

Investigaciones Medicoquirúrgicas

ÓRGANO OFICIAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS

VOL. II, NUM. 2. 2010

ISSN: 1995-9427

COMITE EDITORIAL

DIRECTOR

Prof. Dr C. Manuel Cepero Nogueira

DIRECTOR EDITORIAL

Prof. Dr C. Armando Leal Mursuli

COORDINADORES

EDITORIALES

Dra. Irma Fernández Maderos

Prof. Dr C. Julio C Hernández Perera

Dra. Daysi Cruz Estupiñán

COMITE EDITORIAL

Prof. Dr Cs. José C. Ugarte Suárez.

Académico Titular A.C.C

Prof. Dr Cs. Alfredo Ceballos Mesa.

Académico Titular A.C.C.

Prof. Dr C. Alfredo A. Hdez. Martínez

Prof. Dr C. Juan R. González Cansino

Prof. Héctor I. Vera Acosta

Prof. Dr C. Omar López Cruz

Prof. Dr C. Gil A. Reyes Llerena

Prof. Dr C. Julio Díaz Mesa

Prof. Dr C Anselmo Abdo Cusa

Prof. Dr C. Angel G. Obregon Santos

Prof. Dr C. Carlos Gutiérrez Gutiérrez

Prof Dr C. Julio Valdivia Arencibia

Prof. Juan Chi Arcia

Lic. Leida Valdés Portela

Lic. MCs. Tania Manzano Carbonell

Prof. Alfredo Álvarez Rivero

Prof. Rolando Wong Molina

Prof. Nelson Rodríguez Mesa

Prof. Roberto Castellanos Gutiérrez

Prof. Javier Rivero Ojeda

Dr. Jorge Luis Alomá Rodríguez

MIEMBROS DE HONOR

Prof. Dr.C E. Selman Houssein-Abdo

Prof. Ariel Soler Muñoz

Prof Dr C. Marrio Hierro Fuentes

Prof Dr.C. Oscar A. Suárez Savio

Prof. Domingo Díaz Delgado.

Prof. Antonio Rivero Alvisa.

COLABORADORES

Dr Hanoi Hernández Rivero.

Dra Dayana Ugarte Moreno

Dra Marlen Izquierdo González

Lic Caridad Rojas Mosquera

Lic Dayuli Díaz Acosta

Lic Elsa Rodríguez Adams

INDICE

Personalidad y evaluación del estado funcional en cardiopatas y sujetos sanos. Un estudio experimental. /5

Uso del propofol para la determinación de elocuencia en las embolizaciones de las malformaciones arteriovenosas cerebrales. /11

La atención al menor de edad víctima de abuso sexual. /15

Los metrosexuales en la adolescencia. /20

Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. /23

Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de disfunción del suelo pélvico. Propuesta de intervención. /30

Psicoanálisis y urgencia. /34

Las señales violencia en los dibujos infantiles. Indicadores globales de daño. /39

Calidad de vida y trasplante renal. Una necesidad a investigar. /43

ISSN 1995-9427

Todos los derechos reservados. Los materiales publicados en esta revista son propiedad de la editorial y no pueden ser reproducidos, almacenados o transmitidos en ninguna forma o por ningún medio sin la autorización expresa de ésta. Al someter su manuscrito a la consideración del Consejo Editor, los autores aceptan transferir sus derechos sobre sus artículos a la Editorial, una vez que el artículo sea aprobado para su publicación.

Los puntos de vista expresados en la revista son responsabilidad exclusiva de los autores.

DISEÑO GRAFICO

Y MAQUETACION

D. I. Alexander Blanca Pérez

IMPRESO EN

Editorial CIMEQ

FOTOGRAFIAS

Elisa Balmaseda Montero

Oswaldo Marcial Pérez

Editorial

Desde 1996 el Servicio de Psicología y Psiquiatría del CIMEQ organiza el evento que cada dos años se celebra y que ya ha consolidado su nombre por todos conocido como PSICOCIMEQ, jornada donde se exponen y se intercambian los resultados de las investigaciones alcanzados dentro de estas disciplinas.

Durante estos 14 años hemos reunido a prestigiosos profesionales de diferentes países y a una importante representación de los profesionales de casi todas las provincias de nuestro país. También ha sido un medio para que estudiantes nacionales e internacionales de Psicología y Psiquiatría compartan sus inquietudes.

Celebramos este año el V Congreso Internacional de Psicología y Psiquiatría Clínicas y IX Encuentro Cuba México que, como los anteriores abarca una variedad de temáticas: Psicología de la Salud, Psicología y Psiquiatría de Enlace, Sexología, Psicoterapia, Familia, Neuropsicología, Psiquiatría Infanto Juvenil, en esta ocasión tenemos también temas relacionados con la responsabilidad que tenemos con las nuevas generaciones.

Esta constituye la tercera edición de la Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas, órgano oficial de la institución que se dedica a publicar en sus páginas algunos de los resultados del quehacer científico de profesionales nacionales y extranjeros asistentes a este evento.

El Servicio de Psicología y Psiquiatría del CIMEQ se creó en 1995 y desde entonces la Psicología y Psiquiatría de Enlace ha constituido la línea fundamental del trabajo de la Psicología de la Salud, que tiene como objetivo fundamental contribuir a un adecuado proceso salud enfermedad; además de brindar los instrumentos y para contribuir en la solución de los problemas de la Salud pública contemporánea.

Es por eso que nuestros psicólogos y psiquiatras participan en los equipos multidisciplinarios del Centro y en los programas de desarrollo. La psicología y la psiquiatría de enlace constituye un logro en nuestra institución.

La preparación para las cirugías mayores y los procedimientos invasivos, el afrontamiento a las enfermedades crónicas, la rehabilitación cardiovascular, los trasplantes entre otras son tareas medulares de nuestros especialistas.

Hemos incluido un trabajo de nuestro colega el Dr. José Jordán González, radiólogo de nuestro centro que por su novedad científica puede ser de interés para numerosos profesionales.

Esperamos con esta publicación dar a conocer nuestras experiencias y la de otros especialistas, seguros de que el intercambio científico constituye una herramienta fundamental para elevar la calidad de nuestro trabajo.

Lic. Emilia González Pérez

MCs. Marilín Pérez Lazo de la Vega

Trabajos Originales

Personalidad y evaluación del estado funcional en cardiopatas y sujetos sanos. Un estudio experimental .

Pedro Almirall *, Marilín Pérez **, Ricardo Alonso***, Judith Castro****.

- * Doctor en Ciencias Médicas, Lic. en Psicología.. Investigador Titular. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. (INSAT)
- ** Lic. en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Investigador Agregado. CIMEQ
- *** Programador. Facultad Finlay Albarrán.
- **** Especialista de I Grado en Cardiología CIMEQ

Resumen

Existen evidencias de que la variabilidad de la frecuencia cardiaca es un indicador del nivel de activación general de un sujeto, y que esta disminuye cuando se realizan tareas con exigencias de atención, emocionales o hay una disminución del estado funcional. En el presente estudio se evalúa la respuesta cardiovascular ante una prueba de esfuerzo mental. También se evaluará la tipología de personalidad expresada según el Patrón de Conducta (A, B y Mixto), y el estado emocional (ansiedad y depresión). Se evaluaron 12 parejas de sujetos «casi gemelos», a los que se les aplicó una evaluación cardiológica y una clínica psicológica. Todos los participantes realizaron una prueba para evaluar su tiempo de discriminación en tres niveles de dificultad. De manera simultánea se les registró la variabilidad de la frecuencia cardiaca mediante una tecnología de medición continua (Polar 8010). Toda la información fue procesada en el SPSS en su versión 11. Resultaron significativas las asociaciones entre el Patrón A de conducta y la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca expresada en coeficientes de variabilidad, con marcada diferencia a favor de los sujetos sanos que mostraron un decrecimiento significativamente menor comparado con los cardiopatas. La ansiedad y depresión no se correlacionaron con la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Se llega a la conclusión que los sujetos que han padecido una cardiopatía tienen un nivel de activación menos adecuado al realizar una tarea que exige atención que los sujetos sanos. Se deben realizar otras investigaciones con diseños más abarcadores para evaluar otros rasgos de personalidad con la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Palabras clave: variabilidad de la frecuencia cardiaca, estado funcional, patrón de conducta, ansiedad, depresión.

Abstract

There are evidences that the heart rate variability is an indicator of the level of general activation of a person, and this diminishes with tasks which demands attention, emotional or there is a decrease of the functional state. In this study we will evaluate the cardiovascular answer with a test of mental effort. The typology of personality will also be evaluated expressed according to the Pattern of Behaviour (A, B, and Mixed), and the emotional state (anxiety and depression). In this study 12 couples «almost twin persons» were evaluated. A cardiological and a clinical psychological evaluation was applied. All the participants made a test to evaluate their time of discrimination in three levels of difficulty. In a simultaneous way the heart rate variability was registered by means of a technology of continuous measure (Polar 8010). All the information was processed in the SPSS in its 11 version. It was significant the associations between the A Pattern of Behaviour and the decrease of the heart rate variability expressed in coefficients of variability, with marked difference in favor of the healthy persons that showed a significantly smaller decreased compared with persons suffering cardiopathies. The anxiety and depression were not correlated with the heart rate variability. We conclude that those that have suffered of a cardiopathies have a less appropriate activation level when carrying out a task that demands attention that the healthy persons. Other investigations should be carried out with more comprehensive designs to evaluate other features of personality with the heart rate variability. Key words: heart rate variability, functional state, behaviour pattern, anxiety, depression.

Introducción

Uno de los intereses primarios de los investigadores y clínicos que trabajan en el campo de la subjetividad, está relacionado con la evaluación de indicadores objetivos para las diferentes enfermedades y desviaciones del equilibrio emocional, que aquejan a una población cada vez mayor en todas las latitudes. ¿Cómo se cumple el principio del «monismo psicofísico, expresado por numerosos autores de la psicología basada en el materialismo dialéctico?»

Parece existir «consensus» sobre la posibilidad de evaluar el nivel de activación general a partir de la capacidad adaptiva del ritmo cardíaco en el hombre sano. De ahí que desde principios de siglo, la reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) ante estímulos capaces de exigir un esfuerzo de la atención o representar un alto costo emocional sea reconocida como un indicador de alteración funcional, al expresar un desequilibrio del sistema nervioso autónomo.^{1,2,3}

Los trabajos de Kalsbeek durante los años 60 y 70 resultaron un estímulo para la investigación empírica sobre la relación carga psíquica y respuesta autonómica, al emplear en condiciones de laboratorio, los paradigmas reconocidos en el término de «dual task», los cuales demostraron una asociación entre la dificultad de tarea con exigencias mentales y una «regularidad» en el ritmo del corazón. En otras palabras parecerá que ante altas exigencias neuropsíquicas, el corazón perdiera su capacidad adaptiva y reguladora, lo que permite plantearnos algunas hipótesis sobre la génesis de numerosos trastornos cardiovasculares, de frecuente referencia en determinadas profesiones.^{4,5}

Por otra parte, hay evidencias de que ciertos estados de ánimo y características específicas de la personalidad como el llamado Patrón "Tipo A", al igual que otras características de la personalidad, producen estados que pudieran denominarse de "baja funcionalidad", en particular la depresión, problema de salud en la mayoría de los países, la que parece producir una marcada disminución de la VFC.

Un aspecto a considerar en este trabajo es la posibilidad de usar la VFC en la práctica de la Cardiología, la Salud Ocupacional y en la Psicología Clínica, como un indicador de estados funcionales no satisfactorios.

Evaluar la relación entre características de personalidad en sujetos sanos y aquejados por una enfermedad del corazón y un indicador objetivo como puede ser la VFC sería de una inestimable ayuda desde la visión de los interesados en el tema.

Con el objetivo de evaluar el comportamiento de la VFC durante la aplicación de protocolos incrementales escalonados de exigencias mentales en sujetos sanos y sujetos cardiopatas y su relación con las características de personalidad, así como determinar la relación entre VFC y estados emocionales (ansiedad y depresión) se diseñó un experimento «ad hoc» que consistió en la realización de tres tareas del test Split, diseñado para evaluar el tiempo de reacción, descomponiéndolo en sus componentes primarios: tiempo mental o de decisión y tiempo motor.

La prueba exponía al sujeto a exigencias mentales gradualmente más difíciles en cada uno de sus tres subtests, después de establecer una línea de base (ver descripción de la tarea) de cada sujeto, registrada en reposo y con menos de cinco minutos de reposo relativo.

Fueron evaluados 12 pares de sujetos pareados por: edad entre 35 y 60 años, sexo (todos fueron hombres), nivel educacional medio o superior, estatus socioeconómico y profesión, profesional o técnico.

Uno de los integrantes de los pares de investigación había sufrido una cardiopatía diagnosticada y tratada en el Hospital CIMEQ. Para formar parte de la experiencia, a todos los cardiopatas se les confirmó el diagnóstico con un exhaustivo estudio de su patología y el tratamiento que tenía prescrito realizándole examen físico e interrogatorio sobre su estado actual.

En el caso de los cardiopatas, se realizó revisión de su historia clínica, prueba de esfuerzo, electrocardiograma y ecocardiograma.

A todos los sujetos motivo de estudio se realizó una evaluación clínico psicológica. El examen fue realizado de manera individual por el mismo equipo de especialistas en Psicología Clínica y contó con siguientes las evaluaciones:

- Presencia de conflictos en la esfera psicológica.
- Patrón o tipología de personalidad Jenkin Activity Survey (JAS)
- Ansiedad (actual y peculiar), test de Spielberger. Software DPC
- Depresión. Test de Zung Software DPC

En todos los casos se simultanearon las medidas del tiempo de reacción y la VFC con la presentación de la prueba estandarizada del tiempo de reacción discriminativo (TD) mediante el programa Split, con tres grados de dificultad creciente y se evaluó el tiempo de decisión, el motor y el tiempo de reacción total. Se compilaron los aciertos y errores de todos los sujetos para cada subtest.

La tarea utilizada en el Split presenta dos estímulos visuales a los cuales debe reaccionar el sujeto, marcando si el estímulo comparativo es frecuente o infrecuente, categoría previamente acordada entre el investigador y el sujeto. En la misma sesión, pero antes de someterse a la evaluación del TD, fue realizado un entrenamiento para garantizar la mejor comprensión de esta prueba. En cada nivel se evaluaron con 50 estímulos, de los cuales 20 eran infrecuentes

El registro de la VFC se realizó de forma continua con un equipo Polar No 810I, que consta de una banda receptora para captar el ritmo cardiaco y que registra las respuestas a partir de las llamadas derivaciones de Neeb en un equipo registrador, que se encuentra en forma de reloj pulsera. Se promediaron cuatro momentos en al evaluación de la VFC. Metodologías similares aunque con diferentes tecnologías pueden consultarse en Almirall y cols.^{4,5,6}

Línea de base. Después de reposar el sujeto, sentado 10 minutos, se calculó su línea de base registrando 5 minutos en condiciones basales.

A cada sujeto se le realizó una explicación exhaustiva sobre la prueba en su totalidad que iba a realizar y después se realizó un entrenamiento, hasta cerciorarse los investigadores que el sujeto estaba perfectamente entrenado y conocía la tarea que debía realizar. Además de conocer su interés y motivación en el experimento.

Inmediatamente se le sometía a los tres niveles de complejidad que se programaron en el software Split con cinco minutos de reposo entre cada nivel de complejidad. Simultáneamente se registraba la VFC en el sujeto.

Todas las mediciones se hicieron por el mismo equipo de trabajo, contando con una PC: P 4, con plataforma Windows XT y en los locales del Departamento de Psicología del CIMEQ.

Los datos fueron procesados mediante los Paquetes estadísticos SPSS versión 11.1y el STAT.

Resultados y discusión

Los sujetos evaluados pueden considerarse relativamente jóvenes, algunos casos se encuentran en edad laboral. La edad promedio de los sujetos evaluados fue de 50,4 años en un intervalo de 39 a 60. Estos resultados concuerdan con los reportados por numerosos autores⁷, los que no encontraron diferencias en relación a la edad y el sexo de los sujetos evaluados, lo que nos hace pensar que la disminución de la VFC es un

indicador casi universal del nivel de equilibrio autonómico. En nuestra experiencia, esta variable era homogénea, pues todos los sujetos eran hombres.

Independientemente del grupo a que pertenecieran, todos los sujetos expresaron dificultades crecientes en la ejecución de la prueba de (TD) además se evidenciaron diferencias significativas en la determinación del TD entre cardiopatas y sanos lo que se expresa en la Tabla 1

Tabla 1 Comparación en los tiempos de discriminación expresados en milisegundos en los tres niveles de dificultad de la tarea

Tiempo de discriminación	Media	DS	p
Total n=24			
Nivel 1	979.16	14.9	0.001
Nivel 2	1056.38	17.5	0.001
Nivel 3	1174.57	19.3	0.001
Nivel 1 Cardiopatas n= 12 No cardiopatas n=12	1047.65 901.98	12.21 9.75	0.001
Nivel 2 Cardiopatas. n=12 No cardiopatas n=12	1152.26 1002.23	9.26 10.01	0.001
Nivel 3 Cardiopatas n= 12 No cardiopatas n=12	1201.34 1110.35	7.34 8.50	0.005

Comparando la VFC entre todo el grupo se observa que la disminución de la VFC se incrementa con la dificultad de la tarea en forma directa y ascendente, es decir mientras más difícil resulta dar respuesta al paradigma propuesto de TD menos variabilidad de la VFC, aspecto ya señalado en otras investigaciones.

Estos resultados han mostrado una gran consistencia desde los primeros estudios de Kalsbeek y cols.^{8,9,10} realizados en una época tan lejana como finales de los 60 hasta nuestros días; la VFC ha mostrado gran sensibilidad para expresar esfuerzos cognitivos o emocionales relacionados con el nivel de activación del ser humano.

Al realizar una comparación entre los sujetos portadores de una cardiopatía y los sujetos sanos, se destaca que existe una diferencia significativa en la evaluación entre grupos lo que se expresa en la Tabla 2.

Tabla 2 Comparación de la variabilidad de frecuencia cardiaca en reposo (línea de base) y durante los tres grados de dificultad de la tarea para todo el grupo. Se expresa la variabilidad de frecuencia cardiaca en medias de coeficientes de variabilidad

Variabes	Media	DE	
Línea de base total N: 24	30.27	5.10	p
Línea de base cardiopatas n:12	23.19	3.98	0.01
Línea de base sanos n: 12	27.35	4.75	
Nivel 1			0.01
Cardiopatas.	11.19	4.12	
No cardiopatas	18.56	5.65	
Nivel 2			0.01
Cardiopatas	9.12	4.72	
No cardiopatas	13.45	6.23	
Nivel 3			0.01
Cardiopatas.	6.35	3.79	
No cardiopatas	10.26	4.85	

Tak y cols.³ realizan un metaanálisis que estudia la relación la VFC y el sistema autonómico, así como los efectos que produce el estrés psicológico y los desórdenes psicósomáticos reconociendo una gran heterogeneidad de los resultados obtenidos.

Algunos estudios realizados en condiciones experimentales o de terreno en nuestro medio han permitido llegar a conclusiones similares.^{4,5,6,11}

Tabla 3 Distribución en los diagnósticos de personalidad al aplicar el JAS a partir de la denominación de Patrón A, Patrón B y Patrón Mixto. Cardiopatas y sanos.

Clasificación	Patrón A	Patrón B	Patrón Mixto	Total
Cardiopatas	6	1	5	12
No cardiopatas	1	4	7	12
Total	7	5	12	24

$p=,058$

Los resultados obtenidos concuerdan con estudios ya «clásicos» en la literatura sobre el tema. Kamada y col¹² evaluaron la interacción simpato-vagal y los patrones de personalidad llamados Tipo A y B; estos autores comprobaron mediante el análisis espectral, el predominio de bajas frecuencias en la VFC, significativamente mayor en los patrones A de conducta. Koschke y col.¹³ estudiaron mujeres anoréxicas y lograron enunciar los mecanismos que explicaban las arritmias cardiacas a partir de la elongación del intervalo QT y su relación con factores de personalidad en particular la competitividad.

En concordancia con nuestros hallazgos en esta investigación Evrengul y col¹⁴ Cerati y col¹⁵ comprobaron que existía una reducción estadísticamente significativa de la VFC entre los enfermos del corazón y

los sujetos sanos al realizar una prueba de esfuerzo físico a partir de una disfunción del sistema autonómico donde predomina una baja activación del parasimpático.

Sin embargo, persiste gran incertidumbre con relación a la aplicación práctica de este conocimiento.

Si en un futuro se fuera a utilizar la VFC desde un punto de vista aplicado, sería necesario conocer cuáles son las fuentes intrínsecas de esta variación, por lo que resulta necesario relacionar el estado de salud expresado en la capacidad de respuesta a una exigencia cognitiva y la respuesta cardiovascular, objetivo de este trabajo, donde la personalidad y las enfermedades parecen tener un peso decisivo.

Tabla 4 Distribución en los diagnósticos al aplicar el test de Zung computarizado para la evaluación de la depresión en cardiopatas y sanos

Clasificación	Depresión		Total
	Sin psicopatología	Psicopatología ligera	
Cardiopatas	9	3	12
No cardiopatas	12	0	12
Total	21	3	24

$P=0.29$

Debemos destacar que solo tres de los evaluados y en el grupo de los enfermos recibieron la calificación de «depresión ligera» lo que limita notablemente los resultados de esta investigación, se necesita un diseño que considere una mayor frecuencia de esta variable.

Estos resultados parecen contrarios a las de Sakugari y Sugiyama¹⁶ entre otros autores, los que destacan la relación personalidad - respuesta al estrés y su manifestación en base a la depresión y otros estados de la personalidad evaluados por el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI), la psicostenia y la hipocondría resultaron asociadas con altas frecuencias de disminución de la VFC

Estudios experimentales han llegado a la conclusión que la hiperactividad simpática está asociada fundamentalmente a cinco rasgos característicos de la individualidad psicológica como: la ansiedad, depresión, factores predisponentes de la personalidad, rasgos caracterológicos, el aislamiento social y el estrés crónico, aspectos que se potencializan con conductas y hábitos adversos a la salud, como es el caso del hábito de fumar, lo que explicaría la hipertensión arterial y

otros trastornos del aparato cardiovascular.¹⁷

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la ansiedad actual y peculiar evaluada mediante el test de Spielberger. Tablas 5 y 6.

Tabla 5. Ansiedad peculiar según los resultados de la aplicación del test de Spielberger en cardiópatas y sanos

Clasificación	Ansiedad peculiar			Total
	bajo	medio	alto	
Cardiópatas	0	6	6	12
No cardiópatas	2	8	2	12
Total	2	14	8	24

$p=0,117$

Tabla 6 Ansiedad actual según los resultados de la aplicación del test de Spielberger en cardiópatas y sanos

Clasificación	Ansiedad Actual			Total
	bajo	medio	alto	
Cardiópatas	0	6	6	12
No cardiópatas	1	7	3	11
Total	1	13	9	23

$p=0,361$

Tabla 7 Coeficientes de asociación calculados al comparar los sujetos en presencia o ausencia de estas características de personalidad.

Patrón A	Coefficiente de asociación	p
Total	0,65	0,001
Cardiópatas	0,39	0,005
No cardiópatas	-0,23	0,05

En la tabla 7 se muestra la información fundamental de nuestro trabajo: la asociación entre la VFC, variable continua y las características de personalidad variables cualitativas nominales. Para su análisis se utilizó un coeficiente de asociación tetracórico

Los resultados de este trabajo permiten llegar a la conclusión que la variabilidad de la frecuencia cardiaca disminuye ante el esfuerzo mental, con significativa diferencia a favor de los sujetos que fueron clasificados como Patrón A en la evaluación psicológica realizada; los pacientes con cardiopatía tienen una mayor regularidad del ritmo cardiaco, además el Patrón A de Conducta resultó ser significativamente más frecuente en el grupo de cardiópatas asociado con la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Por otra parte, el diseño no resultó adecuado para evaluar la relación entre la depresión y la ansiedad y la variabilidad de la frecuencia

cardiaca como indicador general del estado funcional, por lo que se necesitan nuevas investigaciones con diseños más abarcadores.

Bibliografía.

1. Roe RA. Action facilitation and information work. VI International Symposium on Work Psychology. Dresden : SN; 1990. p. 27 -29.
2. Boer Willen R. and cols. Beat-to-beat-blood-pressure fluctuations and heart-rate variability in man: physiological relationships; analysis techniques and, a simple model. Amsterdam: SN; 1985.
3. Tak LM, Riese H, de Bock GH, Manoharan A, Kok IC, Rosmalen JG. As good as it gets? A meta-analysis and systematic review of methodological quality of heart rate variability studies in functional somatic disorders. Biol Psychol. 2009 Oct;82(2):101-10.
4. Almirall Hernández P. Efectos negativos del esfuerzo mental: Aspectos teóricos y metodológicos. Un método para su evaluación. [Tesis doctoral]. La Habana. Instituto de Medicina del Trabajo; 1986.
5. Almirall Hernández P, Santander J, Vergara A. La Variabilidad de la Frecuencia Cardiaca como indicador del nivel de activación ante el esfuerzo mental. Rev cubana Hig Epidemiol 1995; 33 (1 / 2): 10 -16.
6. Almirall Hernández P., González Muñoz J., Barrios A. Relación hombre –actividad laboral en una central atómica: Un enfoque psicofisiológico. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 1994; 32 (1- 2): 43 –50.
7. Agelink MW, Malessa R, Baumann B, Majewski T, Akila F, Zeit T, Ziegler D. Standardized tests of heart rate variability: normal ranges obtained from 309 healthy humans, and effects of age, gender, and heart rate. Clin Auton Res. 2001 Apr;11(2):65-6.
8. Kalsbeek J.W.H. Objective measurement of mental load. Acta Physiologic 27:253, 1965.
9. Kalsbeek JK. Do you believe in sinus arrhythmia? Ergonomics 1973;16:99.
10. Kalsbeek, J.W. On measurement of deterioration in performances caused by distraction Stress. Ergonomics 7:187. 1964.
11. Cabrera Rojo I, Cabrera Santos A, Gallardo Montes de Oca G. Variabilidad de la Frecuencia Cardiaca en el joven normal. Rev Cubana Invest Biomed 1997; 16(2): 99-104.
12. Kamada T, Miyake S, Kumashiro M, Monou H, Inoue K. Power spectral analysis of heart rate variability in Type As and Type Bs during mental workload

Psychosom Med. 1992 Jul-Aug;54(4):462-70.

13. Koschke M, Boettger MK, Macholdt C, Schulz S, Yeragani VK, Voss A, Bär KJ. Increased QT variability in patients with anorexia nervosa-An indicator for increased cardiac mortality? *Int J Eat Disord.* 2009 Oct 8. Epub 2009 Oct 8.

14. Evrengul H, Kose S, Amasyali B, Kilic A, Celik T, Turhan H, Tanriverdi H The relationship between heart rate recovery and heart rate variability in coronary artery disease. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2006 Apr;11(2):154-62.

15. Cerati D, Nador F, Maestri R, Mantrea M, Binda A, Perlini S, Vanoli E. Influence of residual ischaemia on heart rate variability after myocardial infarction. *Eur Heart J* 1997; 18(1): 78-83. *Circulation.* 2005 Jun 14;111(23):3022-4.

16. Sakuragi S, Sugiyama Y. Interactive effects of task difficulty and personality on mood and heart rate variability *Physiol Anthropol Appl Human Sci.* 2004 May;23(3):81-91.

17. Steptoe A, Molloy GJ, Personality and heart disease. *Heart and Education in Heart,* 2007

Bibliografía Consultada

- Tattersal A J, Hockey C J. Level of Operator Control and Changes in Heart Rate Variability during Simulated Flight Maintenance. *Human Factor* 1995; 37 (4): 682 – 98

-Tsuji H, Larson M G, Venditti F J, Manders E S, Evans J C, Feldman C L, Levy D. Impact of reduced heart rate variability on risk for cardiac events. The Framingham Heart Study. *Circulation* 1996; 94(11): 2850 – 5.

-Van Amelsvoort LG, Schouten EG, Maan AC, Swenne CA, Kok FJ. Occupational determinants of heart rate variability *Int Arch Occup Environ Health.* 2000 May;73(4):255-62

-Vukasovic Ramírez J L, Florenzano Urzua F. Variabilidad de la frecuencia cardiaca; sus fundamentos fisiopatológicos y su utilidad como índice pronóstico post-infarto agudo del miocardio. *Rev Med Chil* 1995; 123(11): 1412 – 7.

Trabajos Originales

Uso del propofol para la determinación de elocuencia en las embolizaciones de las malformaciones arteriovenosas cerebrales

José A. Jordán González*, José A. Prince López**

* Especialista de II Grado en Imagenología

** Especialista de I Grado en Neurocirugía

Resumen

La imposibilidad de adquirir el amital sódico en nuestro medio y el conocimiento previo del uso eventual del propofol en carótida interna para la determinación de la dominancia cerebral en la cirugía de la epilepsia (test de Wada), nos motivó a implementar el uso del propofol como un anestésico de acción ultrarrápida. Se trataron 48 pacientes y se realizaron 66 sesiones de embolización de malformaciones arteriovenosas desde febrero de 2006 a noviembre de 2009. A todos los pacientes se les aplicó el test de propofol, en cada una de las sesiones realizadas. Cinco pacientes (7.5%) resultaron positivos al test, apareciendo el defecto neurológico inmediatamente a la inyección del propofol. En un paciente con una malformación con pedículo aferente de la cerebral media se produjo una monoparesia braquial; no obstante ser positivo el test, se decidió realizar la embolización teniendo en cuenta la relación riesgo beneficio. En otra paciente con una tercera sesión de embolización, el resultado del test fue débilmente positivo; al valorar el riesgo beneficio se decidió embolizar el pedículo malformativo, que causó un déficit neurológico leve. El test de propofol resultó una herramienta diagnóstica muy útil para determinar la elocuencia cerebral, ofreció un apoyo decisivo para la determinación del pedículo a embolizar y brindó una mayor seguridad durante el proceder. La utilización del test de propofol para la determinación de elocuencia en las malformaciones arteriovenosas cerebrales constituye una novedad en el tema, permitiendo un mayor nivel de seguridad para el tratamiento de las mismas. Palabras clave: propofol, embolización, malformaciones arteriovenosas cerebrales

Abstract

The impossibility to acquire sodic amital in our environment and the previous knowledge of the eventual use of propofol in internal carotid to determine cerebral dominance in epilepsy surgery (Wada test) cause us to implement the use of propofol as an anesthetic of ultrarapid action. Forty eight patients were treated and 66 embolization sessions of arteriovenous malformations were done since February 2006 up to November 2009. Propofol test was applied to all patients in each of the fulfilled sessions. Five patients (7.5 %) resulted positive to the test, appearing the neurological defect immediately after the propofol injection. In a patient with a malformation with afferent pedicel of the medium cerebral a brachial monoparesis was produced. Nevertheless the test was positive, it has been decided to realize the embolization keeping in mind the relation risk/benefit. In another patient with a third embolization session, the test was weakly positive. The risk/benefit was evaluated deciding to embolize the malformative pedicel which produced a light neurological deficit. The results indicate that the propofol test was a diagnosis tool very useful to determine cerebral eloquence furnishing a decisive support to determine the pedicel to embolize and gave a greater safety during the procedure. It can be concluded that the use of propofol test to determine eloquence in cerebral arteriovenous malformations constitutes a novelty in the theme and permits a greater safety level to treat them. Key words: propofol, embolization, arteriovenous malformations

Introducción

La determinación de elocuencia cerebral ha sido una herramienta útil que brinda un nivel de seguridad en pacientes con malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAV), que van a ser embolizados y puede existir riesgo de reflujo del material embolígeno hacia pedículos elocuentes o de que se produzca un cierre de algún vaso distal normal involucrado en el nido malformativo, con el consiguiente daño neurológico.

El medicamento habitual utilizado para los test de elocuencia ha sido el amobarbital sódico (amital sódico),^{1,2} barbitúrico de acción ultrarrápida. Una valoración clínica pre y post-inyección del barbitúrico permite definir el riesgo de provocar una lesión neurológica permanente durante el proceder.

La imposibilidad de adquirir el amital sódico en nuestro medio y el conocimiento previo del uso eventual del propofol en carótida interna para la determinación de la dominancia cerebral en la cirugía de la epilepsia (test de *Wada*)³⁻⁶ nos motivó a implementar el uso del diprivan o propofol como un anestésico de acción ultrarrápida y definir si el mismo era capaz de proporcionar información sobre áreas de elocuencia cerebrales durante el proceder endovascular de las MAV.

Material y método

Se trataron 48 pacientes y se realizaron 66 sesiones de embolización de malformaciones arteriovenosas desde febrero de 2006 a noviembre de 2009.

A todos los pacientes se les colocó un introductor 6Fr, a través del cual se introdujo un catéter diagnóstico Vertebral o Simmons y se realizó una panangiografía diagnóstica para valorar las características de la angioarquitectura de la MAV. Posteriormente se llevó a cabo un intercambio del catéter diagnóstico por un catéter guía de 6Fr mediante una guía 0.035' de 260-300 cm, situando el mismo a nivel de la carótida interna o la vertebral del vaso aferente a la malformación.

Al catéter guía se le acopló un goteo controlado presurizado con una válvula hemostática. Después se subió con un microcatéter Magic 1.5 y una microguía 0.009', navegando por los vasos aferentes a la MAV hasta cateterizar un pedículo malformativo y colocar el microcatéter lo más proximal al nido, luego se realizó un tiro de control a través del microcatéter para verificar la posición del mismo en la MAV.

A continuación se realizó un examen físico neurológico que incluyó función motora, sensibilidad, lenguaje, pares craneales, cálculo simple y estado

conductual; este procedimiento fue evaluado por el neurocirujano actuante en el proceder, se administró el propofol intraarterial a nivel del nido malformativo o pedículo aferente que se pretendía embolizar a una dosis de 2ml (20mg) de propofol al 1%, el paciente se reevaluó inmediatamente a la inyección, al minuto y a los cinco minutos.

De ser positivo el test se retiró el microcatéter del sitio y se cateterizó otro pedículo o nido malformativo realizando nuevamente el test con este medicamento, al negativizarse la prueba se procedió posteriormente a la embolización del mismo con Histoacryl.

Resultados

Se trataron 48 pacientes y se realizaron 66 sesiones de embolización de malformaciones arteriovenosas. A todos los pacientes se les aplicó el test de propofol en cada una de las sesiones realizadas. De ellos, cinco (7.5%) resultaron positivos al test, apareciendo el defecto neurológico inmediatamente a la inyección del propofol, manteniéndose este al minuto, los síntomas desaparecieron a los cinco minutos de administrado el medicamento en todos los casos. (Tabla 1)

Tabla 1. Positividad del test de propofol

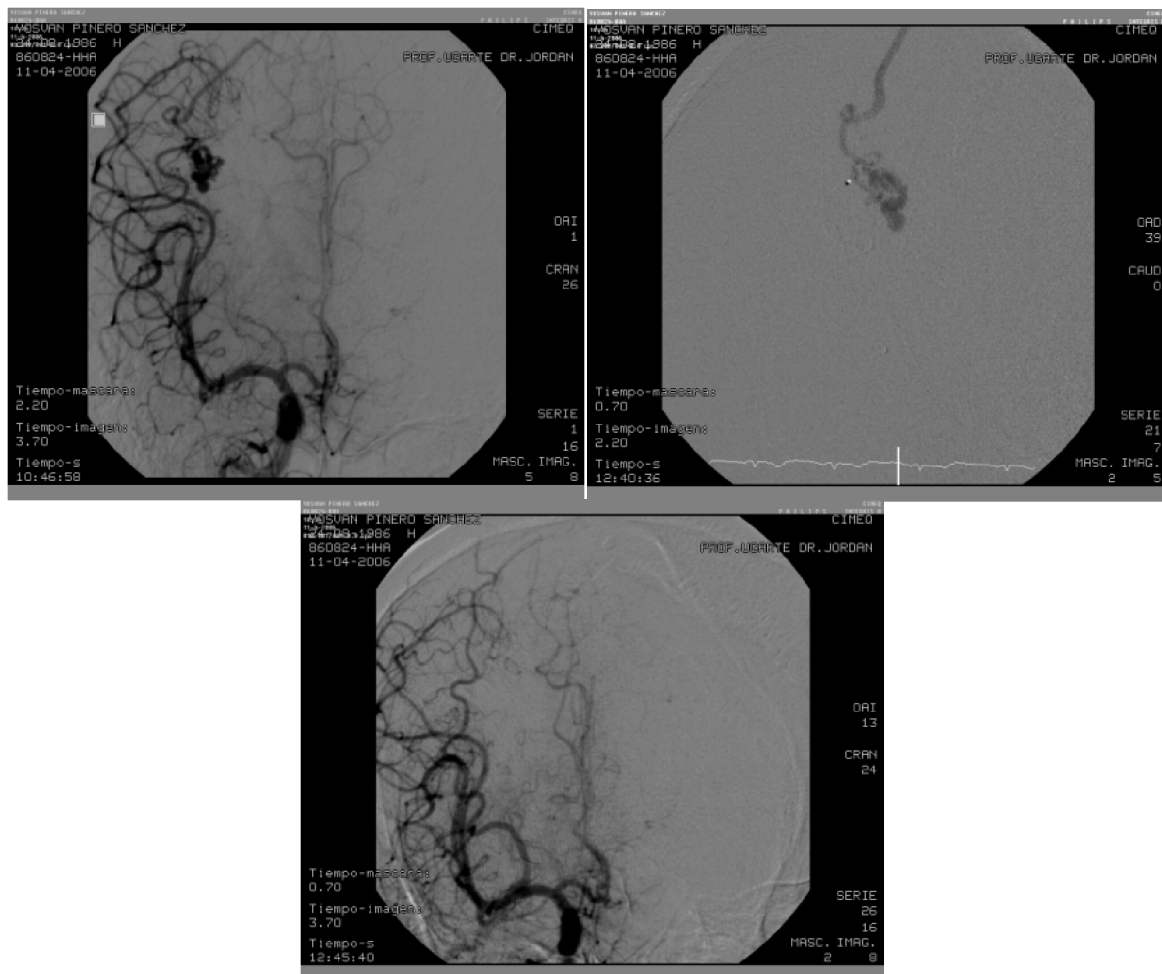
Total de sesiones de embolización	# de test positivos	# de test negativos
66	5 (7.5%)	61(92.5%)

En un paciente con una malformación monopédicular con pedículo aferente de la cerebral media, se produjo una monoparesia braquial distal (mano); no obstante ser positivo el test se decidió realizar la embolización teniendo en cuenta la relación riesgo beneficio, por ser un paciente joven que ya había sangrado, con un alto riesgo de resangramiento, localizada en área motora (fig.1)

El paciente inmediatamente salió del proceder con una paresia braquial distal, la cual recuperó posteriormente con fisioterapia.

En otra paciente con una tercera sesión de embolización, el resultado del test fue débilmente positivo, se valoró el riesgo beneficio, y se decidió embolizar el pedículo malformativo, que ocasionó un déficit neurológico leve, el cual se recuperó totalmente en la primera semana después de la embolización con fisioterapia.

Fig. 1



Discusión

La inyección del Histoacryl en una estructura vascular que irrigue un territorio elocuente debe correlacionarse con manifestaciones isquémicas cerebrales. La evolución clínica de los pacientes embolizados en nuestro estudio con un test negativo, que ocurrió en el 92.5% de los pacientes, no tuvo relación con complicaciones neurológicas de tipo isquémicas.

Asociado a esto, los casos positivos o débilmente positivos que fueron embolizados, tuvieron una total correspondencia, presentando ambas complicaciones isquémicas neurológicas, las cuales ya se había sospechado que podían aparecer en el test previamente realizado con el propofol.

El test de propofol resultó una herramienta diagnóstica muy útil para determinar la elocuencia cerebral, brindando un apoyo decisivo para la determinación del pedículo a embolizar y brindó una mayor seguridad durante el proceder.

La inaccesibilidad del amital sódico nos obligó a la búsqueda de anestésicos de acción ultrarrápida que permitieran delimitar elocuencia cerebral. Basados en las evidencias anteriores de inyecciones intraarteriales del propofol en el ya referido test de Wada, donde no se habían reportado efectos adversos significativos, se decidió aplicar en nuestra sistemática de trabajo en las embolizaciones de las malformaciones arteriovenosas cerebrales, la inyección supraselectiva del propofol a nivel de los nidos o pedículos malformativos.

Hasta el momento en la revisión bibliográfica realizada no se ha encontrado ningún reporte que mencione el uso del propofol intraarterial para la determinación de elocuencia en las malformaciones arteriovenosas cerebrales.

Los resultados obtenidos permiten llegar a la conclusión que la utilización del test de propofol para la determinación de elocuencia en las malformaciones arteriovenosas cerebrales constituye una novedad en

el tema, permitiendo un mayor nivel de seguridad para el tratamiento de las mismas, aunque resulta necesario señalar que se encuentra aún en fase preliminar y se debe incrementar el número de sesiones de embolización que apoyen las bondades de este procedimiento.

Bibliografía

1. Sperling MR, Saykin AJ, Glosser G, et al. Predictors of outcome after anterior temporal lobectomy: the intracarotid amobarbital test. *Neurology* 1994;44:2325-2330
2. Rausch R, Silfvenius H, Weiser H-G, Dodrill CB, Meador KJ, Jones-Gotman M. Intra-arterial amobarbital procedures. In: Engel J Jr, ed. *Surgical Treatment of the Epilepsies*. 2nd ed. New York: Raven Press 1993 341-357
3. Silva TM, Hernández-Fustes OJ, Bueno ML, et al. The Wada test with propofol in a patient with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58:348-50.
4. Takayama M, Miyamoto S, Ikeda A, et al. Intracarotid propofol test for speech and memory dominance in man. *Neurology* 2004;63:510-15
5. Masters LT, Perrine K, Devinsky O, Nelson PK. *Wada Testing in Pediatric Patients by use of propofol Anesthesia*. *American Journal of Neuroradiology* 2000; 21:1302-1305
6. Mikuni N, Takayama M, Satow T, et al. Evaluation of adverse effects in intracarotid propofol injection for Wada test. *Neurology* 2005;65:1813-16

Trabajos de Revisión

La atención al menor de edad víctima de abuso sexual

Dennis Ramírez Méndez*, Isabel Rodríguez Zaldívar**, Manuel Vázquez Seijido***, Juana Niurka Ronda Fernández****, Noemy Morales Guirola*****, Lissett Cuellar Fabelo***, Yinet Infante Paifer*****.

- * Especialista de I Grado en Psiquiatría, MSc en Psiquiatría Social, Especialista en MGI.
- ** Licenciado en Psicología
- *** Licenciado en Ciencias Jurídicas
- **** Licenciado en Bioquímica, MSc en Sexología
- ***** Licenciado en Defectología
- ***** Licenciado en Sociología

Resumen

Uno de los elementos fundamentales en el tratamiento del abuso sexual es la necesidad de identificar los mecanismos idóneos para intervenir en el tratamiento a la víctima. En Cuba tales mecanismos se concretan en el actuar de diferentes instituciones entre las que se encuentra el Centro de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes el que tiene entre sus cometidos la intervención para prevenir o disminuir, según sea el caso, la victimización en menores de edad que han resultado víctimas de abuso sexual; que se materializa en el proceso de exploración, así como en la atención y tratamiento psicológico y psiquiátrico brindado a las víctimas y su familia. Palabras clave: abuso sexual, victimización, intervención, víctima, interdisciplinario. transdisciplinario.

Abstract

One of the fundamental elements in the treatment of the Sexual Abuse is the necessity to identify the suitable mechanisms to intervene in the treatment to the victim. In Cuba such mechanisms they are summed up in acting of different institutions among those that is the Center of Protection to Girls, Children and Adolescents the one that has among their made the intervention to prevent or to diminish, as it is the case, the victimization in smaller than age that they have been victims of Sexual Abuse; being materialized this in the exploration process as well as in the attention and psychological and psychiatric treatment toasted to the victims and their family. Key words: Sexual Abuse, victimization, intervention, victim, interdisciplinary, transdisciplinary.

Introducción

Las nuevas realidades del mundo actual cada vez son más complejas, por lo que se hace preciso abordarlas desde una perspectiva inter y transdisciplinaria, que abarque la interrelación entre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales. El presente trabajo pretende ofrecer desde dicho enfoque algunas cuestiones de la praxis en el tratamiento de los menores de edad víctimas de abuso sexual.

The National Center of Child Abuse and Neglect define el abuso sexual como los «*contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño o cuando está en una posición de poder o control sobre otro menor*»¹. Resulta per-

tinente destacar que aunque la referida es una de las más completas, cuando se revisa la literatura sobre el tema, las definiciones dadas son variadas, en dependencia del área del conocimiento desde la que se elaboran; aunque existe acuerdo en la estimación de los daños que estas situaciones ocasionan en los menores víctimas de abuso sexual.

Para una mejor comprensión de este fenómeno y desde un punto de vista teórico, pueden identificarse diferentes categorías dentro del abuso sexual, las cuales se conciben en función de la presencia o no de violencia física, intimidación, grado de contacto corporal (proposiciones verbales explícitas de contenido sexual, tocamientos, acceso carnal) e incluso atendiendo a la finalidad (placer u otro fin de carácter económico) con la que se realiza el mismo por parte del agresor.

Tratar el tema implica abordar algunas cuestiones sobre la víctima como uno de los elementos fundamentales en el tratamiento del abuso sexual.

Desde una perspectiva general, se entiende por víctima *«toda aquella persona que sufre daño grave, por culpa ajena o por accidente,»*² definición que abruma por su sencillez y generalidad ante el tratamiento teórico-doctrinal que han ofrecido al respecto quienes desde la Victimología u otras ciencias estudian a fondo la cuestión.

De manera más abarcadora se muestra la definición dada por la Organización de Naciones Unidas durante el Congreso para la Prevención del Delito y el Tratamiento al Delincuente (1980), donde se plantea que puede ser considerada víctima *«toda persona que ha sufrido una pérdida, daño o lesión, sea en su persona propiamente dicha, su propiedad o sus derechos humanos, como consecuencia de una conducta que constituya una violación de la legislación penal nacional, un delito bajo el Derecho Internacional, que integre una vulneración de los principios sobre derechos humanos reconocidos internacionalmente o de alguna forma implique un abuso de poder por parte de personas que ocupen posiciones de autoridad política o económica»*³. Debe advertirse la influencia de la dogmática jurídico-penal en la construcción teórica del concepto tratado a priori, no obstante este puede verse desde una óptica transdisciplinaria.

Se han formulado incluso tipologías victimales por numerosos autores, que tienen como base o fundamento el análisis integral de las características bio-psico-sociales de las víctimas.

Sobre la base de la noción de víctima, se construye entonces la definición de victimización, cuestión tratada desde la óptica de análisis de diferentes ciencias y en particular como uno de los elementos fundamentales del objeto de estudio de la Victimología; la definición que generalmente se ofrece es «acción y efecto de victimizar a otro».

De manera consensuada en la doctrina se alude a la llamada *victimización primaria, secundaria y terciaria*. La primera se produce en el accionar directo del victimario sobre la víctima durante la ejecución del hecho victimizante (constituya delito o no); la segunda, también conocida como revictimización, alude a aquellas vulneraciones (de cualquier índole) padecidas por la víctima durante el proceso penal que se sustancia en relación con el hecho acaecido; y la tercera, implica aquellas circunstancias en las que un imputado puede resultar victimizado como consecuencia del actuar de aquellos que intervienen en las diferentes fases del aludido proceso penal.

En relación con la victimización no basta solo con su delimitación conceptual, sino que resulta necesario identificar los mecanismos idóneos para intervenir en el tratamiento a la víctima¹.

En Cuba se concretan tales mecanismos en el actuar de diferentes instituciones que tienen como uno de sus objetivos la atención especializada a las víctimas, advirtiéndose entre estos al Centro de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes (CPNNA) el que tiene entre sus cometidos la intervención para prevenir o disminuir, según sea el caso, la victimización en menores de edad que han resultado víctimas de abuso sexual; que se materializa en el proceso de exploración, así como en la atención y tratamiento psicológico y psiquiátrico brindado a las víctimas y su familia.

A través de la exploración se examina o entrevista al niño/a o adolescente, de manera que pueda conocerse su testimonio acerca de los hechos que se investigan. Tal examen debe practicarse sobre la base de estrategias y metodologías de trabajo que permitan un ambiente propicio para que el menor exprese todo lo sucedido y eviten, como se ha apuntado, la victimización secundaria del mismo.

Aunque en ocasiones suela identificarse la exploración con el momento de la entrevista, puede hablarse de etapas que conforman el proceso de exploración, las que de forma coordinada y con la participación de especialistas (psicólogo, jurista, sociólogo, defectólogo, sexólogo) contribuyen a la obtención del aludido testimonio. La entrevista realizada es grabada (audio y vi-

deo) en soporte material, el que en el momento de la vista oral (del proceso penal) puede ser presentado como prueba documental y visionado por el Tribunal que se pronunciará en su momento; de esta manera, la posible revictimización del niño o adolescente puede ser evitada, aunque existe la posibilidad de que el propio Tribunal estime pertinente examinar por sí mismo al menor edad⁴.

Cada una de las etapas o momentos del citado proceso relacionadas a continuación de manera sintética, evidencian el enfoque inter y transdisciplinario con el que se asume el tratamiento a los niños y adolescentes víctimas de abuso sexual⁵

Recibimiento del caso: el menor víctima, en compañía de sus representantes legales es recibido en el centro por un especialista del mismo, quien brinda, sin hacer referencia al hecho victimizante, informaciones generales sobre el lugar donde se encuentran, mostrándole además las áreas del CPNNA.

Etapas de preparación: el psicólogo obtendrá una primera impresión psicológica a través de técnicas interactivas (observación, entrevista, dibujo, juego). Se trabaja en función de reducir las tensiones, de forma que se propicie un entorno favorable para el desarrollo de la exploración. De igual manera, se realizan todas las acciones necesarias para lograr el rapport con el instructor especializado (explorador). Atendiendo a las características del menor, pudiera ser necesaria la participación del defectólogo en caso de existir alguna discapacidad para valorar con el psicólogo si el niño se encuentra en condiciones de pasar al salón de exploración. En este momento se le explica de modo adecuado la razón por la que se encuentra en el centro y las actividades que se realizarán.

Etapas de atención a la familia: al mismo tiempo que se trabaja con el menor en la etapa de preparación, los representantes legales del mismo pasan a ser entrevistados por uno de los especialistas, donde se conocen elementos relacionados con el entorno familiar en el que se desarrolla éste y los hechos que se investigan. Como parte de la entrevista se orienta a la familia en los aspectos que lo requieran y se informan todos los procedimientos a fin de que los representantes legales otorguen, en forma escrita, el debido consentimiento para llevar a vías de efecto el proceso de exploración. En los casos en los que los menores de edad no sean representados por sus padres o tutores, el fiscal, en defensa del interés superior del niño, niña o adolescente, ejerce tal representación.

Etapas de planificación de la estrategia de exploración: en este momento del proceso se reúnen los especialistas que intervienen en las etapas anteriores, así como el fiscal actuante, oficial de prevención de menores, el instructor que investiga el caso, el abogado de la defensa y el instructor especializado, quienes bajo la coordinación del jurista del centro ponen sobre la mesa de trabajo los elementos de importancia para trazar la estrategia de exploración. Durante esta etapa se presta especial atención al hecho de que durante el desarrollo de la entrevista no se formulen preguntas de manera inductiva a sus respuestas y que las mismas no sean enfocadas en forma victimizante. Asimismo, en función de la información y la opinión profesional de los participantes, se decide sobre la pertinencia de llevar a cabo la entrevista en ese momento, por lo que en ocasiones, y de acuerdo a las características propias del caso, se toma la decisión de derivar al menor de edad a una intervención terapéutica para lograr en otra oportunidad, una adecuada exploración.

Etapas de exploración: en esta etapa tiene lugar la entrevista, en la que el especialista designado establece una comunicación con el menor, a fin de que este narre lo sucedido (acontecimiento del abuso). El local destinado para la exploración contará con las condiciones idóneas, a saber: insonorización para evitar ruidos externos, climatización, presencia de juguetes con características particulares que permitan el desarrollo de la entrevista, así como una decoración agradable que permita un clima apropiado. Simultáneamente, la exploración es visionada en el local donde a priori se había planificado la estrategia, participando además los representantes legales del menor de edad explorado; en dicho lugar se cuenta con medios tecnológicos que permiten la comunicación constante de los especialistas con el entrevistador, garantizando la calidad de la exploración⁶.

Luego de concluida la entrevista, el psicólogo alivia las tensiones que puede haber provocado el momento de la exploración y el equipo de especialistas se reúne con el objetivo de evaluar la calidad de la misma: el cumplimiento de las etapas del proceso y de la estrategia de exploración previamente planificada, la no victimización durante el desarrollo de la entrevista y si las preguntas fueron formuladas de manera no inductiva a sus respuestas. De igual manera se concilia el seguimiento que se dará al caso.

Otros de los elementos importantes dentro de la intervención en estos casos es el seguimiento a las víctimas. Esta se establece de manera coordinada con los Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil de los Hospita-

les Pediátricos y los Centros Comunitarios de Salud Mental pertenecientes a nuestro Sistema Nacional de Salud, además de la Consulta Especializada en Psicología y Psiquiatría Infanto-Juvenil que se encuentra en nuestro Centro.

En cuanto a este último aspecto nos referiremos a la intervención del psicólogo y el psiquiatra en el seguimiento de la víctima desde la posición de terapeutas, ¿pero en qué momento se interviene desde el ámbito clínico?

Dado que el objetivo fundamental es la protección y atención integral a la víctima y su familia desde una perspectiva clínica, el momento de intervenir depende de cada caso en particular. La eficacia de esta intervención se plantea en el sentido de parar el fenómeno del abuso e intentar una posibilidad de cambio en la víctima y su familia.

¿En qué circunstancias llegan los menores víctimas a la consulta del centro?

El menor puede llegar formando parte de un proceso legal o sin haberse sustanciado el mismo, existen las sospechas del abuso sexual; posterior a la exploración o previo a esta, según lo requiera el caso (vid. *Supra*, referente a la etapa de planificación de la estrategia de exploración).

Desde el ámbito clínico, el abuso sexual no obedece a una patología individual determinada, ni a un tipo de familia, sino que es un complejo problema donde intervienen múltiples factores, las estrategias de intervención se diseñan teniendo en cuenta los aspectos individuales, familiares y sociales de la víctima.⁷

A partir de la afirmación anterior se puntualizan algunos aspectos importantes en el proceso terapéutico, relacionados con la víctima y con el terapeuta.

En la atención clínica la prioridad la tiene el menor. Es necesario propiciar la escucha e identificar qué posición subjetiva asume el paciente ante el acontecimiento del abuso sexual y ante el proceso legal que lo implica como víctima, así como la situación familiar particular que se suscita, pues en muchas ocasiones aún cuando llegan al centro como víctimas de delitos, estos pueden o no vivenciar el papel de víctima. Ante un evento de este tipo las respuestas del menor pueden ser diversas. La práctica revela que no todo niño resulta traumatizado ante un acontecimiento de abuso sexual, quizás esta paradoja se explique por los múltiples factores que intervienen en este fenómeno: características psicológicas (nivel de desarrollo intelectual, afecti-

vo, en la esfera social, estrategias de afrontamiento, etc.), tipo de relación previa con el victimario, carácter intrafamiliar o extrafamiliar del abuso y el carácter continuado del mismo, entre otros.⁸

Otro aspecto, es el hecho de que los padres o adultos a cargo del niño victimizado deben formar parte de dicho tratamiento. La inclusión de estos durante la intervención será de acuerdo a las exigencias propias del tratamiento y a las características de la propia familia. No obstante, la presencia de esta siempre es parte de una intervención clínica planificada, con el fin de lograr resultados positivos en el trabajo terapéutico.

La intervención psicoterapéutica desde la consulta del CPNNA debe tomar en cuenta no solo cuestiones clínicas sino también jurídicas, por estar de alguna manera vinculada a un proceso de este tipo. En ocasiones se generan dilemas de carácter ético, que se configuran según los intereses y características propias de las instituciones por las que transita la investigación en la cual el menor de edad figura como víctima de abuso sexual.⁹

Esto impone tener en cuenta algunas cuestiones éticas que permitan un adecuado funcionamiento de dicha intervención en función de la protección de del interés superior del niño.

No se puede perder de vista los límites existentes entre el espacio de la consulta y el proceso de exploración, sin importar el orden que se le de a estos dos momentos, según las exigencias del caso. La consulta mantendrá como objetivo lograr resultados positivos en el niño y su familia luego de un hecho de abuso sexual; y en el caso de que fuera necesario trabajar con ellos antes de la exploración, será con vistas a diagnosticar e intervenir, con el fin de tributar a una mejor disposición de los mismos en cuanto al proceso. En ambos casos, el fin no guarda relación con la búsqueda de información en relación con el hecho que se investiga.

El psicólogo y el psiquiatra pueden desempeñarse como peritos en la vista oral, aportando al proceso criterios profesionales con respecto al caso, en el que deberán mantener una posición profesional y brindar los elementos relacionados con el estado psicológico del menor.

En el marco de la consulta puede darse el caso que durante la intervención surjan elementos que permitan sostener una sospecha de abuso sexual, que corroboren el motivo por el cual se encuentra en el proceso de exploración o impliquen novedad en cuanto a los hechos conocidos. Ante esta situación se procede con la

intervención, en el supuesto que no haya sido explorado, se valora la pertinencia de hacerlo y la manera de llevarlo a cabo, teniendo en cuenta la particularidad del caso. De igual manera, ante la sospecha de un evento de abuso sexual que hasta el momento no se conozca, se pone en conocimiento de las instancias competentes lo relativo a la novedad.

Como puede advertirse, el tratamiento brindado al menor víctima en el ámbito del Centro de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes se configura sobre la base de la transdisciplinariedad con que los especialistas abordan la cuestión. Dicha integración implica la motivación, participación activa y también del consenso de distintos profesionales que interactúan en el referido medio institucional. Como es sabido, el enfoque transdisciplinario ofrece la posibilidad de análisis amplio contrario a todo enfoque reduccionista, por lo que amplía las posibilidades en el tratamiento del fenómeno, en este caso, las víctimas.

En contraste con los elementos positivos que aporta esta integración, aparece la posibilidad de lógica polémica que se origina no solo por los múltiples factores que intervienen en el fenómeno del abuso, sino también por la exposición de los profesionales desde diferentes disciplinas, los cuales se enfrentan a dilemas y paradojas difíciles de resolver en la atención y seguimiento a la víctima, por lo que el tema sugiere profunda reflexión y no permite una conclusión definitiva.

El presente abordaje, aunque de manera sintética, constituye una aproximación a la cuestión de la intervención en los casos de abuso sexual en menores de edad, acercamiento que desde la praxis llama al análisis por parte de todos los que de una manera u otra tratan tal problemática social.

Bibliografía

1. de Armas Fonticoba T. coordinadora. Criminología. 1ra ed. La Habana: Félix Varela; 2004.
2. Inglés A. El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, Com. Per què. Barcelona: Departament de Justícia; 2000.
3. Víctima. En: Francés Alvero F. Cervantes Diccionario Manual de la Lengua Española. La Habana: Pueblo y Educación, 2008. p. 877.
4. Gómez Pérez A. Aspectos puntuales acerca de la Victimología. En: de Armas Fonticoba, T. Criminología. 1ra. La Habana: Félix Varela; 2004. p. 298-342.
5. Instrucción No. 173 del Consejo de Gobierno del Tribunal Supremo Popular de 7 de mayo de 2003.
6. Código Penal: Título XI «*Delitos contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales y contra la familia, la infancia y la juventud*. Ley 62/87. Gaceta Oficial de la República de Cuba. p. 127-136.
7. Butler T, Kiner N. Curso de capacitación en técnicas de entrevistar a niños testigos y víctimas. Santiago de Cuba; 2008.
8. Echeburúa E, De Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002;14:139-146.
9. López F, Hernández A, Carpintero E. Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje*. 1995;71:77-98.
10. Pedreira M. Bioética en la investigación en psiquiatría de la infancia y de la adolescencia: fundamentos, condiciones y consentimiento informado. *An Psiquiatría*, 1998;14(1): 30-42.

Trabajos de Revisión

Los metrosexuales en la adolescencia

Laura Alvaré Alvaré*, Keytel García Rodríguez**.

* Especialista de II Grado en Pediatría, MSc en Sexualidad, Profesor Asistente, Investigador Auxiliar. CIMEQ.

** Licenciada en Psicología. CIMEQ.

Resumen

Es un reto para el adolescente varón hacerse cargo de su emergente sexualidad. Si además no se valora la falta de información que tienen los varones generalmente a estas edades y no se acompañan en sus cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren en este periodo, es muy probable que no puedan valorar la importancia que tiene el cuerpo en esta etapa de la vida y cómo la autoestima está íntimamente ligada a este último. Existen muchas tendencias que rompen de manera drástica los esquemas impuestos por el género, ejemplo de esto se evidencia en la moda de los metrosexuales, que es una nueva clase de hombres que cuidan su imagen como las mujeres y no tiene nada que ver con su orientación sexual. Por todos estos argumentos, se realizó una investigación cualitativa con el objetivo de determinar la importancia que le da el varón a su cuerpo, se utilizó como método los grupos focales, se estudiaron 20 adolescentes varones de la Escuela de Química con edades comprendidas entre 15 y 18 años. Entre los resultados más importantes se encontró que la mayoría de los varones no valoran los cuidados del cuerpo, ya que la percepción de la masculinidad no se los permite, pero existe un grupo minoritario que sigue la moda de los metrosexuales. Palabras clave: adolescente varón, metrosexual.

Abstract

For the male teenager taking responsibility for his sexuality is a real challenge. In addition, if we do not value the lack of information that generally exists in the male individuals at this age and we are not with them in their physical, psychological and social changes that occur in this period, it is very likely that they do not value the importance of the body in this stage of the life and how self esteem is closely related to the latter. In today's world there are many tendencies that drastically break with the patterns imposed by the genre, for example, there is the metrosexual fashion which is the new kind of men that take care of their images like women do, this has nothing to do with their sexual orientation. Due to all these issues, we were moved to carry out a research with the purpose of determining the importance given by the male to his bodies. We undertook a quality research using the focal group method, 20 male adolescents from the Chemistry School were studied, their ages ranged from 15 to 18 years old. Among the most important results we found that the majority of the males did considered the body cares because the perception of masculinity they had prevented them from doing that, but there was a minority group that followed the metrosexual fashion. Key words: male teenager, metrosexual

Introducción

La adolescencia y la juventud constituyen una fuerza vital y creciente en continuo intercambio con la familia, los amigos, la escuela y la sociedad en general. La población juvenil está creciendo en términos tanto absolutos como relativos a nivel mundial. Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años de edad. Aquellos entre 10 y 24 años constituyen alrededor de 1,6 millones de la población total y se estima

que la población juvenil llegará a 2 000 millones en el año 2025.

En América Latina y el Caribe, la población adolescente representa un 21% y en Cuba alrededor del 14%. La información epidemiológica de los adolescentes es escasa, está influenciada por el marco conceptual de problemas o de riesgos para su salud y no están bien desagregadas por edades ni por sexo.

Se dan muchas cosas por sentado sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes varones, la mayoría

supone que están bien informados, o mejor dicho que tienen que estarlo, que no tienen dudas referentes a su sexualidad, que conocen a la perfección los cambios que ocurren en sus cuerpos y que enfrentan su emergente sexualidad sin dificultades, lo cual constituye en realidad un verdadero reto, que tienen pocas necesidades y que su desarrollo corre pocos riesgos en comparación con las adolescentes mujeres.

La mayoría de los adolescentes varones gozan de buena salud, tienen un buen desarrollo físico e intelectual. No obstante, enfrentan ciertas dificultades que probablemente pocas personas hayan tenido en cuenta. De los hombres se espera que sean activos, productivos, y orientados hacia el afuera o lo externo y que puedan penetrar el cuerpo de una mujer en cualquier momento. Y que no tengan que cuidar del suyo propio.¹ Como se refiere en el protocolo que orienta la investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y jóvenes en América Latina,² las investigaciones de esta década sugieren que las necesidades de salud de los hombres, especialmente los adolescentes son más urgentes de lo que se pensaba. Rutter³ sugiere que el género masculino es la variable que genera mayor vulnerabilidad al riesgo. Según Keijzer⁴ en América Latina, la carga de enfermedad para los hombres es 26% más alta que para las mujeres y mucha de esta morbilidad está asociada a la construcción social de la masculinidad, a menudo relacionada con el uso del alcohol, el estrés y los estilos de vida.

Por otra parte, en el desarrollo de los varones está presente esa construcción social que se denomina género y que posee características socialmente construidas, las cuales definen y relacionan los atributos actuales de ser hombre y ser mujer.⁵

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cualitativo a adolescentes varones de la Escuela de Química, Playa, Ciudad de La Habana. Las técnicas utilizadas fueron: los grupos focales y las entrevistas en profundidad. La muestra fue intencional y se obtuvo de forma opinática, ya que la maestra guía seleccionó a los alumnos. El número de adolescentes estudiados fue de 20 varones con edades comprendidas entre 15 y 18 años.

La entrevista en profundidad y los grupos focales se llevaron a cabo con el consentimiento informado de los adolescentes. En ambas se indagó sobre la partici-

pación del varón en el cuidado de su cuerpo y en la moda, desde la óptica de los metrosexuales.

Este estudio nos permitió profundizar y entender el comportamiento de estos varones con respecto al cuidado de sus cuerpos y a la influencia de la moda desde la óptica de la imagen, que se ha concebido socialmente para las mujeres.

Se definieron los varones que cuidan sus cuerpos, aquellos que están bien informados en su desarrollo físico durante la adolescencia y que ante cualquier duda acuden a un facultativo para que les aclare. Por otra parte, se definieron como metrosexuales, aquellos adolescentes que cuidan mucho de su imagen incluyendo la ropa que usan, el cuidado de su pelo, de la piel y el empleo de maquillajes, sin que esto interfiera en su orientación sexual.

Las categorías de análisis empleadas en los grupos focales incluyeron los cuidados del cuerpo, con la dimensión del significado de seguir los patrones de los metrosexuales, tales como el uso de maquillajes y otros atributos.

Discusión de los resultados

En la entrevista en profundidad con los adolescentes se pudo detectar que la relación con sus cuerpos es más abierta, que tienen menos prejuicios y que cuidan de sus cuerpos rasurándolos, depilando sus cejas para perfilarlas, además utilizan maquillaje, especialmente en ojos y labios, afirmando que esto les mejora su imagen corporal y que los vellos corporales son poco higiénicos y «asquerosos» y que además, sienten que de esa manera son más atractivos frente a las mujeres.

Algunos adolescentes refieren que se visten de acuerdo a las diferentes tribus urbanas que existen, por ejemplo los roqueros que se visten diferente a los emos y a los repas y oyen hasta diferentes músicas. En el caso de los roqueros alegan que la música es más fuerte y agresiva. Por otra parte, alegan que los frikis son «cochinos» porque no se bañan, o sea que valoran muy positivamente la higiene de sus cuerpos. Otros refieren que no están de acuerdo con estas modas que se han implantado, especialmente en sociedades de consumo, y que lo único que hacen es rasurarse porque es más higiénico, pero no se maquillan ni se sacan las cejas, porque no quieren parecerse a las mujeres.

Aquí aparece esa construcción social que es el género, que a través de la historia la sociedad ha pautado, determinando cuáles son los atributos de ser hombre y de ser mujer.

Se sabe en la actualidad que la moda de los metrosexuales es liderada de manera no oficial por el jugador del real Madrid David Beckman, que incluye a hombres jóvenes y adolescentes, que les gusta ir a los gimnasios, escoger su ropa, cuidar al detalle de su físico y para los cuales el cuidado personal es fundamental.⁶ Además estos hombres son capaces de reconocer el miedo, de llorar y de expresar sus emociones frente a otros, aceptando su vulnerabilidad. Se dice que son hombres heterosexuales con las características y los estereotipos que se les otorgan a los homosexuales.

La imagen de ellos es impecable y diferente al estereotipo hasta entonces asignado a los hombres.

Los resultados del estudio muestran que los adolescentes encuestados en general cuidan la higiene de sus cuerpos, aunque en ocasiones están un poco desinformados del desarrollo físico que les acontece en este periodo, la mayoría entiende como positivo e higiénico rasurarse los genitales, un grupo menor de jóvenes sigue la moda de los metrosexuales y se consideran más atractivos frente a las mujeres. Se recomienda profundizar en estudios posteriores y ampliar el tamaño de la muestra

Bibliografía

1. Barker G. Que ocurre con los muchachos .Una revisión bibliográfica de la salud y desarrollo de los muchachos adolescentes. Washington: OMS; 2000.

2. Lundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. Washington: OPS; 2000.

3. Rutter N. Phhycosocial resilience and protective mechanisms in rulf, masten as, ciccheff. Risk and protective factors. Cambridge: University Press; 1990.

4. Keizer B. Masculinity as a risk factor. Coloquio Latinoamericano sobre Varones, Sexualidad y Reproducción; 1995 Nov 17-18; Zacatecas. Mexico; 1995.

5. Alvaré LE, Diaz MT, Córdova MD. El adolescente varón está en riesgo [Tesis de maestría]. Ciudad de la Habana: CENESEX; 2003.

6. La flecha [página principal en Internet]. Marbella: Sara Romero; 2003 [actualizado 4 Abr 2010; citado 4 Abr 2010]. La moda de los metrosexuales. Disponible En: <http://www.laflecha.net/canales/curiosidades/noticias/200410261>

Bibliografía consultada

AguirreR , Guell P. Hacerse Hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. Whashington: OMS; 2002.

Alvaré LE. Conversando íntimamente con el adolescente varón. La Habana: Científico-Técnica; 2004.

Alvaré LE. Conversando íntimamente con la adolescente mujer. La Habana: Científico-Técnica; 2005.

Trabajos de Revisión

Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad.

Beatriz Torres Rodríguez*, Carlos Gutiérrez Gutiérrez**

* Dra. Ciencias Psicológicas. Profesora en Investigadora Titular. CIMEQ

** Dr. Ciencias Médicas. Profesor Titular. Especialista Segundo Grado en Nefrología. CIMEQ

Resumen

Se realiza un análisis y reflexión relacionados con el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la repercusión que estas tienen en la aparición de disfunciones sexuales y conflictos en la dinámica de la pareja, haciendo énfasis en que ambos grupos de entidades comparten factores de riesgo similares, una puede aparecer de forma secundaria a la otra. Se particulariza la implicación que tiene el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles en la sexualidad y en la calidad de vida en general. Palabras clave: sexualidad, calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles

Abstract

An analysis and reflection related to the increase of non transmissible chronic diseases was made and the contribution of these diseases in the beginning of sexual dysfunction and dynamic partner conflicts, both problems have similar risk factors, one can be the first or secondary to the other. The sexuality and the quality of life are affecting for the developing of non transmissible chronic diseases. Key words: sexuality, quality of life and non transmissible chronic diseases.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) producen afectaciones en prácticamente todos los aspectos biosicosociales del individuo enfermo con trascendencia también sobre la pareja, la familia y la sociedad en general. La calidad de vida (CV) de estos pacientes se va afectando progresivamente desde el debut de la enfermedad. Una buena calidad de vida se expresa habitualmente en términos de satisfacción, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste.

En general, la enfermedad, sobre todo las crónicas y su tratamiento o sus secuelas, modifican metas, expectativas y esperanzas. El concepto de adaptación y la búsqueda de nuevos estilos de afrontamiento en la vida del sujeto, es por tanto, el concepto clave para la calidad de vida, y es el vínculo de unión entre la calidad de vida, el afrontamiento y el apoyo social.

Por otro lado no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida. El «estado de salud» es, sin embargo, un indicador mixto, puesto que si bien existen indicadores objetivos (fundamentalmente de orden biológico), también son importantes los indicadores subjetivos, donde las expectativas y las vivencias de pérdida afectan la autoestima de las personas.

El estudio de los aspectos psicológicos que participan en la valoración de la CV emerge como una temática de gran importancia y necesidad en el ámbito médico, donde se describen múltiples paradojas al estudiar la dimensión física y psicológica de la CV y cada vez más se resalta el papel y la importancia del componente subjetivo y personal para comprender y actuar sobre la CV de las personas enfermas o sanas.

La CV percibida-vivenciada es un estado que se va conformando como resultado de la valoración que hace el individuo de su vida, evaluada desde su integridad o en aspectos particulares de ella sobre la base de

su subjetividad, determinada por influencias externas, pero que se configura desde su estructura y funcionamiento de manera única e irrepetible. Dicha valoración, por tanto, refleja no sólo cómo vive el individuo, sino también qué piensa de cómo vive, y cómo se siente viviendo así, aspectos que se sintetizan en el juicio global de CV.

Se considera percibida - vivenciada en tanto el sujeto hace un reconocimiento cognitivo de lo que posee material o espiritualmente (que puede o no ser distorsionado), inevitablemente impregnado de cierto matiz afectivo. Pero en la medida en que lo percibido esté en correspondencia, o no, con lo esencial jerarquizado, con las principales aspiraciones y necesidades del sujeto, las vivencias psíquicas se hacen más o menos intensas, y participan en la valoración positiva o negativa de CV.¹

Así, en el pasado, hablar de enfermedades crónicas era relacionarlo con la muerte, o con la pérdida cada vez mayor de espacios en la vida social y afectiva, en especial en las relaciones amorosas y sexuales, pero ahora es necesario profundizar lo que espera el paciente y su pareja y lo que «cree que es importante para la CV» por los profesionales que atienden a estos enfermos.

Se evidencia cómo existe un silencio alrededor de estos temas, ni los pacientes preguntan sobre la repercusión sobre la sexualidad de las enfermedades descritas y los tratamientos que de ellas se derivan y la afectación a la vida en pareja y de relaciones en general, tampoco la mayoría de los profesionales interrogan la respecto, creando un silencio y una barrera en la comunicación entre especialistas y pacientes, y con sus parejas, para abordar un tema que inquieta y afecta la vivencia de bienestar y satisfacción.

En el análisis de las escalas de vida aplicada en los estudios de estos pacientes, la sexualidad es un tema prácticamente sin abordar, ya que no se recoge como un aspecto importante que es necesario tener en cuenta, tampoco se asume la alta frecuencia de disfunciones sexuales, malestares y problemáticas de pareja.

Las ECNT están en aumento en todo el mundo, principalmente la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad renal crónica, la expectativa de vida aumenta, se incluyen más medicamentos en los tratamientos, todo lo cual tendrá su repercusión en mayor o menor medida en la esfera sexual. Por lo tanto si queremos que a la par que aumenta la sobrevida también incrementar la calidad de vida, no podemos soslayar los aspectos

sexuales de estos enfermos y no conformarnos solamente con que se retarde o detenga la progresión de su enfermedad, vivan más y tengan menos enfermedades asociadas sino también en lograr una salud sexual satisfactoria.

Resulta necesario un enfoque integral. Si le atribuimos toda la importancia a lo biológico, calculemos cuantas prótesis penélicas se colocarían innecesariamente, de lo contrario, si pensamos que todo el problema es psicológico, olvidaríamos que en muchos pacientes el solo hecho de cambiar un hipotensor o corregir un factor de riesgo puede solucionar el problema, mientras que de lo contrario estaríamos haciendo perder el tiempo al enfermo con largas sesiones de psicoterapia.

La baja autoestima de estos pacientes provoca en sentido general una evitación de las relaciones sexuales y de las muestras de afecto y ternura, en un periodo en que el apoyo social, en especial de la pareja es tan importante.

Desarrollo:

Enfermedades crónicas no transmisibles y sexualidad

Así como en siglos pasados hubo diferentes pandemias, las ECNT y dentro de ellas la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la enfermedad cerebro y cardiovascular, el cáncer y las enfermedades renales crónicas, constituyen la pandemia actual, lo que junto al envejecimiento progresivo de la población, constituirán el panorama de salud donde la sociedad y los equipos médicos se desenvolverán en los próximos decenios.

La atención al paciente con ECNT requiere una participación multidisciplinaria, labor de un equipo, nunca de un solo profesional o técnico. Es como un árbol en el cual el tronco está formado por el especialista más afín a la enfermedad y las ramas por múltiples especialidades, la sexualidad constituye sin lugar a dudas una de las ramas y para muchos una de las flores.

Al inicio los objetivos primordiales de los equipos de salud fueron que los pacientes con ECNT sobrevivieran, posteriormente se luchó por mejorar índices biológicos, después por mejoras muy elementales y conservadoras de calidad de vida (Ejemplo: que el paciente fuera capaz de valerse por si solo o que trabajara), hasta estos momentos en que se aspira a lograr una verdadera calidad, en la cual la felicidad plena puede ser lograda y para ello hay que profundizar sin dudas en las intimidades de la pareja. Resulta difícil pensar

que una escala simple pueda lograr una evaluación integral de calidad de vida.^{2, 3, 4, 5}

Existe un viejo aforismo árabe «La mente ociosa es el terreno del diablo». Si no se logra la mayor rehabilitación posible y la sexualidad constituye un aspecto insoslayable, tendremos enfermos permanentemente «en reposo», ensimismados, rumiando su mala suerte durante el día y las largas noches. Entonces el individuo desde el mismo conocimiento de su diagnóstico comienza a percibirse y asumir nuevos roles, que lo ponen en una situación de desventaja en cuanto a su sexualidad y vida en pareja, ya que pasa de ser una persona sana a enferma:

- De fuerte a débil
- Pérdida corporal: De completo a incompleto. De «normal» a discapacitado
- Pérdida laboral: De proveedor a proveído. De autónomo a dependiente
- Pérdida sexual: De activo a pasivo. De proveedor a responsable de sexualidad nula

Todo lo que influye en como enfrenta y asume su sexualidad, por lo que podemos y debemos ocuparnos de estos problemas si los enfrentamos en equipo, en cual también forman parte indisoluble el paciente y su familia.⁶

Influencia de la epidemiología cambiante de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en la sexualidad

Desde el comienzo de la vida humana, marcada por una mortalidad temprana, el sexo se efectuaba generalmente entre la población joven y menos enferma, la pirámide poblacional mostraba las características de la poca sobrevida, muchos jóvenes y pocos ancianos, las enfermedades agudas constituían las principales causas de muerte.

Con la mejoría progresiva de los servicios sociales, de las condiciones de vida y de los servicios de salud, la pirámide poblacional comenzó a cambiar, existiendo cada vez más población adulta y de la tercera edad.

Las principales causas de muerte de esta población serán ahora las ECNT. Los esfuerzos de los servicios de salud y de la sociedad en general se dirigen en primer lugar al tratamiento de estas y posteriormente a su prevención y control, lo cual va a producir una situación muy interesante, una población cada vez más envejecida (a esto se le une la disminución de la natalidad) y con diferentes ECNT, pero que mueren cada vez menos de ellas, dando la oportunidad de que se

unan varias en un mismo enfermo, por ejemplo, un diabético, hipertenso y cardiópata, a su vez, al no morir de estas enfermedades, se producen todas las condiciones para un incremento progresivo de las enfermedades renales crónicas, estas sin lugar a dudas son las características del paciente que abundará en los diferentes niveles de salud, es decir una persona de más de 60 años con diferentes ECNT, que se solapan, amplifican y contribuyen a la aparición de otras.^{7, 8, 9}

Estos enfermos también necesitan una vida sexual placentera, lo que constituye un desafío para los equipos de salud, ¿Pensaremos en ello cuando por ejemplo seleccionamos un hipotensor, que en algunos de ellos terminan por apagar aquello que ya venía con problemas, existiendo otros medicamentos que no afectan la esfera sexual?

Las predicciones epidemiológicas de la diabetes mellitus, una enfermedad como quizás ninguna otra para acompañarse de diferentes complicaciones a todos los niveles del organismo, refuerzan lo anteriormente planteado.

Otro elemento es como al poseer factores de riesgo en común tanto las ECNT como las DS, estas últimas pueden convertirse en síntomas centinelas que ayuden al control, como también predigan la aparición o ayuden a la búsqueda del diagnóstico de estas.

Podemos preguntarnos: ¿Precede la disfunción eréctil u otras disfunciones sexuales, al desarrollo de las manifestaciones clínicas de estas enfermedades crónicas?

En algunas investigaciones se ha constatado por ejemplo como la disfunción eréctil es el primer síntoma de diabetes en 12 % de pacientes con diabetes mellitus tipo 1.^{10, 11} En investigaciones desarrolladas por el Dr. Araña y colaboradores en el Instituto de Endocrinología en el año 2008,¹² se constató la relación temporal entre presencia de una disfunción eréctil (DE) sintomática y el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 en los siguientes datos:

DE no precede diagnóstico (n = 100)	64.5 %
DE precede diagnóstico (n = 55)	35.5 %
Total pacientes con DE (n = 155)	

Montorsi y colaboradores en su estudio mostraron la relación temporal entre presencia de DE y enfermedad arterial coronaria sintomática, donde la DE precede entre 2-3 años el desarrollo de esta enfermedad cardiaca.¹³

Los cambios en los estilos de vida resultan impresionables para evitar y controlar los factores de riesgo

Factores de riesgo cardiovasculares, renales y de la esfera sexual

Resulta muy interesante que en muchas oportunidades, lo que es dañino para una parte del organismo también lo es para otra. Así sucede con los factores de riesgo cardiovascular clásicos (Cuadro 1), que no solo dañan el corazón, sino también el cerebro, los riñones y todos los vasos sanguíneos del cuerpo. En la misma medida en que estos órganos diana se afectan aparecen nuevas alteraciones, constituyendo un círculo negativo, que dañará progresivamente al enfermo, afectando su calidad de vida y llevándolo a la muerte sino se logra un control adecuado donde la disciplina y cooperación del paciente son determinantes.¹⁴

Cuadro 1. Factores de riesgo cardiovascular clásicos

- HTA
- DM
- Hábito de fumar
- Obesidad
- Sedentarismo
- Dislipidemias
- Estrés mantenido

La actividad sexual puede afectarse desde los inicios. En ella influyen tanto alteraciones biológicas (obstrucciones vasculares, daño neurológico, déficit o retención de sustancias, disfunción celular, medicamentos), como psicológicas (depresión, ansiedad, irritabilidad) y sociales (imposibilidad para trabajar, incompreensión y/o falta de comunicación con la pareja, aislamiento y poca solidaridad del colectivo).

La sexualidad vista desde el prisma de los problemas de salud

Dentro de las problemáticas más frecuentes que se presentan en la actualidad es la relación entre los problemas de salud y la aparición de trastornos en el área sexual; además del uso de fármacos, drogas y un grupo de hábitos tóxicos que menoscaban el funcionamiento sexual y provocan muchas veces que se viva la sexualidad de una forma no placentera.^{15,16}

Muchas veces estos efectos negativos están relacionados con insuficiente información sobre los efectos de determinados medicamentos y drogas o sobre la

repercusión de estas enfermedades en la respuesta sexual del sujeto.

Cuadro 2. Medicamentos que pueden afectar la respuesta sexual

- Beta-bloqueadores, anticálcicos, tiazidas
- Hipolipemiantes
- Antidepresivos, ansiolíticos
- Opiáceos
- Quimioterapia anticancerosa

Problemas específicos en algunas enfermedades crónicas trasmisibles

Enfermedades psiquiátricas

Entre estas se destacan los trastornos afectivos, los cuales adoptan generalmente la forma de depresión, euforia o periodos alternativos entre la depresión y la excitación. Los efectos sexuales de estos trastornos anímicos son variados, donde la reducción de la libido o deseo sexual inhibido es de los más frecuentes en los casos de depresión, mientras que en la manía es frecuente la hipersexualidad.

Enfermedades cardiovasculares

En Cuba, a pesar de no ser un país industrializado, las enfermedades cardiovasculares (ECV) también constituyen un serio problema de salud. Son la primera causa de enfermedad, de hospitalización y de muerte, con un marcado incremento desde los años 70 hasta los 90.

Padecer de una enfermedad del corazón o ser sometido a una cirugía de corazón, resulta indiscutiblemente estresante. Cada persona en su historia individual, tiene su propia valoración de este órgano y de las enfermedades que le aquejan. El corazón es un órgano de gran significación para el ser humano, desde el imaginario popular, es el símbolo de las emociones básicas como el amor, el odio y otros afectos. Es asumido como símbolo de totalidad de vida por filósofos, teólogos y poetas quienes hacen un uso casi indiscriminado de él.

Una breve caracterización de estas dolencias nos lleva de forma inmediata a su carácter crónico y progresivo, que en ocasiones pueden ser una causa permanente y hasta profunda de limitaciones (incluso predominantemente psicológicas) que repercuten en el área laboral, familiar-de pareja, personal y social.

Los problemas sexuales comparten una gran proporción de enfermos cardíacos.

Se reporta que después de un infarto:

- ¼ de los pacientes cesan la actividad sexual
- ½ de ellos disminuye la frecuencia de la actividad sexual

En enfermos con insuficiencia cardiaca congestiva, por ejemplo:

- 40 % reporta algún trastorno sexual
- 40% refiere incapacidad para la actividad sexual

Por otra parte, algunos fármacos necesarios para el tratamiento médico, repercuten también de manera negativa en la actividad sexual.

Además de los cambios vasculares relacionados con la enfermedad, de los fármacos, de los resultados de los propios procedimientos invasivos, los trastornos sexuales pueden magnificarse por la preocupación y el temor de «sentirse enfermo del corazón», un órgano de primacía por encima de los otros. Así se asocia con mucha frecuencia que exista una relación directa entre un trastorno cardiovascular y ver afectada la sexualidad, lo que no siempre es real, ya que muchas veces los síntomas se agudizan por los mitos e ideas irracionales que tienen el paciente y su pareja, acerca de la afectación que le «debe» provocar la enfermedad a su sexualidad.¹⁷

Este tema muchas veces no es evidenciado por los médicos y por el propio paciente y su pareja, a quienes les apena abordar interrogantes como:

- Momento de reanudación de las relaciones sexuales
- ¿Qué tipo de posiciones son aconsejables en el coito?
- Frecuencia de relaciones sexuales

Diabetes mellitus

Esta multisistémica enfermedad produce alteraciones en todas las esferas del organismo, de forma general se pueden destacar aspectos que sin lugar a dudas repercutirán en la esfera sexual, como son los trastornos eyaculatorios y resequedad vaginal. Todo lo anteriormente planteado también tiene vigencia en esta enfermedad, que de por sí constituye un factor de riesgo cardiovascular y se le suman los daños neurológicos.

Sexualidad y enfermedad renal crónica

Estas enfermedades están en aumento en todo el mundo, su epidemiología cambiante, afecta y afectará la sexualidad, de una forma directa e indirecta. Igual-

mente habrá mayor número de pacientes en diálisis y trasplantados (diagnóstico precoz, mayor calidad del tratamiento y sobrevida).^{18, 19, 20}

Los objetivos del tratamiento de las enfermedades renales crónicas a lo largo de la historia han sido:

- 1^{ro}. Supervivencia.
- 2^{do}. Controlar la anemia, la uremia, la hipertensión, etc.
- 3^{ro}. Algunos aspectos de calidad de vida (validismo, incorporarse laboralmente).
- 4^{to}. Verdadera calidad de vida

Para lograr este último aspecto hay que tener en cuenta una serie de características del nefrópata crónico que influyen en su sexualidad, hacia ellas debe dirigirse la atención multidisciplinaria con la participación activa de la pareja:

- Astenia (disminución de la libido)
- Halitosis
- Xerostomía
- Limitaciones por la fístula arteriovenosa y los catéteres
- Centran su objetivo principal en la supervivencia y no en el placer
- Pasan gran parte del tiempo en los centros de salud, recibiendo diálisis u hospitalizados
- Coexistencia con enfermedades cardiovasculares que le producen más limitaciones
- Dejan de ser proveedores, afectación económica, soledad

Problemas urológicos

Los trastornos genitourinarios generalmente se acompañan de trastornos o malestares en el área sexual, los problemas urológicos y la sexualidad comparten una anatomía en común, de aquí que una afecte a la otra, y además la interpretación que se hace de la misma tienen una afectación psicológica en el erotismo de las personas.

Existen enfermedades en el varón como las malformaciones del pene y testículos, que afectan la forma y funciones, así como las infecciones frecuentes de vías urinarias y las prostatitis, producen también molestias y las afecciones tumorales de la próstata que afectan un gran porcentaje de hombres después de los 50 años, en especial el adenoma, que consiste en una hipertrofia benigna de esta glándula, que no suele asociarse a trastornos sexuales, pero puede necesitar de una intervención quirúrgica (prostatectomía) cuando

provoca obstrucción en la salida de la orina desde la vejiga. Las consecuencias de esta intervención pueden afectar la respuesta sexual, aunque las técnicas actuales reducen este riesgo en relación con la capacidad de erección, pero no así con la eyaculación.

La mayoría de los pacientes y sus parejas le brindan una sobrevaloración a los síntomas y por lo tanto la implicación psicológica es generalmente mayor que la orgánica o se mezclan.

Problemas ginecológicos

Existe un grupo de afecciones ginecológicas que están relacionadas con disfunciones sexuales, donde las infecciones y las inflamaciones pélvicas, ocupan un lugar destacado. Es importante en toda paciente descartar la causa orgánica del trastorno, pero además la repercusión psicológica que puede asociarse a esta por la interpretación que puede hacerse de la misma. En muchos casos estos trastornos se asocian con el dolor durante las relaciones sexuales y otros problemas estéticos, como los olores o cambio en las texturas, que provocan en las mujeres preocupaciones por su imagen y por la pérdida del atractivo.

El cáncer

La sexualidad de los pacientes con cáncer ha sido poco tratada en sentido general en la literatura especializada, a pesar de que constituye un problema presente en la mayoría de estos enfermos, tanto como consecuencia directa de la enfermedad, como de los tratamientos, así como por el impacto emocional que genera, al asociarse a una enfermedad incurable, mortal, lo que no siempre es real.

Ante el conocimiento de la enfermedad se pueden agudizar las crisis o problemas de pareja preexistentes o presentarse situaciones de conflicto, por el temor a la pérdida y por la elaboración del duelo del paciente y su compañero o compañera.

En las tentativas para evaluar la prevalencia de disfunción sexual atribuible a la enfermedad y/o al tratamiento oncológico, se han encontrado valores que oscilan entre 35% y 85 % en hombres y mujeres. Los mayores valores están dados en los pacientes con afecciones ginecológicas (en el caso de la mujer) y genitourinarias (en los hombres).

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Los síntomas y las consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia,

pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual.

Otras veces los tratamientos utilizados (drogas, radioterapia, intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales.

Sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual. La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre.

Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja. Pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma, aún en estadios terminales y aunque disminuya el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico, que puede adoptar diversas modalidades de presentación.³

La pareja en las enfermedades crónicas no transmisibles

Por otra parte un elemento necesario a tener en cuenta es el trabajo con la pareja, pues esta tiene que adaptarse a los cambios producidos por la enfermedad de su compañera o compañero, colaborar con el mismo a buscar el placer sin centrarse en el rendimiento (orgasmo sin necesidad de eyaculación, buscar alternativas sin penetración) sin reprochar ni crear más minusvalía ni sentimientos de inferioridad en el compañero/a, buscando nuevas alternativas y mostrando que sexualidad no solo es penetración del pene en la vagina ni solamente genitalidad.

Se debe tener en cuenta también el impacto en la imagen corporal y lo que se concibe como poder de seducción, en la mayoría de las mujeres, se produce un profundo impacto por los cambios corporales al alejarse de las normativas estéticas, lo que las hacen sentir con pérdida del atractivo físico, sexual y de competencia social, e incluso vivenciar menor feminidad.

En los varones se muestra el impacto funcional de los cambios corporales, que obstruye el cumplimiento de mandatos tradicionales desde espacios públicos (trabajo) y privados (sexualidad), también con preocupaciones estéticas subyacentes.

En resumen, cada vez tendremos más pacientes con ECNT y ancianos, el mantenimiento de la sexualidad es un índice favorable de calidad de vida, resulta necesaria una visión integral en la atención de estos pacientes, los cambios en los estilos de vida resultan imprescindibles para lograr promoción de salud y prevención de enfermedades, la motivación que puede provocar una disfunción sexual pudiera ayudar a modificar los estilos de vida.

Bibliografía

1. Izquierdo M, Torres B. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama. *Sexol soc.* 2007;13(33):31-45.
2. Torres B. La sexualidad en pacientes Cardiovasculares. *Sexol soc.* 2002;6(20):45-60.
3. Torres B, Izquierdo M. Cáncer de mama y sexualidad. *Invest Medicoquir.* 2006;1(8):8-16.
4. Torres B. Hablemos sobre sexualidad. Inquietudes más frecuentes sobre el amor, la pareja y la sexualidad. Ciudad de La Habana: Científico Técnica; 2006.
5. Torres B, Izquierdo M, Rodríguez Pérez D, Batista Riverí J. Epidemiología de las disfunciones sexuales. Primeros resultados de un estudio piloto. *Invest Medicoquir.* 2004;1(6):14-23.
6. Álvarez L, Cabrera A, Sanabria G. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. Ciudad de La Habana: Abril; 2003.
7. Castellero Y, Torres B, Pérez M. La sexualidad en el paciente cardiovascular. Estudio piloto [CD-ROM]. Memorias 16 Congreso Internacional de Sexología: CENESEX; 2003.
8. Comín E, Solanas P, Cabezas C, Subirana I, Ramos R, Gené-Badía J, et al. Rendimiento de la estimación del riesgo cardiovascular en España mediante la utilización de distintas funciones. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60: 693-702.
9. Curtin RB, Becker B, Kimmel PL, Schatell D. An integrated approach to care for patients with chronic kidney disease. *Semin Dial.* 2003 Sep-Oct;16(5):399-402.
10. Álvarez L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes. La Habana: Científico-Técnica, 2009.
11. Torres B. Tratamiento de las Disfunciones Sexuales. *Sexol soc.* 2001;7(17):23-36.
12. Araña M. Disfunción eréctil: signo de enfermedad crónica en el hombre moderno. [CD-ROM]. Memorias V Congreso Cubano Educación, Orientación y Terapia Sexual: CENESEX; 2010.
13. Montorsi F, Lue TF, Giuliano F, Rosen RC, Andersson KE, Althof S, et. al. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men. *J Sexual Medicine.* 2004;1(1):6-23.
14. Eckel RH, Kahn R, Robertson RM, Rizza RA. Preventing cardiovascular disease and diabetes: a call to action from the American Diabetes Association and the American Heart Association. *Diabetes Care.* 2006;29:1697-9.
15. Mora S, Cook N, Buring JE, Ridker PM, Lee IM. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. *Circulation.* 2007;116:2110-8.
16. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular (I). *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(3):299-310.
17. Gee CB, Howe GW, Kimmel PL. Couples coping in response to kidney disease: a developmental perspective. *Semin Dial.* 2005 Mar-Apr;18(2):103-8.
18. Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *Semin Nephrol.* 2006;26(1):68-79.
19. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol.* 2005 Mar;16(3):774-81.
20. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial.* 2005 Mar-Apr;18(2):98-102.

Trabajos de Revisión

Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de disfunción del suelo pélvico. Propuesta de intervención

María del Carmen Casal Hechevarría *, Jacqueline Martínez Torres **.

* Máster. en Psiquiatría Social, Especialista de I Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral.

** Máster en Fisioterapia y Rehabilitación, Especialista de II Grado en Fisiología y Rehabilitación, Profesor Auxiliar, Investigador Titular.

Resumen

El periné está formado por huesos, músculos y aponeurosis que se integran bajo el control del sistema nervioso. Su alteración es responsable de patologías uroginecológicas, coloproctológicas y sexuales. Para conseguir su tratamiento exitoso es obligado no olvidar el papel que juega el periné en las mismas. El tratamiento de la disfunción del suelo pélvico agrupa una serie de técnicas y procedimientos conservadores como cambios en hábitos de vida, terapia conductual, biofeedback, electroestimulación (neuromodulación y estimulación eléctrica periférica) y entrenamiento con ejercicios musculares del suelo pélvico (rehabilitación perineal). Se propone un enfoque integrativo donde se incorporen otras terapias no farmacológicas de la medicina bioenergética y tradicional, lográndose así un diagnóstico y tratamiento personalizado y más integral a estos pacientes. Palabras clave: Psiquiatría de enlace, disfunción del suelo pélvico.

Abstract

The perineum is formed by bones, muscles and aponeuroses that are integrated under the control of the nervous system. Their alterations are responsible for urogynecological, coloproctologic and sexual pathologies. In order to obtain a successful treatment, it is obliged not to forget the role that plays the perineum in those pathologies. The treatment of the dysfunction of the pelvic floor groups conservative techniques and procedures like changes in life habits, behavioural therapy, biofeedback, electrostimulation (neuromodulation and peripheral electrical stimulation) and training with muscular exercises of the pelvic floor (perineal rehabilitation). We propose an integral focus where they incorporate other non pharmacological therapies of the traditional medicine, being achieved this way a diagnosis and personalized treatment and more integral to these patients. Key words: leason Psychiatry, dysfunction of the pelvic floor.

Introducción

El suelo pélvico (SP) constituye un complejo de estructuras musculares, fascias, aponeurosis, vasos, nervios y orificios, que forman una unidad anatómica y funcional. Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus músculos deben estar preparados para actuar tanto manteniendo un tono muscular basal, como para reaccionar ante situaciones urgentes y rápidas. Al estar situados en la parte inferior de la cavidad pélvica, estos músculos realizan su acción siempre antigravitatorio; esto implica que deben estar espe-

cialmente dotados para soportar carga.¹

La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que, a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo de la zona perineal no es apreciable por la vista al ser éste un músculo interno, con lo cual el seguimiento y la detección precoz son más complicados de lo normal. Sin embargo, es muy importante para la salud de la mujer y para su calidad de vida.

Las fibras del suelo pélvico se orientan hacia abajo y hacia fuera formando como una hamaca que recoge

las vísceras pélvicas. Los músculos se entrecruzan y rodean los tres orificios: uretra, vagina y ano, contribuyendo al control esfinteriano. Este conjunto muscular asegura una doble función:

- Sustener la parte baja del abdomen Este sostén se refuerza en las circunstancias de esfuerzo, pujo y aumento de volumen y peso de las vísceras. Especialmente relacionado con la capacidad contráctil de los músculos.
- Ejercer como paso hacia el interior o exterior, es posible debido a la elasticidad que posee.

El conjunto de músculos que forman el SP está formado por 2 capas:

- Una capa superficial de músculos fibrosos y alargados (*periné*). hace principalmente de «paso» hacia fuera o hacia dentro.
- Una capa profunda de músculos anchos y gruesos (*diafragma pélvico*). Capa de verdadero sostén. Su alteración provoca incontinencia.

Por tanto, la integridad del SP tiene un papel fundamental en el mantenimiento de las vísceras pélvicas, en los mecanismos de continencia y en la actividad sexual; la *disfunción del suelo pélvico* podrá dar lugar a prolapso genital, incontinencia urinaria, fecal y de gases, y alteraciones sexuales.

El aumento en la calidad de vida que los adelantos científico técnicos proporcionan y la toma de conciencia, han permitido comenzar a atender una demanda que hasta hace pocos años era ignorada o considerada como una «situación habitual e inevitable»: las disfunciones del suelo pélvico.

Los estudios epidemiológicos realizados internacionalmente evidencian que afectan a ambos sexos y a todas las edades, pero la casuística señala una prevalencia mayoritaria en mujeres (75% de los casos en mujeres mayores de 35 años), y el 50% de los casos en mujeres mayores de 65 años.²

Causas de debilidad y agresión al suelo pélvico

- Embarazo.
- Parto
- Menopausia
- Cirugía (Todas las intervenciones sobre el SP (episiotomía, bartolinitis, etc.) producen una pérdida de fuerza y elasticidad en la zona. Todas las cicatrices dificultan el movimiento).

- Pérdida del esquema corporal (desconocimiento y/o pérdida de conciencia de la zona perineal).

Otras causas de estas afecciones son: aguantar las ganas de orinar en exceso, realizar abdominales con incorrecta utilización diafragmática, usar ropas ajustadas, la obesidad, ser constipado, padecer de tos crónica, algunas profesiones de riesgo (cantante, deportista, tocar instrumentos de viento). Si bien estas disfunciones no conllevan daño orgánico vital, sí provocan una disminución de la calidad de vida de estos pacientes por los daños físicos, psicológicos y sociales que provocan.

Alteraciones psicológicas y sociales

La autoestima y la calidad de vida de la mujer que sufre de estas alteraciones disminuyen de una manera alarmante. Se crean problemas de dependencia, inseguridad y una sensación de sentirse «sucio» e incapaz de poder controlar su propio cuerpo, que va mermando las ganas de tener una vida social y conyugal adecuada.

La mujer pierde las ganas de salir de casa, de divertirse («...cada vez que me río me hago pipi, o se me escapa un gas...»), de viajar, de tener compromisos sociales, viven siempre pendientes de dónde está el cuarto de baño, de tener relaciones sexuales con los consiguientes conflictos de pareja (no puedo concentrarme al hacer el amor por temor a oler mal o a que se me escape el pis...).

También es importante tener en cuenta las limitaciones que estas disfunciones generan en el área laboral, donde la confianza en sus capacidades se ven mermaidas por las alteraciones emocionales que provocan como son el estrés, ataque de pánico y la depresión.

Es importante destacar el desconocimiento que tiene la población en general de los tratamientos preventivos y conservadores que existen para estas patologías. La mayor parte de las mujeres que la sufren sienten vergüenza y prejuicios en relación a la misma y se refieren a ellas, como la consecuencia inevitable que acompaña al envejecimiento, por lo que generalmente no buscan ayuda profesional, pues creen que no hay nada que se pueda hacer. Estas son las razones unidas a la desinformación existentes en su entorno, las que la llevan a no solicitar ayuda médica.

Manejo terapéutico

El tratamiento de la disfunción del suelo pélvico agrupa una serie de técnicas y procedimientos conservadores como cambios en hábitos de vida, terapia conductual, biofeedback, electroestimulación (neuromodulación y estimulación eléctrica periférica) y entrenamiento con ejercicios musculares del suelo pélvico (rehabilitación perineal).^{3,4,5,6,7}

Sin embargo, generalmente no se tiene en cuenta la utilización de otras terapias no farmacológicas de la medicina tradicional y bioenergética para la atención de las alteraciones psicológicas asociadas a estas entidades.

En el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) existe una consulta diseñada para la atención de los pacientes portadores de disfunción del suelo pélvico hace dos años, donde llegan los casos remitidos desde los diferentes servicios de atención ambulatoria (Ginecología, Urología, y otros) y de otros centros hospitalarios del resto del país.

Los pacientes son vistos en una primera consulta por una especialista de Medicina Física y Rehabilitación, coordinadora del grupo multidisciplinario creado para la atención de estos pacientes. Según los criterios de inclusión establecidos en el protocolo investigativo asistencial para esta entidad se realiza el diagnóstico de la disfunción específica y se inicia el tratamiento de rehabilitación local de la misma.

En sus inicios sólo eran remitidos al profesional de la salud mental aquellos pacientes con evolución clínica no satisfactoria y que presentaban evidencia de manifestaciones psiquiátricas.

Sin embargo, en la medida que se ha avanzado y profundizado en la atención de estos pacientes, se ha podido constatar que los mismos deben ser evaluados integralmente (físico psicológico y socialmente) desde sus inicios, ya que los mismos también presentan alteraciones en la esfera psicológica que repercuten en la vida social.; por lo que se hace necesario realizar una evaluación y tratamiento integral tanto físico, psíquico, como social. Es aquí donde entra a jugar su papel el profesional de la salud mental (Psicólogos y Psiquiatras).

Actualmente después de ser vistos en consulta de disfunción de suelo pélvico son enviados a la consulta de Psiquiatría de enlace para su evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Consulta de Psiquiatría de Enlace

En esta consulta son vistos por el psiquiatra que forma parte del equipo multidisciplinario de atención a estos pacientes. En la misma se realiza una evaluación integral de la salud mental de estos sujetos mediante la utilización de diferentes métodos y técnicas entre las que se encuentran:

La entrevista psicológica

Se realiza una entrevista no directiva, donde se explora la existencia previa de antecedentes de patología psiquiátrica así como también la presencia de factores de riesgo para la salud mental, estilo de vida, los estilos de afrontamiento a la enfermedad y las expectativas que ellos presentan en relación al tratamiento entre otros aspectos.

El examen psiquiátrico

Este proceder permite constatar la existencia de síntomas que denoten alteraciones psicológicas, mediante la exploración de las diferentes áreas psicológicas (cognitiva, afectiva y conativa), de las funciones de relación y la personalidad premórbida de los sujetos afectados

Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ)

A cada paciente se le da un cuestionario con orientaciones al respecto, para que evalúen individualmente su salud en general y la salud mental en lo particular al iniciar el tratamiento y al finalizar el mismo. Esto permite conocer el grado de salud auto percibida y bienestar psicológico en cada momento, para poder comparar de esta manera ambos cuestionarios y conocer así su evolución.

El cuestionario de salud general fue elaborado por el Dr. David P. Goldberg, con la intención de evaluar el grado de salud general auto percibida actual en sujetos o grupos de riesgo, es decir la evaluación que hacen los individuos del estado de bienestar actual.⁸ Sin embargo se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y el bienestar psicológico, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. En su inicio contaba de 60 preguntas, pero en la actualidad existen versiones más cortas de 28 y 12 ítems. En la consulta para la intervención de estos pacientes se utiliza la versión más corta de 12 ítems.

Según lo encontrado en la exploración psicológica de estos sujetos por los diferentes métodos y técnicas se envía al psicólogo para profundizar en otros aspectos e incorporar otras terapias específicas lográndose así una evaluación y tratamiento integral y personalizado de la esfera psicológica.

Tratamiento de elección de las alteraciones psicológicas

El tratamiento del SP se hace difícil por las características físicas y psicológicas; la utilización de los psicofármacos (antidepresivos y/o ansiolíticos) no deben ser los más utilizados ya que generalmente empeoran las alteraciones físicas, sobre todo cuando se usan a dosis terapéuticas, por lo que en nuestra experiencia se usan otras terapias procedentes de la medicina tradicional y bioenergética, lográndose una evolución favorable.

Consideramos que en línea general la terapéutica de elección a seguir en la atención a estos pacientes debe incluir el principio de la Medicina Integrativa; es decir combinar métodos y técnicas procedentes de la medicina convencional y de la medicina bioenergética o tradicional que armonicen entre sí.

El contenido está basado en:

- Tratamiento sintomático y balance energético (Terapia floral y/o psicofármacos).
- Psicoterapia integrativa
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol (relajación, digitopuntura)
- Ampliación de la información mediante dinámicas grupales, conversatorios, debates y conferencias sobre el tema en cuestión, así como en el manejo de estilos de afrontamiento y de vida más saludables.

Se llega a la conclusión que la propuesta de intervención es integral, personalizada y hace énfasis en la salud. El rol principal o protagónico lo desempeña el propio sujeto inmerso en el proceso dinámico de preservar, recuperar e incrementar su salud, ayudado pero no opacado por el psiquiatra y/o equipo terapéutico. El terapeuta desempeña funciones múltiples: educar, informar, entrenar, prevenir, facilitar cambios, aparte de diagnosticar y tratar enfermos.

Además estimula la responsabilidad de las personas con su salud y su curación, incrementa y fortalece los factores amortiguadores o protectores del estrés en estos sujetos y crea menor dependencia de los psicofármacos, del terapeuta y de la institución.

Bibliografía

- 1.-Cochrane [database on the Internet]. Oxford: Update Software; 1998- [10 Feb 2010]. Hay-Smith Esc, Bo K, Berghmans LMC, Hendrikg Hjm, de Bier A, van Waalwijk. Pelvis floor muscle trainig for urinary incontinence. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, Art. No. CD001407. DOI: 10.1002/14651858.CD001407.pub1. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php>
- 2.-Nygaard IE, Kreder KJ, Lepic MM, Fountain KA, Rhomberg AT. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174(1 pt1):120-125.
- 3.-Berghmans B, Van Waalwijk van Doorn E, Nieman F, de Bie R, Van den Brandt P, Van Kerrebroeck P. Efficacy of physical therapeutic modalities in women with proven bladder overactivity. *Eur Urol.* 2002;41(6):581-87
- 4.- Bourcier A, Juras J. Nonsurgical therapy for stress incontinence. *Urol Clin North Am.* 1995;22(3):613-27.
- 5.- Janssen CC, Lagro Janssen AI, Felling AJ. The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. *BJU Int.* 2001;87(3):201-6.
- 6.- Bourcier A. Physical therapy female pelvis floor disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1994;6(4):331-5
- 7.- Salinas J, Virseda M. La estimulación eléctrica en el tratamiento de la incontinencia urinaria. En: Salinas J, Romero J. Jarpyo. *Urodinámica Clínica.* 2ª edición. Madrid; 1995.
- 8.- García V. Manual para la utilización del Cuestionario de Goldberg. Adaptación Cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(1):88-97.

Trabajos de Revisión

Psicoanálisis y urgencia.

Daymi Rodríguez Pérez*, Dennis Ramírez Méndez **.

* Licenciada en Psicología

** Especialista de I Grado en Psiquiatría

Resumen

Se aborda la urgencia desde una perspectiva psicoanalítica y las diferentes modalidades de presentación: Acting out y pasaje al acto en los cuales coinciden elementos como la premura del tiempo, la caída de la subjetividad y el riesgo del acto del sujeto, aspectos que guiarán la intervención del analista. Palabras clave: urgencia subjetiva, psicoanálisis, acting out, pasaje al acto.

Abstract

The urgency is approached from a psychoanalytical perspective and the different presentation modalities: Acting out and passage to the act in which elements like the urgency of the time, the fall of the subjectivity and the risk of the fellow's act coincide, aspects that will guide the analyst's intervention. Key words: subjective urgency, psychoanalysis, acting out, passage to the act.

Introducción

Los síntomas sociales contemporáneos dan cuenta del sufrimiento subjetivo; como lo demuestra la clínica de la anorexia, bulimia, toxicomanías; ¿y qué decir de los delirios de identidad que ensalzan los emergentes grupos sociales de esta generación? esos que se han dado en llamar «emos», «hombres lobos», «vampiros»; con filosofías de vida que nos hablan de depresión, automutilaciones, riesgo suicida, entre otros. Como nuevos modos de presentarse en la clínica de la urgencia.

Estos modos de presentación de la urgencia suelen aparecer con cierta regularidad en cualquier servicio médico de nuestro país, para lo cual se necesita de manera inmediata de las competencias de varias especialidades médicas según las características puntuales del caso; pero de aquellos que ineludiblemente se hace solicitud es de los profesionales de la salud mental, dígase Psicólogos y Psiquiatras a quienes esta casuística plantea toda clase de vicisitudes, en general difíciles. Esto supone un reto para aquellos que laboran en los servicios de urgencia de cualquier institución; que es

usualmente, la primera instancia a la que son llevados este tipo de pacientes, puesto que la emergencia en primer término es una «emergencia médica» propiamente dicha; es decir, que lo que está en juego es la vida del paciente, por lo que el tiempo cronológico obliga a actuar con extrema inmediatez.

Ahora bien, una vez que los médicos hicieron su parte, lo que les compete y para lo cual están capacitados, cabría preguntarse ¿Ya no hay urgencia? ¿Ha quedado definitivamente resuelta la emergencia? o si ciertamente hay urgencia... ¿de quién es ahora? Y es justamente en este momento de la intervención donde los profesionales de la salud mental entrarían a tomar las riendas del asunto. ¿Pero desde qué orientación hacerlo? Este artículo pretende analizar la urgencia desde una perspectiva psicoanalítica, la cual cuenta con principios y métodos específicos para manejar estas situaciones.

Entonces, ¿por qué el Psicoanálisis? Seguramente muchos se cuestionarán este vínculo, en tanto, estereotipos y falsos saberes populares dan cuenta del desacuerdo o disyunción entre ambos términos. Se habla de «urgencia» en el sentido de la prisa temporal, ac-

ción y efecto contiguos; y por otra parte la visión más superficial del Psicoanálisis a menudo hace pensar que un análisis necesaria e ineludiblemente implicará un exhaustivo proceso de viraje hacia toda la historia infantil del sujeto; lo que obviamente sería extremadamente prolongado en el tiempo y por ende, nada factible. De este modo quedaría declarada la incompatibilidad de este proceder terapéutico frente a aquellas situaciones cuya solicitud fundamental se sustenta en la premura que impone la angustia demandando soluciones rápidas y efectivas.

Discusión

No resulta muy complejo demostrar que el Psicoanálisis muy lejos de desvanecerse ante la urgencia subjetiva es proporcional a su práctica. Conviene nada más repasar los casos clínicos de Freud y coincidiríamos sin lugar a dudas con lo que nos expone Leonardo Gorostiza en el prólogo del libro «Clínica de la urgencia», quien al realizar un recorrido por los diferentes pacientes de Freud, observa como denominador común en la mayoría de ellos, una situación de urgencia subjetiva como la causalidad que los convoca al pedido de ayuda. De hecho ¿no se refiere a circunstancias de urgencia subjetiva el estado de agitación y desesperación del «Hombre de las ratas» por ponerle fin a su ideación obsesiva? ¿Y la angustia que vivencia el padre de Dora cuando recurre a Freud para poder darle una respuesta a lo que para él no tenía nombre? También queda ilustrado en el caso del pequeño Hans, que es justamente la angustia el afecto que desata toda la sintomatología manifiesta.

En esta dirección uno de los casos más paradigmáticos de la clínica freudiana es el de «La joven homosexual». ² Resulta pertinente hacer una breve exposición del mismo en aras de facilitar una mejor comprensión de lo que sigue. A raíz del nacimiento de un hermano, la joven paciente se orienta hacia la homosexualidad y comienza a tener relaciones con una mujer de dudosa reputación, comportándose de un modo viril. En una ocasión, ambas se paseaban por las calles de Viena tomadas del brazo y se encontraron con el padre de la joven paciente; la cual se cruza con la mirada irascible de este. La mujer mayor decide terminar la relación y la paciente se lanza por un puente. Posteriormente este padre extremadamente angustiado por el extravío de su hija, recurre a Freud.

Todos los anteriores constituyen fieles ejemplos de que la «urgencia subjetiva» ha sido desde la época de Freud una de las principales cuestiones a la que la clínica

psicoanalítica le ha prestado particular atención. Ahora bien ¿cómo se trata la urgencia desde la perspectiva psicoanalítica?

En primer lugar se hace pertinente aclarar que cuando en Psicoanálisis se habla de urgencia estamos hablando de «urgencia subjetiva» poniendo el énfasis en su dimensión psíquica. Con este planteamiento se pretende apuntar a la idea de que este término no resulta excluyente de otros tipos de urgencia como pueden ser la urgencia médica, psiquiátrica, social o económica; sin embargo, no hace alusión a ninguna de ellas en específico, aunque a ciencia cierta hay un poco de cada una en lo que respecta a la urgencia subjetiva.

Como expresa Sotelo «...se trata del exceso con que se confronta un sujeto: ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo ...» ³ Por su parte, Belaga expresa que constituye un momento de crisis en la vida del sujeto que no puede dar cuenta de su sufrimiento, cuando el discurso no alcanza para entender, para maniobrar, ese sufrimiento inefable queda sin palabras, sin imágenes o queda encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a actos desesperados o es presa de la más cruel angustia. ⁴

En esta dirección el Psicoanálisis se erige como práctica que elucida y localiza la urgencia, el punto donde se rompe el orden del sujeto, tratándose de aquel momento, que no necesariamente tiene que coincidir con hechos objetivamente graves en el que se produce al decir de Freud, el quiebre de la «homeostasis» con que la vida transcurría.

Lacan, por su parte define la urgencia como «lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte». Aludiendo de este modo a una especie de desborde que estremece y destituye al sujeto en su relación con los otros, que puede conducirlo desde la inhibición hasta la impulsividad y arrastrarlo a poner en riesgo su vida y la de otros. Esto implica aclarar que no toda urgencia supone un riesgo suicida; sin embargo, se requiere de cierta prudencia por parte del terapeuta, porque hablamos de un estado de pérdida de parámetros que incluye al sujeto en relación a los otros, a su pensamiento, a su medio e incluso a su propio cuerpo.

Desde el punto de vista fenomenológico puede tratarse de un ataque de pánico, la desestabilización o el desencadenamiento de una psicosis, la aparición de ideaciones suicidas u otros síntomas como la angustia, fobias, u otros. Específicamente en la urgencia subjetiva aparecen dos modalidades de presentación del su-

jeto ante la angustia: acting-out y pasaje al acto.

El acting-out es para Lacan, una acción inmotivada, enmarcada en cierta escenificación, que es relatada como situación repetida, que se realiza generalmente fuera del espacio de la sesión pero dirigida al analista y que tiene como función mostrar y aislar un objeto.⁵ El término proviene de la traducción que Strachey, uno de los más reconocidos traductores de Freud realiza del concepto «*agieren*» que significa moverse, actuar y a su vez cubre el reactualizar en la transferencia una acción anterior; por lo que también abarca algo del orden de la repetición.⁶

Se trata de un hecho, de una escena que el analizante realiza o relata frente al analista, que sorprende, donde él es el actor y que muestra ese algo hacia lo cual va dirigido su deseo, es decir; no hace más que poner de manifiesto el objeto señuelo de dicho deseo. Evidentemente esta mostración está dirigida al Otro; entendiéndose ese Otro como el lugar donde se constituye el sujeto, lugar del lenguaje, la cultura, la sociedad, la familia o la pareja. Precisamente a ese Otro sordo, que no le escucha y al cual se le quiere «decir» con uno de los recursos a los cuales el lenguaje permite acceder; por lo que solo ocurre bajo una relación transferencial.

Como expresa Lacan «...se trata para el sujeto de hacerse reconocer, un acto es una palabra» y mucho más tratándose de un acto altamente significativo, siempre significado aunque el sujeto no tenga plena conciencia de ello y que le permite, transformarse retroactivamente.⁷

El sujeto «no sabe» que está mostrando. Acerca de eso que está exhibiendo en su pequeño teatro no puede reconocer la verdadera significación; poniendo en manos del Otro el interpretar, el descifrar tales guiones escénicos.

Retomamos el ejemplo clínico de Freud de la «Joven homosexual». La escena pública que se relata donde la joven pasea tomada del brazo de la otra mujer, mostrando su amor en la calle y se cruzan con la mirada furiosa del padre; justamente ahí está la mostración, «el acting», la verdad que se descubre es precisamente cuál es el amor al que ella aspira, cómo tratar a una mujer, mensaje que se le da al padre.

Otro de los más clásicos ejemplos de acting-out se refleja cuando Lacan hace alusión en «La dirección de la cura y los principios de su poder» al caso de Ernst Kriss, donde el paciente presenta una inhibición para escribir y vivencia una gran angustia porque cree que plagia. Luego de una interpretación errónea que reali-

za su analista; al salir de la sesión va y come «su plato favorito: sesos frescos».⁸

Sobre esto Lacan nos comenta en su seminario titulado «La angustia» que el paciente le está dando señales a Kriss... «*Todo lo que usted dice es cierto, pero sencillamente no toca a la cuestión; quedan los sesos frescos. Se lo demostraré. Iré a comerlos al salir, para contárselo la próxima vez.*».⁹

En términos lacanianos podríamos afirmar que el acting-out es una conducta sostenida por un sujeto y que se da a descifrar al otro a quien se dirige, siempre devela una verdad. Constituye una demanda de simbolización exigida en una transferencia salvaje y la cuestión que se le plantea al analista es cómo domesticarla y producir algo del orden de la subjetivación.¹⁰

El sujeto se dirige al Otro en forma de llamado, puede verse la puesta en escena de eso que se quiere mostrar, en la que sin saberlo apunta a ese objeto irrepresentable de la dimensión de la falta. En este momento de la urgencia se trata de escuchar y ser muy cauteloso al realizar cualquier intervención; ya que en este punto se impone alojar a ese sujeto, y ese sufrimiento insoportable ponerlo en el discurso.

Lacan nos enseña que al acting-out no hay que interpretarlo, para domesticarlo es necesario que esté la escucha, la escucha del analista, para que pase por la vía de la palabra, y no de la acción. Eric Laurent afirma que el sufrimiento humano está estructurado como un mensaje y hay que leerlo; es allí donde habrá que pescar al sujeto, en la subjetivación de la urgencia.¹¹

La otra modalidad es el pasaje al acto donde no hay nada que explicar, no es descifrable, no se interpreta, porque no hay sujeto que reciba tal intervención, puesto que se ha identificado directamente al objeto «a». Debemos aclarar que este concepto es creado por Lacan para nombrar la falta estructural de objeto en el vacío central que organiza la subjetividad.

Para ubicar algo de este tipo de urgencia relataremos un caso de la práctica clínica.

L. es una joven de 19 años que se encuentra ingresada en el servicio de terapia intermedia hace más de 12 horas. El motivo de ingreso es por haber ingerido unas pastillas. Nos cuenta que tomó «un puñado de carbamazepinas» no sabe cuántas. Esto lo hizo después de llegar a su casa el primer día de clase.

«*Cómo le iba a decir a mis padres que no pude con la escuela.*» «*Estaba en el aula... no comprendí nada de lo que la profesora preguntaba, hice*

todo mal, una voz me decía tienes que irte de aquí»
«Pensé, yo no doy, tengo que irme de aquí»
«Cada vez se complicará más»
*«Caminé horas, me senté en un parque y cuando lle-
 gué pensé que iba a defraudar a mis padres y a mi
 Doctora»*
*«Llamé a mi Psiquiatra y no pude hablar con ella, luego
 a otra que he ido a su consulta y tampoco pude hablar
 con ella»*
*«Vi el frasco de las pastillas y eché todas las que
 cabían en mi mano, luego me acosté, quería dor-
 mir»*

En la entrevista a la madre, ella nos relata que su hija comenzó primer año de la universidad el curso pasado y lo dejó por una «crisis depresiva». L. no tiene amigos, nunca ha tenido novio. La mayor parte del tiempo lo pasa en su cuarto, a puerta cerrada leyendo y escuchando música. Desde niña se atiende con el psiquiatra y actualmente lleva tratamiento con carbamazepina y trifluoperazina.

Cuando indagamos qué espera la madre de su hija como estudiante nos cuenta que «en su familia nadie es profesional pero que les ha ido muy bien. «Nunca le hemos exigido ser universitaria, siempre me he preocupado porque ella salga, tenga amigos y eso no ha sido posible». Además, «su psiquiatra y ella fueron las que decidieron que podía empezar este curso». «Yo no estuve de acuerdo».

Lacan nos precisa que en la estructura del pasaje al acto, el «dejarse caer» es su correlato esencial. Esta paciente cuando toma las pastillas se identifica con «todas las pastillas que cabían en su mano», constituyendo un rechazo al Otro (social, parental). El sujeto queda identificado con ese objeto, precipitándose fuera de la escena dónde se sostenía como sujeto y como resultado un acto que no se dirige a nadie.

El sujeto paga un precio demasiado caro para sostener inconscientemente una posición de dominio, en el seno de la alienación más radical, al punto de estar dispuesto a pagarla con su vida.⁹

Retomando el caso de la «Joven homosexual» el pasaje al acto podríamos identificarlo con el momento en el que la joven se arroja fuera de la escena en lo real lanzándose por un puente. Teniendo como antecedente el encuentro con la mirada colérica del padre y las palabras de «basta» de la otra mujer. Puede situarse este como el punto de máxima dificultad alcanzada, de mayor embarazo. Como vemos en este ejemplo clínico de Freud el acting-out y el pasaje al acto figuran contiguos en el tiempo.

En relación a esto, ya nos indicaba Freud en «Duelo y melancolía» que la sombra del objeto ha caído sobre él.¹² Más tarde Lacan agrega que el objeto supe- ra su dirección y es el que triunfa.

En ambas situaciones, tanto en el acting out como en el pasaje al acto se produce una relación importante del sujeto con el objeto y con el Otro. En el primero el Otro se encontraba desfalleciente, es por esto que se le quiere hacer llegar un «mensaje» mientras que en el pasaje al acto el Otro está presente de forma absoluta, sólido, sin barrar, de manera tal que le resulta insopor- table en su consistencia; pero ya el sujeto no pone ex- pectativas en él, «no le quiere decir» y se ofrece en forma sacrificial sin ninguna esperanza de hacerse es- cuchar, cayendo de este modo el sujeto y el objeto.^{12 13}

En relación al objeto «a», en el acting el sujeto lo sostiene como señuelo de su deseo, todo lo hace en su dirección, lo quiere mostrar y se lo señala al Otro, mien- tras que en el pasaje al acto se produce esta extrema identificación con el objeto en su acepción de resto, desecho, deyecto.

Lacan lo aborda como una ruptura de la danza significativa del sujeto; caen aquellos elementos simbó- licos e imaginarios que hasta entonces le brindaban un lazo al Otro.¹³ Las palabras no alcanzan, ya no pueden decir, todo queda por fuera de los argumentos y el su- jeto no puede simbolizar y ni siquiera sintomatizar; apa- reciendo como única opción para detener ese sufrimien- to inefable: la modalidad del acto.

Para concluir; hemos visto que el acting-out y el pa- saje al acto, como modos de presentación de la urgencia subjetiva dan cuenta de un sujeto que se encuentra sus- pendido en su función, desbordado por la eminencia del acto, como modo de evacuar el sufrimiento en forma ace- lerada, y de lograr restablecer algo de su función. Ante estos eventos la orientación analítica en las instituciones guiará al especialista a proponer una pausa frente a la prisa que el momento supone. Su intervención no conclu- ye en resolver la urgencia en el tiempo y en detener el riesgo, a diferencia del acto médico, sino que abre un espacio que permitirá localizar algo de lo subjetivo y favo- recer un segundo tiempo donde el sujeto responsable pueda dar cuenta de su acto.

El tratamiento psicofarmacológico, el ingreso en el hospital, son recursos que apuntan a un tiempo de nor- malización para que el sujeto recobre su lugar en la estructura, pero no es suficiente. Desde una perspecti- va psicoanalítica la ética nos conduce a posponer los juicios y a no anticiparse ante la inminencia de una con- clusión.

Bibliografía

1. Gorostiza L. Prólogo. En: Sotelo I. Clínica de la urgencia. JCE: Buenos Aires; 2007. p.15-21.
2. Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En: Freud S. Obras Completas. Biblioteca Nueva; 1948. p. 148-64.
3. Sotelo I. ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? En: Sotelo I, Laurent E, Belaga G, Sobel G, Rojas A. Perspectivas de la clínica de la urgencia. 1ed. Grama: Buenos Aires; 2009. p. 23-30.
4. Belaga GA. La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. En: Belaga GA, Laurent E, Seldes R, Garmendia J, Naparstek FA. La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Grama : Buenos Aires; 2004. p. 11-19.
5. Arès Psi [página principal en Internet]. Buenos Aires: Arès Atención Psicológica; c 2007 [citado 8 Ene 2010]. Larsen D. Acerca del acto, pasaje al acto y acting out. Disponible en: http://www.arespsi.com.ar/articulos/DL_acting_out.htm
6. Roudinesco E, Pion M. Diccionario de conceptos, términos y personalidades en Psicoanálisis [CD-ROM]. Buenos Aires: Amorrortu; 1996.
7. Lacan J. Seminarios y Escritos. Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud [CD-ROM]. Buenos Aires: Amorrortu; 1996
8. Lacan J. Seminarios y Escritos. Escritos 2. La dirección de la cura y los principios de su poder. [CD-ROM]. Buenos Aires: Amorrortu; 1996.
9. Lacan J. Seminario 10 La angustia. Buenos Aires: Paidós; 2006.
10. Schussler E. Acting out y pasaje al acto en la urgencia. En: Sotelo I, Laurent E, Belaga G, Sobel G, Rojas A. Perspectivas de la clínica de la urgencia. 1ed. Grama: Buenos Aires; 2009. p. 63-72.
11. Sotelo I. El sujeto en la urgencia institucional. En: Sotelo I. Clínica de la urgencia. JCE: Buenos Aires; 2007:21-55.)
12. Freud S. Duelo y melancolía. Buenos Aires: Amorrortu; 1996. p. 246-247.
13. El PSitio [página principal en Internet]. Argentina: Sociedad Interamericana de Psicología; c 2006-2010 [citado 22 Ene 2010]. Bertran G. La urgencia subjetiva. Disponible en: <http://www.elpsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp>

Trabajos de Revisión

Las señales violencia en los dibujos infantiles. Indicadores globales de daño.

Aurora García Morey*

* Dra. en Ciencias Psicológicas, Profesora Titular. Facultad Psicología. Universidad de La Habana, Cuba

Resumen

Si difícil resulta en ocasiones poder comunicarse con los niños en el proceso de evaluación, diagnóstico o en psicoterapia, más difícil es el poder descifrar esos mensajes secretos que gritan en sus dibujos. Este artículo pretende mostrar las experiencias en el reconocimiento e intervención psicológica a niños y adolescentes víctimas de algún tipo de violencia, mediante la identificación de indicadores globales de daño presentes en las representaciones gráficas infantiles. Palabras clave: dibujo infantil, violencia, indicadores globales de daño psicológico.

Abstract:

If difficult it is in occasions the power to communicate with the children in the evaluation process, diagnosis or in psychotherapy, but difficult it is the power to decipher those secret messages that you/they scream in their drawings. This article seeks to show the experiences in the recognition and psychological intervention to children and adolescent victims of some type of violence, by means of the identification of global indicators of damage you present in the graphic infantile representations. Key words: I draw infantile, violence, global indicators of psychological damage.

La violencia en los dibujos infantiles

Los medios de comunicación en cualquier parte del mundo, cada minuto, refieren hechos de los cuales los niños resultan víctimas. En la mayoría de las situaciones no se tiene en cuenta el alcance de diferentes acciones, en las diferentes esferas de actuación: familia, comunidad, estado, naturaleza... en las cuales niños y niñas resultan víctimas, a veces sin entender ¿que está sucediendo? y ¿por qué?

Este trabajo muestra la imagen infantil de la violencia en diferentes contextos: niños sin amparo filial; niños que refieren maltrato, (no reconocido ni declarado por la familia); niños de familias desplazadas de sus lugares de origen o víctimas de conflictos armados; dibujos infantiles de la invasión norteamericana a Panamá; niños abusados sexualmente; niños quemados, y catástrofes naturales.¹ Los dibujos proceden de niños de edad escolar de diferentes países de Latinoamérica

y el Caribe, pero todos expresan en sus dibujos espontáneos sus angustias y su dolor de manera similar. Se presenta un resumen de los indicadores globales de daño psicológico y su equivalencia en los diferentes procesos. En la realización de este resultado se utilizaron los indicadores ya definidos en trabajos anteriores en diferentes poblaciones «sanas», con trastornos de las emociones y/o el comportamiento social, enfermedades crónicas, entre otras. Después de observar la presencia o no de los 25 indicadores de los cuatro grupos, se determinaron las coincidencias de los Indicadores Globales de Daño y las diferencias por sub-grupos.

Este artículo pretende mostrar las experiencias en el reconocimiento e intervención psicológica a niños y adolescentes víctimas de algún tipo de violencia, mediante la identificación de indicadores globales de daño presentes en las representaciones gráficas infantiles.

Características del dibujo libre en niños que presentan alteraciones psicológicas.

El dibujo como lenguaje en imágenes expresa no sólo la idea que desea transmitir el sujeto en un momento determinado, sino también su percepción del entorno, entendiendo la percepción como un proceso activo por lo que en cada dibujo el niño refleja su realidad, su conceptualización sobre lo representado.

Es por esta razón que en la medida que las alteraciones psicológicas que presenta son más estructuradas, internalizadas y estables, el dibujo como reflejo, interpretación e interacción con la realidad se desviará más del desarrollo gráfico normal, poniéndose de manifiesto características específicas que denotan esta desviación. El análisis del comportamiento de los indicadores en los niños con alteraciones psicológicas pone de manifiesto tanto la desviación del desarrollo gráfico, como el nivel alcanzado en su desarrollo psicológico.^{2,3,4,5}

Si se aceptan como válidas estas aseveraciones, se puede afirmar que los niños con alteraciones psicológicas reflejan en sus dibujos no solo su problemática desde el punto de vista del análisis de contenido, sino también el desarrollo motor, elaboración de conceptos, estructuración y expresión de las ideas, respuesta emocional a los estímulos y percepción y reflejo de la realidad.

Algunos de los aspectos señalados por G.Rouma se identifican con los criterios seguidos en la definición de los indicadores; la evasión de las ideas tiene su equivalente en la distribución ilógica de elementos, la tendencia al automatismo con las seriaciones de elementos, la reproducción de clisés con elementos absurdos y otros ejemplos sin olvidar la importancia del color, fundamentada en el dibujo-imagen como reflejo de la realidad y el vínculo afectivo entre el color y el objeto representado.⁶

Partiendo de este análisis ¿cómo se comporta el desarrollo psicográfico en los dibujos espontáneos de niños con alteraciones psicológicas a partir de los indicadores definidos?

Los diferentes indicadores y su relación nos brindan los elementos más profundos de la caracterización, por lo que si determinados síntomas clínicos son secundarios a algún otro proceso patológico, la información básica, excluyente en la mayoría de los casos, se corresponde al proceso primario.

Si bien estos indicadores resultaron altamente significativos en la diferenciación de los grupos normales y con alteraciones psicológicas, existen diferencias entre

los subgrupos estudiados: inadaptación neurótica, síndrome hiperkinético, agresividad no socializada, timidez, síntomas especiales y retardo del desarrollo psíquico. También se analizan otros subgrupos que por mantenerse más cerca del desarrollo normal en cuanto a la «señal» de desviación, presentan indicadores interesantes, sobre todo desde el punto de vista preventivo.⁷

En el caso del grupo que presenta alteraciones psicológicas resulta evidente a «golpe de vista», la falta de legibilidad o un uso peculiar del color encontrándose las mayores diferencias en las particularidades de una entidad u otra.⁷

La tendencia a la desorganización en la estructuración de la idea, los bloqueos emocionales, las dificultades con la atención, el control muscular, la coordinación viso-motriz, la impulsividad o cualquiera de las alteraciones psicológicas que se corresponden con un cuadro clínico determinado, se ponen de manifiesto en sus indicadores equivalentes.⁷

Es por esto, que mientras más estructurada, estable, e internalizada se encuentre la desviación del desarrollo psicológico, la desviación del desarrollo psicográfico a su vez, resultará mas notoria a través de una mayor cantidad de indicadores implicados conformando una caracterización de ese sujeto específico con independencia de que responda a los indicadores mas sobresalientes de una entidad o perfil psicológico.

¿Qué sucede cuando incide un factor potencialmente psicopatógeno?

Se alteran los procesos psicológicos básicos a partir de la profundidad del daño, las aéreas de actuación que abarca, las características psicológicas del sujeto afectado, la edad en que se produce el acontecimiento y su intensidad y duración.

De la interacción de estos factores, las formas de expresión variarán o se combinarán manifestándose en síntomas somáticos,(náuseas, sudoración, vómitos, dolores de cabeza); síntomas de estado de choque, contracturas musculares y psicomotricidad, (crujir los dientes, dolores musculares ,temblores); reacciones cognitivas, (dificultad para la toma de decisiones ,discernir entre asuntos triviales y trascendentes , el curso del pensamiento; reacciones emocionales (ansiedad, sentirse abrumado, anonadado, afligido, identificación con las víctimas , depresión, aanticipación de daño a sí mismo y a otros, irritabilidad lloran con facilidad, cambios de humor); reacciones de conducta, (insomnio,

cambios en la marcha, elaboración de rituales, hipervigilancia, no desean apartarse de la escena.^{8,9}

La representación psicográfica del daño. Indicadores globales

El dibujo como lenguaje en imágenes expresa no sólo la idea que desea transmitir el sujeto en un momento determinado, sino también su percepción del entorno, entendiendo la percepción como un proceso activo por lo que en cada dibujo el niño refleja su «realidad», y su conceptualización sobre lo representado.

Es por esta razón que en la medida que las alteraciones psicológicas que presenta son más estructuradas, internalizadas y estables, el dibujo como reflejo, interpretación e interacción con la realidad se desviará más del desarrollo psicográfico normal, poniéndose de manifiesto las características específicas que denotan esta desviación

¿Cómo se comporta el desarrollo psicográfico en los dibujos espontáneos de niños con alteraciones psicológicas?

Los diferentes indicadores y su relación nos brindan los elementos más profundos de la caracterización psicológica y psicopatológica, por lo que si determinados síntomas clínicos son secundarios a algún otro proceso patológico, la información básica, excluyente en la mayoría de los casos, se corresponde al proceso primario.

Indicadores globales de daño psicológico

Podemos afirmar que la evidencia de daño psicológico se expresa como falta de legibilidad, en la expresión de las ideas, bien sea en la estructuración del dibujo o en la calidad de la respuesta emocional, (figura 1), o en la conducta, como estropeo de la figura humana o dificultades en el aprendizaje de causas no intelectuales, (figura 2)

Figura 1

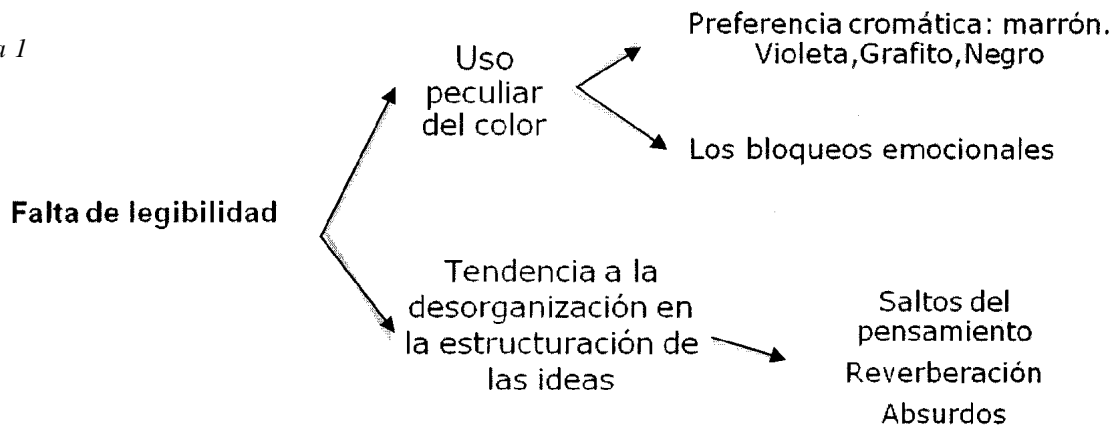
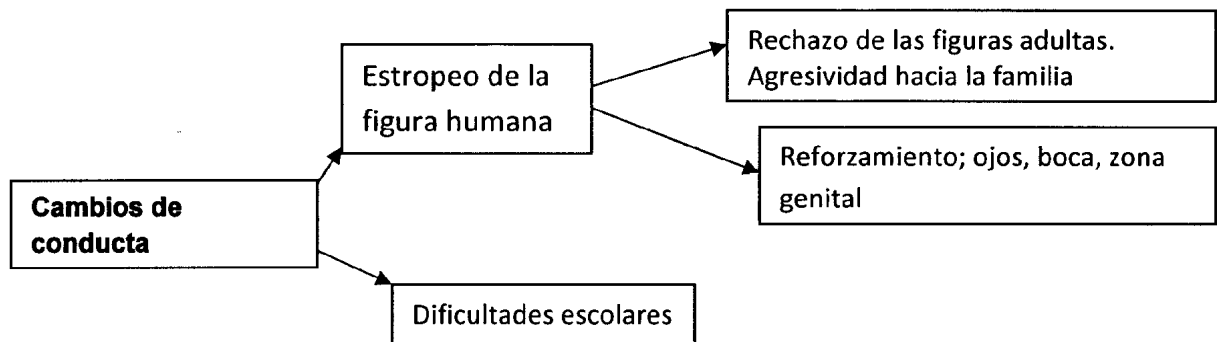


Figura 2



Formales y o estructurales:

Distribución ilógica de elementos, elementos absurdos, trazo débil y ilegibilidad.^{7,10,11}

Uso de color:

Pobre uso del color, inadecuación del color, preferencia cromática asociadas a inadecuación de la respuesta, grafito, o colores de uso poco común para su grupo etario. Seriaciones de color.^{7,10,11}

Desarrollo y ejecución de la figura humana:

Estropeo y omisión o inadecuación del color.^{7,10,11}

Estos indicadores se presentarán combinados en dependencia de la sintomatología presente. La combinación de distribución ilógica de elementos, elementos absurdos, inadecuación de color con una preferencia cromática de: marrón, violeta, con grafito o azul y verde, es patognomónico de las inadaptaciones neuróticas.^{7,10,11}

Bibliografía:

1. García Morey, A. Implicaciones de la Tortura Psicológica en contextos de violencia política, «Mirando con ojos de niño», Ed. Códice Ltda., Colombia, 2005.
2. Ezikeeva VA. Expresividad imaginativa de los niños de edad pre-escolar mayor. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1983.
3. Grözinger, W. Scribbling, drawing, painting, Ed. Faber and Faber Limited, London, 1955.
4. Kazakova, J. G. La creación artística en el niño. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1983.
5. Rouma, G. El lenguaje gráfico del niño, imprenta La Propagandista, La Habana, 1911.
6. García, A. Psicopatología Infantil. Su evaluación y diagnóstico, Ed. Félix Varela, La Habana, 2009.
7. García, A. Indicadores para el estudio del dibujo libre

infantil (Tesis Doctoral), Universidad de la Habana, 1995.

8. Colectivo de autores. Tercer Glosario Cubano de Enfermedades Psiquiátricas, Ed. Hospital Psiquiátrico de la Habana, La Habana, 2001

9. Osterrieth, PA., Oleron, P. Tratado de psicología del niño, Ediciones Morata S.A., Madrid, tomo IV, 1985.

10. García, A. ¿Qué nos dicen los dibujos?, Multimedia interactiva, Universidad de la Habana, La Habana, 2008.

11. García, A. Evaluación y Diagnóstico Clínico Infantil. Impreso en Arequipa, Perú, 2009.

Bibliografía consultada

1. Franks, OR. Scribles? Yes, they are Art !, University at Lincoln Center, U.S.A, 1994..
2. Goodenought ,F. The measurement of intelligence by drawing, Chicago Word Book Company Yokerfson Hudson, N.Y., U.S.A, 1926.
3. Kasakova, JG. Metodología de la expresión plástica por grupos evolutivos: Enseñanza del dibujo y el modelado en el primer grupo menor, Ed. Orbe, La Habana, 1981.
4. Klopfer, B., Davidson H. Técnica del Rorschach. Manual introductoria. Ed. Revolucionaria, La Habana, 1966.
5. Luquet, GH., Le dessin d'un enfant, Alcan, París, 1913.
6. Rorschach, H. Psicodiagnóstico, Ed. Revolucionaria, La Habana, 1966.
7. Vigotsky, LS. Pensamiento y Lenguaje. Ed. Revolucionaria, La Habana, 1986.
8. Vigotsky, LS. Psicología del Arte. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1987.
9. Vigotsky, LS. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores, Ed. Científico Técnica, La Habana, 1987.

Trabajos de Revisión

Calidad de vida y trasplante renal. Una necesidad a investigar

Lic. Keytel García Rodríguez
Licenciada en Psicología

Resumen

Aunque el trasplante trae consigo una serie transformaciones positivas en el funcionamiento de un órgano o sistema determinado, reduciendo al máximo los riesgos para la vida de ese individuo, así como la sintomatología que lo hacía sufrir, ello no implica ineludiblemente una mejoría en la calidad de vida, al menos como la percibe la persona. Más que una enfermedad, perfiles o patrones de comportamiento y valores definidos que nos engloben la calidad de vida de un grupo de personas con un mismo padecimiento, ignorando sus vivencias personales, debemos tener presente una perspectiva de análisis más psicosocial, más centrada en el ser humano como máximo protagonista de su propia vida. Es por ello que realizamos un análisis más individualizado de la calidad de vida en estas personas, específicamente en los pacientes trasplantados renales. Palabras clave: trasplante renal, calidad de vida, determinantes psicológicos.

Abstract

Although the transplant brings I get a series positive transformations in the operation of an organ or certain system, reducing to the maximum the risks for that individual's life, as well as the symptoms that he/she made it suffer, don't imply it unavoidably an improvement in the quality of life, at least as the person it perceives it. More than an illness, profiles or behavior patterns and defined values that include us the quality of life of a group of people with oneself suffering, ignoring their personal experiences, we should have present a perspective of more psychosocial analysis, more centered in the human being like maximum main character of their own life. It is hence that we carry out a more individualized analysis of the quality of life in these people, specifically in the transplanted renal patients. Key words: transplant renal, quality of life, decisive psychological.

Introducción

En las últimas décadas la evaluación de la calidad de vida ha adquirido cada vez más importancia en el ámbito de la salud y la enfermedad, observándose en este sentido un amplio campo de investigación. Si bien es cierto, que ha tomado gran auge el estudio de este constructo en el ámbito de la salud, aún nos encontramos al inicio de una intensa búsqueda, no existe un consenso con respecto a la conceptualización del término, persistiendo discrepancias en aspectos como la multidimensionalidad, el énfasis en la importancia de la subjetividad, la naturaleza dinámica o estable del constructo, entre otros.

Otra interrogante nos asalta en el instante de esta reflexión. Hasta qué punto resulta congruente con la definición de calidad de vida percibida vivenciada, la mera cuantificación del fenómeno, ignorando de esta manera la riqueza de su manifestación en el plano individual y en la rica interacción que surge en el marco grupal, contexto esencial de transformación en el individuo.

Si queremos medir los síntomas físicos o indicadores médico clínicos, las consecuencias o secuelas de una enfermedad, la comorbilidad, los factores de riesgo asociados, entonces no estaríamos hablando de calidad de vida, por lo contrario, estaríamos reduciendo su

naturaleza compleja en simples y «exactos» valores numéricos. Estaríamos valorando una enfermedad y en el mejor de los casos un grupo poblacional con un determinado padecimiento, pero no al enfermo en sí mismo, como conocedor y protagonista de su calidad de vida. Bien diferente sería, por tanto, explorar cómo vivencia esa persona la enfermedad o esos síntomas, cómo se siente, en qué medida lo afecta, qué significado adquiere para ella, sus mecanismos adaptativos, estilos de afrontamiento, la afectación en otras esferas de su vida, así como la influencia que la propia valoración de su calidad de vida ejerce en la evolución del proceso de enfermedad.

Sin embargo, muchos clínicos parecen estar más interesados en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos que en los aspectos subjetivos del paciente. Las medidas fisiológicas suministran información a los clínicos, pero tienen un interés limitado para los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional. Es un hecho comúnmente observado que dos pacientes con idénticos criterios clínicos a menudo presentan respuestas totalmente diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere. Por otra parte diversos estudios han señalado una estrecha relación entre el estado de salud percibida y la mortalidad.¹

El ser humano es un ser biopsicosocial inserto en el tiempo y en la historia, lo que él piense, sienta, desee, tiene igual o mayor importancia que lo que presupone la evolución de una enfermedad. De ahí que enfatizamos, desde los fundamentos del modelo biopsicosocial, en la relevancia de la interacción sistémica de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad, así como el papel activo de la persona como hacedor de su propia salud.

La etapa del paciente ya trasplantado es la menos seguida terapéuticamente, pues pensamos que una vez realizado el procedimiento quirúrgico con éxito, su calidad de vida mejora inexorablemente, además de que se nos presenta la disyuntiva del paciente que evita a toda costa la interacción con el medio hospitalario y con todo aquello que implique atención médica. Sin embargo continúan los tratamientos medicamentosos, los chequeos médicos, restricciones que continúan afectando la vida de estas personas, en dependencia de cómo lo asuma cada individuo en particular, lo cual pensamos puede incidir en las valoraciones sobre su calidad de vida. ¿Hasta qué punto la disminución de los

síntomas, la reducción de los ingresos hospitalarios, la no dependencia de la hemodiálisis (HD), entre otros aspectos que supuestamente mejoran la calidad de vida del individuo, garantizan una satisfacción de estas personas con su vida? ¿De qué depende?

Definición de calidad de vida

Aunque parece un concepto fácil de comprender, no resulta fácil de definir, por su alto nivel de ambigüedad y complejidad.^{2,3,4,5,6} De hecho, la diversidad de definiciones es enorme, existiendo confusión fundamentalmente en la operacionalización del concepto, en cómo generalizar los resultados a diversas poblaciones e individuos, la disyuntiva entre su carácter estable o temporal, qué dimensiones determinar como relevantes para el análisis multidimensional del término o más bien volcarlo hacia una explicación más global del mismo, quién debe constituir el principal evaluador de la calidad de vida, cuáles son sus principales determinantes, entre otros. Por esta razón, no ha prevalecido una definición precisa y consensuada del término de calidad de vida, fundamentalmente en el área de las ciencias sociales y de la nuestra en particular.

Igualmente, en el transcurso investigativo este término se ha encontrado solapado con otros muy similares como felicidad, bienestar,⁵⁻⁷ salud, estado de salud, satisfacción, nivel de vida. Otros autores²⁻⁸⁻⁹ abogan por una diferenciación precisa de estos términos, pues si bien se pueden hallar puntos de encuentro e interacción entre los mismos, no constituyen sinónimos ni pueden ser sustituibles.

Siguiendo este análisis, Ruiz Ros y cols., 1998, plantean que en el macroconcepto calidad de vida (CV) se incorporan factores como estado de salud, bienestar subjetivo, satisfacción y felicidad que, aun formando parte de la misma, no deben confundirse con su propia definición. La salud se entiende, sobre todo, como la percepción de síntomas por parte de los pacientes y la identificación de los signos objetivos de enfermedad. El bienestar subjetivo describe la valoración global que el individuo hace de su propia vida, en términos de felicidad o satisfacción vital. La satisfacción implica una experiencia racional o cognitiva que puede definirse en términos de discrepancia percibido entre aspiraciones y logros. La felicidad sugiere una experiencia emocional positiva que incluye a la salud como su factor más importante.⁸ Por su parte, Moreno y Ximénez, precisan que la interdependencia no implica indistinción.

En Cuba, la autora Ileana Beatriz Díaz Corral ha estrechado aún más el término de calidad de vida ajustándolo para su estudio, puntualizando de esta forma su esencia valorativa, de donde emerge el término Calidad de Vida Percibida Vivenciada (CVPV). La CVPV constituye, entonces, «la expresión valorativa de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, presente en el individuo, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que se aspira y lo que se espera alcanzar, en correspondencia o no con los elementos importantes y jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la vida, y permiten a la persona el ajuste al medio en que vive y se desarrolla».⁹

En una exhaustiva revisión bibliográfica encontramos importantes debates sobre la definición de la calidad de vida, que incluyen contradicciones o posibles puntos de desencuentro en la ciencia, definiendo no sólo el camino teórico del término sino su operacionalización y evaluación:

· **Objetivo vs subjetivo:** Por un lado, se encuentran los que postulan que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, frente a los que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas.

· **Interno vs externo:** Se cuestiona si es el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los ingredientes que intervienen en la «calidad de su vida», resaltando el valor del individuo como protagonista y hacedor de su calidad de vida, o más bien, si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos, enfatizando en la valoración externa de la misma.

En este sentido hasta qué punto se pueden generalizar los resultados de estudios individuales de calidad de vida a poblaciones generales, dónde queda la individualidad, el sello personal, la subjetividad, y más aún la calidad misma. Incluso, en el marco clínico nos podemos cuestionar, hasta qué punto podríamos intervenir psicológicamente en un individuo si todo aquello con lo que contamos es una idea vaga y general de lo que caracteriza la calidad de vida de un grupo poblacional con determinada patología en la que se incluye este individuo, ¿y su respuesta individual, sus vivencias, acaso no pueden darle un vuelco completamente diferente a esa patología, y por ende, a nuestros objetivos de investigación e intervención?

· **Global vs multidimensional:** Se plantean serias divergencias en este aspecto, abogando algunos especialistas por una calidad de vida global, única, que nos hable de la satisfacción general en la vida, analizándolo algu-

nos como el componente subjetivo o bienestar psicológico; mientras que otros apuestan por el análisis ya sea generalizado o más particularizado al individuo, de las dimensiones que integran la calidad de vida, analizándolo en algunos casos como sistemas interdependientes.

· **La temporalidad del término:** Se encuentra el grupo que defiende la idea de la transitoriedad del constructo, en tanto es susceptible a cambios en relación a los factores internos de la calidad de vida. Otro grupo apoya el análisis desde una postura más conservada de la calidad de vida, donde los factores personales, le impregnan una estabilidad, una cierta tendencia, independientemente que no se deja de reconocer el papel que juega los factores circunstanciales.

Calidad de vida relacionada con la salud

En las investigaciones sobre calidad de vida en el ámbito de la salud, los especialistas suelen distinguir los términos de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, destacándose entre las controversias más frecuentes la relevancia de la determinación del estado de salud o de enfermedad de un individuo en su calidad de vida.

Efectivamente, de igual forma que con el concepto de calidad de vida no existe aún una definición operativa y universal, el término acuñado como calidad de vida relacionada con la salud, no escapa a esta realidad científica, por lo que a menudo los conceptos «salud», «estado funcional», «estado de salud» y «calidad de vida relacionada con la salud» se alternan como sinónimos, y aunque estos se interrelacionan, no son intercambiables.¹⁰

Más allá de la discusión de si existe una única calidad de vida o resulta oportuno realizar la distinción con la calidad de vida relacionada con la salud, sí es cierto que la salud constituye un factor de gran relevancia en la determinación de la misma para la vida de una persona, aunque no la única, aun cuando se encuentre seriamente afectada en todas sus áreas por una patología o enfermedad.

Durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. La opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales de la salud de que las variables médicas tradicionales de resultado son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención sanitarias, unido a las características de los problemas de salud y al espectacular desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecno-

logía sanitaria, ha propiciado el interés por el concepto y la medida de la calidad de vida en el área de la salud. Por lo tanto, se podría afirmar que la atención se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida.¹⁻²

Nuestra atención no sólo radicaría en el proceder médico y quirúrgico que logre efectivamente la sobrevivencia de ese paciente, y el alivio a su sufrimiento, sino también su bienestar psicológico. Cómo se siente, cuáles son sus principales inquietudes, temores, pensamientos, emociones, de qué manera esta persona puede verse menos afectada socialmente, cómo reinsertarlo a la sociedad, a sus roles familiares previos, al ámbito laboral o escolar, en qué medida su situación económica, y aspectos tan puntuales y que quizás pensamos en ocasiones que se encuentran al margen de la responsabilidad o el quehacer médico, como la lejanía de su residencia de la institución médica, las posibilidades de transportación, las condiciones higiénico-sanitarias que lo rodean cotidianamente, pueden influir en su bienestar general. Estos son algunos de los elementos que integran, atendiendo a la individualidad característica de cada ser humano, la calidad de vida. Lo que importa en este nuevo siglo es cómo se siente el paciente, en lugar de cómo los médicos creen que debería sentirse en función de las medidas clínicas.

Calidad de vida y trasplante renal

Aunque el trasplante trae consigo una serie de transformaciones positivas en el funcionamiento de un órgano o sistema determinado, reduciendo al máximo los riesgos para la vida de ese individuo, así como la sintomatología que lo hacía sufrir, ello no implica ineludiblemente una mejoría en la calidad de vida, al menos como la percibe la persona, por dos razones fundamentales.

Una de ellas la hemos analizado en profundidad y apunta hacia la subjetivación del concepto, la otra se refiere a la permanencia de elementos propios de una enfermedad crónica no transmisible, como el seguimiento médico continuo, la exploración diagnóstica y la ingestión de medicamentos de forma vitalicia, efectos colaterales al tratamiento, la firmeza en el control de los factores de riesgo, así como la exposición a posibles rechazos agudos o crónicos del injerto, entre otros factores que se hacen sentir ante el individuo permanentemente como una situación de salud de cuidado, ya sea percibida por el mismo como un problema o no.

Algunos especialistas refieren que uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación vertiginoso para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad). Pueden incluso, producirse dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos, entre otros aspectos.¹¹

Un estudio arrojó que el grupo de pacientes portadores de un injerto renal funcionante presentó el doble de disfunción en el área psicosocial que en el físico. A mayor edad se asocia mejor CVRS en pacientes en hemodiálisis o trasplantados renales. Aunque en un buen número de estudios, se asocia el sexo femenino a una peor CVRS en los pacientes en terapia renal sustitutiva, el estudio realizado por Rebollo y colaboradores, demostró la inexactitud de esta conclusión, demostrando la necesidad de utilizar adecuados instrumentos de evaluación. La misma investigación halló la relación entre una mayor comorbilidad y una peor CVRS en estos pacientes.¹²

Otros autores, desde una posición más conservadora, creen que los resultados encontrados en las investigaciones actuales no pueden considerarse demasiado válidos en la actualidad, debido al hecho de haber considerado un escaso número de pacientes, no haber abarcado dimensiones relevantes de la CVRS, entre otros. El diferente concepto de CVRS, la utilización de distintos instrumentos de medida, la heterogeneidad de las muestras y las diferencias culturales entre pacientes son los principales factores que justifican la variabilidad de los resultados.¹³

Ahora bien, muchos de los elementos de afectación biopsicosocial analizados varían después del trasplante, ya que muchos pacientes reportan una mejoría, en los meses posteriores a la intervención, no así al inicio del mismo, incluidas las diversas dimensiones, la física, la funcional, la social y la psicológica, cuando se cumplen sus expectativas. Pero este proceso implica también algunos aspectos a los cuales deben adaptarse estos pacientes como la periódica revisión médica y el tratamiento con inmunosupresores de por vida, cuyos efectos secundarios son: hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, osteoporosis o retraso del crecimiento (en niños), alteraciones metabólicas, procesos infecciosos y cambios en la apariencia física (acné, aumento de peso corporal, entre otras), incluyendo la reper-

cusión en la calidad de vida del paciente,¹⁴ así como el cuidado en el cumplimiento de algunas limitaciones (modificación de la dieta, la cantidad de actividad física, el consumo de bebidas alcohólicas, el cambio de los estilos de vida anteriores, entre otros), la innegable obligación de una estricta adherencia terapéutica, continuando expensas a la posibilidad continua de un rechazo del injerto.

La expectativa del paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) hacia el trasplante no es la misma que la de un paciente que espera trasplante cardiaco o de médula ósea. En el paciente renal, la motivación durante un tiempo prolongado se centra en la posibilidad del trasplante, y llegan incluso a deformar su sistema de actitudes y valores hacia su vida personal y sus valores sociales. La ansiedad y las alteraciones emocionales durante la diálisis mejoran cuando llega el trasplante largamente deseado.¹⁵

Los pacientes trasplantados renales acumulan tras el proceder quirúrgico, no sólo todas aquellas reacciones asociadas a un proceso dificultoso y tenso para la persona y su familia, sino todo el sufrimiento y la espera, unido a esperanzas y desesperanzas del proceso de una enfermedad y tratamientos muy dolorosos e invasivos, ya sea desde el punto de vista psicológico, físico como social.

La dimensión social es la más preservada, mientras que las dimensiones salud general, dolor corporal, rol emocional y vitalidad, obtuvieron las puntuaciones medias más bajas, indicando que son las dimensiones de calidad de vida más afectadas, en un estudio realizado de calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, a través de la aplicación del instrumento genérico SF-36. De acuerdo con los resultados de este estudio se aprecia un menoscabo importante en la calidad de vida de estos pacientes.¹⁶

De manera general, los pacientes trasplantados renales reportan mayores índices de CVRS con respecto a los que permanecen en HD,¹²⁻¹⁴ excepto en el índice de imagen corporal.¹⁷ Igualmente se reporta un deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes con IRC cuando se les compara con la población general.¹³⁻¹⁵

Watanabe e Higara, 1999, en una muestra de 105 trasplantados renales, hallaron más trastornos psicológicos en aquellos pacientes que habían estado sometidos a diálisis más de dos años, en comparación con los que habían estado sometidos menos tiempo. Una de las razones es que la diálisis prolongada genera un importante deterioro cognitivo (por ejemplo, encefalopatía

por diálisis) que puede provocar diversos trastornos psicológicos.¹⁷

No obstante, puede que la mejoría esperada para la calidad de vida una vez que el paciente con IRC se trasplante, no sea total o que esté ausente en algunos pacientes. Tendríamos que tener en cuenta que todos estos datos son el resultado de investigaciones realizadas fuera del contexto cubano, con instrumentos validados en esos países, con la recogida de información cuantitativa, muy poco individualizada.

El periodo postrasplante trae consigo, ya sea durante el periodo inmediato al injerto en situación de mayor aislamiento, como en el periodo más mediato, determinadas reacciones emocionales como ansiedad, depresión, angustia, incertidumbre, irritabilidad, miedos, entre otros, siempre en dependencia de la historia de la enfermedad, los estilos de afrontamiento, las circunstancias que rodearon a la persona durante todo el proceso, el apoyo social, financiero, la personalidad, sus expectativas, entre otros.¹⁶ Como afirman Gullledge, Buszta y Montague, 1983, el post-trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia.¹⁷

Dentro de las principales repercusiones psicológicas del trasplante de órganos se encuentran: el delirium, que aparece en el postoperatorio inmediato y está causado por los fármacos inmunosupresores; trastornos sexuales, que suelen aparecer en el 30% de los trasplantados y las causas pueden ser tanto físicas (consecuencia de la propia enfermedad o la medicación) como psicológicas por temor a dañar el órgano trasplantado en las relaciones sexuales o porque se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios; trastornos del estado de ánimo, entre los más frecuentes los trastornos depresivos con considerable riesgo para la adherencia terapéutica, los trastornos de ansiedad, sobre todo en el contexto del alta hospitalaria y ante el riesgo potencial de pérdida del injerto; fantasías sobre el donante en relación a sus características físicas y psicológicas pudiendo traer consigo sentimientos de culpa porque piensan que otra persona ha muerto para que ellos puedan vivir; insatisfacción con la imagen corporal, presentando dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante en su propio cuerpo.¹⁷

Según este mismo estudio, dentro de las variables psicosociales que influyen en las repercusiones psicológicas asociadas al trasplante de órganos se encuentran: el apoyo familiar, o los trastornos psicológicos en los familiares, el tiempo de hospitalización así como la cantidad de veces que requiera esta medida de acuer-

do a su evolución, las expectativas pre-trasplante y post-trasplante, las estrategias de afrontamiento, la duración de la enfermedad, su edad de comienzo, entre otros.¹⁷ Igualmente se encuentra como relevante la procedencia del órgano implantado, que ha sido estudiada sólo en los trasplantados renales, como donante vivo o donante cadáver, mostrando mayor existencia de trastornos psicológicos en el segundo caso, quizás debido a que estos pacientes han estado más tiempo en diálisis (más tiempo de espera) y, por lo tanto, están más deteriorados.¹⁷

Otro estudio, realizado por el Transplant Learning, analizó la satisfacción de los pacientes con su CVRS. Los factores que influyen de forma negativa tras un trasplante renal son la comorbilidad, la función renal per se, los rechazos agudos, los efectos secundarios de la medicación y las hospitalizaciones, la situación laboral, la imagen corporal, los asuntos relacionados con la sexualidad, el stress, la ansiedad e incluso la culpabilidad que pueden complicar los aspectos emocionales y psicológicos después del trasplante.¹⁴

La adaptación a un trasplante de órgano dependerá además de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otros.¹⁸

A partir de todos estos estudios, podemos concluir que tras el trasplante renal la CVRS del paciente no se estabiliza, sino que se observan diferentes fases, unas mejores y otras peores, los cuales son diferentes en las diversas investigaciones. Nos queda concluir acerca del papel de la subjetivación de este proceso, más que una enfermedad, perfiles o patrones de comportamiento y valores definidos que nos engloben la calidad de vida de un grupo de personas con un mismo padecimiento, ignorando sus vivencias personales, debemos tener presente una perspectiva de análisis más psicosocial, más centrada en el ser humano como máximo protagonista de su propia vida.

Bibliografía

1. Badia X, Lizán L. Estudios de calidad de vida. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Ma-

drid: Ediciones Elsevier; 2003. p. 250-61.

2. Moreno B, Ximénez C. Evaluación de la calidad de vida. En: Buena Casal G, editor. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 1045-70.

3. Grau J. Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. [Tesis de Especialista en Psicología de la Salud]. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1997.

4. Padilla G. Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. Revista Colombiana de Psicología. 2005;13: 80-88.

5. Victoria C. Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2005; 8(3): 1-16. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num3/art1no2dic05.pdf>

6. Fernández-Ballesteros R. Quality of life: the differential conditions. Psychol. Spain. 1998;2 (1):57-85.

7. Grau J. Calidad de vida y salud: Problemas en su investigación. *Investigación en Detalle ALAPSA Colombia*, 3, 2003. <http://www.alapsa.org/v2/web/spip.php?article11>

8. Ruiz-Ros V, Peris A, Llácer A, Peris M. Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de calidad de vida en los afectados por problemas de salud: el Index de Qualitat de vida de l'escola Universitaria d'infermeria de la Universitat de València (IQV-EUIV-1). Med Clín (Barc). 1998; 98(17):663-70.

9. Díaz IB. Determinantes psicológicos de la calidad de vida [tesis doctoral]. La Habana: Universidad de la Habana, 2008.

10. Aparicio MC. Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2003.

11. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas Perspectiv. Psicol.* 2005; 1(2): 125-137.

12. Rebollo P. Health-related quality of life of kidney transplanted patients: Variables that influence it [Abstract]. Clin Transplant. 2000; 14(3):199-207.

13. Martín F, Reig A, Sarró F, Ferrer R, Arenas D, González F, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestio-

nario Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF). D y T. 2004; 25(2):79-92.

14. Valdés C, Ortega F. Avances de la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. *Nefrología*. 2006; 26(2):157-162.

15. Reyes A, Otero H, Duque AM. Psicología de la salud en la atención a enfermos renales. En: Hernández E, Grau J. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*, Eds. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 2005, 507-537.

16. Contreras F. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, *Univ. Psychol.* 2006; 5(3): 487-500.

17. Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psicol.*, 2005; 5(1):99-114.

18. Ocampo LE. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y medula ósea. *Psicología y salud*. 2007; 17(1): 125-131.

INSTRUCCIONES AL AUTOR

PRESENTACION DE ORIGINALES: Se presentarán mecanografiados en papel blanco, a 2 espacios, sin tachaduras ni arreglos manuscritos.

PRIMERA PAGINA: Contendrá: institución donde se realizó el trabajo, Título (que ha de ser conciso pero informativo) autor(es) (no excederán de 4), crédito(s) científico(s), docente(s), técnico(s) del (los) autor(res).

SEGUNDA PAGINA: Se incluirá el resumen (Inglés y Español), que será una exposición sintética y precisa, elaborado con oraciones cortas y en un solo párrafo, con Palabras Clave.

TERCERA PAGINA: Se iniciará el trabajo, el cual debe comenzar con una introducción, que consistirá en una descripción del estado del conocimiento en el campo, seguida de una descripción o intención del trabajo. Los métodos deben contener suficientes detalles técnicos y referencias acerca de técnicas como para que puedan ser repetidos en otros laboratorios. Continúan las secciones resultados, discusión y conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: Se presentará en hoja aparte y según el orden de acotación en el texto. Se evitarán las bibliografías extensas; sólo se pondrán las citas relacionadas directamente con el trabajo en cuestión. No se incluirán comunicaciones personales ni trabajos no

publicados; éstos se mencionarán en el texto (entre paréntesis). El ordenamiento de las citas bibliográficas será el siguiente: apellido(,), iniciales de nombres(.:), título del trabajo(,), nombre abreviado de la publicación según el Index Medicus, volumen, número(:), primera y última página(,) y año de aparición. Los libros deberán figurar con: apellido(,), iniciales de nombres(.:), título(,), tomo(,) ciudad, editorial, año y página(s).

TABLAS, MODELOS y ANEXOS: Se presentarán en hojas apartes, numerados consecutivamente con números arábigos y deberán estar citados en el texto.

FIGURAS: Las fotografías, gráficos, dibujos, esquemas, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales tendrán numeración consecutiva y pueden ser enviadas en CD como ficheros .TIFF en carpeta en dicho soporte. Todas deben estar citadas en el texto. Los pies de las figuras se mecanografiarán en página aparte. El total de figuras no deberá exceder de 6.

Los trabajos que no se ajusten a estas instrucciones serán devueltos a sus autores; los aceptados, se procesarán según las normas establecidas por la Editorial

Los originales serán enviados a:
Revista Investigaciones Medicoquirúrgicas
Calle 216 e/ 13 y 15 Siboney Playa
Aptado Postal 6096, C. Habana, Cuba
Fax: (53-7) 273-9086
e.mail: editorial@cimeq.sld.cu

SUSCRIBASE A:

**Investigaciones
Medicoquirúrgicas**

**SUSCRIPCION ANUAL (3 NUMEROS): 25.00 CUC
(1 NUMERO): 10.00 CUC**

Nombre y Apellidos

Name: _____

(block letter, please)

Dirección

Address: _____

Estado _____

Código

Postal: _____

País:

Country: _____

Forma de Pago:

**Cheque por valor de _____
Giro Postal Nº _____**

Cuenta Bancaria Nº _____

Dirijase a:

Revista Investigaciones Medicoquirúrgicas

CIMEQ

Calle 216esq 13 Siboney, Playa C. Habana,

Cuba

Fax: (53-7) 273-9086

E.mail: editorial@cimeq.sld.cu