

Guía clínica de intervención psicológica de la paciente ginecológica y obstétrica hospitalizada

JOSÉ GABRIEL ESPÍNDOLA-HERNÁNDEZ^a

RESUMEN

Las mujeres hospitalizadas debido a un evento obstétrico o ginecológico presentan alteraciones emocionales, particularmente de tipo afectivo que pueden o no formar parte de un trastorno mental. Algunas de estas manifestaciones responden al evento de manera similar a un estado de crisis, sin considerarse éstas, estados psicopatológicos, a lo cual, hemos denominado malestar psicológico. En el presente trabajo se recomiendan indicaciones diagnósticas, objetivos y estrategias terapéuticas basadas en evidencia para el tratamiento específico de estas manifestaciones en el contexto de una institución, cuya finalidad primaria no es el tratamiento en salud mental. Los tratamientos de tipo cognitivo conductual y los de orientación intersubjetiva, obtienen los mejores niveles de evidencia y recomendación para la problemática mencionada en el contexto hospitalario.

PALABRAS GUÍA: *Guía, intervención, salud mental, gineco-obstetricia, hospitalización.*

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE ALTERACIONES EMOCIONALES DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES (INPERIER)?

En el INPerIER se atiende a mujeres con embarazos de alto riesgo, que no cuentan con acceso a los servicios de la seguridad social mexicana. En ocasiones, estas pacientes requieren ser hospitalizadas y sometidas a intervenciones gineco-obstétricas de

diversa índole. Esta población presenta características particulares en el área de salud mental. En el Servicio de Consulta Externa, Morales,^{1(4,C)*} encontró una prevalencia de malestar psicológico para las pacientes obstétricas de 62.2%, cifra mayor que la encontrada en las pacientes ginecológicas. En 52.1% del total de la población, se encontró un puntaje para caso probable de malestar psicológico. Los datos de este estudio fueron obtenidos de una muestra representativa de la institución constituida por 328 pacientes. En otro estudio, realizado por Espíndola,^{2(3,C)} en una población de 146 pacientes, se encontró una prevalencia de

^a Investigador del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología "Dr. Isidro Espinosa de los Reyes".

Correspondencia: Mtra. Claudia Sánchez Bravo.

Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales No. 800 Col. Lomas Virreyes, C.P. 11000. Tel.: 55209900 Ext.: 147.

Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com

Recibido: 11 de diciembre de 2006.

Aceptado: 9 de febrero de 2007.

* Los números y las letras entre paréntesis corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuestos por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas (SIGN 2004). Ver en éste número: Aldana-Calva E, Gómez-López ME. Criterios para la Elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. Perinatol Reprod Hum 2007; 21(1): 11-21.

trastornos psiquiátricos de 1.8% (Ejes I y II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV; DSM-IV, por sus siglas en inglés).³ La muestra psiquiátrica se caracterizó por una mayor proporción de trastornos afectivos (63.7%), particularmente de tipo depresivo (42.5%).^{4(4,C)} La evidencia clínica con relación al tipo de tratamiento recibido por estas pacientes, mostró la utilización de psicoterapia grupal, breve y focalizada; así como la prescripción de medicamentos psicofarmacológicos para los casos severos, particularmente los de tipo psicótico.

En otro estudio realizado en la misma institución,^{2(4,C)} el autor muestra que en un grupo de pacientes obstétricas con trastorno psiquiátrico se logró obtener un control terapéutico del 100% en las conductas suicidas y autolesiones provocadas por estas pacientes, mediante el uso de psicoterapia grupal, breve y focalizada; así mismo, en este grupo de pacientes se alcanzó una adecuada contención sintomática y adherencia terapéutica a los diversos tratamientos (médicos y psicológicos), con lo cual se logró el término del tratamiento psicológico y la resolución del embarazo, dentro de la misma institución. Finalmente, en este trabajo se recomienda el seguimiento a largo plazo que la paciente debe tener, bajo diversos esquemas psicoterapéuticos, considerados éstos en función de las necesidades y posibilidades de la paciente, y no sólo desde el punto de vista del diagnóstico.

No existe información estadística dentro de la institución que muestre los beneficios obtenidos por la psicoterapia individual, particularmente, la intervención en crisis en el área de hospitalización. La incidencia de alteraciones se calcula moderadamente superior a la observada en el Servicio de Consulta Externa, debido al efecto que provoca la hospitalización como agente disruptor. Sabemos que esta condición actúa en el psiquismo como disparador de ansiedades reactivas y estados emocionales alterados de tipo agudo. Las condiciones de la paciente obstétrica y puerpera (debidas a las exigencias de la crianza, el cambio de rol y el significado del embarazo como evento vital) son distintas a las que enfrenta la paciente ginecológica, que debe afrontar el diagnóstico de una enfermedad, por la cual se ve sometida en ocasiones a procedimientos médicos invasivos de intervención y a la condición de estar hospitalizada. Estas distintas condiciones configuran un conglomerado o complejo situacional, que permite

observar un incremento de las manifestaciones emocionales alteradas en este tipo de pacientes, que son diferentes a las que presentan las mujeres de la población abierta y de las que acuden al Servicio de Consulta Externa.

Debido a la carencia de evidencia institucional, se ha procedido a revisar la literatura nacional e internacional, para establecer las coincidencias y diferencias en el tratamiento, eficacia y tipo de población, acorde a los objetivos de la intervención, en una institución cuyo motivo principal de consulta, no es el de los servicios de salud mental.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A LAS ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN?

En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá,^{5(4,C)} se encontró una mejoría de 61%, en pacientes expuestos a un programa de intervención en crisis con opción psicoterapéutica y tratamiento bimodal. L Kennedy,⁶ refiere que los pacientes expuestos a un evento traumático presentarán malestar emocional, el cual disminuye en tiempo e intensidad, luego de una intervención psicológica. Por otro lado, el mismo autor refiere como los factores de riesgo asociados al proceso de estar hospitalizado y presentar una alteración emocional: ser mujer joven, contar con bajos niveles de ocupación laboral, escolaridad menor a la primaria y deficiencias en las redes de apoyo. En el Instituto Nacional de Perinatología se han encontrado factores de riesgo similares, encontrándose entre otros, que la paciente obstétrica es más propensa a presentar malestar psicológico (CGS), sin embargo, la paciente ginecológica lo presenta con mayor intensidad.

En una revisión de diez estudios sobre el tema, Raffo⁷ estima que la conjunción de una enfermedad física, y una psicológica, mantienen una alta correlación y que los trastornos mentales son entre 1.5 y 3 veces más frecuentes cuando existe una enfermedad física. El mismo autor considera que el proceso de hospitalización exige a las mujeres, dejar de ejercer sus roles familiares, sociales, laborales y asumir el papel de paciente. Ante dicho rol, la paciente presenta: alteración brusca del ritmo de vida, separación de la familia, enfrentamiento a un lugar y personas extrañas, experiencias amenazantes, dolor



físico y psicológico, así como soledad y pérdida de la privacidad. Las condiciones referidas permiten la observación de: aflicción, alteración del concepto de sí mismo, miedo, tristeza, angustia, ira, agresividad, impulsividad y evasión, entre otros.

La paciente obstétrica matizará los contenidos de su pensamiento y fantasías propias acerca de la hospitalización, alrededor de la pérdida del hijo, de las diversas complicaciones de la resolución de su embarazo, en el sufrimiento fetal, en las malformaciones y en el enfrentamiento con el nuevo rol de ser madre. La paciente puérpera debe enfrentar sus temores y ansiedades, al mismo tiempo que inicia la crianza y los cuidados maternos, por lo que en la paciente primípara, dichas ansiedades suelen ser más intensas debido a la inexperiencia.

La hospitalización no debe entenderse como un factor etiológico ante la presencia de psicopatología, sino como uno que intensifica, confronta y puede, por sí mismo, generar en la paciente el desarrollo de alteraciones emocionales de tipo reactivo, que no han de considerarse psicopatológicas, sino propias del evento. Es conveniente la pronta atención de estas alteraciones, ya que su cronicidad o anclaje con estructuras lábiles de carácter o personalidad, o bien, la presencia de antecedentes psicopatológicos en la paciente, pueden agravarlas. Las manifestaciones agudas remitirán en la mayoría de los pacientes, una vez que éstas han dejado de exponerse al estímulo; por lo que el pronóstico médico es de importancia y el tiempo de hospitalización es una variable a considerar.

¿CUÁLES SON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES MÁS COMUNES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS?

El médico tratante deberá comprender las manifestaciones de la paciente secundarias al proceso de hospitalización, el evento reproductivo y la intervención médica en sí misma. Debe entender que la paciente puede presentar alteraciones psicológicas que no deben considerarse siempre como patológicas; pero que sin embargo, son susceptibles de recibir atención por parte del psicólogo interconsultante.

Espíndola^{8,9(4,D)} y Morales¹⁰ refieren que las alteraciones más comunes durante la hospitalización son:

- 1. Cognitivas.** Miedo, irritabilidad, agobio, insomnio, minusvalía, ideas catastróficas,

percepción de pérdida de control sobre la autonomía, etcétera.

- 2. Motoras.** Estas manifestaciones son esporádicas y generalmente se relacionan con la presencia de padecimientos psiquiátricos propiamente dichos (lentificación para estados depresivos, temblor y tensión muscular en pacientes que refieren trastornos de ansiedad o abuso sexual, entre otros).
- 3. Vegetativas.** Palpitaciones, disnea, hiperhidrosis, náuseas, sequedad de boca.
- 4. Conductuales.** Evitación o huida.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN LAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS?

Desde la década de los noventa, de acuerdo con Bernardi,^{11(1⁺⁺,B)} se han estudiado las deficiencias en los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV, particularmente, las referentes a los ejes I y II, encontrándose las siguientes: pobre variabilidad bajo los mismos criterios diagnósticos en pacientes que funcionan distinto bajo un mismo cuadro nosológico, como lo reportado por Beutler;^{12(4,C)} énfasis en las deficiencias y poca relevancia en las fortalezas de la persona y su funcionamiento psíquico, como lo refiere Jacobson;^{13(4,C)} finalmente, ignorar el contexto en que se desarrollan los eventos.

Es por ello que Clarkin y Levy^{14(4,C)} consideran riesgoso establecer una lista de tratamientos, sustentada en dicha base, puesto que podría conducir a una sobresimplificación del problema y generar potenciales errores. Por esto, se considera fundamental que para efectos de esta guía, es necesario realizar una entrevista adecuada al tipo de paciente y proceder a una correcta contextualización de los fenómenos psicológicos.

Toda persona que se enfrenta a una enfermedad, tratamiento médico invasivo y/o un proceso de hospitalización, reacciona emocionalmente ante tal hecho. Morales y cols.,^{10,15} proponen que el tipo de reacción debe evaluarse de acuerdo con su:

1. Intensidad
2. Pertinencia
3. Congruencia

4. Contexto
5. Temporalidad

Respecto del evento desencadenante, el cual puede circunscribirse al proceso de hospitalización, el evento reproductivo de la mujer obstétrica, al tipo de diagnóstico, al tipo de intervención médica y al pronóstico de la misma.

Herramientas de decisión diagnóstica

Se requiere la aplicación de una entrevista semiestructurada, breve, diagnóstica, en la cual se ofrezca a la paciente una o diversas intervenciones que clarifiquen, contengan, informen y, en consecuencia, la tranquilicen, mediante la ampliación de la conciencia de sí, y de las explicaciones de su padecimiento médico, así como de las reacciones emocionales que pueda tener.

La entrevista^(4,D)

Espíndola^{8,9} y Morales¹⁰ sugieren la aplicación de la estructura de la entrevista psicológica, bajo la siguiente metodología:

1. Anamnesis, examen mental y padecimiento médico en conjunto.
2. Diagnóstico multiaxial y evaluación de las funciones y recursos psicológicos.
3. Apertura temática y espacio catártico.
4. Intervención acorde con la reacción psicológica.
5. Delimitación de las alternativas terapéuticas.
6. Recomendaciones e indicaciones al equipo de salud.
7. Recomendaciones e indicaciones a trabajo social.
8. Pronóstico de la paciente.

Una vez realizada la entrevista psicológica, el clínico cuenta con la siguiente información diagnóstica:

1. Estado general de las funciones mentales, posibles alteraciones secundarias a organicidad o causa médica
2. Espectro sintomático.
3. Origen y evolución del conflicto.
4. Conflicto agudo o crónico.
5. Evento desencadenante externo o simbolizaciones de origen interno que representan un conflicto intrapsíquico.

6. Congruencia, pertinencia e intensidad de las manifestaciones emocionales.
7. Funcionamiento psicodinámico general.
8. Líneas caracterológicas primarias y estrategias de defensa.

Problemas diagnósticos

La paciente hospitalizada en instituciones no psiquiátricas y particularmente en una institución de alta especialidad ginecoobstétrica, suele referir estados ansiosos y modificaciones en el estado de ánimo, con tendencia al ánimo bajo y ánimo deprimido; aun cuando es posible que las manifestaciones sean claras, también hacia el polo de la euforia, como lo reporta Espíndola^{4,8,9} y Morales^{10,15} quienes consideran que las manifestaciones emocionales pueden catalogarse de la siguiente forma:

1. Trastornos claramente definidos (DSM-IV; Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]).
2. Malestar psicológico. Manifestaciones emocionales alteradas, producto de un evento disruptor que no alcanzan la consideración de trastorno o patología.
3. Sintomatología aislada y rasgos caracterológicos exacerbados como estrategias funcionales de adaptación a la hospitalización y al padecimiento médico.

R Bernardi y cols.^{11(1⁺⁺,B)} concuerdan que la percepción del sufrimiento observado fenomenológicamente y los síntomas expresados por la paciente, son definibles en términos de los criterios diagnósticos contenidos en el DSM-IV o la CIE-10; pero también pueden corresponder a conflictos, tanto individuales como interpersonales de naturaleza más amplia, los cuales, aunque no entren en una clasificación nosográfica clásica, tienen el efecto de perturbar y generar malestar, transformándose en una fuente de limitación. Es por esto que se recomienda realizar un diagnóstico diferencial mediante los puntos estipulados de manera previa, contextualizando la sintomatología, las alteraciones o manifestaciones clínicas, y no sólo ante la observación o reporte de los mismos, lo cual permitirá establecer una terapéutica específica y congruente con la etiología.



¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO PARA LAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS?

Objetivos de la intervención psicológica en la paciente hospitalizada

Las unidades de hospitalización no psiquiátricas se encuentran diseñadas para la atención médica general o bien de especialidad, propia del quehacer institucional. Los servicios de salud mental deben constituirse en servicios de interconsulta eficientes, que resuelvan las demandas institucionales, las complicaciones de salud mental secundarias al tratamiento médico y las necesidades de la paciente misma.

Objetivo general

Espíndola^{8,9(4,D)} y Morales⁹ proponen dar respuesta y solución al motivo de consulta derivado de los objetivos institucionales, así como atender las demandas emocionales producto de la hospitalización, padecimiento médico, tratamiento, diagnóstico y relación médico paciente durante el periodo de hospitalización.

Objetivos específicos

Para los mismos autores, los objetivos específicos son los siguientes:

1. Establecer un diagnóstico de acuerdo con los criterios del DSM-IV o la CIE-10.
2. Establecer un diagnóstico psicodinámico general que vislumbre las generalidades de respuesta caracterológicas.
3. Proponer un pronóstico psicológico.
4. Dar respuesta al motivo de consulta institucional.
5. Solventar las complicaciones emocionales producto de la intervención médica.
6. Contener la ansiedad exacerbada y reacciones las emocionales que compliquen el proceder médico.
7. Fomentar la adherencia al tratamiento médico y psicoterapéutico.
8. Establecer un servicio de enlace en la referencia interna o externa del paciente que así lo requiera.
9. Solicitar la interconsulta con otro especialista, de acuerdo con las necesidades derivadas del diagnóstico.

10. Emitir indicaciones al personal de salud sobre el margen psicológico de la paciente.
11. Establecer indicaciones respecto de la seguridad y los cuidados psicológicos del neonato para las pacientes obstétricas.

Criterios para la intervención psicológica en la paciente ginecológica, obstétrica y puérpera

Los siguientes son algunos de los principales criterios que deber ser considerados para la adecuada atención psicológica de la paciente ginecológica, obstétrica y puérpera:

1. Las alteraciones presentadas pueden constituirse, en forma conjunta, en diversos cuadros patológicos considerados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).
2. Dichas alteraciones también pueden ser manifestaciones secundarias al proceso de hospitalización, tratamiento, o bien, por el evento reproductivo.
3. Deberá recurrirse a la atención psicológica, cuando dichas alteraciones se interpongan al tratamiento médico, la adherencia al mismo, o bien, a una óptima relación médico-paciente.
4. Deberá solicitarse también una interconsulta, cuando las manifestaciones observadas en el campo de lo emocional, conductual, cognitivo o vegetativo, respondan a una incongruencia, o no exista un estímulo desencadenante aparente.
5. La determinación diagnóstica de un padecimiento médico degenerativo y/o crónico (cáncer de mama, cervicouterino, diabetes mellitus, virus de inmunodeficiencia humana, lupus, etc.), representa un motivo de consulta para el área de salud mental.
6. La noticia de malformaciones en el feto o neonato representan un motivo de interconsulta, para su delimitación diagnóstica.
7. La presencia clara de un trastorno mental, sea por un diagnóstico previo o por su aparición en el tiempo de atención médica, requiere de la interconsulta con un especialista en salud mental.
8. El manejo conservador ante la amenaza de parto pretérmino y la hospitalización

prolongada, exige una valoración y seguimiento, con la intención de contener la angustia y colaborar en la adaptación a la hospitalización.

9. La pérdida perinatal es uno de los principales motivos de interconsulta. Si bien es esperada la reacción emocional propia del duelo, se sugiere una entrevista diagnóstica cuando la paciente ha referido pérdidas previas, infertilidad, edad avanzada, no tener hijos vivos, o padecimientos emocionales previos.
10. El rechazo de la madre hacia el neonato representan un dato de alarma que deberá ser evaluado por el Servicio de Psicología.
11. La estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto (UCIA), representa (de acuerdo con el padecimiento médico y el tiempo de estancia en la misma) un factor de riesgo para la presencia de sintomatología que altere el estado de ánimo de la paciente, le genere ansiedad, e incluso síntomas propios del *delirium*.
12. Los antecedentes de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol, son motivos frecuente de interconsulta.
13. Los eventos obstétricos secundarios a abuso sexual, representan un motivo de consulta.
14. El abuso físico o la violencia doméstica requieren de evaluación y tratamiento psicológico.

Características del encuadre para la intervención hospitalaria

Como refiere Espíndola,⁸ en las unidades de hospitalización no psiquiátricas, y particularmente en las de tipo gineco-obstétrico, el tiempo promedio de hospitalización de las pacientes oscila entre dos y tres días; lo cual exige que la intervención adquiera sentido en ese periodo.

El espacio institucional es multidisciplinario, generalmente compartido en ambientes durante la hospitalización y la intervención del interconsultante. Debido a las frecuentes limitaciones físicas de la paciente hospitalizada deberá circunscribirse a éstas. Por tanto, la intervención deberá ser:

1. Breve (30-45 minutos).
2. Limitada de una a ocho sesiones (esta última cuando la hospitalización es prolongada).

3. Circunscrita al espacio físico.
4. Acorde a las posibilidades de movimiento de la paciente.
5. En una relación asimétrica (experto-paciente).
6. Basada en la neutralidad de juicio.
7. Reportada al personal de salud en términos interdisciplinarios.
8. Limitada a los objetivos previamente establecidos.
9. Con periodicidad de sesiones estipulada desde el inicio (en caso de sesiones de seguimiento).
10. Con un número de sesiones establecidas desde el primer contacto (cuando se requieren sesiones de seguimiento).

Eficacia de la intervención psicológica

Diversas guías consultadas, apoyadas en la metodología del metaanálisis, recopilan recomendaciones de distinta fuerza que apoyan la eficacia de la psicoterapia como forma de tratamiento, particularmente en algunos trabajos como los de Roth¹⁶ y del Departamento de Salud del Reino Unido.¹⁷

Los trastornos para los que existe evidencia de su eficacia son: depresión mayor, ansiedad generalizada, fobias (incluso fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno alimentario, programas de intervención familiar en la esquizofrenia, trastorno de la personalidad, abuso de alcohol y cocaína, así como disfunciones sexuales. Existe también evidencia en distintos grupos étnicos, como lo refieren Sperry y cols.^{18(2,C)}

Eysenck cuestionó en 1952 la efectividad de la psicoterapia mediante el análisis de diversas bases de datos, un análisis posterior realizado en 1997 por Kordy y cols.¹⁹ con métodos estadísticos más elaborados, mostró claras diferencias entre grupos con y sin tratamiento.

Existe una gran cantidad de trabajos dirigidos a la evaluación del psicoanálisis y los tratamientos dinámicos, algunos de ellos son los siguientes: Bernardi,^{11(1⁺⁺,B)} Lancelle,^{20(2,C)} Fonagy^{21(2,C)} y Galatzer-Levy.^{22(4,C)} Los resultados sugieren que el psicoanálisis y la terapia cognitivo-comportamental, a nivel de fundamentos teóricos y técnicos, constituyen el acercamiento más eficaz, por lo que se recomienda su aplicación a una buena cantidad de padecimientos. Bernardi,¹¹ sugiere estratificar en tres niveles de diagnóstico el tipo de intervención, de acuerdo a las siguientes evidencias reportadas:



1. Problemas de adaptación, de intensidad baja a moderada y comienzo reciente: optar por tratamientos breves.
2. Marcada ansiedad sintomática, depresión, problemas conductuales, gravedad de moderada a severa, padecimiento persistente: utilizar preferentemente estrategias cognitivo conductuales.
3. Problemática de personalidad, presentación sintomática, gravedad de moderada a severa, sumado al deseo de auto-conocimiento, interés por la autoexploración, adecuada capacidad para la tolerancia a la frustración: se recomiendan tratamientos psicoanalíticos y psicodinámicos.

Características de la propuesta de intervención

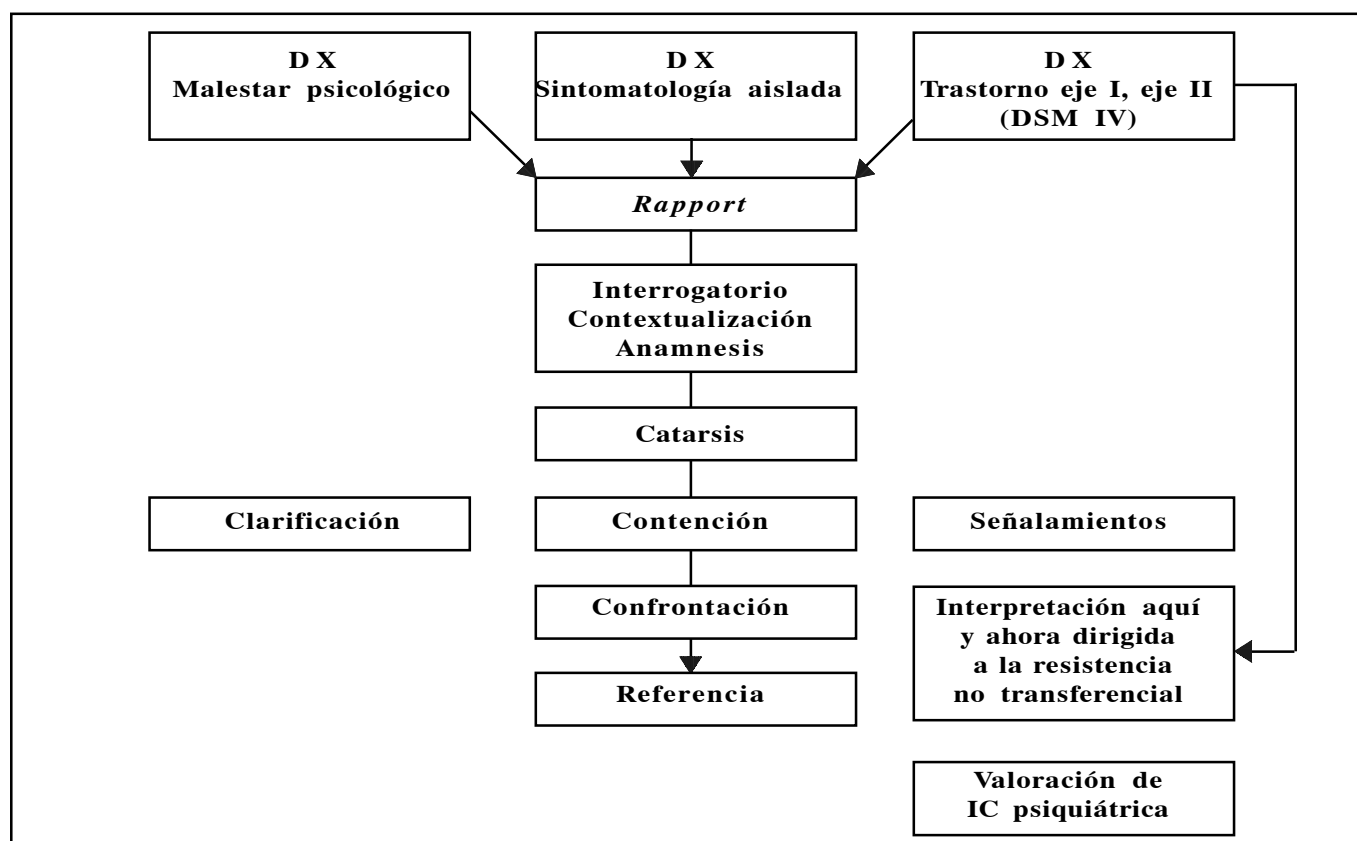
La propuesta parte de un modelo de comprensión dinámica de la mente, el cual se apoya en la comprensión y observación fenomenológica, como

evidencia del estado emocional, por lo tanto, las intervenciones se fundamentan en la dinámica psicológica, el tipo de diagnóstico, los alcances y objetivos institucionales y terapéuticos, así como en el discurso del paciente.

A continuación se menciona la estratificación de la intervención y las estrategias sugeridas para cada tipo de paciente:

- **Malestar psicológico.** Es recomendable iniciar la entrevista de forma semiestructurada, contextualizar el fenómeno mediante un interrogatorio que permita el conocimiento general del paciente y la comprensión de las líneas caracterológicas básicas, así como las consecuencias del evento reactivo en las manifestaciones psíquicas observadas. La dinámica de la entrevista se orienta a la obtención de información, pero también a favorecer la abreacción o catarsis, que a su vez deberá ser contenida y metabolizada por el terapeuta,

Figura 1
Dinámica de la entrevista psicológica



mediante la devolución de una liga representacional por la vía de: la clarificación, señalamientos, observaciones o confrontaciones. Ocasionalmente, la sola información puede orientar al paciente a la reducción de la ansiedad, debido a que ésta es secundaria a confusiones de la realidad externa (Figura 1).

Se sugiere un estilo de comunicación, como lo establece Liberman, complementario al estado emocional del paciente.

Al establecer un diagnóstico de malestar psicológico, consideramos al paciente en un estado agudo y reactivo, que no involucre una entidad patológica, aun cuando las alteraciones del ánimo o la ansiedad puedan ser intensas. El conflicto es con lo externo, con la realidad, por lo tanto las intervenciones nunca deberán de ser del orden de lo transferencial, deberán situarse en el aquí y ahora, y en establecer una relación asimétrica y neutral, de acuerdo al juicio de valor del terapeuta.

- **Trastorno mental o de la personalidad (EJE I y II).** Se realiza un proceso de entrevista similar al que se ha descrito para el malestar psicológico, en donde el énfasis y detalle sobre la sintomatología, será mucho más importante para este tipo de pacientes. Una vez realizada la anamnesis, se permitirá al paciente un espacio catártico, si es que así lo requiere, por otro lado, se incluirán durante la entrevista devoluciones como las descritas en la figura 1. Los pacientes sintomáticos, por sus características, pueden presentar complicaciones resistenciales. Cuando dichas complicaciones obstruyen la posibilidad de entrevista o distorsionan la información en forma considerable, es viable el uso de interpretaciones dirigidas a vencer la resistencia, nunca de tipo transferencial o genético y siempre en un tiempo del aquí y ahora.

Posterior a la finalización de la entrevista, se cuenta con información suficiente para la delimitación diagnóstica. Procediendo a valorar de acuerdo con la intensidad y manifestación de los síntomas si se recomienda una valoración de tipo psiquiátrico con la finalidad de establecer este como tratamiento primario o bien un esquema bimodal.

- **Tratamiento bimodal.** Este tratamiento se entiende como la combinación de fármacos y psicoterapia. Figueroa menciona,^{23(4,C)} que dentro de los beneficios de la psicoterapia se encuentran: facilitar la accesibilidad terapéutica, favorecer la adhesión farmacológica y coadyuvar a la rehabilitación, junto al efecto etiológico del medicamento. El mismo Figueroa²⁴ considera que dentro de los efectos negativos de este tipo de tratamiento, están: la acción placebo de la medicación sobre la psicoterapia y la reducción farmacológica de los síntomas, lo cual disminuye la motivación del paciente para acudir a psicoterapia.

También Figueroa²¹ sugiere las siguientes condiciones para la utilización de tratamiento bimodal:

1. Historia de respuesta parcial a cualquiera de los tratamientos por separado.
2. Episodio de depresión mayor de más de dos años.
3. Historia de dos o más episodios con pobre recuperación.
4. Dificultades psicosociales significativas que interfieren con la adherencia e indicaciones para la medicación.
5. Solicitud del paciente.
6. Agregar medicación a la psicoterapia.
7. Pobre respuesta a psicoterapia, sólo después de seis semanas.
8. Respuesta parcial a la psicoterapia, sólo después de 12 semanas.
9. Agregar psicoterapia a la medicación.
10. Respuesta parcial al fármaco y persistencia de síntomas psicológicos predominantes.
11. Permanencia de problemas psicosociales.
12. Paciente con dificultades a la adhesión del tratamiento.

En el Instituto Nacional de Perinatología es conveniente valorar la aplicación del tratamiento bimodal en los casos de hospitalización, de acuerdo a:

- a) Semana de gestación y tipo de medicamento.
- b) En casos de sintomatología afectiva grave que incluya ideación o rumiación suicida.
- c) En sintomatología psicótica.
- d) En estados ansiosos que complican la intervención médica y sean irreductibles a la



psicoterapia o intervención psicológica de crisis.

- **Tratamiento sintomatológico aislado y rasgos caracterológicos exacerbados.** Posterior al proceso de contextualización, obtención de información y facilitación del evento catártico es importante el uso de estrategias adecuadas al tipo de sintomatología. En cuanto a los rasgos de carácter es funcional la búsqueda de una estrategia de intervención que se oriente a la egodistonia del rasgo, con la intención de modificar la angustia y centrarla en el conflicto. Es necesario ampliar las representaciones asociadas a éste y la comprensión de simbolizaciones fundamentales en la estructura caracterológica.

PRINCIPALES MOTIVOS DE INTERCONSULTA CON OTROS ESPECIALISTAS

1. La sintomatología observada es producto de causas médicas (hipertiroidismo, hipotiroidismo, *delirium*, etcétera).
2. La sintomatología es producto de intoxicación farmacológica o se considera un efecto secundario de algún tipo de fármaco.
3. Se sospecha de daño cerebral u orgánico.
4. Se requiere de intervenciones en el área social, que ayuden a la paciente al seguimiento de su conflicto emocional y solución de dificultades legales (Servicio de Trabajo Social)
5. La sintomatología es disruptiva para el manejo médico y psicológico (Servicio de Psiquiatría).

Interconsulta a Psiquiatría

1. Sintomatología depresiva que represente una posibilidad de daño para la paciente, el producto o el personal de salud.
2. Sintomatología ansiosa grave, intensa y con antecedente de episodios previos que requieran de medicación.
3. Medicación psicofarmacológica previa y necesidad de dar seguimiento al tratamiento posterior al parto o la intervención médica.
4. Sintomatología de tipo orgánica importante (*dejà vu*, *jamaís vu*, alucinaciones olfatorias, alucinaciones táctiles, macropsias, micropsias, dismegalopsias, dismorfopsias, risa o llanto ictal, impulsividad, parestesias, afasias, etcétera.)
5. Sintomatología psicótica (Criterios de tipo A para esquizofrenia).

Interconsulta a Neurología

1. Sintomatología orgánica compatible con trastornos epilépticos.
2. Sospecha de tumoración o alteraciones en la morfología cerebral.
3. Necesidad de estudios de gabinete (electroencefalograma, mapeo cerebral, etcétera).

Seguimiento

La referencia del paciente hospitalizado deberá adecuarse a:

1. Motivo de consulta.
2. Posibilidades económicas del paciente.
3. Tipo de psicoterapia recomendada para el padecimiento observado.
4. Características psicológicas del paciente.

ABSTRACT

Gyneco-obstetric hospitalized patients usually present emotional reactions to hospitalization, especially affective type that can or not be part of a mental disorder. Some of these manifestations respond to the event in a similar way as a crisis state, not necessarily considered as pathological manifestations, to which, we have denominated psychological discomfort.

In this work we suggest diagnostic indications, objectives and therapeutic strategies based on evidence for specific treatment of these manifestations in an Institutional context which primary purpose is not the treatment in mental health. The behavioural therapy and treatments with inter-subjectivist orientation obtain the best levels of evidence and recommendation for the problem mentioned in the hospital context.

KEY WORDS: *Guide, intervention, mental health, gyneco-obstetric, hospitalization.*

REFERENCIAS

- Morales-Carmona F, Luque-Coqui M, Barroso-Aguirre J. Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatol Reproduc Hum* 2002; 16: 157-62.
- Espíndola H, Morales CF, Díaz FE, Meza RP, Sánchez RC, Carreño MJ y cols. Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con diagnóstico de trastorno mental. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20: 91-7.
- Diagnostical and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association Committee of Nomenclature and Statistics. Barcelona, España: Masson; 1996.
- Espíndola HJ, Morales CF, Díaz FE, Pimentel ND, Henales AC, Varela EA, Ibarra MA. Estudio descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74: 476-82.
- Urrego MS. Evaluación de un programa de intervención en crisis para pacientes psiquiátricos. Hospital del Sur ESE. Bogotá, Colombia; 1999-2000.
- Kennedy JL. La situación actual de la indagación psicológica. *BMJ* 2000 28; 321(7268): 1032-3.
- Raffo L. Intervención en crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile: 2005.
- Comprensión psicodinámica y propuesta de intervención psicoterapéutica para el paciente hospitalizado en instituciones no psiquiátricas. Espíndola Hernández José Gabriel. Tesis de Maestría. 2005. Centro ELEIA. No. 2004076.
- Espíndola HJ, Meza RP, Díaz FE, Rodríguez PL, Mota GC. Aproximación de la intervención psicológica en pacientes hospitalizados de instituciones no psiquiátricas. *Rev Perinatol* 2003; 18: 9-14.
- Morales F, Díaz E, Espíndola J, Henales C, Meza P y cols. Concepto de salud psicológica. Temas selectos en orientación psicológica, creando alternativas. Vol 1. Universidad Iberoamericana: Manual Moderno; 2005: 48-61.
- Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté J, Villalba L. Guía Clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68: 99-146.
- Beutler LE, Clarkin JF. Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions. New Cork: Brunner/Mazel Publishers; 1990.
- Jacobson W, Cooper AM. Psychodynamic diagnosis in the era of the current DSMs. In: Miller Ne, Luborsky L, BarberJP, editors.



- Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice. New York: Basic books; 1993. p. 109-26.
14. Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ (ed.). *Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*; 2004, p. 194-226.
15. Morales F, Díaz E, Espíndola J, Henales C, Meza P, Pimentel D. *Psicopatología y atención psicológica institucional. Temas selectos en orientación psicológica. Ámbitos profesionales. Vol. 2. Universidad Iberoamericana-University of Scranton NY: Manual Moderno*; 2006, p. 57-67.
16. Roth A, Fonagy P, Parry G, Target M, Woods R. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2nd Ed. New York: The Guilford Press*; 2004.
17. *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline. Brief version. Department of Health, United Kingdom, 2001; 1-6. London: Department of Health; 4-10-0004*
18. Sperry I, Brill PL, Howard KI, Grissom GR. *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions. New York: Brunner/Mazel*; 1996.
19. Kordy H, Kächele H. Outcome research- A never ending history. In: Adler RH, Herrman JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll TV, Wesjack W (eds.). *Psychosomatic Medicine*; 1997, p. 290-301.
20. Lancelle G, Bernardi R, Epstein R. *The latin American Effectiveness Study: effectivity and efficiency of psychoanalytic treatments of long duration and high frequency. The International Psychoanalytical Association*; 1999.
21. Fonagy P, Kächele A, Krauser R, Jones E, Perron K. *An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Londres: International Psychoanalytical Association*; 1999.
22. Galatzer-Levy RM, Bacharch H, Skolnikoff A, Waldron S. *Does psychoanalysis work. New Haven, London: Yale University Press*; 2000.
23. Figueroa G. *Psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión mayor. Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 75-95.
24. Magder DM, Segal ZV, Kennedy SH, Gilbert B. *Guidelines for combining pharmacotherapy. In: Cameron P, Enis J, Deadman J, editors. Standards and guidelines for the psychotherapies. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press*; 1998: 292-319.
25. Bernardi R. What kind of evidence makes the analyst change his or the theoretical and technical ideas? In: Leuzinger-Bohleber M, Dreher AU, Canestri J (eds.). *Pluralism and Unity? Methods of research in psychoanalysis. London: International Psychoanalytical Association*, 2003: 125-36.
26. *Manual Diagnóstico. Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología*; 2005.
27. Lambert MJ (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th Ed. New York: John Wiley*; 2004.