejemplo, una persona padezca lupus, otra tenga artritis reumatoide y una tercera padezca esclerosis múltiple.

La predisposición genética es sólo una parte del rompecabezas de las enfermedades psicosomáticas. Varios investigadores intentan comprender el vínculo existente entre los trastornos del sistema inmune y las hormonas sexuales. Se cree que los altos niveles que tiene la mujer, en comparación con el hombre, de la denominada hormona femenina, o estrógeno, y los bajos niveles de los andrógenos masculinos explican algunas de las discrepancias sexuales en las enfermedades del sistema inmune, motivo por el cual muchas mujeres padecen por primera vez los síntomas de un síndrome psicosomático en torno a los 20 años, que es cuando los niveles medios de estrógenos mensuales están en su momento de apogeo. La esclerosis múltiple tiene sus comienzos en este período de la vida, la década de los 20 y se han registrado casos en los que comienza hasta los 40.

Además, las hormonas del embarazo influyen claramente en una serie de enfermedades del sistema inmune, en algunos casos mejorando el estado y en otros quizá empeorándolo. (Angier N., en prensa 2002).

Como señala Caroline Whitacre (2006), las mujeres con esclerosis múltiple suelen experimentar una gran mejora de su trastorno mientras están embarazadas, especialmente en el último trimestre, que es cuando los sistemas hormonales cruzados del embarazo trabajan a su capacidad máxima.

Pero estos periodos de salud duran poco. 'En el momento del parto se experimenta una brusca caída tanto de los niveles de estrógenos como de progesterona y se aprecia el retorno prácticamente inmediato de la enfermedad', comenta Whitacre. 'En los tres primeros meses después del parto, la enfermedad puede ser mucho peor de lo que era antes del embarazo'. Al cabo del tiempo, añade esta especialista, vuelve al estado anterior al embarazo. (Benito-León 1996).

Cabe aclarar que los hombres que padecen esclerosis múltiple presentan cuadros mucho más agresivos que las mujeres.

Ahora, si no guiamos por la escuela de Freud y el movimiento psicoanalítico, él trata de explicar la neuroanatomía y la bioquímica en los fenómenos psicológicos. La esclerosis múltiple puede ser una falla bioquímica. Siguiendo con la escuela de Freud, se debe considerar la importancia de los momentos biográficos del paciente y por lo tanto, los factores psicológicos. No se debe hacer un diagnóstico aislado por parte de los neurólogos.

Alexander (Alexander F. et al 1968), nos habla de una hiperactividad del sistema nervioso simpático y el parasimpático. El parasimpático se relaciona con las enfermedades psicosomáticas como la esclerosis múltiple. Esto implica una búsqueda de dependencia. Como veremos más adelante, la esclerosis múltiple implica mucha dependencia. Puede implicar tensión emocional crónica.

II Síntomas y formas de la esclerosis múltiple.

La historia de la esclerosis múltiple se puede remitir hasta Charcot, el primer neurólogo que mencionó placas en la corteza cerebral de sus pacientes "histéricas" ya fallecidas. La historia de la esclerosis múltiple puede consultarse en la sección de anexos, el cuadro no. 2 (Ver glosario).

La Esclerosis múltiple (E.M.) es también conocida como esclerosis disesclerosis múltipleinada y esclerosis en placas. Es una enfermedad cuya causa es psicósomática. Se presenta frecuentemente en los adultos jóvenes, entre 20 y 40 años de edad y suele afectar más a las mujeres que a los hombres. Se caracteriza por la presencia de lesiones neuropatológicas. Fundamentalmente, es la destrucción irregular y el endurecimiento de la mielina, que es la sustancia blanca que rodea a los nervios del cerebro y médula espinal y que esta compuesta por proteínas y grasas. (Weinshenker 1996).

La esclerosis múltiple es la enfermedad neurológica más común en adultos jóvenes, y a pesar del hecho de que la enfermedad fue descrita hace más de 130 años por Charcot, todavía existen dificultades para realizar un diagnóstico exacto. La reciente introducción de agentes terapéuticos (como los interferones) a largo plazo hace imperativo el diagnóstico preciso más que nunca. Su diagnóstico ha sido, paradójicamente, o muy fácil, o muy difícil por el carácter típicamente transitorio de los síntomas y de los signos. (Fernández 1990). De igual forma, los neurólogos no siempre están capacitados para hacer el diagnóstico temprano.

2.1.-Aspectos médicos.

La esclerosis múltiple destruye la mielina (ver glosario). La mielina facilita la conducción de los impulsos eléctricos entre las fibras nerviosas, por lo que si se destruye o se lesiona, los nervios pierden su capacidad para conducir éstos impulsos y esto ocasiona la aparición de los síntomas. La lesión de la mielina, en ocasiones es irreversible.

En la esclerosis múltiple, la mielina se pierde en muchas zonas, dejando en ocasiones cicatrices (escleras) o placas de desmielinización. La localización de estas placas determinará el tipo de esclerosis múltiple y extensión de los síntomas.

Algunos investigadores creen que puede ser ocasionada por un virus de acción retardada. El efecto viral sobre las células y otros efectos mediados por

mecanismos inmunológicos como son la infección de la oligodendroglía por un virus citolítico, (ver glosario) seguido de una desmielinización. En esta circunstancia el virus se replica selectivamente en el oligodendrocito, dando como resultado la destrucción celular y el papel de la respuesta del sistema inmune se limita la extensión viral. El otro mecanismo viral es secundario a la misma infección, a consecuencia de ésta, las proteínas virales son insertadas dentro de la membrana plasmática de oligodendrocito (ver glosario), ocasionando que la respuesta inmune dé origen a la muerte celular. La infección viral da como resultado la liberación de antígenos de mielina, la que desencadena una respuesta auto inmune en contra de la mielina (Weinshenker 1989).

Se sabe desde hace más de un siglo que la esclerosis múltiple es una enfermedad causada por lesiones en forma de placas distribuidas de forma difusa por el sistema nervioso central. La suma de las placas individuales crea un cuadro clínico notoriamente diverso, que típicamente puede incluir alteraciones motoras, sensitivas y sensoriales en varias partes del cuerpo, al mismo tiempo. La causa última de la esclerosis múltiple se desconoce hasta hoy. Muchos agentes microbianos (bacterias, virus e incluso parásitos) han sido incluidos entre los responsables, pero ninguno de estas imputaciones ha superado el paso del tiempo. De hecho, parece muy improbable que todos los casos de esclerosis múltiple sean causados por un agente etiológico único (Weinshenker 1989).

Este padecimiento, no es hereditario, ni contagioso y debido a que interfiere en la transmisión de las señales nerviosas, produce una amplia gama de síntomas que varían de una a otra persona.

La esclerosis múltiple tiende a evolucionar de forma diferente en cada persona:

- Forma recurrente/ remitente: Se presenta en el 75% de los casos y es la forma más común, con recuperación total o parcial después de los ataques, brotes o recaídas.

-Esclerosis múltiple primariamente progresiva: Se presenta en el 10% y es de evolución progresiva del déficit neurológico sin periodos de mejoría ni empeoramientos bruscos.

-Esclerosis múltiple secundariamente progresiva: pacientes que tras un periodo

variable de recidivas y remisiones, la enfermedad evoluciona hacia un deterioro progresivo de los síntomas.

- Transicional: que presenta un brote seguido de una remisión de varios años de evolución y desarrollo posterior de una forma progresiva.
- Progresiva recurrente: cuando afecta de forma progresiva con exacerbaciones agudas.

- Formas benignas, que afectan a pacientes con poco deterioro e incapacidad mínima al cabo de años de evolución del proceso. Aproximadamente pertenecen a este grupo un tercio de los pacientes con esclerosis múltiple.

Los estudios hechos en la población mestiza mexicana muestra que hay rasgos en las diferentes formas que son similares a los casos europeos y asiáticos (Cordova.,et al 2006).

2.2.-Orígenes.

En los años 70-80, la frecuencia de la esclerosis múltiple se conocía de manera muy parcial en los países del sur de Europa. A partir de esa época se han realizado muchos estudios de prevalencia en estos países, encontrándose frecuencias de riesgo medias, alrededor de 50 casos en 100.000, e incluso en algunos casos altos. Persiste la incógnita de la tasa de prevalencia tan baja de Malta (prevalencia 4), que probablemente se deba a un diferente origen étnico, a pesar de la escasa distancia con Sicilia donde el riesgo es medio. En los años 70-80, la frecuencia de la esclerosis múltiple se conocía de manera muy parcial en los países del sur de Europa. Los estudios étnicos han permitido establecer que existen poblaciones aparentemente resistentes a la esclerosis múltiple, como los lapones, maoríes de Nueva Zelanda, indios de Norteamérica, hueritas de Saskatchewan de Canadá, gitanos húngaros, etc. Estos estudios han reconocido la importancia del antecedente escandinavo, que explicaría por sí sólo la mayoría de los hallazgos epidemiológicos en los EE.UU. (Micheli F. 2001).

La existencia de la esclerosis múltiple no sólo es en Europa o en Estados Unidos. Se han reportado casos en las latitudes al norte y sur del ecuador de 80 a 300 / 100, 000 casos. Esto contrasta con la incidencia en África, Asia y Sud-América que se estima en 5 / 100, 000 casos. En México, en 1970 Altares y Olivares reportaron 1.6 / 100, 000 casos. En estudios más recientes se reportaron 13 / 100, 000 casos

en el norte de México y 5 / 100, 000 en el centro de México (Corona T. et. al. 20006).

El por qué la esclerosis múltiple tiene el doble de frecuencia en los países escandinavos o apenas afecta a gitanos húngaros, a la raza negra o a los maoríes de Nueva Zelanda es una incógnita para la que existen varias teorías y se entremezclan factores étnicos, genéticos o medioambientales. "Los estudios de prevalencia revelan que esta patología es más frecuente en los países que se encuentran entre los 40° - 60° de latitud, tanto en el hemisferio Norte como en el Sur", indica Óscar Fernández, jefe del servicio de Neurología del hospital Carlos Haya de Málaga. (Girona C. en Prensa, 2005)

Este experto recuerda que existe una hipótesis publicada en 1995 por el científico norteamericano Charles Poser, en el Acta Neurológica Scandinavica: 'Los viajes de los vikingos: ¿Son el origen de la esclerosis múltiple?', que se basa en que esta enfermedad aparece en poblaciones con antecedentes escandinavos y que, de acuerdo con esta hipótesis, se habría extendido, a través de las invasiones vikingas y posteriores migraciones, desde los países escandinavos a todo el planeta. Primero por Europa, Inglaterra, Francia o España y luego a Italia, Grecia e incluso la parte de Asia y a EE UU. La alta prevalencia en EE UU estaría justificada, según Poser, por las posteriores migraciones europeas, que trasladarían los genes escandinavos a este país", añade el neurólogo malagueño. (Poser CM., 1995).

2.3 Genética.

Los estudios genéticos de ligamiento y asociación (en realidad estudios caso-control) 7-9, han identificado como un determinante genético para la esclerosis múltiple, al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), localizado en el brazo corto del cromosoma 6 (ver glosario). Este complejo codifica los antígenos del sistema de histocompatibilidad (HLA) que presentan los antígenos peptídicos a las células T (ver glosario). La región clase II de este sistema, se asocia fuertemente con la esclerosis múltiple, en particular con el alelo DR2 y su correspondiente haplotipo (DRB1*1501, DQA1*0102, DQB1*0602). Aparte de la región HLA, algunos estudios han identificado otros genes, incluyendo la región de la cadena del receptor de la célula T (RCT) en el cromosoma 7, el locus de la cadena pesada de la inmunoglobulina en el cromosoma 19 y en población fina un gen ligado a la proteína básica de mielina en el cromosoma 18. (Compston DAS., et. al. 1995).

Todo esto apoya la existencia de un factor genético. Poser (1995) propuso una hipótesis según la cual la esclerosis múltiple se produce en las poblaciones con antecedentes escandinavos, a través de las invasiones vikingas, que fueron más extensas de lo que se suele conocer y que llegaron no sólo a países o regiones situados al norte como Inglaterra, Irlanda, Islandia, Groenlandia o la zona más septentrional de los EE.UU., sino a países situados al sur de Europa como Francia y España (como lo atestiguan la existencia de las torres defensivas de Catoira y las fiestas vikingas anuales que se celebran en Galicia, norte de España), llegando al mediterráneo a través de Gibraltar (torres defensivas de la costa en Andalucía en el sur de España). En los años 70-80, la frecuencia de la esclerosis múltiple se conocía de manera muy parcial en los países del sur de Europa. Los estudios étnicos han permitido establecer que existen poblaciones aparentemente resistentes a la esclerosis múltiple, como los lapones, maoríes de Nueva Zelanda, indios de Norteamérica, huteritas de Saskatchewan de Canadá, gitanos húngaros, etc. Estos estudios han reconocido la importancia del antecedente escandinavo, que explicaría por sí sólo la mayoría de los hallazgos epidemiológicos en los EE.UU. (Girona, en Prensa 2005). Hacia Centro y Sur América la migración de los países europeos y de EE.UU ha esparcido la esclerosis múltiple.

Investigadores del Instituto Serono Genetics han presentado en su sede de París (Francia) un registro de 80 genes relacionados con la esclerosis múltiple, el riesgo genético explica hasta el 30% de los casos, seguido por los factores ambientales y el azar. Los 80 genes conocidos son aproximadamente la mitad de los implicados en la dolencia neuronal. Para elaborar el registro de los 80 genes involucrados en la esclerosis múltiple, los científicos del Serono Genetics, dirigidos por el prestigioso profesor Daniel Cohen, han realizado un novedoso estudio de asociación genética en el que rompen con el modo tradicional de acercarse a la genética médica (confirmar que los genes que se creen importantes en una enfermedad se expresan con más frecuencia en los pacientes), y utilizan una nueva estrategia: el mapeo del genoma entero (Whole Genoma Scan, en sus siglas en inglés). Cohen es director de Genética del grupo Serono y cofundador del Centro de Estudios del Poliformismo Humano (el primer laboratorio que propuso el Proyecto del Genoma Humano) junto con el profesor Jean Dausset, premio Nóbel de Medicina y Fisiología en 1980 por descubrir el primer antígeno contra los glóbulos blancos.

En el genoma humano hay 30.000 genes y 3.000 millones de pares de bases o nucleótidos. Los seres humanos comparten el 99,9% del código genético y este pequeño porcentaje que les hace diferentes es el resultado de varios millones de variaciones de las secuencias genéticas. La variación de una sola base o SNP puede cambiar la función de la proteína que codifica el gen y, de este modo, la

susceptibilidad a padecer o no una enfermedad o la respuesta a un determinado tratamiento.

El trabajo de investigación dirigido por el profesor Cohen ha incluido a 1.800 personas, 900 sanas (grupo control) y 900 pacientes de esclerosis múltiple (grupo de casos), procedentes de Francia, Suecia y EE UU. Este trabajo ha permitido mapear las secuencias de 100.000 marcadores genéticos (SNP) con una técnica conocida como Affymetrix GeneChip. En el próximo paso se utilizará la última generación de dicha tecnología, lo que permitirá leer más de 500.000 variaciones genéticas y conocer todas las variaciones genéticas de la esclerosis múltiple el próximo año (Farrall M., 1996).

Por otras patologías se cuenta con la tecnología para identificar los genes, pero en el caso de la esclerosis múltiple el problema principal es la interpretación de los datos, según Daniel Cohen (formación multidisciplinar en medicina, inmunología y genética). Hasta ahora se han analizado alrededor del 40% del genoma humano. De los 80 genes identificados, constituyen aproximadamente, la mitad de los implicados en la esclerosis múltiple, en esta primera fase. Todos los genes registrados ya han sido descritos en la literatura científica. En este registro es asociado por primera vez, el gen de la Neuregulina 1 (NRG1) y el de la Presenilina 2 con la esclerosis múltiple. El primero ya se asociaba a la esquizofrenia y a la enfermedad de Alzheimer, y el segundo al Alzheimer según Cohen.

Los genes de la región HLA (histocompatibilidad Human Leukocyte Antigen, ó HLA) figuran entre los primeros asociados a la esclerosis múltiple y los trabajos realizados revelan que con este grupo de genes el riesgo de enfermedad aumenta o disminuye dependiendo del alelo (una de las dos o más formas que puede adoptar un gen) que exprese el paciente. Así, un estudio realizado por el equipo del profesor Jan Hillert, uno de los mayores expertos en las raíces genéticas de esta enfermedad, revela que el gen HLA-DR2 (ver glosario) es más frecuente en el grupo control (60%) que en el de los pacientes (30%). Otro estudio posterior concluye que el HLA-A2 era más prevalente en el grupo de personas sanas que en el de las enfermas, siendo, por tanto, un factor protector contra la enfermedad (Proser CM., 1995).

Todavía desconoce el mecanismo por el que su alelo DR2 aumenta el riesgo de padecer esta dolencia y el A2 lo disminuye, de acuerdo con Hillert, director de la división de Neurología del Instituto Karolinska de Estocolmo, Suecia.

El científico sueco también realizó otro estudio, que se publicó en la revista *Genes and Immunity*, en el que se sugiere que el gen LAG3, situado en el cromosoma 12,

y el IL7R, localizado en el cromosoma 5, codifican proteínas involucradas en la activación y maduración de los linfocitos y pueden influir en esta enfermedad.

Sin embargo hay estudios que apuntan a que la esclerosis múltiple puede deberse a una combinación de factores entre los que se encuentran los genéticos y los ambientales. Los factores psicosomáticos entran al tratar de describir la esclerosis múltiple, es decir, la interacción cuerpo – mente (Girona, 2005).

2.4 Trastornos en las mujeres.

Entre los muchos aspectos que engloba la esclerosis múltiple, en el plano sexual, la mujer padece:

Pérdida de la libido (deseo sexual)

No hay ningún tratamiento médico eficaz para tratar la pérdida de la libido en las mujeres. A veces el deseo vuelve. En otras ocasiones la pérdida o disminución pueden ser permanentes. La libido en las mujeres se ve amenazada por muchos frentes: desmielinización, la fatiga, la ansiedad o la depresión pueden ser el motivo de la pérdida del deseo sexual.

Sin embargo la pérdida de deseo sexual no hace imposible una vida sexual satisfactoria. El deseo no es una condición previa necesaria. Las mujeres pueden experimentar placer sexual aun en ausencia de una poderosa libido.

Los Cambios sensoriales se pueden reflejar en el entumecimiento que a veces se da en el área vaginal, pudiendo hacer el coito incómodo e interferir con el orgasmo (Poser CM., 1983).

La estimulación creciente del área genital puede ayudar a vencer el entumecimiento. En algunos casos, la estimulación oral o manual del clítoris será suficiente para conseguir el orgasmo.

La disminución del lubricado vaginal hace incómoda el coito y puede provocar irritación. Una solución sencilla son los lubricantes solubles en agua. (Benito-León 2003).

2.5 Trastornos en el hombre.

Los problemas más comúnmente experimentados por los hombres son la dificultad de conseguir o mantener una erección, disminución de la sensibilidad genital, la eyaculación precoz y la dificultad o imposibilidad de eyacular.

En algunos casos es difícil localizar la causa del problema. La desmielinización puede ser directamente el problema que afecta la función eréctil. Los medicamentos también pueden ser los causantes. La tensión y la ansiedad de padecer la enfermedad es otro factor a tener en cuenta. El miedo a no tener una erección puede ser tan aplastante que hace que algunos hombres pierdan el interés completamente por el sexo. Esta ansiedad puede ser la fuente exclusiva del problema.

Hay medicamentos que pueden ayudar:

La píldora Viagra (sildenafil), aumentando la concentración de sangre en los cuerpos cavernosos del pene, se muestra eficaz en el 50% de los pacientes con esclerosis múltiple. Otras opciones incluyen la auto inyección de Alprostadil (Caverject, Sugiran) en el tejido esponjoso del pene. Es una inyección relativamente indolora que produce la erección.

Existen una serie de aparatos que ayudan a producir la erección (Bomba o tubo de vacío, etc. (Benito-León 2003).

2.6 Esclerosis múltiple en el embarazo.

La disminución en la tasa de brotes durante el embarazo es más marcada que cualquier efecto terapéutico informado hasta la fecha. Esta observación clínica se corrobora por la ausencia de actividad en resonancias magnéticas durante el tercer trimestre del embarazo (Van Walderveen et al., 1994).

Desde un punto de vista inmunológico, el embarazo normal parece asociarse con un cambio de la inmunidad mediada por células hacia un aumento de la inmunidad humoral. La unidad feto-placentaria segrega citocinas tales como interleucina 10 que regula a la baja la producción de otras citocinas que median la inmunidad celular de la madre. Esta inmunodepresión de la inmunidad mediada por células

podría explicar la tolerancia del feto por la madre. Por contra, el parto puede asociarse con una inversión del balance de citocinas y puede considerarse, en algunos aspectos, como un proceso de rechazo del injerto. Este concepto podría explicar por qué el embarazo se asocia con una remisión espontánea y el postparto con exacerbación de las enfermedades psicosomáticas mediadas por células T, tales como la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide (ver glosario). Por el contrario, las enfermedades auto inmunes mediadas por células B (ver glosario), tales como el lupus eritematoso tienden a empeorar durante el embarazo. Una mejor comprensión de los mecanismos inmunológicos subyacentes a este cambio dramático en la actividad de la enfermedad relacionada con el embarazo, podría conducir a estrategias terapéuticas nuevas y más eficaces en el tratamiento de la esclerosis múltiple (Tillman JB et al 1950).

Afortunadamente, el embarazo no parece acelerar ni empeorar el curso o efectos de la esclerosis múltiple. La esclerosis múltiple se diagnostica en la época más fértil de la vida de la mujer.

Independientemente de la esclerosis múltiple, es normal sentirse cansada; de hecho, el elevado consumo de hierro durante el embarazo y la hemorragia del parto pueden inducir una anemia, y los desvelos nocturnos. En este período los niveles hormonales sufren más transformaciones, regresando progresivamente a su estado precedente: esto provoca cambios de humor.

Además de estas razones de naturaleza orgánica, subyace el temor de no ser capaz de asumir todas las responsabilidades que conlleva la maternidad y la nueva relación con la pareja, quién también se sentirá bajo la presión de las nuevas responsabilidades (Tillman JB et al 1950).

La nueva madre puede percibir una agresividad, no manifiesta aparentemente, en la relación con el propio hijo; estos sentimientos a menudo son la expresión de una percepción de pérdida de la propia libertad y de la conciencia de que el embarazo ha cambiado el propio cuerpo; a menudo, a causa de tales sentimientos se puede vivir una sensación de culpa hacia el bebé, al no percibirse como una buena madre según los cánones tradicionales. El sentimiento de culpa puede ser aún mayor debido a la presencia de una discapacidad y, por tanto, mayor dificultad para desarrollar algunas actividades propias del cuidado de un bebé. A menudo, después del nacimiento, todas las atenciones de familiares y amigos se centran en el bebé, olvidando las necesidades emotivas de la madre. Estos factores pueden dar origen a la comúnmente denominada "depresión posparto". Cuando una paciente con esclerosis múltiple plantea un embarazo,

surgen varias dudas como el grado de incapacidad para cuidar a su bebé. Hay que tener en cuenta que el curso de la enfermedad es imprevisible y que la paciente necesitará cuidado especial y apoyo durante el embarazo y posteriores al parto.

Es poco probable que exista un empeoramiento de los síntomas durante el embarazo; por el contrario, en la mayoría de las ocasiones, parece como si estuvieran más protegidas contra la enfermedad. A pesar de esto, parece que son más susceptibles a otros problemas como un aumento de la fatiga (especialmente durante los tres primeros meses), estreñimiento e infecciones urinarias.

Aunque el embarazo y el parto producen cambios en la tasa de brotes, no tienen influencia en la discapacidad residual en el plazo medio y largo (Weinshenker BG et.al. 1989).

La lactación y la analgesia epidural no parecen tener un efecto letal sobre la enfermedad. Sin embarazo, los obstetras y anestesiólogos se oponen a realizar la analgesia epidural en pacientes con esclerosis múltiple. Es verdad, que casos aislados y pequeñas series sugieren que este procedimiento puede desencadenar un brote de la enfermedad.

Finalmente, la esclerosis múltiple parece no influenciar el embarazo, el parto o la salud del niño, pero las pacientes con una carencia importante de sensibilidad deben ser supervisadas de cerca durante el noveno mes, para poder detectar el inicio de contracciones o necesitar ayuda una vez que comience la dilatación. Al término del embarazo ocurren con frecuencia episodios de brotes, por lo que es conveniente la instalación de pasamanos en la casa y agarradores, sobre todo en el baño. Este empeoramiento de síntomas suelen ser reversibles (Weinshenker BG., et. al 1989.).

2.7.- ¿Y en el trabajo?

La esclerosis múltiple causa alteraciones de las capacidades mentales superiores.

En los últimos 20 años se ha dado un gran avance en el conocimiento de las alteraciones neuropsicológicas, se han realizado muchos estudios para poder saber dónde se producen los déficits en la memoria, el razonamiento abstracto, la velocidad en el procesamiento de la información, la atención son áreas específicas aisladas que sólo se pueden detectar a través de baterías neuropsicológicas que cubran un amplio rango de funciones superiores. Su grado y tipo de afectación sí

se relaciona con la extensión y localización de las áreas de desmielinización visualizadas mediante resonancia magnética. (García F. 1999).

El déficit atencionales puede contribuir significativamente a las alteraciones de memoria en los enfermos de esclerosis múltiple. Esto podría explicar que a pesar de poseer una capacidad de memoria aparentemente intacta en situaciones de laboratorio, debido a su enlentecimiento de su proceso atencional, se vean desbordados por situaciones en las que se exija la atención dividida. Estos problemas suelen incidir en la vida diaria y en su entorno, por ello al ser a veces poco perceptibles o bien no ser suficientemente consciente hace que haya roces en el entorno familiar. No todos los afectados tienen problemas cognitivos, además de que hay que realizar un diagnóstico diferencial, sobre si se trata o no de un proceso depresivo o de ansiedad que genera también faltas de atención, olvidos, etc. Se debe dar información a la familia cuando se detecten dificultades para que la comunicación sea lo más clara posible y sin interferencias, asegurarse de que ha entendido lo que se le ha dicho, ya que el procesamiento es lento así como el tiempo de reacción. No catalogarse de "torpe" o es que "no se entera", aceptando que hay una limitación. Se debe concienciar al afectado de que al igual que hay una rehabilitación física, también la hay cognitiva, para que ejercite la memoria, estrategias para la recuperación de la información mediante asociaciones, ejercitar funciones en desuso como la lecto-escritura, etc. (García F. 1999).

Los sentimientos que pueden surgir son: La necesidad de comprobación continúa de lo que se hace, inseguridad, necesidad de autocontrol, sensación de bloqueo.

Hay alteraciones en el lenguaje, voz y habla: los trastornos más comunes que suelen aparecer, dependen de la localización y tamaño de las lesiones.

Los trastornos de la voz aparecen cuando la coordinación de los músculos que constituyen los tres sistemas necesarios para la expulsión de ésta que son: el sistema respiratorio, vibrador y resonador se ven afectados. Cuando existen problemas en la inervación de estos músculos, o en la función del mismo músculo o en la coordinación motora - trastornos comunes en la esclerosis múltiple- se producen generalmente alteraciones de la voz, afectando a parámetros acústicos, intensidad, timbre y tono.

Los trastornos del habla son la disartria (trastorno de la expresión verbal - articulación defectuosa - causado por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla, debido a parálisis o ataxias del SNC que rigen los músculos del habla) y la bradilalia (articulación lenta pero correcta), también puede darse el

caso contrario taquicardia o ritmo acelerado, omitiendo gran parte de la articulación.

Los trastornos del lenguaje se distinguen por varias áreas, lenguaje oral, lecto-escritura y cognición.

En el lenguaje oral se presentan: La afasia, que se produce por lesión cerebral, aunque es infrecuente y la palilalia que se refiere a la repetición de sílabas, palabras o frases cortas.

En la lecto-escritura se presentan dificultades, teniendo en cuenta las alteraciones neurológicas consecuencia de la enfermedad, como pueden ser temblores, parestesia, nistagmus, diplopía, neuritis óptica. Al convertirse en una tarea que genera dificultad, es fácil que abandonen favoreciendo la degeneración de las mismas y el desuso. (García F. 1999).

2.8 ¿Cómo afecta los aspectos cognitivos la esclerosis múltiple?

En neuropsicología, "cognitivo" es un término que engloba los dominios de función intelectual, memoria, atención, velocidad de procesamiento de la información, lenguaje, solución de problemas y abstracción, entre otros. Se han desarrollado una variedad de pruebas neuropsicológicas para medir esas funciones. Las pruebas neuropsicológicas aportan información única para la valoración de los pacientes neurológicos, que no se obtienen de las otras evaluaciones.

Los problemas cognitivos son muy frecuentes en la esclerosis múltiple. Estudios transversales recientes demuestran que del 40% al 60% de los pacientes tienen déficit cognitivos significativos (Brassington & Marsh, 1998). Debido a que tales déficit son tan comunes y que se ha demostrado se asocian con dificultades en la vida diaria (Higginson et al., 2000) es por lo que se han estudiado de forma intensiva. La depresión en la esclerosis múltiple y los problemas cognitivos han demostrado tener una relación directa con ésta.

Aunque los trastornos cognitivos en la esclerosis múltiple son comunes, es importante apreciar que estos son habitualmente leves. Rao (Rao et al., 1991) aprecia que la mayoría de los pacientes con deterioro cognitivo (aproximadamente

el 80%) muestran déficit leves. En un estudio de 177 pacientes brote-remisión, Ryan y col (1996) hallan que la mayoría de los pacientes con deterioro cognitivo estaban afectados solamente en 1 o 2 dominios cognitivos, mientras que solamente un 5% mostraba un déficit cognitivo global. Es relativamente raro para alguien con esclerosis múltiple tener alteraciones cognitivas graves como las que se ven en la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, es importante apreciar que problemas aun relativamente ligeros, pueden ser discapacitantes para la realización de actividades cotidianas. Rao y col (1989), por ejemplo, encontraron que las personas afectas de esclerosis múltiple con deterioro cognitivo tenían menos empleos que aquellas que eran normales desde el punto de vista cognitivo (16% contra 44%). En otro estudio basado en la misma muestra, Rao y col (1991) hallan que los individuos con esclerosis múltiple que presentan deterioro cognitivo, requieren más ayuda en las actividades del hogar (hacer las camas, cocinar) y en el cuidado personal. Además, era menos probable su participación en las actividades sociales. Ambos estudios describen pacientes de esclerosis múltiple con deterioro cognitivo como aquellos que han fallado en al menos 4 pruebas de baterías de neuropsicología de 31 pruebas, estando definido el fallo como una puntuación por debajo del percentil 5 de la puntuación obtenida por una muestra de controles sanos apareados. Un paciente podría, sin embargo, puntuar correctamente en la mayoría de las pruebas realizadas, esto es, deteriorado ligeramente, y todavía podría ser incluido en el grupo de deterioro cognitivo (Weightman 2006). Aun así, déficit cognitivos leves pueden ocasionar problemas en las actividades de la vida diaria de los individuos con esclerosis múltiple.

La función intelectual está afectada de forma significativa en alrededor del 20% de los pacientes con esclerosis múltiple. La memoria es multifacética, pero las personas con esclerosis múltiple tienen habitualmente dificultades de memoria de tipos muy específicos. Típicamente, los pacientes con esclerosis múltiple tienen problemas de codificación y / o recuperación de la información tanto verbal como visual. Estas dificultades a menudo son expresadas por los pacientes como dificultad para contar una historia, lista de palabras o secuencia visual que se les presenta en las pruebas neuropsicológicas, cuando se compara con lo que sucede con el grupo control, que no padece esclerosis múltiple. En las tareas cotidianas, estas dificultades de memoria pueden manifestarse como problemas para recordar una historia, un programa de televisión, o un libro. Alrededor del 30% de las personas con esclerosis múltiple tienen problemas importantes de este tipo de memoria. Aproximadamente otro 30% tienen problemas moderados y el 40% restantes tienen problemas leves o no tienen problemas de memoria. (Garcea O., 2003).

Una manera útil de caracterizar la naturaleza del deterioro de memoria en la esclerosis múltiple es comparar lo que ocurre en estos pacientes con lo que ocurre en la enfermedad de Alzheimer, donde las alteraciones de memoria son bien conocidas. Aunque las personas con esclerosis múltiple inicialmente pueden no retener tanta información (una conversación, un programa de televisión, un libro, una historia) como los que no tienen esclerosis múltiple, recuerdan detalles de estos sucesos y retienen a lo largo del tiempo lo que recordaban inicialmente. Por el contrario, los pacientes con enfermedad de Alzheimer típicamente recuerdan poco, si algo, de aquello a lo que son expuestos y lo que recuerdan inicialmente, lo olvidan con rapidez. Los pacientes de Alzheimer muestran también, habitualmente, incapacidad para aprender nueva información, aún después de repeticiones múltiples. Por el contrario, los pacientes de esclerosis múltiple muestran capacidad para aprender información nueva con la repetición y muestran curvas de aprendizaje comparables con las de los controles sanos, aunque recuerdan menos información tras la primera presentación. Además, los pacientes con Alzheimer habitualmente muestran pérdida significativa de memoria a corto plazo, esto es, memoria para hechos significativos que ocurrieron muchos años antes del diagnóstico, mientras que los pacientes de esclerosis múltiple a menudo conservan la memoria a largo plazo (Rao et al., 1991).

Al igual que la memoria, la atención es multifactorial y requiere de la atención inmediata de rutina para cantidades relativamente pequeñas de información, la capacidad de sostener la atención en una tarea en el tiempo, cambiar la atención, y usar la atención para mantener y manipular la información "on line" (es decir, la memoria de trabajo). La velocidad de procesamiento de la información involucra el procesamiento rápido de la información. Es difícil separar el procesamiento rápido de información de la función de atención, porque la última es necesaria para realizar cualquier tarea cognitiva acelerada. Las dificultades de atención y procesamiento acelerados se ponen de manifiesto en las pruebas neuropsicológicas de diversas maneras. Los pacientes de esclerosis múltiple muestran su mayor dificultad en tareas que requieren el procesamiento rápido y complejo de la información. Por ejemplo, muestran una dificultad particular en tareas que requieren realizar algunas operaciones cognitivas rápidamente, tales como sumar números secuencialmente. Esta última tarea, combina funciones de memoria de trabajo y velocidad. Alrededor del 20-25% de los pacientes con esclerosis múltiple tienen dificultades notables con tales tareas.

Las personas con esclerosis múltiple también presentan dificultades para mantener y manipular la información en tareas de memoria de trabajo que no precisan

procesamiento rápido. (Benito-León J., 2003); sin embargo, su dificultad con tales tareas es típicamente menor que con aquellas que involucran un componente de rapidez. Las dificultades de atención/rapidez pueden manifestarse en los pacientes como dificultad en el mantenimiento y el procesamiento del flujo de información en una conversación, al mirar televisión, o al leer. Cuando cambia la actividad, las personas con esclerosis múltiple que experimentan estas dificultades pueden todavía tratar de procesar lo que acaba de decirse, verse o leerse. Esta área de la función cognitiva es una de las más comúnmente afectadas en la esclerosis múltiple.

Las afasias, son déficit que implican problemas profundos para comprender o producir el lenguaje, son raras en la esclerosis múltiple. El déficit de fluidez verbal es común en la esclerosis múltiple, pero parecen estar asociados con dificultades de la memoria de evocación (Fischer et al., 1994). Debido a que las tareas de fluidez requieren la producción rápida de información, parece probable que una mala realización dependa del déficit de la velocidad de procesamiento. Las tareas de fluidez verbal en las evaluaciones neuropsicológicas requieren, típicamente, que el examinado genere rápidamente palabras con una letra particular en un tiempo limitado (por ejemplo, un minuto). El lenguaje lento y distraído común en la esclerosis múltiple, puede también jugar un papel relacionado con el déficit de fluidez, pero la contribución de este factor, no ha sido explorada. En las tareas cotidianas, el déficit de fluidez verbal puede manifestarse por los pacientes, como dificultad para mantener un lenguaje fluido, ya que con frecuencia tienen problemas múltiples para generar con rapidez determinadas palabras. El 20-25% de las personas con esclerosis múltiple de muestras con base poblacional, tienen problemas múltiples importantes en las tareas de fluencia verbal.

Las habilidades viso-espaciales es un área de la función cognitiva que involucra al reconocimiento de caras, determinación de ángulos visuales y relaciones e integración visual. Estos tipos de problemas múltiples pueden manifestarse en la realidad como dificultades para la conducción y para recordar las caras de las personas recientemente conocidas. (Cedric SR et.al. 2000).

Las habilidades ejecutivas comprenden un gran número de funciones e involucran el razonamiento abstracto, la solución de problemas, la flexibilidad del pensamiento y la planificación. En las pruebas neuropsicológicas tales habilidades son medidas por tareas que requieren que los pacientes cambien secuencias cognitivas, hallen similitudes entre dos palabras / conceptos, o planifiquen soluciones a problemas nuevos. Las manifestaciones de estas dificultades en el día a día, engloban la dificultad para agrupar, planear detalles de un viaje, una cena, la agenda de trabajo y en el cambio de estrategias una vez que la solución

aportada no es útil. Aproximadamente el 15-20% de las personas con esclerosis múltiple presentan dificultades en las tareas ejecutivas (Rao et al., 1991a). Es útil resaltar el hecho de que los pacientes de esclerosis múltiple que están deteriorados en uno de los dominios de la cognición, no necesariamente están afectados en los demás. (Fischer et al., 1994).

Causas secundarias de deterioro cognitivo son consecuencia de asociación con otros procesos, tales como depresión, ansiedad o fatiga. Los problemas cognitivos causados por estas influencias secundarias son potencialmente reversibles, si son tratadas adecuadamente. Aunque en la literatura se ha prestado menos atención a estas posibles causas de deterioro cognitivo en la esclerosis múltiple, estudios recientes en laboratorio, examinando la depresión, han demostrado que los pacientes de esclerosis múltiple con depresión se comportan significativamente peor en las tareas aceleradas de atención/ memoria de trabajo, al compararse con pacientes de esclerosis múltiple no deprimidos (Arnett et al., 1999). Estos estudios representan la primera demostración clara de la asociación entre depresión y déficit cognitivo en la esclerosis múltiple. Los estudios previos pueden no haber demostrado asociación debido a la utilización de medidas de la depresión que contenían muchos síntomas neurovegetativos de la depresión tales como alteraciones del sueño, disfunciones sexuales, y fatiga. Tales síntomas pueden ser indicadores menos válidos de la depresión en la esclerosis múltiple porque son síntomas de la enfermedad en sí mismos. Los pacientes que cumplían con las escalas de depresión que incluían síntomas neurovegetativos pueden aparecer como depresivos, cuando en verdad, estaban refiriendo síntomas de esclerosis múltiple, más que de depresión. Al retirar los síntomas neurovegetativos de las escalas de depresión (CMDI, Chicago Multiscale Depression Inventory) y confiar sólo en los síntomas relacionados con el estado de ánimo, hallaron claras correlaciones entre la depresión y medidas cognitivas. También se halló que otro grupo de síntomas depresivos, los de auto evaluación negativa, estaban correlacionados significativamente con el desempeño de las tareas de atención acelerada.

La escala del Estado de Discapacidad Ampliada de Kurtzke (EDSS) ha sido comúnmente empleada para medir la gravedad de la esclerosis múltiple. Una cantidad mínima de la varianza 10-15% como máximo, (Fischer, 1994) en la disfunción cognitiva, puede atribuirse a la EDSS.

2.9.- Factores ambientales: Estrés y angustia.

La palabra estrés deriva del latín "stringere", que significa "provocar tensión". Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés, como "stress", "stresse", "strest" y "streisse". Se ha definido históricamente el stress (tensión) (estrés en castellano) (Selye 1975) como la "respuesta específica (del organismo) a toda demanda que se le haga"; por la OMS como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción", o por Lazarus como "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar". (Selye 1978).

En 1939 Cannon adopta el término stress, y se refiere a los "niveles críticos del estrés", los cuales define como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos. (Selye 1978).

La definición de Selye: "es la respuesta no específica (del organismo) a toda demanda que se le haga", es decir, esto indica la interacción del organismo con el medio ambiente, ya sea éste otro organismo o el medio en que nos desenvolvemos. Entonces podemos concluir que el estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y da lugar a una respuesta de tensión.

El estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta una persona ante un estresor ambiental. Estas respuestas fisiológicas pueden consultarse en los anexos, el cuadro 3.

Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica de la persona.

Con este último concepto se puede ampliar definición de estrés diciendo que cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada. (Selye 1978).

El mecanismo psiconeuroendocrinológico, juega un papel fundamental en las enfermedades psicosomáticas. El sistema psiconeuroendocrinológico es el que comprende no ya el síndrome sino el sistema general de adaptación y su fracaso en la adaptación al medio y sus estresores como fuente generadora de stress. La respuesta física, psíquica y biológica al estrés, con sus alteraciones en el

equilibrio bioquímico y metabólico del organismo cuando llegan a la etapa de agotamiento, plantean la ubicación del estrés en la puerta de entrada de la medicina psicosomática (Cuadro 4 de anexos). Este agotamiento lleva invariablemente a provocar, en primer lugar, trastornos funcionales, y luego las enfermedades de adaptación. La respuesta biológica lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y las modificaciones que estas secreciones provocan en el organismo, son las responsables de las reacciones ante el estrés, ya sean funcionales u orgánicas.

Si los cambios son hechos en armonía, es decir, si las respuestas son adecuadas al estímulo la persona experimenta "eustress", indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Por el contrario, si las demandas del medio son excesivas, intensas y / o prolongadas, aun siendo agradables, el organismo experimenta "distress". (Cox et al 1981)

En las enfermedades psicosomáticas, y en particular, la esclerosis múltiple se puede señalar una alteración en el equilibrio bioquímico del organismo. En los pacientes con esclerosis múltiple no hay armonía en diferentes etapas de su vida. En etapas específicas vivieron en "distress", lo que los llevó al desarrollo de esclerosis múltiple. Los eventos que pueden causar el "distress" en los pacientes con esclerosis múltiple se pueden ver en los anexos, en el cuadro 3.

Hoy en día, el estrés de la civilización, un estrés que se puede llamar "atribucional", donde los órganos de percepción externa y la interpretación de los estímulos, las dudas, angustias y conflictos del inconsciente provocan igualmente la puesta en marcha del eje hipotalámico-médulo-adrenal o córtico-adrenal y el complejo sistema de neurotransmisión a nivel del Sistema nervioso central (SNC). El SNC es el principal afectado por el sistema inmunológico cuando se desarrolla esclerosis múltiple. (Alarcón 1994).

Así, las vías autonómicas y neuroendócrinas, con la liberación de catecolaminas y/o glucocorticoides, como respuestas rápidas y/o lentas a los factores multicausales del estrés, o distrés, irán preparando bioquímicamente y metabólicamente al organismo sobre su real o subjetiva peligrosidad. Se hace énfasis que el estrés emocional y / o psicológico con el que se vive día a día en actividades laborales o social no permite que se realice el gasto energético necesario, producto de la activación de las vías mencionadas. Esta energía creada necesita ser liberada de alguna forma.

Un examen, un informe laboral, una cita, un éxito inesperado o una frustración real o aparente por expectativas exageradas, pueden provocar cambios cardiovasculares, musculares, energéticos, plaquetarios, inmunológicos, y preparar el organismo para la lucha, la que no siempre se produce, generando permanentes cambios funcionales en los órganos, con una energía que no se consume y que irá provocando, si el estrés es intenso y agudo, claudicación de órganos, de acuerdo con la labilidad particular del individuo o el tipo de personalidad (Alarcón 1994).

La personalidad de un sujeto reaccionando crónicamente con una determinada vía de activación y / o un órgano considerado lábil por características hereditarias o elegido como descarga de conflictos emocionales no resueltos y su vulnerabilidad, serán finalmente los factores que determinarán enfermedad o síntoma psicosomático. En la esclerosis múltiple el sistema inmunológico es el que se dispara y empieza a atacar las vainas de mielina. Los factores de personalidad junto con la interpretación de estímulos pueden causar distress, lo que en el caso de una esclerosis múltiple causa un "brote" o un ataque de la enfermedad. (Milsom 1985)

El mecanismo y la fisiología del estrés son en sí mismos complejos, ya que además de las estructuras del organismo involucradas en las respuestas autónomas y neuroendocrinas, la respuesta es variable de acuerdo con la cognición o el procesamiento que el sujeto realice de la información sensorial desde su psiquismo y de ahí la activación generada.

Una vía de respuesta rápida, inmediata, que se produce en segundos, como primera reacción al estresor, previa cognición, facilitando la respuesta de lucha o huida para mantener en equilibrio el medio interno. Esta respuesta es la activación del sistema simpático adrenal. Cuando llega la información al hipotálamo, una vez realizados los procesos cognitivos que fueron atribuidos o evaluados como peligrosos, esa primaria y veloz respuesta provocará la liberación, a partir del hipotálamo y por vía simpática de catecolaminas.(Alarcón 1994).

La segunda respuesta, más tardía, lenta y continua, es la llamada activación neuroendócrina o vía corticoadrenal, que se expresa por la secreción de corticoides. La vía neuroendócrina se activa a partir del hipotálamo, después de haber recibido las informaciones sobre el estresor, y libera un polipéptido llamado CRF o Factor Liberador de Corticotropina, que activando el lóbulo anterior de la

hipófisis provoca la liberación de adrenocorticotropina, estimulando en la corteza de las glándulas suprarrenales liberación de cortisona, hidrocortisona y corticosterona. También se estimula la liberación de mineralcorticoides, como desoxycorticosterona y aldosterona.

Los factores causantes de estrés serán iguales para todos los individuos, pero la vía elegida (autonómica o neuroendocrina) y la forma de reaccionar previa cognición, estará ligada al grado de vulnerabilidad del sujeto y a su perfil psicológico. Los factores de personalidad intervienen aquí. En este caso, la vía neurológica donde el sistema inmunológico ataca al SNC. (Alarcón 1994).

Si el estrés se define como una cognición de amenaza que activa al organismo por encima de sus recursos adaptativos, entonces el estrés es un estado anti-homeostático que fuerza parámetros biológicos a un alto costo energético. La esclerosis múltiple, junto con otras enfermedades psicosomáticas son producidas por el estrés o desencadenadas o agravadas por él. (Labrador F. et al 1993).

Existen una serie de factores internos relacionados directamente con el paciente y otros externos que aparecen en su relación con los demás, que ayudan a entender la respuesta emocional que acompaña tanto al momento del diagnóstico como a las diferentes etapas del curso de la enfermedad. Entre los factores internos destacan la estructura de personalidad, el estilo de afrontamiento adquirido, la percepción de control y de bienestar, el estilo de vida o el momento del ciclo vital así como el apoyo de la familia, el sentido otorgado a la enfermedad etc.

Entre los factores externos destaca la aparición de relaciones de dependencia que pueden alterar de forma significativa tanto la relación conyugal como la relación con los hijos y / o padres y el entorno. Esta dependencia puede derivar en una disminución importante de la autoestima y de la sensación de control de la situación. Otro factor importante es la pérdida del puesto de trabajo, dada las incapacidades propias de la enfermedad, que en algunos casos puede generar no sólo dificultades económicas sino que además deja una gran cantidad de tiempo libre para ocupar. La necesidad de utilizar recursos técnicos tales como la silla de ruedas puede ser difícil de aceptar por el hecho de que comporta la idea de empeoramiento y confronta con las barreras arquitectónicas. El aislamiento social es otro de los factores externos que además está íntimamente relacionado con el bienestar psicológico en los pacientes con esclerosis múltiple. Esto es principalmente por algunos síntomas como la incontinencia urinaria dada la desmielinización en vejiga. (Labrador F. et al 1993).

El proceso desencadenado tanto por el diagnóstico como por el curso de la esclerosis múltiple puede ir acompañado de estados emocionales con sintomatologías ansiosas, depresivas o ambas, que en los primeros momentos son adaptativos. Cabe destacar que estas manifestaciones no sólo pueden aparecer entre las personas afectadas sino que también son frecuentes entre sus familiares.

Existe una importante comorbilidad entre los trastornos psicopatológicos y la esclerosis múltiple que según algunos estudios podría alcanzar al 80% de los pacientes (Feinstein, 1999) y que en un estudio con una muestra de 197 pacientes residentes en España se situó en el 63.89% (Martín, J.A., 1992). Estos trastornos pueden ser entendidos como orgánicos, es decir causados por la propia esclerosis múltiple de la misma forma que cualquier otro de sus síntomas (ver cuadro 3 de anexos), o bien como reactivos ante el estrés causado por las limitaciones y los cambios generados por la enfermedad. También en algunos casos cabe contemplar la posibilidad de que se trate de un efecto secundario al tratamiento.

Los síntomas que se pueden presentar cuando la persona sufre de angustia son: Vivir en una tensión constante, preocupación, inquietud sin alguna motivación detectada, hipersensibilidad en sus relaciones interpersonales, sentimiento de incapacidad, depresión; dolores en músculos y tendones del cuello, espalda baja, diarreas leves frecuentes, orinar con frecuencia (que se presenta en la esclerosis múltiple pero por otras causas), trastornos en el sueño (los pacientes con esclerosis múltiple suelen dormir mucho sin descansar), pesadillas (sueños de angustia: soñar que se asfixian, que los quieren matar, que los persiguen y sus piernas se mueven en cámara lenta, etc.), sudar en forma abundante, palmas de las manos entumidas, pulso acelerado, presión arterial alta, tomar decisiones y cambiarlas constantemente por miedo a equivocarse, búsqueda constante de cosas por las cuales preocuparse. En los pacientes con esclerosis múltiple se ha visto esta tendencia a ser "aprensivos". (Alarcón 1994).

Con frecuencia, los pacientes con esclerosis múltiple son personas que se desarrollan en familias donde rechazan sus logros reales y los califican por debajo de lo normal. Lo que los hace adoptar los patrones perfeccionistas de sus padres, y los convierte en autocríticos y ansiosos ante el posible fracaso. Incapacidad para manejar los impulsos "peligrosos": Las pacientes "neuróticas-ansiosas" experimentan con facilidad una angustia intensa cuando tienen pensamientos "peligrosos", es decir, sentimientos que ellos piensan que no deberían tener. La represión de los deseos sexuales puede producirles ataques de ansiedad. Decisiones que producen ansiedad: Tienen dificultad en tomarlas cuando

involucran valores morales o pérdida de seguridad y situación. Esto puede generar ataques de ansiedad pues se pone en peligro la seguridad.

Aun cuando algunos autores establecen distinciones entre ansiedad y angustia aquella, básicamente caracterizada por fenómenos subjetivos, a los que se añaden en ésta signos físicos eventualmente mensurables. De manera muy general, angustia engloba un espectro de respuestas emocionales que van desde la adaptación como proceso biopsicosocial normal hasta la presencia de sintomatología clínica, en algunos casos, invalidantes tal como sucede en los casos de esclerosis múltiple incapacitante. (Roy-Byrne et al 1993).

3.-Teorías de personalidad en pacientes con esclerosis múltiple.

En psicología, la personalidad es el conjunto de emociones, pensamientos y conducta, únicos en cada persona (Branon LY., 2001). Hay varias teorías sobre la personalidad (ver tabla 5), y estas incluyen diferentes ideas de la relación entre personalidad y otros constructos psicológicos (ver tabla 6), así como el desarrollo de la personalidad en sí.

3.1 Según la teoría de Carl G. Jung, ¿Qué es la personalidad?

La personalidad se encuentra ligada con los padecimientos que se desarrollan. (Ver tabla 6 en anexos).

La teoría de Carl G. Jung divide la psique en tres partes. La primera es el ego, el cual se identifica con la mente consciente. Relacionado muy de cerca, se encuentra el inconsciente personal, que incluye cualquier cosa que no esté presente en la conciencia. El inconsciente personal sería lo que comúnmente se entiende por inconsciente. Incluye ambas memorias, las que se pueden traer nuestra conciencia y aquellos recuerdos que han sido reprimidos por cualquier razón. Jung no menciona los instintos, contrario a Freud. (Ver tabla 4 en anexos, que son diferentes teorías de personalidad).

Después de describir el inconsciente personal, Jung añade una parte al psiquismo que hace que su teoría destaque de las demás: el inconsciente colectivo. Es nuestra "herencia psíquica". La reserva de nuestra experiencia como especie; un tipo de conocimiento con el que todos nacemos y compartimos como especie humana. Aún así, nunca somos plenamente conscientes de ello. A partir de él, se establece una influencia sobre todas nuestras experiencias y comportamientos, especialmente los emocionales; pero sólo los conocemos indirectamente, viendo estas influencias.

Jung hace 2 grandes descripciones de la psicología de tipos, que son el tipo general de disposición (introvertidos) y el tipo funcional (extrovertidos). Los primeros, tienen una peculiar disposición al objeto, contrario a los funcionales, quienes siempre están dispuestos a despojar al objeto de libido, como si hubiera que vencer la prepotencia del objeto. Los extrovertidos se comportan positivamente respecto al objeto, a tal punto que orienta su disposición subjetiva a él y se refieren a él de modo constante. Realmente, el objeto no tiene valor

suficiente para él. En otras palabras, el introvertido prefiere su mundo interno de pensamientos, sentimientos, fantasías y sueños, contrario a los extrovertidos, que prefieren el mundo externo de cosas, gente y actividades.

La relación entre sujeto y objeto según Jung, es una relación de adaptación siempre en cuanto toda relación entre sujeto y objeto tengan modificadores del uno sobre el otro. En esta relación se da la adaptación. Jung menciona el "contraste biológico", y lo hace con una analogía en la naturaleza: la fecundidad intensificada, con potencialidad de defensa y duración de la vida, que puede ser escasa en los distintos individuos y la otra, la provisión del individuo con múltiples medios de propia conservación y con fecundidad escasa –estos son los dos modos psicológicos de adaptación-. De esto, deduce Jung que los extravertidos tiene la peculiaridad de entregarse constantemente y se hace evidente y en los introvertidos tienen la tendencia a defenderse de los gastos de energía que se centran al objeto, por lo que el introvertido se protege al buscar una posición más fuerte y segura. (Jung, CG, 1967).

Jung describe la relación entre sujeto y objeto como una relación de adaptación, donde la relación entre sujeto y objeto se modifiquen mutuamente. Esta modificación es en sí la adaptación.

Los términos extravertidos o introvertidos no tienen que ver con sociabilidad o timidez aunque los introvertidos tienden a ser tímidos y los extrovertidos a ser sociables. Lo que realmente Jung describió fue en si la persona (ego) estaba más en contacto con su interior y la realidad externa o hacia el inconsciente colectivo y sus arquetipos. En este sentido, podemos llamar al introvertido más maduro que el extrovertido.

Los introvertidos se centran más en el sujeto (él mismo). Tienden a tener la abstracción por su comportamiento. Se preocupa hacia él mismo. El comportamiento del introvertido es el propio de la abstracción.

Los extrovertidos, se preocupan por el objeto en sí. Se distinguen por la dirección de sus intereses, del movimiento de su libido. El extravertido se comporta positivamente respecto del objeto. Son tipos funcionales.

Los grados de introversión o extroversión en una función pueden ser muy diferentes de una función a otra.

Sea el paciente introvertido o extrovertido, está claro que necesita lidiar con el mundo, tanto interno como externo. Y posee su propia manera de hacerlo, de manera más o menos cómoda y útil. Jung sugiere que existen cuatro maneras o funciones de hacerlo:

La primera es la de las sensaciones, que como indica la propia palabra supone la acción de obtener información a través de los significados de los sentidos. Una persona sensible es aquella que dirige su atención a observar y escuchar, y por tanto, a conocer el mundo. Jung consideraba a esta función como una de las irracionales, o lo que es lo mismo, que comprende más a las percepciones que al juicio de la información.

La segunda es la del pensamiento. Pensar supone evaluar la información o las ideas de forma racional y lógica. Jung llamó a esta función como racional, o la toma de decisiones en base a juicios, en vez de una simple consideración de la información.

La tercera es la intuición. Este es un modelo de percepción que funciona fuera de los procesos conscientes típicos. Es irracional o perceptiva como la sensación, pero surge de una más compleja integración de grandes cantidades de información, más que una simple visión o escucha. Jung decía que era como "ver alrededor de las esquinas".

La cuarta es el sentimiento. Es el acto de sentir, como el de pensar. Es una cuestión de evaluación de la información. En este caso está dirigida a la consideración de la respuesta emocional en general. Jung le llamó racional; evidentemente no de la manera en que estamos acostumbrados a usar el término.

Todos nosotros poseemos estas funciones. Simplemente la usamos en diferentes proporciones. Cada uno de nosotros tiene una función superior que preferimos y que está más desarrollada, otra secundaria, de la cual somos conscientes de su existencia y la usamos solo para apoyar a la primera. También tenemos una terciaria, la cual está muy poco desarrollada y no es muy consciente para nosotros y finalmente una inferior, la cual está muy pobremente desarrollada y es tan inconsciente que podríamos negar su existencia en nosotros.

La mayoría de nosotros sólo desarrolla una o dos de las funciones, pero nuestra meta debería ser desarrollar las cuatro. Una vez más, Jung considera la trascendencia de los opuestos como un ideal.

El contenido de nuestro inconsciente colectivo es lo que Jung llama los "arquetipos". Un arquetipo, es una tendencia no aprendida de experimentar las cosas de una cierta forma. Los arquetipos no tiene una forma predefinida, sino que actúan con un "principio de organización" de cómo vemos las cosas o no.

De acuerdo con J. Jacobi, sería muy difícil delimitar el concepto de arquetipo. En vez de definir lo que es el arquetipo es mejor circunscribir porque el arquetipo supone un profundo enigma, que excede la capacidad de entendimiento racional; "aquello que expresa siempre un contenido arquetípico es, en primer término, metáfora". Por esto, toda interpretación lleva implícito un "como si" (Jacobi J., 1983).

Para la dinámica de la psique Jung menciona 3 principios:

EL Principio de los opuestos, que es si deseamos el bien, tenemos que desear el mal. Para tener el concepto del bien, debo de conocer el concepto del mal. La energía que se crea aquí es lo que da el líbido que permite existir a este principio.

EL Principio de la equivalencia, donde menciona que la energía se reparte de igual forma. Entonces, con el Principio de los Opuestos, si expreso un sentimiento positivo tengo el sentimiento negativo oculto. El balancear el sentimiento negativo con el positivo, el enfrentarlo y tenerlo en la mente conciente es lo que permite crecer y tener a la psique en equilibrio. Pero si ese sentimiento negativo es reprimido y negado, la energía se va a desarrollar un "complejo". El complejo es un patrón de pensamientos y sentimiento enclaustrados alrededor de un tema que da un arquetipo.

El principio de Entropía, es la tendencia de las opociones a juntarse, entonces la energía decae conforme avanza la edad de la persona. La energía se distribuye uniformemente, nos sentimos más cómodos con nuestras diferentes facetas en la vida. Nos hacemos menos ingenuos, idealistas y reconocemos lo bueno y lo malo. Este proceso de crecer, de ver quienes somos es lo que Jung llama TRASENDENCIA. (CG.,Jung, 1967).

Hay 4 funciones psicológicas para Jung que son: 2 funciones racionales (pensamiento y sentimientos) y 2 funciones perceptivas (sensaciones e intuición).

La sensación (perceptiva), que como indica la propia palabra supone la acción de obtener información a través de los significados de los sentidos. La sensación es la percepción de los hechos. El ver las cosas lo más objetivamente posible. Una

persona sensible es aquella que dirige su atención a observar y escuchar, y por tanto, a conocer el mundo. Jung consideraba a esta función como una de las irracionales, o lo que es lo mismo, que comprende más a las percepciones que al juicio de la información.

La del pensamiento (racional). El pensamiento es analítico, cognición deductiva; el comparar en base a experiencias previas y analizar lo bueno y lo malo de la situación. El sentimiento es sintetizar todo, inclusive la cognición; el pensar dos veces antes de tomar una decisión aún cuando se tenga una respuesta. Pensar supone evaluar la información o las ideas de forma racional y lógica. Jung llamó a esta función como racional, o la toma de decisiones en base a juicios, en vez de una simple consideración de la información.

3.2 La personalidad según Alfred Adler.

De la misma manera que Freud, Adler entendía la personalidad o el estilo de vida como algo establecido desde muy temprana edad. De hecho, el prototipo de su estilo de vida tiende a fijarse alrededor de los cinco años de edad. Las nuevas experiencias, más que cambiar ese prototipo, tienden a ser interpretadas en términos de ese prototipo; en otras palabras, "fuerzan" a esas experiencias a encajar en nociones preconcebidas de la misma forma que nuevas adquisiciones son "forzadas" a nuestro estereotipo.

Adler sostenía que existían tres situaciones infantiles básicas que conducirían en la mayoría de las veces a un estilo de vida fallido:

La primera es: las inferioridades orgánicas, así como las enfermedades de la niñez. En palabras de Adler, los niños con estas deficiencias son niños "sobrecargados", y si nadie se preocupa de dirigir la atención de éstos sobre otros, se mantendrán dirigiéndola hacia sí mismos. La mayoría pasarán por la vida con un fuerte sentimiento de inferioridad; algunos otros podrán compensarlo con un complejo de superioridad. Sólo se podrán ver compensados con la dedicación importante de sus seres queridos.

La segunda es la correspondiente al mimo o consentimiento. A través de la acción de los demás, muchos niños son enseñados a que pueden tomar sin dar nada a cambio. Sus deseos se convierten en órdenes para los demás. Esta postura suena maravillosa hasta que observamos que el niño mimado falla en dos caminos: primero, no aprende a hacer las cosas por sí mismo y descubre más tarde que es

verdaderamente inferior; y segundo, no aprende tampoco a lidiar con los demás ya que solo puede relacionarse dando órdenes. Y la sociedad responde a las personas consentidas solo de una manera: con odio.

El tercero es la negligencia. Un niño descuidado por sus padres o víctima de abusos aprende lo que el mimado, aunque de manera bastante más dura y más directa: aprenden sobre la inferioridad dado que constantemente se les demuestra que no tienen valor alguno; adoptan el egocentrismo porque son enseñados a no confiar en nadie. Si uno no ha conocido el amor, no desarrollaremos la capacidad para amar luego. Debemos destacar aquí que el niño descuidado no solo incluye al huérfano y las víctimas de abuso, sino también a aquellos niños cuyos padres nunca están allí y a otros que han sido criados en un ambiente rígido y autoritario.

Orden de nacimiento.-

Adler debe ser tomado en cuenta como el primer teórico que incluyó no sólo la influencia de la madre, el padre y otros adultos en la vida del niño, sino también de los hermanos y hermanas de éste. Sus consideraciones sobre los efectos de los hermanos y el orden en que nacieron es probablemente aquello por lo que más se conoce a Adler. No obstante, debo advertirles que Adler consideró estas ideas también como conceptos heurísticos (ficciones útiles) que contribuyen a comprender a los demás, pero no deben tomarse demasiado en serio.

El hijo único es más factible que otros a ser consentido, con todas las repercusiones nefastas que puede haber. Después de todo, los padres de un hijo único han apostado y ganado a un solo número, son más dados a prestarle una atención especial (en ocasiones un cuidado lleno de ansiedad) de su orgullo y alegría. Si los padres son violentos o abusadores, el hijo único tendrá que enfrentarse solo al abuso.

El primer hijo empieza la vida como hijo único, con toda la atención recayendo sobre él. Lástima que justo cuando las cosas se están haciendo cómodas, llega el segundo hijo y "destrona" al primero. Al principio, el primero podría luchar por recobrar su posición; podría, por ejemplo, empezar a actuar como un bebé. Algunos se vuelven desobedientes y rebeldes; otros hoscos y retraídos. Adler creía que los primeros hijos estaban más dispuestos a desarrollar problemas que los siguientes. La mayoría de los hijos primeros son más precoces y tienden a ser relativamente más solitarios (individuales) que otros niños de la familia.

El segundo hijo está inmerso en una situación muy distinta: tiene a un primer hermano que "sienta los pasos", por lo que tiende a ser muy competitivo y está constantemente intentando sobrepasar al mayor, cosa que con frecuencia logran, pero muchos sienten como si la carrera por el poder nunca se realiza del todo y se pasan la vida soñando en una competición que no lleva a ninguna parte. Tienden a ser similares al primero, aunque cada uno de ellos se fija en diferentes "competidores".

El último hijo es más dado a ser mimado en las familias con más de uno. Después de todo, es el único que no será desplazado! Por lo tanto, estos son los segundos hijos con mayores posibilidades de problemas después del primer hijo. Por otro lado, el menor también puede sentir una importante inferioridad, con todos los demás mayores que él y por tanto "superiores". Pero, con todos estos "trazadores del camino" delante, el pequeño puede excederles también.

De todas formas, quién es verdaderamente el primero, segundo o el más joven de los chicos no es tan fácil como parece. Si existe demasiada distancia temporal entre ellos, no tienen necesariamente que verse de la misma manera que si este rango fuese más corto entre ellos. Con respecto a los hijos, puede haber una diferencia considerable de edades entre el primero y el segundo; esto haría que el primer hijo fuese como hijo único; el segundo como primero, y el segundo como el último. Y si algunos de los hijos son varones y otras mujeres, también existe una diferencia marcada. Un segundo hijo de sexo femenino no tomará a su hermano mayor como un competidor; un varón en una familia de chicas puede sentirse más como hijo único; y así sucesivamente. Como con todo el sistema de Adler, el orden del nacimiento debe entenderse en el contexto de las circunstancias especiales personales de cada sujeto (Castanedo-Secadas 1999).

Otro punto importante mencionado por Adler es la inferioridad de los órganos. Aquí, Adler deja a un lado las causas locales y dependiendo del órgano, busca explicar sus afecciones. La inferioridad morfológica se manifiesta por un desarrollo defectuosa de la forma del órgano, de su tamaño, de ciertos tonos, de ciertos complejos celulares, ya sea en la totalidad del aparato, o en una u otra de sus partes. La inferioridad funcional se caracteriza por un rendimiento o un modo de funcionamiento que no corresponde a lo "normal" o a las exigencias exteriores. Aquí surge la compensación a largo plazo gracias al papel supletorio de un órgano simétrico. La actividad del órgano sobrecargado se realiza con mayores dificultades exteriores e interiores, lo cual se presenta en un determinado punto del organismo con un estado de mayor excitación que tiende a alcanzar un equilibrio por lo menos estable. La comprobación de anomalías idénticas en dos

órganos simétricos o anomalías unilaterales en el órgano que provocó el mecanismo supletorio dan una inferioridad primaria.

La herencia se caracteriza por transmitir al descendiente uno o varios órganos de inferioridad. Esta descendencia puede manifestarse en diferentes puntos del órgano. La herencia mixta se reduce a una simple inferioridad hereditaria del sistema nervioso. Aun así, padres saludables pueden procrear hijos enfermos y los padres enfermos pueden procrear hijos sanos. Lo que hay que remarcar es que la herencia del órgano en estado de inferioridad y no la herencia de la enfermedad como tal. En el caso del sistema nervioso central, las inferioridades son simultáneas y múltiples. Las características se extienden a diversas vías del sistema nervioso central y es común que la capacidad de cada órgano se encuentre en proporción directa con la capacidad de la vía nerviosa correspondiente.

Con el sistema nervioso central, la compensación no sólo será física (un desarrollo de vías nerviosas y de las fibras de asociación), sino que será ante todo de naturaleza psíquica. Esto es gracias a un interés particular que procura proteger el órgano en estado de inferioridad rodeándolo de atenciones especiales para evitarle todo perjuicio.

Cuando el rendimiento del órgano se realiza, no gracias al sistema nervioso sino a expensas de éste, la sobrecarga se hará sentir y provocará ocasionalmente un trastorno de la compensación que, según el estado psíquico del momento, se presentará como una neurastenia, una neurosis de ansiedad o una neurosis obsesiva e incluso como histeria (Adler 1980). Recordemos que Adler fue contemporáneo de Freud, entonces, la histeria realmente se refiere a enfermedades psicósomáticas.

3.3 La personalidad en pacientes con Esclerosis Múltiple.

La esclerosis múltiple no sólo modifica el cómo se siente una persona, también su personalidad. Son varios los factores que intervienen en este cambio de personalidad.

En un estudio hecho por Merkelbach, S., et al. (2003), se llevó a cabo para determinar el impacto en las características de la esclerosis múltiple en la personalidad. De 100 participantes, de los cuales 62 eran mujeres. Con

cuestionarios y revisiones clínicas se concluyó que había incrementos en el nivel de "neurotismo" y "iracibilidad" y una decreción de "extroversión", todas ellas ligadas a la fatiga. De hecho, más alto que los que mostraban discapacidades físicas.

La cantidad de fatiga que causa el trabajo es un tema complejo. Para las mujeres las demandas en el trabajo se suman a las demandas en el hogar además de conflictos personales y más si tienen un puesto alto en el trabajo. Esto no lo podemos comparar con un hombre que tiene 2 trabajos. La incidencia de problemas cardiacos han aumentado en mujeres. Los roles sociales han cambiado. (Richardson & Marshall 1995).

Entre los factores que influyen en la personalidad de un paciente con esclerosis múltiple, la fatiga causada por la enfermedad puede modificar la personalidad. El trabajo, ya sea para pacientes hombres o pacientes mujeres también puede modificar la personalidad. (Ver tabla 1).

Si la personalidad es el conjunto de emociones, pensamientos y conducta, únicos en cada persona (Branon LY., 2001), entonces, nuestras personalidades son el tan complejo resultado de nuestras habilidades innatas, nuestra experiencia, nuestros valores y los mecanismos que desarrollamos para darle sentido a nuestra vida. La personalidad es el cómo organizamos y presentamos un diseño coherente de quien somos hacia nosotros mismos y hacia los demás.

La primera modificación que causa la esclerosis múltiple en la personalidad es que cambia el autoconcepto y el bienestar emocional del paciente. La seguridad en sí mismo se ve mermada. Esto es por los cambios que provoca el curso de la enfermedad.

Una segunda modificación se debe a que las habilidades cognitivas se alteran. Hay ocasiones que la esclerosis múltiple afecta la habilidad para organiza, integrar y entender las experiencias que sufre el paciente con la enfermedad

Esto empieza desde el diagnóstico, con cada brote, la pérdida de funciones motoras y la progresión de la enfermedad, el paciente tiene que integrar estas modificaciones en su vida diaria, lo que puede llegar a ser muy doloroso. Llega a ser un evento muy traumático.

Los aspectos que anteriormente eran rutina y/o confiables, llegan a ser impredecibles o temibles. Esto se intensifica porque el curso de la enfermedad no puede ser diagnosticado. La enfermedad es impredecible y hace que sea más difícil de integrar a la vida del paciente. Por parte del paciente es más difícil aceptarla.

El paciente debe de aceptar que la enfermedad implica un pérdida. Puede ser la pérdida de alguna función motora, la pérdida del control de esfínteres o la pérdida de su rutina, pero hay una pérdida.

El paciente sufre la adaptación a la esclerosis múltiple, entonces sobrevienen fuertes reacciones emocionales. La irritabilidad, la distracción, la baja concentración, la ansiedad, el temor, la frustración y el enojo son los más comunes. Esto lleva a la pérdida de interés en actividades realizadas con anterioridad. Finalmente, llevan a depresión por parte del paciente.

El aprender a vivir con una enfermedad degenerativa e impredecible como la esclerosis múltiple, puede llegar a ser un factor muy estresante en la vida del paciente y, como todo aprendizaje puede ser doloroso.

Muchos pacientes con esclerosis múltiple tienen dificultades para adaptarse a los cambios. Esto es una negación y la negación conlleva otros factores que llegan a ser más dolorosos

Mientras que los cambios súbitos en las emociones, su comportamiento y las habilidades cognitivas son tan sutiles y tan insignificantes para el resto de la gente, para el paciente con esclerosis múltiple son un reto más de la enfermedad. Puede haber exaltación al hablar, desinhibición, que antes no había. Esto puede llegar a causar rechazo social y por parte del paciente, arranques de enojo.

Las habilidades cognitivas sufren cambios, por lo tanto, la personalidad sufre otros cambios. La memoria a corto plazo y la memoria en uso ven mermada su capacidad. Esto lleva a frustración por parte del paciente y a incompreensión por parte de la gente que lo rodea. La pérdida de memoria provoca la falta de atención y la falta de atención provoca la incapacidad para resolver problemas que aparentemente son sencillos. Esto sólo provoca que el paciente se sienta abrumado e inflexible a alternativas de solución. Esto lleva la ausencia de comprensión del mismo paciente y obviamente de los que lo rodean.

Otro de los problemas que pueden llevar al paciente al aislamiento es perder la habilidad de organizar actividades dirigidas. Es decir, el empezar una tarea fácil se complica y esto se puede interpretar como falta de motivación o flojera, pero en realidad sólo son las lesiones en el cerebro.

Es importante mencionar que en mayor o menor grado todos los pacientes con esclerosis múltiple sufren problemas cognitivos y emocionales, estos se traslapan

y modifican la personalidad del paciente. Sin embargo, con medicamento y/o psicoterapia, esto se supera fácilmente. (Daily P. 1994).

3.4 Según Jung y Adler: la personalidad de pacientes con esclerosis múltiple.

Dejando a un lado la herencia genética de cada quien, y los factores que alteran la personalidad en los pacientes con esclerosis múltiple, con Jung podemos concluir que los pacientes con esclerosis múltiple muy "concientes" con su inconsciente personal. Quizá algunos recuerdos reprimidos, que son energía según Jung, o se fijan como complejo o tenemos que liberarla de alguna otra forma. Esta otra forma de libérala es a través del mismo cuerpo. El inconsciente personal, que incluye la memoria, puede ser el que se encarga de "destruir" (la desmielinización en la esclerosis múltiple) cuando se evocan recuerdos "incómodos" que estuvieron reprimidos. Este, es el principio de los opuestos, que es la que crea el libido. Si recordamos que la esclerosis múltiple se presenta mas en mujeres que en hombres, no habría que extrañarse que fuera por esta represión que aún existe en países como el nuestro.

Ahora bien, el paciente tiene que conocer lo que es la salud (el bien) y trata de liberar la energía que es el "estar enfermo" (el mal).

El paciente no va a desear estar enfermo, pero si recordamos el principio de equivalencia, el desear estar bien de salud implica el desear el estar enfermo. Ahora, probablemente el punto en el que se diagnostica la esclerosis múltiple (la década de los 20 en la vida del paciente), el paciente no ha llegado al "self", porque no hay un equilibrio en sus energías. Se quiere la salud, pero se esta en la enfermedad. Una vez que la enfermedad empieza a destruir, no hay marcha atrás. Al día de hoy, aun no hay cura.

Los tipos de personalidad en pacientes con esclerosis múltiple de acuerdo a Jung, pueden caer en introvertidos con funciones de sentimiento. Esto es porque de acuerdo a la personalidad del paciente con esclerosis múltiple, su enfermedad lo hace inseguro y piensan demasiado si tienen que tomar una decisión. Son introvertidos porque se centran en sí mismos, quieren la atención para ellos mismos y, ¿que mejor manera que atacarse a sí mismos?

Ahora, si hemos considerado a la esclerosis múltiple como un padecimiento psicossomático, debemos de tomar en cuenta todos los factores psico-sociales del

paciente. A. Adler lo toma en cuenta en su teoría. De hecho Adler es de los pioneros manejando la teoría de la posición de los hijos en la familia. El hijo único tiene toda la atención sobre el y todo lo bueno (o malo) recae sobre él. El primero tiene toda la atención, pero al llegar más hermanos se siente desplazado. El segundo tiene que ganarse un lugar en la familia y el más chico suele sentir algo de inferioridad. Si a esto, le agregamos la argumentación de la inferioridad de los órganos, puede ser que cualquier hijo llegue a desarrollar esclerosis múltiple.

Por la inferioridad del sistema nervioso central o los que trabajan a expensas de éste, se puede desarrollar una enfermedad psicosomática, como la esclerosis múltiple. De acuerdo con Adler, otros factores se combinan (herencia y factores psicosociales) y desencadenan el desarrollo de esclerosis múltiple.

3.5.- La familia de un paciente con esclerosis múltiple.

Como se ha visto, la esclerosis múltiple no es una enfermedad de una persona, sino que es una enfermedad familiar. Cuando diagnostican a un padre o a una madre, al esposo, al hijo o a la hija de esta enfermedad las pérdidas van mucho más allá del dolor personal.

La esclerosis múltiple puede ser devastadora. Hay personas terriblemente afectadas, necesitando ayuda para comer, bañarse, vestirse y otras, sólo fatiga o un síntoma leve, como hormigueo.

Tener esclerosis múltiple es una gran pérdida, la interpretación de cada miembro de la familia es personal, pero nunca fácil. Las familias comparten estas reacciones. Ver como un esposo, padre o un hijo pierde energía o capacidad de movimientos, es muy doloroso. Para los hijos puede llegar a ser un sentimiento de desolación el ver que alguno de los padres tengan esclerosis múltiple. A un hijo, a temprana edad, el ver a su padre / madre a quien considera el más fuerte del mundo en silla de ruedas puede ser traumático. A veces la diversión de la familia se rompe sin advertirlo. En los hijos puede haber un sentimiento de enojo y hay una "pérdida" porque el padre / madre que tenían "está enfermo" y no se sabe si esto va a mejorar o a empeorar.

3.6 Adaptación a algo nuevo

El proceso adaptativo a cualquier enfermedad va a depender fundamentalmente de factores que tienen que ver con:

- * La enfermedad en sí, su carácter crónico, la edad del diagnóstico y su evolución.
- * La persona que lo padece, con sus antecedentes clínicos.
- * Contexto socio-cultural en que se desenvuelve.

El proceso de adaptación es un proceso continuo y empieza en el momento en el que aparecen los primeros síntomas y sensaciones.

Cada afectado tiene una forma diferente de afrontar la enfermedad y sobre todo podemos encontrar situaciones de ansiedad y depresión.

Las etapas, según Benito León J (2003) que en términos muy generales, van afectado hasta tener un proceso de adaptación diferente, dependiendo de muchos factores.

Etapa de negación: es esa etapa inicial en la que la persona no admite que a ella le ocurra esto, porque en primer lugar se encuentra relativamente bien exceptuando las señales avisadoras como: hormigueo, adormecimiento, ... que después remite parcial o totalmente. También se pueden dar conductas de evitación, no hablar de ello con nadie, rechazar cualquier tipo de ayuda. Se tiende a ocultarlo por no enfrentarse al entorno social, que no siempre está preparado y dispuesta a integrar, aunque otras de una manera adaptativa por miedo a perder el empleo. Otros sufren desolación y se deprimen, otros pasan momentos de ira.

Etapa de revolución: a medida que la enfermedad avanza, los síntomas son más visibles y se produce un acercamiento a la enfermedad más claro, en esta fase la angustia es mayor porque no sabe cual va a ser la evolución y se plantea muchas cosas, el trabajo, la vida que pueden llevar, posibles cambios.

Esta etapa tiene una carga de tensión y temor porque el afectado está pendiente de sus sensaciones corporales y de su potencial físico.

Etapa de aceptación: se busca información, puesto que esto ayuda a enfrentarse a la misma, ver qué tratamientos existen, acercarse a asociaciones que les puedan dar asesoramiento y ver qué posibilidades hay de mantener funciones y qué atención pueden recibir, que siempre va a ser multidisciplinar e integral.

Etapa de superación: aceptarse uno como está, dando a la enfermedad la importancia que tiene, sin convertirla en el centro de todo. Es un proceso continuo en el que el afectado pasa a ser activo, siendo realista a la hora de planificarse

metas, replantearse la forma de dar y de recibir de los demás, sin establecer una relación de "sano"- "enfermo", sino entre personas, siendo lo más autónomo posible. (Cuadernos de Esclerosis Múltiple (Fundación española de Esclerosis Múltiple, 1997).

Aprender a canalizar la emoción, reconocer los sentimientos es fundamental para que el afectado se encuentre mejor. Tanto el profesional como el entorno familiar y social del afectado deben ayudarlo a reconocer sus sentimientos de aflicción (expresados a través del llanto, rabia, regresión, miedo,...). Manifestar sentimientos emocionales negativos es normal y apropiado si la situación lo requiere. La adaptación con éxito no pasa porque el sujeto o su familia eviten la tensión nerviosa, o por la ausencia de una depresión, sino porque ambos desarrollen a fondo su capacidad para expresarse y hacer frente a la misma. Las dificultades aparecen cuando esos sentimientos de ansiedad, aflicción, son negados, mal dirigidos o no compartidos por el entorno del sujeto. La persona que tiene esclerosis múltiple y nunca dice una palabra desagradable por miedo a que le rechacen o la que se queja continuamente, es porque no hay un ajuste emocional adecuado.

Cada familia adoptará los mecanismos de defensa que crea necesarios para poder afrontar la enfermedad. Unos acudirán directamente a la consulta de expertos, otros a tratamientos alternativos, otros estoicos o fatalistas. Si hay conflictos o desacuerdos en la familia sobre la manera de enfrentar la esclerosis múltiple, es al principio cuando saldrán a la luz. Hay familias más abiertas y desde el principio se habla de la enfermedad, pero otras pueden ser más reservadas y se guardan para sí todas las noticias. Casi todas las formas de reaccionar son válidas.

De todas maneras, hay algunas formas de reaccionar que se consideran disfuncionales. Son la negación y el abandono. La negación es una práctica habitual en el drogadicto o en el alcohólico: "no tengo problemas con la bebida y lo puedo dejar cuando quiera". Esta forma de reaccionar se puede dar en la persona afectada de esclerosis múltiple pero también en las personas que le rodean: pueden considerar que si no trabaja más es por flojera o no quieren entender que un día puede hacer algo que en otra ocasión le será imposible realizar.

Esta forma de reaccionar se da, sobre todo, al principio del diagnóstico de la enfermedad y no se considera patológico, pero después de meses o años con síntomas, la negación es una muestra clara de falta de conciencia de la

enfermedad y de hacer frente a ella y tiene consecuencias negativas para la familia entera.

Ansiedad y depresión:

Los tipos de ansiedad que podemos encontrarnos en los afectados de esclerosis múltiple son: ansiedad reactiva o situacional y ansiedad anticipatoria.

La ansiedad reactiva o situacional la experimentan en el transcurso de la enfermedad, en el momento de recibir el diagnóstico, cuando se contempla la duración de la misma y en algunos casos cuando se ve la progresión y el avance irreversible de la enfermedad.

La ansiedad anticipatoria la experimentan, sobre todo ante el futuro y ante situaciones sociales. Aparecen pensamientos y sentimientos ansiosos de anticipación sobre el devenir del futuro (cuál va a ser mi estado de salud mañana, me dará un brote, me quedaré en una silla de ruedas ...) y ante ciertas situaciones sociales (me caeré en público, actuaré de forma vacilante, quedaré en ridículo, miedo a perder el control de esfínteres en público, ...)

Aunque hay personas de naturaleza nerviosa que ante este tipo de situaciones reaccionan más fácilmente con ansiedad, por regla general la ansiedad es una reacción aprendida, por tanto es posible aprender a controlarla, con técnicas de relajación, modificación de pensamientos, reestructuración cognitiva , tratamiento médico cuando se precise.

Dentro de la Clasificación diagnóstica del DSM IV nos encontramos con los siguientes matices:

1.-Cambio de la personalidad debido a enfermedad médica: Muchas enfermedades médicas y neurológicas pueden causar este cambio a través de un mecanismo fisiológico directo, el cambio de personalidad debido a enfermedad médica debe ser diferenciado de las situaciones en las que estos cambios de personalidad se presentan a los efectos psicosociales de padecerla. A menudo los que padecen enfermedad crónica experimentan un cambio de personalidad convirtiéndose más dependientes y evitadores, entonces hablaríamos de un trastorno adaptativo.

2.- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica:

La utilización común de la palabra depresión es infelicidad y tristeza. Dentro de un

cuadro clínico de rasgos depresivos podríamos encuadrar el "episodio depresivo mayor" que requiere al menos cinco de los siguientes síntomas: pérdida del interés o placer en las actividades habituales, disminución del apetito o pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor, pérdida de la energía o sensación de fatiga, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, ideas de suicidio. (DSM-IV. Allen F., et al.)

Algunos cónyuges son patológicamente narcisistas y no pueden vivir con un enfermo. Otros rechazan realizar una serie de actividades o hacen la vida tan desagradable que el divorcio es inevitable. Otros esposos intentan hacer frente a la enfermedad pero por cualquier circunstancia son incapaces de encontrar el equilibrio necesario y no pueden resolver sus propias necesidades.

Menos frecuente es la deserción de padres o hermanos. Algunas familias rechazan cualquier cambio en su vida debido a la enfermedad. Es con frecuencia consecuencia de la negación y desprecian hacer nada que perturbe su vida o suponga un cambio.

Una reacción más sana, pero también problemática, es exagerar la enfermedad y la sensación de muerte prematura lleva a la familia a cometer serios errores. El hacer demasiadas cosas por la persona afectada puede deteriorar una buena adaptación a la enfermedad. Esta forma de reaccionar es inevitable en algunas familias y en absolutos extraños. Los recordatorios constantes sobre las cualidades de la enfermedad y la necesidad de caminar para poder mantener la energía pueden ser suficientes para corregir estas tendencias.

La mejor manera de afrontar la enfermedad es con honestidad y requiere comunicación y conocimiento de ella.

Las exigencias adicionales a nivel emocional y financiero pueden empujar a los padres a la separación. En algunas ocasiones el cónyuge sano siente la obligación de permanecer con el enfermo con lo que se crea mayor tensión y resentimiento. El asesoramiento de un terapeuta puede ayudar a los padres a reconocer los problemas y encontrar las mejores vías de solución. La terapia de familia, si los dos están dispuestos a participar, puede ayudar al entendimiento y a enfrentarse a la situación de tensión emocional que se vive en la casa.

Los papeles de los miembros de la familia se cambian cuando un padre tiene esclerosis múltiple; un padre que organizaba los planes familiares de ocio ya no puede realizarlo. La madre que se ocupaba al 100% de las tareas domésticas ya

no puede hacerlo y depende de otros para la resolución de muchas tareas. Los niños que requieren el cuidado de un padre pasan a cuidar al padre. Esta inversión de los papeles puede resultar difícil y el asesoramiento profesional puede resultar muy beneficioso.

La esclerosis múltiple es complicada, variable y sutil y los síntomas son tan variados, que cada uno de ellos puede impactar de forma diferente en la familia y por lo tanto su reacción.

Los miembros de la familia pueden ser requeridos para realizar una serie de tareas. Una pequeña minoría necesitan ayuda para comer, caminar y el aseo personal. Otras personas necesitan mucha menos ayuda. Pero una pequeña ayuda se puede agradecer muchísimo y amplía su poder de participación en actividades importantes. Algunas maneras sutiles de ayudar pueden ser importantes; si se aprecia una crisis de labilidad emocional, agradecerá que la familia sea más tolerante.

Durante todas las actividades pueden ocurrir malentendidos. La persona afectada puede creer que si no realiza todas las tareas de manera personal la catástrofe puede ser total. Lo intenta y el resultado es el agotamiento total que aboca a encamarse. Hay familias que no entienden el efecto completo de la fatiga y no entienden la necesidad de un plan de conservación de la energía y serán constantemente sorprendidos por un derrumbamiento causado por la fatiga. Estas pseudo exacerbaciones (aumentos temporales en los síntomas causados por la fatiga) se pueden entender como exacerbaciones verdaderas causando un pánico poco realista en la familia.

Las familias deben realizar una serie de ajustes para el cuidado de los niños. Para los niños y los más jóvenes, las explicaciones sencillas son las mejores. Hacerle comprender su cansancio o una serie de juegos que ya no podrán compartir. Para las familias que están dispuestas a cambiar los papeles tradicionales, la enfermedad se puede llevar mejor.

Según los niños vayan creciendo, las explicaciones pueden ser mayores. Sobre los seis años pueden entender que la persona enferma no se encuentre siempre bien; alrededor de los 8 años conocer que la enfermedad tiene un nombre y hacer preguntas sobre ella; en la adolescencia puede haber auténtico enfado por las privaciones que supone vivir con la enfermedad.

Con frecuencia los niños pueden suponer una gran ayuda, pero también tienen sus propios miedos: miedo a la pérdida de un padre o madre, miedo de no ser querido por creer que está enfadado con él cuando en realidad está cansado, etc.

Ante los cambios en las actividades de la persona con esclerosis múltiple, los cambios en las actividades familiares tienen que ser paralelas. Hay muchas maneras de hacerlo y cada familia debe poder encontrarla con esfuerzo y atención sistemática. Cuanto más habla la familia sobre la enfermedad, de sus consecuencias y del plan que tienen para hacer frente a ella, más mejorará esta.

Los cambios en la esclerosis múltiple no tienen fin y cómo hace frente la familia al problema es aún más variable. Pero hay algunas cosas básicas:

-La negación ayuda raramente y la deserción nunca funciona positivamente en esta enfermedad.

-Es crucial entender la enfermedad en general y los síntomas y los patrones específicos.

La información se debe ajustar a la edad de los miembros de la familia.

Las familias pueden hacer frente a la enfermedad y proceder a gozar de una vida normal, de auténtica satisfacción a pesar de su presencia.

El proceso de hacer frente y adaptarse a la enfermedad, como con cualquier otra dificultad, puede servir como unión y crecimiento personal, ser una experiencia que aporte madurez y desarrollo de los niños y de los adultos por igual.

3.7.- Los hijos de pacientes con esclerosis múltiple.

Los niños son más fuertes de lo que se cree y aceptan con entereza realidades dolorosas. Los padres intentan proteger a los niños ocultando los problemas, pero una comunicación abierta y sincera entre los miembros de la familia es lo más importante.

Cada familia es única, como la enfermedad, y los consejos no son válidos para todas ellas.

Hay muchas preguntas por contestar todo sobre la esclerosis múltiple. Puede ser frustrante para el paciente y para el / los hijo(s), pero es bueno compartir esta frustración, pues pueden tranquilizarse.

Siempre es conveniente buscar ayuda en su asociación de afectados o con terapeutas enfocados a enfermedades psicosomáticas, sobre todo si están pasando por dificultades importantes.

Los problemas que se pueden dar en la adolescencia cuando conviven con un padre afectado por la enfermedad van desde molestias mínimas a emociones extremadamente profundas de cólera, tristeza, vergüenza y de culpabilidad.

Hermanos y hermanas experimentan la vida junto a un familiar afectado por la enfermedad de diversas maneras. Es importante recordar que se es único pero no se está solo. El apoyo entre hermanos es importante porque viven y conocen el problema. En ocasiones puede haber sentimiento de deslealtad por hablar de esclerosis múltiple a espaldas de los padres. Discutiendo los potenciales problemas y dividiendo las tareas se pueden impedir muchas peleas. Entre hermano debe haber este canal de comunicación para ayudar al padre / madre enfermo (a) y tener en cuenta que se debe seguir con la vida. Es importante también hablar con el padre sano y exponer dudas y sentimientos. Es válido y es real.

La mayoría de los adolescentes quieren encajar en el grupo y ser como sus amigos. Puede parecer más fácil no comentar a los amigos y compañeros de clase sobre la situación de su madre en una silla de ruedas o de la mala coordinación de su padre, pero puede resultar muy incomodo cuando se encuentren con ellos.

Un mal ambiente puede existir en la casa permanentemente y puede ser normal debido a las exigencias que supone a cada miembro de la familia vivir con la enfermedad. El enfado o el enojo pueden en realidad estar encubriendo la tristeza y la impotencia. El enojo puede estallar de repente si los sentimientos están contenidos y no se habla de los problemas. Es mejor responsabilizar del mal humor a la esclerosis múltiple que a la persona. Pensar que el motivo del mal humor es la enfermedad en sí.

Otro problema añadido es lo sorpresivo de la enfermedad. Una persona con esclerosis múltiple puede encontrarse bien durante meses y luego de repente sentirse terriblemente cansada o débil. El curso de la enfermedad varía con cada persona. Es conveniente hablar este asunto con la familia, prever esta posibilidad.

Las preocupaciones de muchos jóvenes muchas veces se centran en qué va a pasar con su familiar cuando por ley de vida quiera dejar la casa paterna para formar su propia casa. Pasa. Hablar del tema con los padres u otros adultos

informados puede suponer una gran ayuda. La esclerosis múltiple supone una pesada carga para todos los componentes de la familia.

Sensaciones de vergüenza, cólera, frustración, miedo, culpa, resentimiento, preocupación y amor se mezclan y confunden. Es "normal" amar y estar enfadado a la vez, preocupado e impaciente, etc. Hay que reconocer las emociones y tener mucha comunicación.

Los planes profesionales y personales de los adolescentes no deben de detenerse. Aquí también entra el cómo el padre / madre enferma enfrenten su enfermedad para no ser una carga para los hijos. El diálogo es lo que los puede sacar adelante.

3.8.- Parejas con esclerosis múltiple.

¿Qué es la intimidad? ¿Es sexo, amor, honestidad, compromiso, aceptación? ¿Es vulnerabilidad, miedo al rechazo, dificultades sexuales, vergüenza? Para muchas personas con esclerosis múltiple (y en muchos casos en las personas sin la enfermedad) la intimidad es todas estas cosas, las buenas y las malas.

La conversación sobre los problemas y el desarrollar soluciones puede profundizar el sentimiento de intimidad que tenía la pareja. Pero la esclerosis múltiple también puede crear barreras. Muchas personas no hablan fácilmente sobre la sexualidad.

La intimidad y la sexualidad son dos componentes importantes de una vida sana y feliz. La sexualidad no tiene que desaparecer cuando un compañero tiene esclerosis múltiple. A menudo el problema más importante es la incapacidad de hablar de sexo y de intimidad y la búsqueda de ayuda. Hablar de sexo sigue siendo, en muchas ocasiones, un tema tabú en nuestra sociedad.

La pareja de un paciente con esclerosis múltiple, debe tener una amplia información y una gran comprensión para adaptarse al nuevo modelo de sexualidad que se va a desarrollar. Debe aprender a estimular puntos erógenos, en zonas donde la sensibilidad no se encuentre alterada y de forma primordial debe poner énfasis en todo el juego amoroso precopulatorio. En cualquier caso, la actividad sexual se encuentra muy directamente relacionada con los aspectos psicológicos de la personalidad, siendo el talante de cada individuo el que define la calidad y categoría de toda relación humana.

La comunicación es el camino principal que se sigue para sentirse próximos a la otra persona; compartir historias de vida, objetivos, temores y sueños; sin embargo, muchas personas se sienten mal hablando de sexo con el compañero. Evitar la conversación puede conducir a evitar el sexo. Cambios sensoriales pueden hacer doloroso o incómodo lo que antes era placentero. Es importante averiguar lo que el / la compañero (a) quiere y dejar que él o ella sepan lo que se quiere.

Confiar el / la en compañero (a) profundiza en la intimidad y puede ser un buen camino para solucionar los problemas. Por ejemplo, un motivo de ansiedad en personas afectadas de esclerosis múltiple es el miedo o vergüenza por tener un accidente intestinal o una pérdida de orina. Abandonando la actividad sexual no se soluciona el problema. La discusión del problema reducirá la ansiedad y aumentará el cariño entre los compañeros. La comunicación abierta con profesionales de asistencia médica con psicoterapeutas y / o sexólogos puede dar buenas soluciones. La vejiga y los problemas intestinales, por lo general, pueden ser bien manejados mediante medicamento y el establecimiento de una dieta adecuada. Con una buena comunicación, la pérdida de un poco de orina no destruirá una provechosa vida sexual; la ocultación del problema y la preocupación asociada sí.

La persona afectada de esclerosis múltiple no es la única que tiene que hablar sobre sentimientos sexuales y su preocupación. La vida del compañero sano también se ve afectada por la enfermedad; comunicar sus sentimientos puede ayudar a evitar sentimientos de culpa, pena y resentimiento.

Los problemas cognitivos pueden afectar también la vida íntima del paciente con esclerosis múltiple. El paciente con esclerosis múltiple que ha desarrollado problemas con la memoria y concentración pueden hacer que la vida sexual se vaya a la deriva y resultar desalentador para su compañero. La persona sana puede ser más consciente de los síntomas que la persona afectada.

Los médicos no siempre incluyen una evaluación sexual del paciente en el programa de tratamiento y no ser conscientes de todos los recursos disponibles. Muchos problemas pueden ser manejados médicamente, pero los doctores no puede reducir al mínimo los efectos de la esclerosis múltiple sobre la vida sexual del paciente a no ser que el paciente lo pregunte .

No hay ningún lugar específico para la respuesta sexual en el sistema nervioso del ser humano. Los nervios que responden a la respuesta sexual se extienden en todas partes del cerebro y la médula espinal. Esta amplia diseminación implica que hay muchos caminos donde las lesiones producidas por la esclerosis múltiple pueden interrumpir mensajes nerviosos para los sentimientos o actividades

sexuales. Pero esto también quiere decir que el sistema nervioso puede compensar esta carencia usando otros senderos cuando el camino habitual se encuentra bloqueado (Garcea O., 2003).

IV Posibilidad de atención multidisciplinaria.

4.1 Diagnóstico.

El diagnóstico de la esclerosis múltiple se inicia en el consultorio. Entre los indicios más comunes que puede encontrar son: movimiento ocular alterado y reacción anormal de las pupilas, sutiles cambios en el habla, alteración de los reflejos, problemas de coordinación, alteraciones sensoriales, muestras de espasticidad o de debilidad en los brazos o piernas.

El diagnóstico de la esclerosis múltiple puede ser muy difícil. Como no existe una prueba única que pueda confirmar la existencia de esclerosis múltiple, el proceso de diagnóstico suele incluir:

IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA (IRM)*. A diferencia de la tomografía computerizada (TC) o los rayos X convencionales, el escáner IRM no emplea radiación, sino magnetismo y ondas radioeléctricas. Una IRM con resultado normal no descarta por completo la existencia de esclerosis múltiple. Aquí se pueden ver las placas desmielinizadas provocadas por la actividad de la esclerosis.

Para que el diagnóstico de Esclerosis Múltiple sea claro, es necesario evaluar los síntomas, los indicios y los resultados de una IRM, pero también pueden pedirse otras pruebas. (Farreras-Rozman 1995).

POTENCIALES EVOCADOS*: Las pruebas de potenciales evocados (PE) son estudios eléctricos de diagnóstico que pueden mostrar si ha habido una disminución en el flujo de mensajes en varias partes del cerebro. A menudo reflejan la presencia de cicatrices a lo largo de las vías nerviosas que no pueden detectarse de otro modo. Estas cicatrices muestran la disminución en la conducción de estímulos. De todas las pruebas PE, se considera más determinante en el diagnóstico de ESCLEROSIS MÚLTIPLE. (Uribe et.al 1997).

FLUIDOS CEREBROESPINAL*: El fluido cerebroespinal se extrae por medio de una punción lumbar y se examina con el fin de detectar los niveles de ciertas proteínas del sistema inmunológico y la presencia de anticuerpos llamados "bandas oligoclonales" usando el sistema de coloración. Estas bandas indican una respuesta inmune en el sistema nervioso central y se encuentran en el fluido cerebroespinal del 90% al 95% de las personas con esclerosis múltiple. Sin embargo, también

están presentes en otras enfermedades y, por consiguiente, las bandas oligoclonales por sí mismas no pueden considerarse como una prueba definitiva de la existencia de esclerosis múltiple (Uribe et.al 1997).

*(Ver glosario).

ANALISIS DE SANGRE: Aunque no existe un análisis de sangre definitivo para la esclerosis múltiple, los análisis de sangre pueden descartar de forma positiva otras causas de varios síntomas neurológicos, como la enfermedad de Lyme, un grupo de afecciones conocidas como "enfermedades colágeno-vasculares", ciertos desórdenes hereditarios poco comunes y el SIDA (Uribe et.al 1997).

Para poder establecer un diagnóstico de certeza de Esclerosis Múltiple, es necesario que se reúnan las dos condiciones siguientes: 1.- Que existan pruebas objetivas de al menos dos áreas de pérdida de mielina, o lesiones de desmielinización, separadas en el tiempo y en el espacio. Esto significa que las lesiones se han presentado en diferentes lugares dentro del cerebro, la médula espinal, o el nervio óptico-en diferentes momentos. Las resonancias magnéticas y los potenciales evocados son las pruebas más contundentes para la pérdida de mielina y las lesiones. 2.- Que se hayan descartado objetivamente el resto de enfermedades que pueden causar síntomas neurológicos similares. Los analisis de sangre son los más confiables (Uribe et.al 1997).

4.2.- Tratamientos.

No hay cura contra la esclerosis múltiple. Es un padecimiento que debe ser tratado en forma multidisciplinaria, es decir, con neurólogos, fisioterapeutas y psicoterapeutas. Un diagnóstico temprano en el curso del padecimiento suele ser muy beneficioso para el paciente. Hay fármacos que mejoran la calidad de vida del paciente e incluso cambiar el curso del padecimiento. En el caso de fármacos, se deben de realizar bajo estricto control médico. Los que son para control son bastante eficaces, pero desgraciadamente no son para todos los tipos de esclerosis. Dependiendo del tipo de esclerosis, en caso de brote, se usan los inmuno-supresores, que causan efectos secundarios desagradables, pero el beneficio vale la pena. Siempre hay que evaluar el tipo de esclerosis que padezca el paciente. Hay fármacos para los diferentes tipos. No todos los fármacos son para todas las formas de esclerosis. Hay que recordar que no todos los tratamientos son eficaces, especialmente los que prometen "cura".

4.3.-Fármacos en caso de brotes.

Los tratamientos que favorecen la recuperación de los síntomas consecuencia de un brote son diferente a aquellos que modifican la evolución natural de la enfermedad (reducen la frecuencia y gravedad de los brotes y /o previenen la progresión). Si definimos un brote es: Aparición de síntomas de disfunción neurológica de más de 24 horas de duración aceptándose que este dato sea de carácter subjetivo.

Los brotes se tratan con corticoesteroides (ver glosario). Ambos tratamientos han demostrado en los ensayos clínicos que producen una rápida mejoría en los síntomas agudos del brote. Se prefiere el uso de la metilprednisolona (ver glosario) porque consigue efectos más rápidos e intensos.

Para la aplicación vía intravenosa, lo recomendado es hospitalización ambulatoria, donde el paciente pueda acudir a ponerse el tratamiento. El paciente se interna los días que dura el tratamiento. De esta forma el paciente no se aleja de su familia y evitamos la repercusión social o laboral que en ocasiones tanto preocupa al paciente. Lógicamente deberá hospitalizarse a aquellos pacientes que el ingreso sea más ventajoso por ser el desplazamiento un problema (discapacidades graves o carencia de acompañante) (Beck RW, et al. 1993).

No está demostrada la utilidad del tratamiento con corticoterapia intravenosa (ver glosario) a dosis altas en las formas progresivas.

No se ha demostrado que el tratamiento con corticoesteroides de forma crónica, bien en administración diaria ó bien mediante pulsos mensuales, sea útil ni para reducir la tasa de brotes ni para evitar la progresión de la enfermedad y en cambio producen importantes efectos secundarios.

Aún no se ha demostrado que otros agentes antiinflamatorios sean eficaces en el tratamiento del brote (Barnes D, et al 1997).

4.4.-Interferón: modifica favorablemente el curso del padecimiento.

A principios de la década de los 90 empezaron a aparecer los primeros ensayos clínicos de 3 opciones terapéuticas que se usan en la actualidad: Interferones: (IFN). Los IFN (ver glosario) son un grupo de más de 20 glicoproteínas (ver glosario) producidas por numerosas células del organismo tras infecciones virales, o tras la interacción de éstas con superantígenos y mitógenos, compartiendo todos ellos la capacidad de interferir con la infección viral. Su mecanismo exacto de acción en la esclerosis múltiple no está determinado (Paty DW, Li DKW 1993).

Los interferones son los fármacos estrella en el tratamiento actual de la esclerosis múltiple. Han sido los primeros fármacos que han demostrado modificar favorablemente el curso de la enfermedad al reducir la tasa anual de brotes clínicos, la actividad medida por RM y retrasar el tiempo de progresión hacia la incapacidad (Paty DW, Li DKW, 1993, Jacobs LD, Cookfair DL, Rudick RA et al 1996).

Los interferones no van a curar la enfermedad, pero son una opción terapéutica con eficacia incuestionable hoy por hoy. Son fármacos bien tolerados con buena relación riesgo /beneficio. No se sabe si pueden tener consecuencias en el uso crónico prolongado. (Pozzilli C., et al. 1996).

Se está estudiando su eficacia en las formas secundarias progresivas, habiéndose comunicado resultados benéficos, pero su aplicación en estas formas aún no está definida.

La ventaja de los IFN es que son inyectables vía intermuscular y el paciente puede aprender a auto inyectarse. Los efectos secundarios que causa al día siguiente (sensación de "gripa", cansancio, dolor muscular...etc.) es fácilmente controlable con paracetamol.

4.5.-Fisioterapia.

En cualquier tipo de esclerosis múltiple, la fisioterapia es benigna. Consiste en ejercicios que pueden parecer simples, pero para el paciente con esclerosis múltiple son complicados. En la gran mayoría de los casos, los pacientes pueden mejorar su calidad de vida.

La esclerosis múltiple presenta muchas complicaciones para el paciente, repercusiones tanto físicas, como psicológicas y sociales, siendo estas dos últimas las que en determinadas ocasiones mas pueden alterar el equilibrio psico-emocional del paciente. Con la fisioterapia, el paciente será "re-educado" para que realice, de la mejor forma posible, sus actividades de la vida diaria, actividades profesionales que puedan adaptarse a su situación y sus actividades de ocio.

Los pacientes necesitan mucho apoyo, comprensión, ánimo y ayuda, para superar los síntomas que le ocasiona la esclerosis múltiple. En esta ayuda deben intervenir sus familiares, la pareja, amigos y compañeros de trabajo, y por supuesto los psicólogos.

Hay que hacerle entender al paciente que tiene que vivir con ciertas limitaciones, pero que debe adaptarse física y psicológicamente a ellas. Los tratamientos por los que tiene que pasar, fisioterápicos, médicos, psicológicos, no van a devolver a la persona a su situación anterior, pero si intentarán aliviar los síntomas, retrasar o evitar que avance la enfermedad , y tratar que su calidad de vida sea lo mas aceptable posible. A su vez, también habrá que adaptar a la familia a esta nueva situación y hacerles comprender el gran papel que van a desempeñar en el tratamiento de la persona. (De la Torre 2003).

Los objetivos de la fisioterapia son:

Reeducar y mantener todo el control voluntario disponible.

2- Reeducar y mantener los mecanismos posturales normales.

3- Mantener la amplitud completa del movimiento de todas las articulaciones y tejidos blandos, y enseñar al paciente y /o a sus familiares, procedimientos de estiramiento adecuados para prevenir contracturas.

4- Incorporar técnicas de tratamiento en la forma de vida relacionándolas con actividades diarias adecuadas, suministrando de este modo una forma para mantener toda mejoría que se obtenga.

5- Ofrecer consejo acerca de la utilización sensata de la energía. Depende de cada paciente, pero el nivel de energía es mejor por las mañanas.

6- Evitar el uso de movimientos anormales, que es en sí mismo ineficiente y extenuantes y que puede inhibir la función.

7- Inhibir cualquier tono anormal

8- Estimular toda experiencia sensitiva y perceptual y mantener la experiencia del movimiento normal a lo largo del curso de la enfermedad, no solamente para explotar el potencial sino para capacitar al paciente para que se sienta mas seguro y se mueva mas libremente al ser requerida la asistencia de familiares o ayudantes en los estadios posteriores de la enfermedad. (Garceo O. Et al 2003).

El tratamiento fisioterápico consistirá en:

- Mantener las amplitudes articulares, lucha contra las retracciones y la espasticidad.
- Evitar la atrofia muscular y desarrollar las suplencias musculares.
- Mantener la tonicidad de los tejidos.
- Hacer caminar el mayor tiempo posible.
- Facilitar después la autonomía y la vida confortable en la silla de ruedas.
- Cuidar el mantenimiento de las grandes funciones vitales, especialmente en el paciente encamado. (De la Torre 2003).

4.6.-Programación Neurolingüística.

La programación neurolingüística (PNL) ha sido satanizada por algunos, mal usada por otros, pero en realidad nos puede mostrar un cambio a corto plazo sin necesidad de entrar a procesos psicoanalíticos. En pacientes con esclerosis múltiple no se descarta un proceso psicoanalítico, pero la programación neurolingüística (ver glosario) nos ofrece la posibilidad de enseñar al paciente a controlar sus niveles de estrés y /o ansiedad.

La programación neurolingüística es un conjunto de modelos y técnicas que ofrecen un amplio rango de comunicación, intra e interpersonal con el propósito de influir de manera exitosa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Igualmente proporciona medios para transformar los pensamientos, conductas y sentimientos, de tal manera que le permita al paciente actuar en forma positiva y tener más confianza y seguridad. Robbins. (1991), también aporta un concepto significativo sobre la programación neurolingüística al considerar que es el estudio de cómo el lenguaje, tanto el verbal como el no verbal, afecta el sistema nervioso, es decir, que a través del proceso de la comunicación se puede dirigir el cerebro para lograr resultados óptimos (Istúriz N., et al. 1998)

La programación neurolingüística es un estudio de excelencia humana, puesto que da la oportunidad de crecer continuamente en los aspectos emocionales, psicológicos, intelectuales, artísticos sociales y económicos y al mismo tiempo contribuye en forma positiva con el progreso de los demás. No sólo es de ayuda al paciente sino a la familia del paciente con esclerosis múltiple.

Istúriz y Carpio (1998), hacen referencia a los dos hemisferios del cerebro. A menudo se hace énfasis en el uso de uno de ellos (hemisferio izquierdo). Se le da gran importancia al hemisferio izquierdo y pareciera que el hemisferio derecho es poco útil. En pacientes con esclerosis múltiple, se necesita aprender a usar ambos hemisferios, sobre todo si hay incapacidad física.

El hemisferio izquierdo se especializa en reconocer las partes que constituyen un conjunto, es lineal y secuencial. Pasa de un punto a otro de manera gradual, paso a paso. Procesa información verbal, codifica y decodifica el habla. Separa las partes que constituyen un todo.

En cuanto al hemisferio derecho se puede mencionar, en relación con su funcionamiento que combina partes para crear un todo, se dedica a la síntesis. Busca y construye relaciones entre partes separadas. Procesa simultáneamente en paralelo. Es especialmente eficiente en el proceso visual y espacial (imágenes). Podría ser comparado con un calidoscopio. Se relaciona con un número casi infinito de variedades. Se especializa en relaciones no lineales.

Los estímulos a partir de la mano, la pierna y el oído derecho son procesados primordialmente por el hemisferio izquierdo y viceversa. Los ojos son controlados de manera que cada uno envíe información a ambos hemisferios. La mitad izquierda del espacio visual se contempla por el hemisferio

derecho y la mitad derecha es percibida por el hemisferio izquierdo. La importancia de esto en los pacientes con esclerosis múltiple es que puedan utilizar el hemisferio contrario al hemisferio dañado.

La programación neurolingüística utiliza "mapas mentales". Un mapa mental es una técnica que permite organizar y presentar la información en forma fácil, espontánea, divertida y creativa, para ser asimilada y recordada por el cerebro. (Montes 1996). Cada paciente responde al mapa de su realidad personal y no a los acontecimientos objetivos mismos; no es el mundo el que dicta nuestra felicidad o frustración sino la versión personal que se mantiene del mundo. Se tiene que enseñar al paciente con esclerosis múltiple a ser lo más objetivo posible frente a su padecimiento y aceptarlo como es (O'Connor J. et al. 1992)

Uno de los principios de programación neurolingüística es que no existen fracasos ni errores: sólo resultados. A los pacientes con esclerosis múltiple hay que enseñarles que la palabra "fracaso" es sólo una etiqueta verbal que se utiliza para auto limitarse. Fracaso es sólo un mapa lingüístico que se aprendió a usar.

En la programación neurolingüística, la comunicación es la actividad por excelencia. Esta comunicación puede ser a través de canales conscientes e inconscientes, verbal como no verbal. En pacientes con esclerosis múltiple, el problema es la comunicación inconsciente, por que escapa del control voluntario y se expresa en el cuerpo, atacándose a si mismo.

Para los pacientes con esclerosis múltiple es importante manejar los "filtros" también llamados "marcos de conducta". Después de una historia clínica profunda con el paciente, los marcos de conducta nos llevan hacia: orientación hacia objetivos más que hacia problemas. Este es el marco de reprobación que es un análisis detallado acerca de lo que esta mal y son preguntas hacia si mismo, como iquien tiene la culpa? Una pregunta inútil, pero que puede llevar al paciente a darse cuenta de la realidad. (Sambrano J. 1997).

El segundo marco consiste en preguntarse ¿cómo? más que ¿por qué? Esto puede llevar al paciente a comprender la estructura de su padecimiento.

El tercer marco es interacción (feedback) frente al fracaso. Recordemos que no hay fracasos sino resultados. Aquí fracaso se puede aplicar al resultado que tiene el paciente y que obviamente no lo "quería". Con este resultado se puede cambiar la dirección de los esfuerzos que probablemente el paciente esta haciendo por vivir en contra de la enfermedad, no con la enfermedad.

Un cuarto marco son las posibilidades más que necesidades, hay un desplazamiento de enfoque: fijarse en lo que se puede hacer con las secuelas de la enfermedad, en las opciones posibles y no en las limitaciones a las que puede haber llegado el paciente.

La programación neurolingüística permite resolver algunas limitaciones, como miedos y situaciones similares en pocas sesiones de trabajo. Resultados que se pueden obtener, entre otros:

Aumenta la confianza personal

Mejora la comunicación.

Cada persona encuentra recursos desaprovechados.

Mejora la salud en general.

Cambio en el sistema de creencias, en especial las negativas.

Ayuda a vivir más en el AQUÍ Y AHORA.

Una propuesta de ejercicio de auto-motivación con ayuda del psicólogo.

Es importante usar una voz muy suave y tomar en cuenta algunas limitaciones que puedan tener los pacientes.

El paciente adopta una posición muy cómoda, la más cómoda posible (puede estar acostado o reclinado). No debe tener nada en las manos. Es preferible no cruzar las piernas ni brazos.

El psicólogo le pide al paciente:

Cierra los ojos y respira con suavidad.

PARTE 1

El psicólogo lee el texto con pausas:

1. Piensa en una tarea o una actividad que sea realmente atractiva, motivante para ti, cuando la haces. Imagina que estás viendo la película de esa actividad. Nota las cualidades de la imagen al pensar en esa tarea: la escena, la iluminación, el sonido, los movimientos. Observa una imagen rica, con muchos detalles... OK "apaga el proyector".
2. Descansa y mira a tu alrededor, respira tranquilo.
3. Ahora piensa en algo que no te despierta ningún interés: Nota lo que se siente pensar en algo que te es totalmente indiferente. De nuevo mira la imagen y sus cualidades... OK, apaga la imagen.
3. Descansa y mira a tu alrededor, respira tranquilo.
4. Haz una comparación entre las dos "películas" y nota las diferencias que encuentras en las cualidades de las imágenes: Iluminación, brillo, colores, tamaño, distancia, ubicación, sonidos, sensaciones, etc.
6. Escribe tu propia lista para que tengas los elementos que tu mente (tu cerebro) utiliza para indicarte que algo es valioso y te motiva. Estas serán tus claves de motivación.

Toma ahora una imagen cualquiera de una experiencia agradable, placentera, que

hayas tenido. Vas a hacer el siguiente juego con esa imagen:

Cambia las características visuales, es decir, aumenta o disminuye: Colores / blanco y negro, iluminación, brillo, contraste, foco (nitidez), detalle, tamaño, distancia, si la imagen tienen borde o no, ubicación (arriba, abajo, al frente, etc.), se mueve o está quieta, proporción. Quédate con aquellos cambios que te parezcan más atractivos, más agradables, más motivantes.

Haz lo mismo con las características auditivas: Fuente (origen) del sonido, tonalidad (aguda, grave), sonido monótono o melodioso, volumen, ritmo (rápido, lento), duración (sonido continuo o intermitente), mono o estéreo.

Y ahora con las características kinestésicas (sensaciones, sentimientos): Calidad de la sensación, intensidad, ubicación, velocidad, duración.

Quédate con la combinación de características que te resultó más atractivas y motivantes (anótalas). La vas a usar después.

PARTE 2

1. Piensa en algo que tú sabes que para ti es valioso hacerlo, pero te resulta difícil hacerlo.
2. Concéntrate y pregunta a todas tus partes internas, si existe alguna objeción a cumplir con esa tarea. Sé sensible a esas objeciones (de haberlas). Si no puedes satisfacer la objeción con comodidad, ajusta (o cambia) la tarea de manera que no existan objeciones.
3. Piensa en las consecuencias de hacer la tarea, no en el trabajo de hacerla. Piensa en los beneficios que obtendrás una vez que esté completada. Piensa en tu ganancia.
4. Ahora, usa la lista de elementos que encontraste en el ejercicio anterior, los que anotaste. Recuerda que son los más atractivos y motivantes. Úsalos para cambiar lo que piensas acerca de tener esa tarea hecha, completada. Ponle a la tarea completada los elementos visuales, auditivos y kinestésicos que anotaste. Continúa haciendo esto hasta que te sientas fuertemente atraído, motivado, a realizar esa tarea.

PARTE 3

1. Toma una posición cómoda. Dirige tu mirada hacia la derecha, algo hacia arriba. Imagina que ves a una persona igual a ti, a corta distancia. Este "otro tu" hará el ejercicio, mientras tu lo observas. Solamente cuando esté completamente satisfecho con el proceso, será que las habilidades se integrarán a ti. Para asegurarte de que así será, quizás te gustaría imaginar que estás metido dentro de una burbuja, para que realmente estés separado de las actividades que va a hacer tu otro yo. Pueden ser actividades que quizá has dejado de hacer por la esclerosis múltiple.
2. Escoge algo que tu quieres ser capaz de hacer. Para este ejercicio, escoge algo muy simple, como lavarte los dientes, o limpiar algo. Algo que disfrutas haciendo, o algo que te guste contemplar, porque te da beneficios emocionales.
3. Observa a tu otro yo y mira lo que se verá cuando la tarea haya sido realizada, incluyendo las consecuencias positivas, los beneficios directos e inmediatos y los futuros. Date cuenta de los movimientos que puedes hacer. Quizá no puedas hacer todos los movimientos, pero recuerda la sensación en tus músculos.
4. Ahora, mira a ese "otro tu" haciendo la tarea con facilidad. Mientras el "otro tu" la hace, se mantiene mirando la imagen de la tarea terminada y se siente bien como respuesta a verla totalmente completada. Nota como la voz interna del "otro tu" es estimulante y te recuerda las recompensas futuras y lo que hasta el momento has logrado con respecto al objetivo. Finalmente, ve a "otro tu" encantado de haber terminado y disfrutando de la recompensa obtenida por una tarea que ya se completó.
4. Si lo que ves no te satisface por completo, deja que una suave neblina cubra por un momento la imagen, mientras tu inconsciente hace los ajustes que sean apropiados. En unos segundos, cuando la neblina se quite, verás los ajustes, que serán satisfactorios para ti (pausa...).

5. Ahora que tienes la completa satisfacción, permite que la burbuja de plástico desaparezca. Toma la imagen del otro tú que tiene todos esos aprendizajes y deslízala hacia ti. Puedes, si te resulta cómodo, extender tus brazos, tomar la imagen, traerla hacia ti, e integrarla contigo. Algunas pacientes sienten un estremecimiento (o se "erizan") o una liberación de energía, al hacer esto.

Finalmente, tómate un momento adicional para que pienses cuándo será la próxima ocasión en la que tendrás evitar ciertos movimientos y en los que te tendrás que auto-motivar y valorar los movimientos que aún tienes.

Este ejercicio ayuda al paciente, dependiendo de su grado de incapacidad, a liberar un poco la frustración de la pérdida de algunos movimientos. Pero a su vez se dan cuenta de los movimientos que siguen teniendo. Lo importante, es acompañarlo con sesiones de terapia focalizada.

Este ejercicio es recomendable para pacientes que tienen un grado de incapacidad leve y que aún se valen por sí mismos. Lo mejor es estar en un lugar donde puedan sentir el viento o el pasto.

La terapia focalizada es una técnica de trabajo terapéutico enmarcada dentro de las terapias breves, o sea, que lo importante es focalizar el conflicto adecuadamente más allá del tiempo que lleve su solución.

La programación neurolingüística es entonces una técnica para trabajar focalizadamente dentro del marco de las terapias breves. Para poder realizar adecuadamente esta tarea son importantes principalmente dos elementos: definir el objetivo a lograr, o sea, focalizar la dificultad y, establecer rapport para poder liderar.

Un objetivo para estar bien focalizado debe poseer principalmente tres elementos: debe estar enunciado en forma positiva, debe ser específico y tiene que depender de uno.

Por otra parte, es muy importante que el terapeuta sepa establecer el grado de rapport en cada momento de la sesión. Definimos rapport como el grado de

contacto afectivo entre el cliente y terapeuta o como "sentimiento de coincidencia".

Cada vez que una persona habla está expresando algo sobre la relación con su actual interlocutor, en el caso de la terapia el interlocutor es el terapeuta el cual también expresa inconscientemente elementos acerca de la relación con su cliente o sobre la situación terapéutica en sí (lo que en otras técnicas terapéuticas se llama transferencia y contratransferencia).

Las diferencias terapéuticas pasan por preguntarse si sólo basta con traer a la luz el conflicto actual, si es necesario establecer vínculos con el pasado o si hay que preguntarse sobre la finalidad del síntoma, o sea, si la pregunta adecuada ante la dificultad es ¿por qué? O ¿para qué?

Las técnicas de terapia breve focalizada, entre ellas la programación neurolingüística, se preguntan el "para qué". Detrás de todo síntoma hay una intención positiva, el síntoma aparece por algo pero a su vez aparece para algo.

La pregunta del "para qué" es una herramienta muy útil. Una vez establecido el rapport, definido el objetivo y encontrado la intención positiva, el terapeuta aplica su "saber" guiado por lo que va trayendo el cliente, se pone en el lugar de éste y lo acompaña emocionalmente desde su trabajo. En cada sesión ambos, cliente y terapeuta, se encuentran consigo mismo. Este conocimiento de sí es muy importante en el terapeuta ya que es más fácil guiar cuando uno conoce el camino. En cada sesión cada uno de ellos se pone en contacto con sentimientos genuinos, esto permite que aparezcan recursos que estaban ocultos para ambos.

El rapport funciona como una guía, ya que los cambios en el nivel de rapport indican un cambio en el nivel de retroalimentación; si el rapport aumenta tras una intervención del terapeuta es porque esta fue acertada y oportuna y , si disminuye el rapport, la intervención no necesariamente fue errónea, sino simplemente inoportuna para ese momento y habrá que buscar otro recurso.

Tanto el focalizar el objetivo como el establecer rapport y la pregunta acerca del "para qué" son herramientas básicas para llevar a cabo una terapia breve. Según lo expuesto, podemos sintetizar terapia breve y terapia focalizada en el término "Terapia Breve Focalizada", el cual implica el uso de determinadas técnicas

como la programación neurolingüística para el logro de objetivos concretos a corto plazo.

La programación neurolingüística puede ser uno de los acercamientos con los pacientes de EM. Es importante recordar que la esclerosis múltiple debe tratarse en forma multidisciplinaria y no sólo es el paciente sino toda la familia que le rodea.

Alcances y limitaciones.

La presente investigación presenta limitaciones. La esclerosis múltiple puede presentarse en muy variadas formas. Estas formas necesitan ser evaluadas a fondo por un neurólogo capacitado. En el campo médico, los neurólogos necesitan ser más conscientes de lo que es la esclerosis múltiple. Es de sorprendernos que aun hay neurólogos que no pueden diagnosticar la esclerosis múltiple. Esto hace que los pacientes se sientan desolados y por lo tanto, desorientados. Debemos recordar que un diagnóstico temprano es muy favorable en el curso del padecimiento.

No todos los médicos están abiertos a aceptar lo que es una enfermedad psicosomática. No sólo en lo referente a la esclerosis múltiple, sino a cualquier otro padecimiento. Como hemos visto, es necesario un equipo multidisciplinario para dar calidad de vida al paciente. Mientras se siga teniendo la idea de que la medicina y la psicología son dos áreas diferentes, el único que se vera afectado será el paciente.

Por parte de la psicología, se presentó un programa de neurolingüística, en el que se deben considerar las condiciones físicas del paciente. En la neurolingüística se pueden seguir explotando más campos para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este programa o cualquier otro debe de acompañarse de terapia breve focalizada. Debe de ser breve porque la esclerosis múltiple es muy cambiante. La salud de un paciente varía mucho en un día. Esto es porque los factores ambientales influyen mucho. Dependiendo de las condiciones del paciente, pueden ser varias las terapias breves, pero siempre un paciente con esclerosis múltiple es conveniente que este en contacto con un (a) psicólogo(a). En una sociedad como la mexicana, no se puede excluir a la familia y todas las personas que le rodean.

Otro factor que se debe tomar en cuenta son los costos. Lo que se ha propuesto aquí, desgraciadamente puede llegar a tener costos muy altos. El sector público tiene los médicos y los medicamentos, pero no tienen la fisioterapia y mucho menos un psicoterapeuta para atender al paciente ni a la familia. A nivel privado hay todo: psicólogos, neurólogos, fisioterapeutas y todo el apoyo que se necesita. Los costos son muy elevados y no todos los pacientes tienen acceso a todo esto. Para un padecimiento como la esclerosis múltiple, y muchos más, que necesitan una atención multidisciplinaria, hay que modificar la visión que se tiene de ellos.

Finalmente, lo expuesto en este trabajo es la importancia de una atención multidisciplinaria y enfocada al principal involucrado, que es el paciente. Los psicólogos tienen que intervenir en todos los procesos y con todas las personas alrededor del paciente.

CONCLUSIONES.-

Hasta el día de hoy no hay una cura, pero se han destinado muchos recursos a la investigación de ésta. Aún sin cura, un paciente con ESCLEROSIS MÚLTIPLE tiene la posibilidad de tener una buena calidad de vida, otra vez, con un enfoque multidisciplinario.

¿A que se refiere "calidad de vida"? La calidad de vida es lo que normalmente quiere un paciente una vez que ha sido diagnosticado con esclerosis múltiple. Ya mencionamos que el paciente va a sufrir pérdidas y estas pérdidas van a afectar su vida y de toda la gente que le rodea. En países como el nuestro apenas se está aprendiendo a respetar a las personas que sufren de alguna discapacidad. El tener calidad de vida, en primera instancia, depende mucho de las personas que no sufren de discapacidades. El respetar los lugares designados para los automóviles de los discapacitados es una cuestión de educación que se debe emplear siempre, si excepciones. Cuando un paciente con esclerosis múltiple secundaria tiene la necesidad de usar una silla de ruedas, forzosamente necesita el lugar de estacionamiento designado para ellos. Debemos educar para que se respeten estos lugares.

La calidad de vida también se refiere al bienestar del paciente. Hay pacientes que sufren de incontinencia y se ven en la necesidad de usar un pañal. Aquí es donde la orientación de un psicólogo es indispensable. Alguien que no ha usado pañal desde su infancia puede mostrar reservas a volver a usar uno. Esto probablemente no es cómodo, pero dependiendo del daño que presente el paciente, puede ser reversible. En cuanto a la familia, el psicólogo (a) debe orientarlos a usar un pañal de adulto y debe orientar a la familia a reaccionar ante tal situación.

Como se mencionó con anterioridad, estos cambios que sufre el paciente, afectan a todos los que lo rodean y es un duelo que se tiene que vivir. Quizá el paciente sea el que más sufre el duelo, pero con la ayuda de un terapeuta le será más fácil. Los cambios que puede sufrir pueden ir de lo más sencillo, como tener que abotonar las blusas o camisas antes de ponérselas hasta lo más complicado como el manejar. En la edad que empieza la esclerosis múltiple, normalmente el paciente está empezando su vida de adulto joven, es por eso que se incrementa la frustración que llega a sentir.

Otro de los factores para tener calidad de vida es la fisioterapia. Hay que recordar lo que menciona Adler, la sustitución del órgano inferior. La fisioterapia puede sustituir / re-establecer algunos movimientos. Parecen ejercicios muy simples, sin embargo, a un paciente con cualquier forma de esclerosis múltiple resultan muy complicados y a la vez frustrantes. Es el duelo de la pérdida de algún movimiento que solía tener el paciente. El paciente va a necesitar ayuda de las personas que lo rodean para realizar los ejercicios.

La terapia familiar con los que rodean al paciente es sumamente importante. Toda la gente que le rodea necesita entender lo que el paciente siente, tanto física como

emocionalmente. Normalmente la esclerosis múltiple inicia en la década de los veinte, por lo que en países como el nuestro, el paciente sigue en el núcleo familiar. La familia debe de aprender a aceptar la enfermedad. El asimilar el hecho de que un miembro de la familia tiene esclerosis múltiple no es fácil y menos para las madres. Hay ocasiones en que se buscan "culpables" del desarrollo de ésta. La negación esta presente. En medio de todos estos sentimientos se encuentra el paciente, que es responsable en parte, de su enfermedad, pero no es el único. Hay que recordar que hay factores psicosociales y ambientales además de los hereditarios que desencadenan el desarrollo del padecimiento.

Otros factores que dan mejor calidad de vida son los fármacos. Lamentablemente, en nuestro país es cara la medicina y el acceso a los medicamentos no es fácil. Lo ideal sería que todos los pacientes con esclerosis múltiple tuvieran acceso al sector público, y que éste a su vez tuviera acceso a los medicamentos de última generación que están disponibles en países del primer mundo. Aunado al acceso de medicamentos, de nuevo, la psicoterapia a toda la familia se vuelve indispensable. Se tiene que re-educar a todos los miembros de la familia. Un paciente que toma un medicamento de por vida sufre de modificaciones en su vida. Por ejemplo, los efectos secundarios del interferón son los que el paciente va a experimentar, pero tiene que saber como reaccionar con ellos y la familia debe de estar al tanto de estos para poder ayudar y comprender al paciente. No es sólo el hecho de inyectarse, porque el paciente aprende a hacerlo por sí solo, sino estos efectos pueden presentarse a veces y a veces no.

Si el paciente ya salió del núcleo familiar y se casó, la pareja debe de familiarizarse con el padecimiento. El cónyuge probablemente no sabe lo que el padecimiento es. Sin embargo, si hay respeto y tolerancia no tiene de que tener miedo. El estar con alguien que tiene esclerosis múltiple es sólo cuestión de conocer el padecimiento y de modificar algunas costumbres. Un paciente con esclerosis múltiple en cualquiera de sus formas, es perfectamente capaz de sostener una relación con alguien que no tiene el padecimiento. Hay que reforzar la autoestima en el paciente, pues un padecimiento como este no debe evitarle hacer una vida plena y satisfactoria. Para el cónyuge será el proceso como el de la familia, sólo que el o ella no tendrán el sentimiento de pérdida, sino el de la adaptación a algo nuevo. El paciente debe de comprender al cónyuge de igual forma. Quizá lo triste del padecimiento es que se puede prestar a chantajes y estos no llevan a que la relación perdure.

Otro de los problemas es que el padecimiento puede llegar a "cortar" la vida productiva del paciente. Dependiendo del grado de discapacidad (si es que la hay), el paciente se verá forzado a dejar de trabajar. Hay actividades que si se van a dejar de hacer, como el andar en bicicleta, pero siempre habrá algo más que hacer. En cuanto al trabajo, probablemente se necesitaran hacer ajustes, o quizá cambios, siempre teniendo en mente las limitaciones cognitivas y físicas que presenta la esclerosis múltiple.

La importancia de un enfoque multidisciplinario es fundamental. Por un lado, el neurólogo que se hace cargo de todos los fármacos y progresión del padecimiento, el o la psicóloga, que ayudan a todos los involucrados en los cambios y pérdidas que da el padecimiento y finalmente un fisioterapeuta, que ayuda a la rehabilitación física. Hasta el día de hoy no se da un enfoque multidisciplinario, quizá los costos sean un

factor determinante para que no sea así, pero hay que recalcar la importancia de este enfoque. Por ser un padecimiento reciente, nos falta mucho (a toda la sociedad) por aprender. Aun en las personas que no tienen familiares con esclerosis múltiple o que no la padezcan, es importante que tengan información al alcance. Debe de ser un enfoque multidisciplinario, no sólo en el aspecto médico sino también en la sociedad en la que se desenvuelven los pacientes con esclerosis múltiple.

Lo último que un paciente con esclerosis múltiple debe perder es la esperanza en la ciencia médica, y siempre deben aprender a conocerse, conocer sus limitaciones y aceptarlas. Nadie es perfecto. Lo más importante es: aprender a vivir CON esclerosis múltiple y no EN CONTRA, generando desgaste del paciente y familia.

ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS Y SUS RASGOS DE PERSONALIDAD.

PADECIMIENTO	EFFECTOS EN EL CUERPO	RASGO DE PERSONALIDAD.
Asma	Obstrucción de la vía aera total o parcialmente debido a la inflamación bronquial o fibrosis en los bronquios con infiltracion de la mucosa por eosinófilos.	Madre consentidora, supresión del llanto
Diabetes Mellitus	Insuficiencia en el uso de la glucosa debido a una falla en la producción de insulina, que es una hormona generada en el páncreas.	Anhelo por lo que pudo haber sido; necesidad de control.
Esclerosis múltiple	Perdida de mielina en el axon neuronal en el SNC. Se forman placas que pueden surgir en cualquier parte de la sustancia blanca del SNC.	Inflexibilidad mental, corazón duro, temor.
Lupus eritematoso	Alteración del sistema inmunológico produciendo cantidades anormales de anticuerpos. Éstos destruyen los tejidos del paciente.	Ceder, mejor morir que sostenerse uno mismo. Ira, castigo.
SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).	La inmunodepresión causada por el VIH provoca que el paciente no sea capaz de producir respuesta inmune a infecciones a las cuales podría hacerlo.	Culpa sexual, necesidad de castigo.

L.L. Hay 2003;Benito-León J., 1996;Harrison T.R. et al.,1994

CUADRO 2

HISTORIA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

- 1421** Primer caso documentado de EM. St. Lidwina de Schiedam
- 1860-70** Primeros estudios de mielina y células neuronales en tejido del cerebro.
- 1868** Primera correlación de síntomas de EM con los síntomas clínicos del sistema nervioso central. Jean Martín Charcot lo llama "Sclerose en plaques" .
- 1869** Primer intento hecho por Charcot de tratar EM con cloruro de oro, zinc, sulfato, nitrato de plata y estimulación
- 1928** Descubrimiento que la mielina es producida por las células oligodendroglía.
- 1933** Modelo de encefalomielitis alérgica desarrollado como modelo de EM,
- 1936** Descubrimiento de linfocitos relacionados con la función inmune.
- 1943** Primera descripción detallada de la composición de la mielina.
- 1950** Primer estudio de la existencia de EM en EEUU.
- 1954-55** Primer criterio para un diagnóstico bien definido (clínico y en laboratorio) y el desarrollo de técnicas cuantitativas para medir la lesión.
- 1963** Primer entendimiento de la susceptibilidad en la familia.
- 1969** Primera prueba clínica con ACTH vía intramuscular para brotes agudos. Se muestran remisiones más rápidas que sin ACTH.
- 1970** Descubrimiento de diferentes clases de células T-linfocitos: células T ayudantes, células T supresoras, etc.
- 1972** Resultados negativos en los intentos de encontrar virus específicos de la EM en cerebro, líquido cefalorraquídeo y sangre.
- 1978** Primer uso monoclonal de anticuerpos para identificar los sub-tipos de T – linfocitos.
- 1981** Identificación de oligodendroglía en cerebro de pacientes con EM con capacidad de regenerar la mielina.
- 1982** Uso por primera vez de Imagen de resonancia magnética en pacientes vivos que permitió ver las lesiones.
- 1983** El primer informe del control temporal de EM crónico - progresiva con la sustancia inmunosupresora, Cytoxan (rechazada extensamente durante toda la década)
- 1984** Primera documentación moderna de los problemas cognitivos en EM.
- 1985** La primera relación de retrovirus de - I de HTLV con EM

- (rechazada después).
- 1988** La primera demostración que, usando la resonancia magnética, de que hay actividad de lesión importante en el cerebro de los pacientes con EM, incluso cuando la enfermedad está aparentemente inactiva.
- 1988** Primeros estudios de calidad para identificar los factores del pronóstico para la incapacidad de EM en los comienzos de la enfermedad.
- 1988** La protección de EAE junto a anticuerpos de monoclonal contra subtipos de célula T.
- 1989** Aumentan los conocimientos de los factores genéticos que controlan la función de célula T y la estructura de receptor de célula T.
- 1989** Iniciación de estudios clínicos pilotos de anticuerpos de monoclonal específicos en contra de subtipos de célula T en EM crónica progresiva
- 1980's**
/
1990's Ensayos clínicos bien diseñados, en los piloto o estudios definitivos de 1980-1990: copolímero para brote/ remisión enfermedad (eficacia probada); copolímero para la forma crónica progresiva (ninguna eficacia); A de cyclosporine (la eficacia leve con toxicidad importante); la alfa y interferones de beta (la eficacia posible estudios en marcha); 4 Aminopyridine y 3,4 Diaminopyridine (la eficacia posible para la mejora sintomática); el uso de mielina oral con tolerancia (posible eficacia); y otros.
- 1990-91** El trasplante exitoso de mielina - oligodendrocytes en la mielina en ratones, resultando en la producción de nueva mielina.
- 1990-92** Desarrollo de las técnica para identificar el uso de receptor de célula T específico en cerebro y en la sangre que pueden resultar en la enfermedad; la puesta en práctica de estos conocimientos para los enfoques de tratamientos específicos usando péptidos específicos.

CATEGORÍAS DE EVENTOS QUE CAUSAN ESTRESS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

EVENTO	NO. DE REPORTES (N=457)
Familiar enfermo o problemas con ellos	107
Estress en el trabajo	54
Eventos relacionados con el hogar o carro (reparación robo..etc)	52
Incomodidad personal no relacionada con EM	52
Muerte de un amigo o familiar lejano	35
Problemas financieros	31
Enfermedad de amigo o familiar lejano	28
Muerte de un familiar cercano	29
Problemas o enfermedad con un amigo o familiar lejano	28
Muerte o enfermedad de mascota	27
Problemas en la relación o matrimonio	24
Estress causado por vacaciones	18

Buljevac D., et al .2003

PERFIL CLÍNICO DE LA ANSIEDAD, COMPATIBILIDAD CON PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

SÍNTOMAS	SIGNOS
Sistema Nervioso	Sistema Nervioso
<p>Tensión, incapacidad de relajarse.</p> <p>Dificultad para concentrarse, pérdida de interés en actividades habituales.</p> <p>Mareos, pesadez, síncope, irritabilidad, intolerancia. examen físico,</p> <p>Disturbios del sueño: pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, temores mal definidos, terror, fatiga, debilidad.</p> <p>Cefalea, coordinación pobre.</p> <p>Temblor, parestesias.</p> <p>Piloerección.</p>	<p>Expresión facial tensa.</p> <p>Conducta estereotipada, i.e tics, "comerse las uñas", fumar ininterrumpidamente, inquietud psicomotriz, irritabilidad durante el examen físico, tremor fino.</p> <p>Exoftalmos ocasional. Manos frías y húmedas.</p>
Sistema Cardiovascular	Sistema Cardiovascular
<p>Palpitaciones</p> <p>Presión subesternal, dolor precordial no relacionados al ejercicio</p> <p>Bochornos.</p>	<p>Taquicardia sinusal</p> <p>Elevación transitoria de la presión sistólica</p> <p>Soplo sistólico funcional</p>

Sistema Respiratorio	Sistema Respiratorio
Dificultad para respirar, "asfixia", sofocación	Hiperventilación (Chevostek +, si hiperventilación es severa Mayor frecuencia de suspiros.
Sistema Gastrointestinal Incomodidad epigástrica Sensación de llenura, dispepsia, eructos, acidez. Diarrea, constipación, anorexia, hiperorexia compulsiva.	
Sistema Génito-urinario Poliuria Amenorrea, flujo y cólicos menstruales excesivos.	

ALARCÓN, RD. 1994

DIFERENTES TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

NOMBRE DE LA TEORIA	EXONENTES	TEORIA
TEORIA DE RASGOS DE PERSONALIDAD	Gordon Allport, Raymond Cartell, Carl Jung, Isabelle Briggs, Katherine Myers David Keirsey	De acuerdo con APA los rasgos de personalidad se muestran en diferentes contextos sociales, lo que determina su comportamiento. Myers y Briggs se basan en los 16 factores, Jung en los Arquetipos, Allport y Keirsey en 4 rasgos.
PSICOANALITICA	FREUD	La personalidad es la interaccion de varios componentes. Freud destaca el ego, superego y el Yo, la interaccion entre ellos da la personalidad.
CONDUCTISMO	BF Skinner	La personalidad se basa en un modelo condicionamiento operante
COGNOSITIVA	Alex Bandura	La memoria y las emociones trabajan para dar la personalidad
HUMANISTA	Abraham Maslow y Carl Rogers	Con el libre albedrío se determina como se forma la personalidad. La psicología humanista se basa en experiencias subjetivas.

L.Cobos

TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD DE DIFERENTES AUTORES.

AUTOR	DEFINICION DE PERSONALIDAD	RASGOS SOBRESALIENTES.
FREUD	Es la lucha entre 3 fuerzas en interacción: Ello, yo y superyo.	Precursor del psicoanálisis. Se necesita mantener un equilibrio , entre ellos para no provocar tensión.Se basa en la líbido.
JUNG	Se basa en los arquetipos, que son 2 grandes divisiones:los introvertidos y los extrovertidos. De estas, surgen las sub-divisiones que plantean Myers-Briggs en su test de personalidad.	Psicología analítica derivada del Psicoanálisis. Incluye la realidad de los fenómenos psicicos. La psicología analítica se ocupa de la existencia de determinadas ideas, no de su verdad o "falsedad" objetiva; la idea en tanto existe es "psicológicamente verdadera".Las ideas, aunque no tengan existencia corpórea son tan reales y peligrosas como los entes físicos, como las enfermedades psicosomáticas.
HORNEY	Propone: El Yo real, el Yo ideal, Ir hacia la gente, ir contra la gente, alejarse de la gente, enajenación y mecanismo del yo ideal. Todos tenemos neurosis, porque éstas son producto de la interacción con el medio. Si la persona no las tiene, no hay un desarrollo apropiado.	Clasifica a la persona en 3 grupos de personalidad: Sumisa, agresiva y desenvuelta. Las neurosis las divide en 10 partes, y van desde la neurosis de afecto y aprobación hasta la neurosis de perfeccionamiento.
ADLER	Menciona una pulsión única que esta en todos nuestros comportamientos y llega a ser el "afán de perfeccionismo", el fin de llegar cada vez más a nuestro ideal. Menciona la compensación o el afán de superación.Por lo tanto, surge inferioridad.	Tiene libros sobre la inferioridad de los órganos. Usa 4 tipos psicológicos y al igual que Freud, piensa que se establecen muy temprano en nuestra vida.

L. Cobos.

ASMA BRONQUIAL: Enfermedad de los bronquios, caracterizada por accesos ordinariamente nocturnos e infebriles, con respiración difícil y anhelosa, tos, expectoración escasa y espumosa, y estertores sibilantes.

AGENTE ETIOLÓGICO: Los que causan las enfermedades.

AGENTES INVASORES: Aquel que penetra en el organismo, se multiplica y origina y desarrolla enfermedades.

ARTRITIS REUMATOIDE: Inflamación de las articulaciones inferiores.

CELULAS T: Son los responsables de la respuesta inmune realizada por células, así como de funciones de cooperación para que se desarrollen todas las formas de respuestas inmunes, incluida la respuesta de anticuerpos por los linfocitos B. La 'T' de la denominación proviene del timo, que es el órgano más importante de generación, si bien se crean por todo el sistema linfático.

CORTICOSTEROIDES: Variedad de hormonas del grupo de los esteroides (producida por la corteza de las glándulas suprarrenales) y sus derivados. Los corticosteroides están implicados en una variedad de mecanismos fisiológicos, incluyendo aquellos que regulan la inflamación, el sistema inmunitario, el metabolismo de hidratos de carbono, el catabolismo de proteínas, los niveles electrolíticos en plasma y, por último, los que caracterizan la respuesta frente al estrés. Estas sustancias pueden sintetizarse artificialmente. Tienen propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras.

CORTICOTERAPIA INTRAVENOSA: Aplicación de corticosteroides directamente a la vena.

DIAGNOSTICO: Determinación de la naturaleza de una enfermedad.

ENFERMEDAD: Alteración del estado de salud en diferentes grados.

FLUIDOS CEREBROESPINALES: Líquido localizado en la médula espinal provenientes del cerebro.

GLICOPROTEINAS: Proteína conjugada cuyos componentes no proteicos son hidratos de carbono como las inmunoglobulinas.

HAPLOTIPO: Combinación de alelos que se encuentran en equilibrio de ligamiento, es decir, que se encuentran combinaciones de alelos en "exceso" y una "falta" de combinaciones de otros alelos.

HIPERTENSION: Tensión excesiva en la sangre.

HIPERTIROIDISMO: Aumento de función de la glándula tiroidea y trastornos que origina, como taquicardia, temblor, adelgazamiento, excitabilidad, etc.

HISTOCOMPATIBILIDAD: Grado de semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante.

INMUNOGLOBULINA: Globulina plasmática que actúa como anticuerpo.

IMAGEN DE RESONANCIA MAGNETICA: Técnica de obtención de imágenes del organismo basada en el fenómeno físico de la resonancia. Estas imágenes se utilizan como fuente de información en diagnósticos.

INTERFERÓN: Proteína producida naturalmente por el sistema inmunitario de la mayoría de los animales como respuesta a agentes externos, tales como virus, bacterias, parásitos y células cancerígenas. El interferón pertenece a la clase de las glicoproteínas como las citocinas. En los seres humanos hay tres tipos principales de interferón: El primero está compuesto por 14 diferentes isoformas de interferón alpha e isoformas individuales beta, omega, epsilon y kappa; el segundo es el interferón gamma y recientemente se han descubierto una tercera clase, que es el lambda con 3 isoformas diferentes.

MIELINA: Sustancia lipídica que recubre las neuronas con la finalidad de hacer más rápidas las conexiones entre unas neuronas y otras (sinapsis). Recubre una parte de las neuronas llamada axón. El nombre de "Sustancia blanca" se debe al hecho que la mielina es de color blancuzco. Es producida en el *sistema nervioso periférico*, por las llamadas células de Schwann, que se enrollan numerosas veces alrededor del axón. Entre cada envoltorio de células queda un espacio llamado "nodo de Ranvier". Esta disposición de recubrimientos separados por pequeños espacios hace más veloz la transmisión de los impulsos nerviosos. En el *sistema nervioso central* la función de las células de Schwann la realizan otro tipo especial de células de la neuroglía, llamadas oligodendrocitos. La pérdida de la mielina por enfermedades ocasiona graves trastornos del sistema nervioso, pues los impulsos eléctricos no se conducen con suficiente velocidad o se detienen en mitad de los axones.

NEURODERMATITIS: Trastorno cutáneo pruriginoso que causa comezón localizado en áreas como el antebrazo, el cuello o los tobillos.

POTENCIALES EVOCADOS: Exploración neurofisiológica que evalúa la función del sistema sensorial acústico, visual, somatosensorial y sus vías por medio de respuestas provocadas frente a un estímulo conocido y normalizado. Cuando un tren de estímulos sensoriales de cualquier tipo llega al cerebro, provoca secuencias características de ondas en el trazado electroencefalográfico (EEG), que se denominan potenciales evocados. Son diferentes para cada modalidad sensorial y su variabilidad también depende de la intensidad del estímulo. Característicamente presentan una relación estable en el tiempo respecto al estímulo.

PROGRAMACION NEUROLINGUISTICA: Programación: se refiere al proceso de organizar los elementos de un sistema (representaciones sensoriales), para lograr resultados específicos. Neuro: (del griego "Neurón", que quiere decir nervio), representa el principio básico de que toda conducta es el resultado de los procesos neurológicos. Lingüística: (del latín "Lingua", que quiere decir lenguaje), indica que los procesos nerviosos están representados y organizados secuencialmente en modelos y estrategias mediante el sistema del lenguaje y comunicación.

SISTEMA CARDIOVASCULAR: Conjunto de conductos por los que circula la sangre y está formado por el corazón y vasos sanguíneos. El sistema circulatorio es la suma del sistema cardiovascular o circulación sanguínea más el sistema linfático.

SISTEMA DIGESTIVO: Conjunto de órganos encargados del proceso de la digestión, es decir la transformación de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo. La función que realiza es la de transporte (alimentos), secreción (jugos digestivos), absorción (nutrientes) y excreción mediante el proceso de defecación. Está formado por: el tubo digestivo, glándulas salivales, hígado y páncreas. Es un órgano endocrino y parte del sistema inmunológico. El proceso de la digestión es el mismo en todos los animales: transformar los glúcidos, lípidos y proteínas en unidades más sencillas, gracias a las enzimas digestivas, para que puedan ser absorbidas y transportadas por la sangre.

SISTEMA ENDOCRINO: Sistema endocrino u hormonal es un conjunto de órganos y tejidos del organismo que liberan un tipo de sustancias llamadas hormonas y está constituido además de éstas, por células especializadas y glándulas endocrinas. Actúa como una red de comunicación celular que responde a los estímulos liberando hormonas y es el encargado de diversas funciones metabólicas del organismo, entre ellas: controla la intensidad de funciones químicas en las células, rige el transporte de sustancias a través de las membranas de las células, regula la homeostasis del organismo, hace aparecer las características sexuales secundarias y las de crecimiento y secreción.

SISTEMA GENITOURINARIO: Está formado por los órganos urinarios y reproductores. Dado que estos órganos están situados en la misma área del cuerpo y comparten las mismas funciones, normalmente se tratan juntos. El sistema urinario del hombre y de la mujer es básicamente el mismo, con la excepción de la uretra, en el hombre, continúa a través del pene, mientras, en la mujer, se abre en la vulva. Los sistemas reproductores del hombre y de la mujer están adaptados para cumplir funciones específicas.

SISTEMA INMUNOLOGICO: Conjunto de tejidos, células y moléculas responsables de la inmunidad, y su respuesta colectiva y coordinada frente a la introducción en el organismo de ciertas sustancias extrañas se denomina respuesta inmunitaria.

SISTEMA LOCOMOTOR: Permite interactuar con el medio que le rodea mediante el movimiento o locomoción. Tiene: huesos, articulaciones, músculos y nervios.

SISTEMA NERVIOSO PARASIMPATICO: Es parte del sistema nervioso autónomo o Vegetativo, cuyos nervios nacen tanto del encéfalo como de médula espinal a nivel sacro.

SISTEMA RESPIRATORIO: Su función es la obtención de oxígeno (O₂) y eliminación de dióxido de carbono (CO₂). Las estructuras superiores están combinadas con los órganos sensoriales del olfato y el gusto (en la cavidad nasal y en la boca) y el sistema digestivo (desde la cavidad oral hasta la faringe). En la faringe, los órganos respiratorios especializados se bifurcan. La laringe está situada en la parte superior de la tráquea. La tráquea desciende hacia los bronquios, que se ramifican en la bifurcación traqueal para pasar a través de los hilios de los pulmones izquierdo y derecho. Los pulmones contienen los pasillos más estrechos, o bronquiolos, que transportan aire a las unidades funcionales de los pulmones, los alvéolos

SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: Parte del sistema nervioso vegetativo. Está formado por las cadenas laterovertebrales a ambos lados de la columna vertebral. Conecta con los nervios espinales mediante los ramos comunicantes, así, los núcleos vegetativos medulares envían fibras a los ganglios simpáticos y estos envían fibras postgangliónicas a los nervios espinales. La acción se ejecuta con un brazo aferente y otro eferente, mediante un arco reflejo.

SISTEMA SENSORIAL: Se compone por el sistema visual, el sistema auditivo, el sistema gustativo, el sistema olfativo, el sistema táctil y el sistema somestésico.

ULCERA GASTRODUODENAL: Patología bastante frecuente que consiste en una lesión en la mucosa que protege el estómago y el duodeno (primera parte del intestino delgado). Esta lesión está provocada por un aumento de las secreciones ácidas que alteran las paredes de estas zonas.

VIAS SENSORIALES: Se pueden discernir dos tipos de información sensorial primaria en la médula espinal. Una penetra por las raíces dorsales y está formada por las células ganglionares y por las células dorsales sensoriales. La segunda vía informa sobre el grado de curvatura de la médula espinal durante el movimiento y es producida por las células del borde.

BIBLIOGRAFÍA.

- Adler A. 1980. *Estudio Sobre la Inferioridad de los Órganos*. Edit. Paidós.
- Alarcón RD. 1994. *Trastorno de Estrés Post-Traumático: Revisión de la Literatura*. Neuro-Psiquiatría . 57:6-20.
- Alexander F. 1971. *Psiquiatría Dinámica*. Edit. Amorrortu.
- Fernández O. 1990. *Epidemiología de la Esclerosis Múltiple en España*. Edit. Alfaró
- Angier N. 2002. *Is Women's Health Jeopardize?* En Prensa. New York Times.
- Anne Marier., Rudick R.A. 2006; *Drug insight: interferon treatment in multiple sclerosis*. National clinic practice Neurology. Jan. 2(1): 33-34.
- Barcia D., *Las Raíces del Pensamiento Psicosomático*. 1998. Psiquis 19 (5) 171 - 181.
- Barnes D., Hughes RA., Morris RW. 1997. *Randomised Trial of Oral an Intravenous Methylprednisol in Attacks of Multiple Sclerosis*. Lancet 349:902-906.
- Beck RW., Cleary PA., Trobe JD. 1993. *The Effects of Corticosteroids for Acute Optic Neuritis on the Subsequent Development of Multiple Sclerosis*. New England Journal Medicine.12: 15-16.
- Benito-León Julián. 2003. *La calidad de vida en la Esclerosis Múltiple: Una Perspectiva Interdisciplinaria*. Siglo XXI
- Brannon, L y Feist, J. 2001. *Psicología de la Salud*. Ed. Paraninfo
- Cedric S Raine, Henry F Mcfarland, Wallace W Tourteilliotte. *Esclerosis múltiple. Bases clínicas y patogénicas*. Edimusa
- Celedonio Castanedo-Secadas. *El Arte de Enfermarse*. *Revista Acta Académica*. *Universidad Autónoma de Centro América*. Nov. 1995; 25.
- Choizza LA. 1976. *Cuerpo, Afecto y Lenguaje. Psicoanálisis y Enfermedad Somática*. Edit. Paidós.
- Córdoba J., Vargas S., Sotelo J. 2006. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. PMID 16935416 *PubMed*. Agosto 25
- Corona T., Roman GC. 2005. *Multiple Sclerosis in Latin America*. *Neuroepidemiology* 26:1-3.

Daily P., *MS & personality*. LCSW RMMS Center's Quarterly Newsletter INFORM, VOL. NO. 1, WINTER 1994

De la Torre Domingo, Carlos

<http://www.efisioterapia.net/articulos/leer33.php#top>

DSM-IV. *Guía de uso*. Allen Frances, Michael B. First, Harold Alan Pincus, Ed. Masson.

Farrall M. 1996; *Mapping genetic susceptibility to multiple sclerosis*. The Lancet 348:1674-1675.

Farreras-Rozman F. 1995. *Medicina Interna*. Edit. Mosby/ Doyma.

Flores-Alarcón, Luís (2000) *Psicología de la Salud en:*

http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-ps_salud.htm.

Flores Mondragón I., Jiménez M. 2001. *Ideas Irracionales y Enfermedades Psicosomáticas*. Tesis Licenciatura UNAM.

Garcea O., 2003, *Vivir con Esclerosis Múltiple*. Ed. Panamericana.

García F. "*Intervención logopédica en Esclerosis Múltiple: evaluación y tratamiento*". Barcelona 1999.

Gómez Pérez Germán. 2004. *Apreciaciones Teórico-Methodológicas; Una Mirada desde la Psicología*. Edit. UAQ

Girona C., (2005, martes 29 de marzo) *La Ruta Vikinga de la Esclerosis Múltiple*. El País, Madrid. pp. 25.

Groddeck G. 1973. *El Libro del Ello*. Edit. Taurus, Madrid.

Harrison TR., Isselbacher KJ., Braunwald E., Fauci AS., Kasper DL.. 1994. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Mc Graw Hill.

Hay L. 2003. *Tú Puedes Sanar tu Cuerpo*. Edit. Diana.

Hinshelwood R. 1989. *Diccionario Kleiniano*. Edit. Amorrortu.

Illescas Ramírez A. 1990. *Aspectos Neuropsicológicos de la Esclerosis Múltiple*. Tesis de Licenciatura UNAM.

Ipar, O., Badaraco, J., Sisto, C., Ceruti, R., Gayubo, F; 1996. *Los Criterios de Salud y Enfermedad Mental*. Ed. Mc Graw Hill.

Istúriz, N. y Carpio, M. 1998. *¡Mira! ¡Escucha! Y contáctate con la PNL*. II edición. Caracas: Autor.

Jacobi, Jolande, 1983. *Complejo, Arquetipo y símbolo*. FCE México.

Jeammet P., Reynaud M., Conoli SM. 1999. *Psicología Médica*. Edit. Masson.

Jung CG. 1967. *Tipos Psicológicos*. Edit. Nacional.

Labrador, F.J. y Crespo, M. 1993 *Estrés. Trastornos psicofisiológicos*. Edit. Eudema. Madrid

Luban-Plozza B., Poldinger W., Kröger F., Laederach-HoffmN k. 1997. *El Enfermo Psicossomático en la Práctica*. Ed. Herder.

Marty P. 1990. *La Déliaison Pychosomatique*. Edit. Pychanalyse.

Micheli F. 2001. *Neurología*. Buenos Aires Edit. Panamericana.

Milsum, J.H. 1985. *A model of the eustress system for health/illness*. Behavioral Science 30, 179-186.

Minuchin S., Fishmann H. 1988. *Técnicas de Terapia Familiar*. Edit Paidos.

O'Connor, J. y Seymour, J. 1992. *Introducción a la programación neuro-lingüística*. Ediciones Urano. Barcelona: España.

Onnis L. 1990. *Terapia Familiar de los Transtornos Psicossomáticos*. Edit. Paidos.

Paty DW, Li DKW, *The UBC MS/MRI Study Group and the IFNB Multiple Sclerosis Study Group. Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple seclerosis. II. MRI analysis results of a multicenter, randomized, double blind, placebo-controlled trial. Neurology* 1993; 43:662-667

Pedro Lain Entralgo 1964. *La relación médico-enfermo*. Revista de Occidente, Madrid

"Personality traits in multiple sclerosis (MS) patients with and without fatigue experience." Acta Neurol Scand **107**(3): 195-201 Merkelbach, S., J. König

Poser. 1983; *Pregnancy and multiple sclerosis: a 3-year prospective study.* Journal of Neurology 241: 228-33.

Poser CM 1995; *Viking voyages: the origin of multiple sclerosis? An essay in medical history.* Acta Neurol Scand 161:11-22

Pozzilli C, Bastianello S, Koudriavtseva. 1996; *Magnetic resonance imaging changes with recombinant human interferon b-1a: a short term study in relapsing-remitting multiple sclerosis.* J Neurol Neurosurg Pschy 61: 251-258

Ridruejo Alonso, P; Medina León, A.; Rubio Sánchez, J.L. 1996. *Psicología Médica.* Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana.

Roy-Byrne P., Wingerson D., Cowley D. 1993. *Psychopharmacologic Treatment of Panic Generalized Anxiety Disorders and Social Phobias.* Psychiatric Clinics of NA. 16:719-736.

Sambrano, J. 1997. *PNL para todos.* Editorial. Alfadil. Caracas

Sanmartín, H. 1992 *Tratado General en las Sociedades Humanas. Salud y Enfermedad;* Ed. La Prensa Médica Mexicana; México, 3 – 13 pp.

Selye, H. 1975. *Stress and distress.* Compr. Therapy 1, 9-13.

Selye, H. 1978. *The Stress of Life, Nueva York .* McGraw Hill.

Slakovskis S. 1989. *Somatic Disorders.* Edit. Oxford Press.

Tillman JB (1950). *The effect of pregnancy on multiple sclerosis and its management.* Res Publ Ass Res Nerv Ment Dis 28: 548-582.

Tordjman G. 1958 Como Comprender las Enfermedades Psicósomáticas Generadas por el Miedo, la Angustia y el Stress de la Vida Moderna. Edit. Gedisa.

Uribe CS., Chacón Arana A., Lorenzana P. 2001. Fundamentos de Medicina: Neurología. Edit. CIB.

Vaca Cortés, Jesús 2001 "La concepción salud-enfermedad-muerte en los raramuri". Proyecto de Investigación No. 9703030 Consejo Nacional de la Ciencia y Tecnología CONACYT, Delegación Estatal Chihuahua. Sistema Regional de Investigación "Francisco Villa". SIVILLA. Escuela Libre de Psicología, A. C.

Van Walderveen MAA, Tas MW, Barkhof F, Polman CH, Frequin STFM, Hommes OR, Valk J (1994). Magnetic resonance evaluation of disease activity during pregnancy in multiple sclerosis. Neurology 44: 327-332

Verlee, L. 1986. Aprender con todo el cerebro. Editorial Martinez Roca. Barcelona: España.

Weightman C., Long Term management of Patients with Multiple sclerosis. Br J. Community Nursing. 2006; 11 (7): 303-7.

Weinshenker BG, Hader W, Carriere W, Baskerville J, Ebers GC 1989. The influence of pregnancy on disability from multiple sclerosis; a population-based study in Middlesex County, Ontario. Neurology 39: 1438-1440).

Weinshenker BG, Rodriguez M. 1994 Epidemiology of multiple sclerosis. Gorelik PB, Alter M. Handbook of Neuroepidemiology. New York, Marcel Decker. P 533-567.