

Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada

JOSÉ GABRIEL ESPÍNDOLA HERNÁNDEZ,^a FRANCISCO MORALES-CARMONA,^b EDGAR DÍAZ,^a DIANA PIMENTEL,^a PILAR MEZA,^a CONSUELO HENALES,^a JORGE CARREÑO,^a ANNA CECILIA IBARRA^c

RESUMEN

Las pacientes gineco-obstétricas hospitalizadas suelen presentar reacciones emocionales secundarias a la hospitalización, embarazo y/o enfermedad. Estas reacciones pueden o no anclarse a la estructura de carácter y ofrecer datos clínicos que no necesariamente deben considerarse como manifestaciones patológicas. Dentro de la gama de reacciones posibles, se puede identificar al malestar psicológico (MP), el cual es una entidad diagnóstica que se caracteriza por su reactividad, rápida evolución, egodistonia y buen pronóstico. En este sentido, se trata de una alteración del estado emocional y no de una psicopatología propiamente dicha. Las manifestaciones clínicas y su evolución habitual, se exponen en este trabajo con la intención de diferenciarlas de la sintomatología y los diversos trastornos del carácter y de la personalidad, así como de las manifestaciones propias del embarazo. Si bien, el MP se trata de un proceso adaptativo, debe ser atendido y evaluado por un profesional de la salud mental, ya que su evaluación requiere de estrategias diversas y su atención debe realizarse por medio de técnicas específicas, las cuales deben favorecer la solución del conflicto con la realidad y funcionar como profilaxis de un conflicto secundario e intrapsíquico, o bien, de las complicaciones derivadas de la atención gineco-obstétrica e intrahospitalaria.

PALABRAS GUÍA: Hospitalización, tratamiento, psicología, malestar psicológico, psicopatología, gineco-obstetricia.

INTRODUCCIÓN

El trabajo en una institución médica no psiquiátrica hace necesario reconsiderar algunos de los conceptos que se han establecido como parámetros para el diagnóstico del trastorno mental,¹ debido a que los eventos médicos que se atienden en este tipo de

instituciones, facilitan la aparición de respuestas emocionales que, bajo otros contextos, pueden ser catalogadas como respuestas patológicas.

Las cifras sobre la prevalencia de patología mental, informadas en estudios previos,²⁻⁶ muestran que la población que acude a dichas instituciones, tiene altos índices de tales afecciones, particularmente de tipo depresivo y ansioso. Las cifras se derivan del uso de instrumentos de tamizaje, no necesariamente contemplan el contexto en que aparece la enfermedad; por lo que estas mediciones (realizadas mediante autorreportes) no

^a Psicólogos adscritos al Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER).

^b Jefe del Departamento de Psicología. INPerIER.

^c Estudiante en prácticas profesionales. INPerIER.

Recibido: 26 de septiembre de 2006.

Aceptado: 12 de noviembre de 2006.

deberían considerarse estrictamente como instrumentos diagnósticos.

Es importante señalar que las manifestaciones emocionales de muchas pacientes, suelen intensificarse bajo el contexto de la hospitalización, el embarazo o durante la atención médica. Por lo que tales manifestaciones no deben ser consideradas necesariamente como entidades psicopatológicas. Incluso, en el DSM-IV,⁷ la mayoría de estas reacciones se consideran dentro del grupo de los “trastornos adaptativos”, es decir, las pruebas de tamizaje, que deben funcionar sólo como instrumentos de rastreo, se han transformado con mucha facilidad en instrumentos de diagnóstico. Por lo tanto, se requiere desarrollar nuevos conceptos y estrategias de tratamiento, que nos permitan atender específicamente a este tipo de población, sin la necesidad de psicopatologizar tales manifestaciones. Es decir, utilizar criterios diagnósticos relativos al trastorno mental, para manifestaciones que son propias de una respuesta saludable. Por otro lado, es necesario no despreciar la importancia de estas reacciones secundarias, que al no cumplir con los criterios propios de un trastorno mental, en ocasiones se soslayan, pero que requieren de atención profesional especializada.

Por lo anterior, hemos denominado a este tipo de alteraciones como “malestar psicológico”, el cual se puede definir como un estado reactivo que se enmarca dentro de las directrices caracterológicas del marco de la salud mental. Dichas alteraciones requieren del desarrollo de estrategias específicas de atención y detección oportuna. En consecuencia, el tipo de atención que debe brindarse, deberá responder a un constructo teórico y técnico basado en la observación y el análisis clínico.

El presente trabajo busca la caracterización de las observaciones realizadas en una población gineco-obstétrica, hospitalizada en una institución de tercer nivel de atención médica. Al mismo tiempo, pretende alcanzar la construcción de un concepto que vaya, más allá de la sola taxonomía, producto del tamizaje, ya que se pretende que pueda permitir la explicación, derivación, e investigación de

tratamientos específicos para este tipo de alteraciones. Estas entidades también se han denominado como “patología subumbral” y se han descrito como manifestaciones de relevancia clínica que no cumplen con los criterios para integrar un trastorno mental; sin embargo, el término tiene la desventaja de seguir denominándolas como “patología”.

SALUD MENTAL, POBLACIÓN E INSTITUCIONES NO PSIQUIÁTRICAS

La intervención de pacientes hospitalizados por motivos de consulta derivados de la atención médica (aparentemente ajenos a la salud mental) exige la búsqueda de un marco de comprensión distinto al de las aplicaciones propias de la psicología institucional. Es necesario señalar que el paciente hospitalizado cursa por un periodo de crisis, el cual va a enfrentar a partir de la estructura caracterológica de base que posee. Si bien se trata de pacientes mentalmente sanos, la hospitalización y la enfermedad provocan una confrontación intensa del psiquismo de la persona. Situación que puede desencadenar alteraciones emocionales, no necesariamente patológicas, debido a su psicogénesis y etiología, aunque sí intensas en cuanto a sus manifestaciones clínicas.

Las inquietudes y necesidades institucionales, la búsqueda de tratamientos adecuados a las condiciones de encuadre y los motivos de consulta, así como las características propias de una población de tercer nivel de atención, ha llevado a la observación de un grupo de pacientes de donde se desprenden las reflexiones que a continuación se exponen.

La población a la que se hace referencia está constituida por mujeres, que por motivos de demanda relacionados con los padecimientos gineco-obstétricos, se encuentran hospitalizadas. Estas mujeres son mentalmente sanas y cursan por un periodo de crisis, secundario a la hospitalización. En cuanto a sus características psicológicas, son mujeres que se pueden describir de la misma forma que otros autores lo han hecho.⁸⁻¹⁰ Es decir, como una muestra similar a la población abierta, probablemente con



manifestaciones psicológicas ligeramente superiores de ansiedad y depresión. Si bien, se alude a una población de pacientes gineco-obstétricas, es posible que las consideraciones aquí vertidas, sean pertinentes para todas aquellas pacientes que requieren de intervención médica en instituciones hospitalarias, generalización que puede discrepar en matices, mas no en esencia.

Nuestra población se constituye como una población normalmente sana. Si bien, no existen cifras oficiales de salud mental, en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, se diagnosticaron durante el año 2004, 130 pacientes con diagnóstico de trastorno mental* como motivo de alto riesgo y, por lo tanto, de ingreso a la institución. Dicha cifra representa 2.7% de los ingresos obstétricos del Instituto.¹¹ En otro estudio realizado en la misma institución, Morales-Carmona, et al.¹⁰ informaron que en una muestra de 328 mujeres de nuevo ingreso a la institución, con eventos gineco-obstétricos, 52.1% de la población presentó un puntaje suficiente para considerarse como "caso probable de psicopatología". Los resultados, obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg, mostraron un porcentaje mayor de casos en las pacientes obstétricas (62.2%), con respecto a las pacientes ginecológicas.

Una interpretación de los datos anteriores, es que el incremento de las alteraciones emocionales, con respecto a la media de la población, responde a diferentes circunstancias a la situación desencadenada por la alteración obstétrica; al fenómeno de hospitalización; los padecimientos y tratamientos médicos, así como a la separación de la paciente del vínculo familiar durante el periodo de internamiento.¹²⁻¹⁶ Estas alteraciones psicológicas pueden considerarse como un fenómeno normal y

generalmente adaptativo, de orden defensivo ante lo novedoso del proceso o evento, que van a poner a prueba la fortaleza del aparato psíquico de la paciente. En este sentido, Morales-Carmona¹⁷ sostiene que la enfermedad física induce en quien la padece, una amplia gama de emociones, que de acuerdo con el tipo de padecimiento y pronóstico clínico, tendrán una particular forma de expresión y solución. Se trata, pues, de un estado de indefensión de la persona, en donde sus recursos psicológicos se centran en el proceso defensivo para afrontar y solucionar una situación inesperada y novedosa. Otros autores,^{14,17} sostienen que cuando el individuo enfrenta una circunstancia que rompe con su equilibrio emocional (ya sea por su novedad, o por contraponerse a un código ético, o bien, porque se ponen en riesgo los recursos o la vida de la persona), entonces el paciente va a requerir emplear o implementar acciones (concretas o subjetivas) que le lleven a recobrar su estado de equilibrio y le permitan adaptarse a las nuevas condiciones, lo que implica una transformación que pone a prueba la rigidez o flexibilidad de la estructura psíquica de la persona.

La paciente embarazada o la que busca atención médica debido a padecimientos ginecológicos, se encuentra en condiciones mentales como las antes descritas. Las reacciones emocionales agudas, la hospitalización y el embarazo en sí mismo, suelen mimetizarse con una psicopatología.^{18,19} Esto genera la necesidad de tener una mejor comprensión de este tipo de eventos psicológicos, a los que se sugiere denominar como: malestar psicológico.

El malestar psicológico se propone como una entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales y conductuales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico. Si bien el

* Al referirse al término "psicopatología", se engloba a las mujeres que presentan algún tipo de trastorno mental, entendido éste como: síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente elevado de morir o de sufrir dolor, presentar discapacidad o pérdida de la libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada o un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe manifestarse como una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, donde, ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad, pueden ser considerados como trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.²³

concepto de malestar psicológico se desprende de observaciones derivadas de la aplicación y análisis de un instrumento como Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS),²⁰ no se trata de una construcción propia del instrumento o de una categoría que se desprenda de sus resultados, sino de una construcción conceptual posterior, que se describe más adelante.

Este cuadro clínico debe entenderse como distinto a los trastornos adaptativos, los trastornos de personalidad y a los diagnósticos de psicosis breve y las denominadas caracteropatías. Si bien sus diferencias pueden ser sutiles y fundamentales para el pronóstico, la intervención y la indicación o abstención de tratamiento. El malestar psicológico no es un diagnóstico, sino una descripción que evidencia alteraciones. Presupone la existencia de una etiología reactiva que se suma a su estructura de carácter, a la interpretación que la persona hace del mundo y a su particular forma de resolver un conflicto externo que repercute en su psiquismo.

CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO MALESTAR PSICOLÓGICO Y EVIDENCIAS DE SU MAGNITUD

El concepto malestar psicológico responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones clínicas no patológicas y arraigadas en el carácter de la persona, las cuales requieren de atención psicológica específica, bajo el desarrollo de esquemas de tratamiento propios. Esto reclama, en primera instancia, una visión distinta del clínico hacia la psicopatología.

El malestar psicológico como concepto, se desprende de diversos análisis estadísticos y observaciones clínicas derivadas de la aplicación del Cuestionario General de Salud (Tabla 2) y de la utilización de otros instrumentos de tamizaje.²¹ Estos estudios nos han orientado al análisis de una gama de manifestaciones clínicas propias de la salud mental que se manifiestan como alteraciones psicológicas, clínicamente significativas y que responden a un evento disruptivo específico, pero que no cumplen

con los criterios para ser consideradas como un trastorno mental. El concepto de malestar psicológico da cuenta, por lo tanto, a un intento de ampliar el espectro de salud mental con el que el individuo responde.

El concepto de malestar psicológico en la literatura internacional es, hasta el momento, un híbrido capaz de nombrar cualquier manifestación relacionada con una queja emocional de un paciente dado, producto de un tamizaje. Alude a un instrumento de salud autopercebida, que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.⁴

El malestar psicológico, como construcción psicológica y no sólo como producto de un tamizaje, es parte de un desarrollo teórico y clínico que ha recibido influencia de diversas propuestas psicológicas, las cuales se describen en la tabla 1.

Es común encontrar la determinación de cuadros psicopatológicos, en pacientes que no necesariamente padecen de un trastorno mental. El malestar psicológico no puede ser entendido en éstos términos. El malestar psicológico consiste en una alteración secundaria a un evento estresor, pero que tiene características adaptativas y funcionales.

PROPIEDADES DEL CONCEPTO DE MALESTAR PSICOLÓGICO

Como construcción psicológica el concepto de malestar psicológico se arraiga en torno a sus propiedades etiológicas, fenomenológicas y psicodinámicas.

Reactividad

Se trata de un fenómeno de inicio secundario a un estresor identificable, en primer lugar por el paciente, y en segundo lugar, por el clínico que hace la entrevista. Las características del estresor y la susceptibilidad de éste para desencadenar el malestar, se entienden por: el momento vital del paciente, la fuerza de su aparato psíquico, la integración del *self*, la historia del paciente y las características simbólicas de estructura que conforma su



Tabla 1
Influencias teóricas en la evolución del concepto “Malestar Psicológico”

Autor o teoría	Año	Propuesta
Freud, Sigmund ²² Inhibición Síntoma y Angustia	1926	Establece una distinción clara entre la reactividad de los procesos inhibitorios y el anclaje simbólico del síntoma
Teoría general de las neurosis en psicoanálisis	Siglo XIX-XX	Plantea la existencia de diversas alteraciones, producto de conflictos internos estructurales o bien externos que conforman situaciones que condicionan la aparición de cuadros clínicos caracterizados por la angustia y su relación al desarrollo psicosexual.
Teoría del carácter en Psicoanálisis	Siglo XX	Establece la existencia de una estructura relativamente estable que permite la distribución de fuerzas internas y externas para la adaptación y defensa del medio ambiente y la realidad interna.
Páez, D ²³	1986	Entiende al malestar psicológico, como el nivel de estrés percibido, desmoralización, inconformidad y desasosiego. Lo cual puede configurar un problema de salud mental que se manifiesta a través de diversas sintomatologías.
Goldberg, Daniel ²⁰	1972	Elaboración del Cuestionario General de Salud, como un instrumento que permite evaluar el nivel general de salud e identificar la severidad de los disturbios psiquiátricos menores. Se enfoca, particularmente, en pacientes atendidos médicamente.
En Psiquiatría. Trastornos Adaptativos ⁷	1996	Propuesta Diagnóstica (DSM-IV) de estructuras nosológicas, caracterizadas por su reactividad, rápida evolución y cuya etiología es producto de un conflicto específico con la realidad. Sus manifestaciones son depresivas, ansiosas y mixtas. Si bien en su etiología se asemejan al malestar psicológico, su diferencia radica en la concepción de “Trastornos”; mientras que, el “Malestar Psicológico” se propone como un periodo de ajuste, no como una psicopatología.
Morales-Carmona y cols. ¹	2005	Proponen al malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática.

carácter. Dicho estresor, desencadenará una serie de movimientos representacionales, simbólicos, afectivos y comportamentales. Estos movimientos se dan durante un periodo de ajuste, en donde el sujeto los utiliza en pro de la adaptación al medio ambiente y de las necesidades de su mundo interno. Entonces, se trata de un fenómeno reactivo, en tanto que dicho proceso no persiste en el tiempo y tiene fines adaptativos, funcionales y egodistónicos.

Es una alteración emocional

Las manifestaciones más claras del malestar psicológico se entienden en la tonalidad afectiva del paciente, en donde suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud,

Tabla 2
Prevalencia del malestar psicológico mediante el Cuestionario General de Salud en la población latinoamericana y médicamente atendida

Autor y año	Población e instrumentos	Resultados
Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Cruz C, Weil K. 2003 ²	Chilena. Hospitalizados ambos sexos N = 362 Cuestionario General de Salud (30R)	Se informa de 46.4% de casos prevalente. Los factores sociodemográficos y el tipo de tratamiento médico no mostraron diferencias en la prevalencia. La población femenina tuvo mayor riesgo.
Tapia, et al. 1994 ³	Chilena. Hospitalizados ambos sexos N = 132 Cuestionario General de Salud (30R)	La proporción de casos con trastorno psiquiátrico fue de 36.4%, y fue más elevada en el sexo femenino.
García Viniegras Carmen. 1999 ⁴	Cubana. Población hospitalizada no psiquiátrica N = 237 Cuestionario General de Salud (12R)	Los resultados mostraron: 22.2% sintomatología psiquiátrica leve; 24.2% sintomatología severa. No se encontró asociación con factores demográficos o con el tipo de atención médica.
Morales Carmona F, et al. 2002 ¹⁰	Mexicana. Mujeres atendidas por Consulta Externa. Hospital de Gineco-obstetricia de tercer nivel. N = 328 CGS (30R)	52.1% de la muestra manifestó síntomas suficientes para ser considerada "caso probable" (8 o más reactivos). Las pacientes obstétricas tuvieron una mayor prevalencia (62.2%) que las ginecológicas.
González FC, et al. 1990 ⁵	Mujeres obstétricas y ginecológicas que reciben atención psiquiátrica en Consulta Externa. N = 297 Cuestionario General de Salud de Goldberg	Los eventos vitales generaron un impacto importante sobre el estado emocional de las mujeres embarazadas y de las mujeres con trastornos ginecológicos. Lo que provocó una mayor demanda de servicios médicos.
Cano GJM, et al. 2001 ⁶	Población abierta entre 15 y 70 años. N = 25,869	Los grupos de 30 y 50 años de edad mostraron una mayor prevalencia de malestar psicológico. El 28.4% de la población mostró puntajes suficientes para requerir atención en salud mental.

desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros. Si bien se trata de una alteración emocional de manifestaciones afectivas, no se caracteriza por una entidad particular. En realidad el malestar es susceptible de presentarse en cualquiera de las gamas y tonalidades, su tendencia puede dirigirse hacia el estado de ánimo deprimido, así como hacia el polo de la manía.

Puede presentarse también una línea afectiva de poca reactividad, similar al embotamiento. En realidad la dificultad es que su manifestación puede ser similar a cualquier trastorno emocional, su etiología, psicodinámica, evolución y pronóstico, son enteramente distintos.

No se hace referencia a síntomas, sino a datos clínicos. Cuando un paciente cursa exclusivamente con malestar psicológico, se debe entender que no se trata de una patología, en consecuencia, los datos clínicos observados obedecen a un periodo de ajuste, no a una sintomatología, no a un trastorno; pero sí, a una alteración que se compara con el estado emocional previo al agente estresor desencadenante.

Es un evento egodistónico

A raíz de la detección de un estresor desencadenante y sus manifestaciones afectivas de tipo adaptativo y reactivo (el paciente refiere incomodidad y deseo de cambio). Si bien se trata de un proceso de adaptación, es innegable el dolor psíquico que esta respuesta desencadena. Así, las manifestaciones en la tonalidad afectiva, el estado de ánimo, la percepción y el pensamiento, son experimentados por el paciente como un fenómeno molesto, incómodo, desconcertante y que altera la funcionalidad de algunas áreas de desempeño de la vida cotidiana. Esto lleva a los pacientes al deseo de cambio por recuperar su estado previo de funcionalidad y emotividad; haciendo de éste, un fenómeno egodistónico.

En cuanto a lo simbólico

Cuando es reconocido el evento estresor desencadenante, puede suscitarse un desajuste

de las representaciones y símbolos que conforman el mundo interno, así como sus respectivos afectos ligados en la conciencia. La presencia de un evento inesperado y de alto impacto, implica una reestructuración de las identificaciones, representaciones e introyecciones. Cuando este evento nuevo es asimilado, se incorpora el *self*, donde la segunda tarea por realizar, es la de ser significado. Luego de lo cual, se instala como un evento simbolizado y simbolizante, lo que disminuye la carga emocional libre que genera incertidumbre y angustia. A partir de ese momento del proceso, el evento puede ser nombrado como experiencia y no requiere del olvido.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL MALESTAR PSICOLÓGICO Y SU IMPORTANCIA EN LA PACIENTE GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

La clínica de este tipo de alteración psíquica es muy fina. Los elementos que la diferencian de una entidad patológica, requieren de una técnica especial en la entrevista diagnóstica. La sutileza de la escucha del clínico es fundamental, debe prestarse atención a detalles como: "yo antes...", y ahora...", "yo no era así", "este problema", "a partir de esta situación". Estos detalles, una vez que han sido escuchados, deben ser indagados en la anamnesis, deben contextualizarse y transformarse en determinantes del entendimiento, de uno u otro dato clínico.

Dentro de la contextualización de las manifestaciones clínicas, el embarazo o evento ginecológico que se presenta como motivo de hospitalización es fundamental. La construcción psicológica que la paciente embarazada hace de su situación, suele intervenir como un evento desencadenante de estados afectivos alterados, los cuales, dentro del contexto de la hospitalización, el embarazo y el puerperio inmediato, adquieren sentido. Lo mismo sucede con la paciente ginecológica, la cual, suele presentar alteraciones más intensas, aunque en menor porcentaje. El adecuado entendimiento del fenómeno psíquico permite el diagnóstico diferencial y evita el sobrediagnóstico.²⁴

Los datos clínicos observados comúnmente en las pacientes gineco-obstétricas que presentan malestar psicológico, pueden clasificarse en varias esferas. La primera corresponde a lo observable en el examen mental; la segunda esfera, responde a los ajustes sociales y familiares; y la tercera, en el caso de pacientes hospitalizadas, responderá al proceso de hospitalización y vivencia personal del padecimiento médico.

Del examen mental y la entrevista

Cuando abordamos a una paciente en condiciones hospitalarias, debemos optar por una entrevista semiestructurada, orientada a las necesidades de la paciente, de la institución y de la técnica psicológica.

El paciente institucional cuyo motivo de consulta primario no responde a la salud mental suele manifestarse en especiales condiciones de orientación, si bien la esfera temporal puede ser la que en un momento dado ofrezca mayores alteraciones. El estado de conciencia suele responder a la vigilia y la reactividad al estímulo, la desorientación en persona y circunstancia, así como los estados alterados de conciencia, deben ser tomados en cuenta como datos de alarma.

El estado de ánimo suele estar a la baja, es frecuente el llanto fácil y la ansiedad con datos neurovegetativos, como palpitaciones, piloerección, sensación de opresión torácica y disnea paroxística. Si bien podemos encontrar pacientes con estado de ánimo elevado, la presencia de tendencias hipomaniacas, es menos frecuente. La resonancia afectiva de las pacientes suele ser alta. Pueden presentarse abreacciones durante la entrevista con periodos de llanto intenso e inquietud. El pensamiento suele ser un área conservada en su curso, si bien el contenido suele encontrarse altamente coloreado y ocupado por el evento desencadenante de malestar. Es importante mencionar que la preocupación por obtener una solución es un indicativo de buen pronóstico: el paciente que ocupa su mente buscando soluciones, piensa en la posibilidad de superar su problema; mientras que la de significar el acontecimiento, habla

de la proyección al futuro y de confianza en sí mismo para recibir ayuda y enfrentar el dolor.

El lenguaje suele ser un reflejo del estado emocional, por lo tanto, el paciente manifiesta un lenguaje en tono bajo, de ritmo semilento, o bien, un lenguaje moderadamente acelerado y en tono alto. El primer caso sugiere datos clínicos orientados a un afecto más depresivo y con estructura de carácter pasiva, en tanto el segundo, sugiere un matiz de ansiedad y un afecto mucho más elevado.

Las manifestaciones anteriores son los ejemplos más frecuentes del tipo de reacción que observamos en los pacientes hospitalizados con presencia de malestar psicológico. No debe encasillarse el malestar en una taxonomía estrecha o a una población específica. En realidad el tipo de reacción ante un evento estresor o circunstancia vital en una etapa de desarrollo, dependerá de las herramientas caracterológicas con las que cuente el sujeto. Es así que podemos entender como malestar psicológico, casi a cualquier reacción que cumpla con las características mencionadas.

Una tercera esfera de observación clínica, la constituye el medio social y familiar, el desempeño laboral, los desajustes sufridos a raíz de un evento determinado, la capacidad de vinculación y de solicitar y recibir ayuda. Estas manifestaciones son claras en lo externo y podemos remontarnos a la historia del paciente para conocer, el antes y el después, de sus relaciones objetales y el tipo de adaptación (aloplástica o autoplástica), predominantemente utilizada. Es fundamental conocer el tipo de relación que los pacientes establecen con sus objetos internos, es decir; las representaciones e introyecciones que han formado de sus relaciones más representativas y primarias. El tipo de relación que existe en la realidad psíquica de los pacientes determinará el tipo de relación que se establezca con el medio externo y los objetos reales; matizará el tipo y el monto de satisfacción, agresión y la posibilidad de cambio ante un momento complicado o cotidiano. Determinará, junto con el medio social circundante, la ideología, la cultura y la biología: el tipo de reacción, los



mecanismos defensivos y el logro en la adaptación ante un agente externo desencadenante.

DISCUSIÓN

El malestar psicológico debe ser entendido como una alteración y no como un estado patológico o sintomático. Dicha alteración debe considerarse como tal, en relación con dos elementos: el primero, responde a un estado "basal", el cual nunca debe ser entendido en forma lineal, sino oscilatoria, aunque dentro de la normalidad, entendiéndola ésta, como un nivel adecuado de adaptación (interna y externa) posterior a un evento estresor desencadenante; el segundo, se trata de una alteración displacentera y poco satisfactoria.

La percepción de un estado de ajuste emocional, permite reducir el marco de la patología e incrementar el espectro de la "salud mental".

Las manifestaciones clínicas del malestar psicológico, son fenomenológicamente iguales a las manifestaciones patológicas propias de los trastornos mentales, el contexto y la etiología del conflicto son enteramente distintos. Mientras el primero se constituye como un fenómeno agudo, el segundo se entiende en el marco de la cronicidad y la patología. Esta reflexión sugiere la necesidad de realizar un análisis fino, previo al diagnóstico de trastorno mental. En la actualidad, existe un sobrediagnóstico de los trastornos mentales, ya que a menudo se confunden: la tristeza con la depresión; la ansiedad como elemento adaptativo, con la ansiedad como trastorno; el llanto secundario a un evento doloroso, con el llanto fácil; el insomnio con problemáticas en el ciclo sueño-vigilia, propias de desórdenes en las actividades diarias. Es obligación del especialista, contextualizar los fenómenos clínicos, determinar su etiología y establecer líneas de tratamiento con mayor especificidad.

La paciente gineco-obstétrica suele presentar manifestaciones clínicas similares al malestar psicológico y a una entidad patológica, las cuales pueden confundirse con

elementos sintomáticos sin el contexto de la anamnesis. Las dificultades en el dormir, las alteraciones en el consumo de alimentos, el vómito, el cansancio, la ansiedad propia del padecimiento de una enfermedad médica o de la mujer gestante, las pautas de ajuste psicosocial (en cuanto al cambio de rol). Las cefaleas, mareos y oscilaciones del humor y del estado de ánimo, son parte del proceso obstétrico o del padecimiento ginecológico, e incluso del climaterio.^{25,26} La carencia del contexto puede provocar un diagnóstico mal indicado de alguna categoría nosológica de trastorno mental, en tanto, que debe entenderse que se trata de manifestaciones secundarias al momento vital y a las condiciones médicas.

El entendimiento de las manifestaciones clínicas similares a los estados psicopatológicos, que se encuentran en el espectro de lo sano, permite evitar el sobrediagnóstico y establecer estrategias de tratamiento mucho más específicas.^{18,27-29}

El malestar psicológico no debe entenderse como un evento patológico, ya que sus manifestaciones, por abruptas que sean, no son de tipo crónico y persistente. Los elementos desencadenantes son inesperados, e invaden al yo; las reacciones subsecuentes son de orden defensivo, agudo y de rápida evolución. Por estas razones, las intervenciones con estos pacientes se dirigen al aquí y ahora, en adición al evento desencadenante. El terapeuta debe ser un vigilante o contenedor de las ansiedades que pudieran cronificar el malestar del paciente, por lo que deben reforzarse los mecanismos de defensa de la persona, ampliando el espectro de los mismos. El paciente debe contar con herramientas a la mano y tener el "sostén" necesario para introducir la posibilidad de pronta recuperación. El hecho de intervenir en una situación de vulnerabilidad y confusión yoica, permite la modificación de elementos pasados, de simbolizaciones rígidas que inmovilizan el afecto. Por otro lado, la posición asimétrica del terapeuta, obliga técnicamente a tomar un papel de contenedor y favorecer la alianza de trabajo. Este tipo de relación terapéutica permite

que intervenciones, aparentemente superficiales, permanezcan en el tiempo y en la percepción que el paciente hace de sí mismo y de su padecimiento.

Una visión del malestar psicológico como alteración y fenómeno defensivo de buen pronóstico, de tipo agudo y dentro de la cotidianidad de los procesos vitales, permite

un concepto de salud mental dinámico, oscilatorio, de amplio espectro y nunca de tipo lineal; pues los fenómenos psíquicos sólo pueden ser entendidos en la dinámica de sus relaciones, el contexto y desarrollo de las mismas, así como, la interpretación interna de éstas y sus consecuencias en la conducta.

ABSTRACT

Gyneco-obstetric hospitalized patients usually present secondary emotional reactions to hospitalization, pregnancy and their illnesses. These reactions may or may not anchor to character structure, showing clinical data that not necessarily are to be considered as pathological manifestations. Within the range of reactions, it is possible to identify the psychological discomfort, which is erected as a diagnosis that is characterized by its reactivity, rapid evolution, egodistonia and good prognosis. In this sense it is an alteration of the emotional condition and not properly a psychopathology. In this work, the clinical manifestations and its habitual evolution are expounded with the intention to differentiate them from the simptomatology and diverse character and personality disorders as well as proper pregnancy manifestations. Although it is a coping process it should be evaluated and cared for by a mental health professional. Its evaluation requires diverse strategies and its attention, specific techniques that favor conflict solution with reality and work as prophylactic of a secondary and psíquic conflict, and also in the attention of gyneco-obstetric and hospital complications.

KEYWORDS: Hospitalization, treatment, psychology, psychological discomfort, psychopathology, gyneco-obstetric.

REFERENCIAS

1. Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Espíndola-Hernández J, Henales-Almaraz C, Meza-Rodríguez P, Mota-González C, Pimenel-Nieto Diana. Concepto de salud psicológica. Temas Selectos en Orientación Psicológica, Creando Alternativas. Universidad Iberoamericana-Scranton University. Vol. 1. México, D.F.: El Manual Moderno; 2005, p. 49-62.
2. Fullerton C, Acuña J, Florezano R, Cruz C, Weil K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. Rev Chil Neurol Psychiatry 2003; 41: 103-9.
3. Tapia P, Micheli C, Koppmann A. Morbilidad psiquiátrica en un hospital general. Rev Psychiatry Clin 1994; 31: 99-107.
4. García-Viniegras V, Carmen R. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. Revista Cubana Med Gen Integr 1999; 15: 88-97.
5. González-Forteza C, Morales-Carmona F, Gutiérrez Calderón E. Indicadores clínicos de malestar psicológico en pacientes obstétricas y ginecológicas. Un estudio comparativo en México. Psicopatol 1992; 2: 1-4.
6. Cano GJM, Díaz-Martínez A, Juárez MC, Ortega R de CHR, Martínez SJL, Cano



- GL, Zamora SM, Rodríguez LMT, Hernández MI, Pérez PJ. Exploración epidemiológica de la salud mental a través de la aplicación de la escala de Goldberg en el Estado de México. *Boletín Informativo; Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM* 2001; 2: 2-12.
7. *Diagnostical and statistical manual: mental disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Association Committee of Nomenclature and Statistics. Barcelona, España: Masson; 1996.
 8. Kaplan BH, Cassel JC, Gores. Social support and Health. *Med Care* 1977; 15: 47-58.
 9. Morales-Carmona F, González CG, Valderrama BG. Perfil de la personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 1988; 2: 165-7.
 10. Morales-Carmona F, Luque-Coqui M, Barroso-Aguirre J. Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Ginecol Obstet Mex* 2002; 4: 157-62.
 11. Instituto Nacional de Perinatología. Anuario Estadístico Versión para Microsoft Word. México; 2004.
 12. Bjelica A, Kapor-Stanulovic N. Pregnancy as a psychological event. *Medicinski Pregled* 2004; 57: 144-8.
 13. Currid TJ. Improving perinatal mental health care. *Nursing Standard* 2004; 19: 40-3.
 14. Espíndola-Hernández J, Meza RP, Díaz FE, Rodríguez PL, Mota GC. Aproximación de la intervención psicológica en pacientes hospitalizados de instituciones no psiquiátricas. *Perinatol* 2003; 3: 9-13.
 15. Hughes BM. Psychology, hospitalization and some thoughts on medical training. *Eur J Psychoter Counsell Health* 2001; 411: 7-26.
 16. Kush FRI. Primary Care and Clinical Psychology: Assessment Strategies in Medical Settings. *Clin Psychol Med Sett* 8: 219-28.
 17. Morales-Carmona F. Capítulo I. En: *Psicología de la Reproducción Humana*. Instituto Nacional de Perinatología. México, D.F.: Trillas; 2001: 11-29.
 18. Knop J, Osterberg-Larsen B. Psychological intervention during pregnancy. A multidisciplinary hospital network. *Ugeskrift for Laeger* 2001; 163: 5018-22.
 19. Morales Calatayud F. Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós; 1999: p. 193-211.
 20. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Londres: Oxford University Press; 1972.
 21. Espíndola JG, Morales CF, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 179-86.
 22. Freud S. Inhibición síntoma y angustia. *Obras Completas. Vol XX*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu; 1926.
 23. Páez D. Factores psicosociales y salud mental. España: Ed. Fundamentos; 1986.
 24. Urrego MZ. Evaluación de un programa de intervención en crisis para pacientes psiquiátricos. Hospital del Sur. Colombia, Bogotá: ESE; 2000.
 25. Leichtenritt RD, Blumenthal N, Elyai A, Rotmensch S. High-risk pregnancy and hospitalization: the woman's voices. *Health Soc Work* 2005; 30: 39-45.
 26. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after the traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth* 2005; 32: 11-9.
 27. Engelhard IM, Van den Hout MA, Valaeyen JW. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and post-traumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Med* 2003; 29: 80-4.
 28. Baldus M. From diagnosis to decision-decision process of women in the context of prenatal diagnosis. *Prax Kinderpsychol kinderpsychiatr* 2001; 9: 736.
 29. Hambridge JJ, Baker A. Medical Psychology in Australia. *J Med Psychol Medic Sett* 2001; 8: 3-7.