

CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO PARA EL CONTROL DE HIPEREMESIS GRAVIDICA

Amparo Quintero P., Psicóloga

En el presente artículo se presenta un caso de hiperemesis gravídica crónica controlada con la técnica de sensibilización encubierta propuesta por Cautela (1977). La paciente fué seleccionada del Servicio de Alto Riesgo del I.M.I. de Bogotá. Durante 8 sesiones desarrolladas en 2 meses, el procedimiento mostró efectividad.

EL SERVICIO DE ALTO RIESGO

La creación del servicio de psicología en el Hospital Materno Infantil (IMI), da la oportunidad a la población adscrita a el, de recibir una atención integral dentro del proceso salud-enfermedad enmarcado en un contexto biosicosocial.

Esta nueva área académica y asistencial de la Psicología de la Salud ha permitido además el desarrollo de una labor investigativa tendiente a verificar la efectividad de procedimientos conductuales de intervención en pacientes hospitali-

zados con patología asociada al embarazo.

Los objetivos perseguidos por Psicología en el Servicio de Alto Riesgo son los siguientes:

Generales:

- 1-. Observar y detectar las problemáticas psicológicas del servicio relacionadas con la atención del binomio madre-hijo.
- 2-. Describir y explicar las diferentes intervenciones del seguimiento psicológico en el servicio.
- 3-. Investigar acerca de la naturaleza de los problemas psicológicos pertinentes al servicio.

Específicos:

- 1-. Aclararle a la paciente algunos aspectos psicológicos relacionados con el estrés, el tipo de

- actividad y la actitud hacia el tratamiento, como factores de riesgo que predisponen a complicaciones del embarazo y el parto.
- 2-. Reducir los niveles de ansiedad y tensión muscular en las pacientes embarazadas, implementando procedimientos psicoterapéuticos que favorezcan el autocontrol y el cambio de estilos de pensamiento.
 - 3-. Persuadir a las pacientes acerca de la necesidad de adherir al tratamiento propuesto, tanto para ella como para su hijo.
 - 4-. Realizar sesiones grupales dirigidas a aclarar dudas o expectativas relacionadas con temas propuestos por las pacientes o necesidades detectadas por el psicólogo, como por ejemplo: planificación familiar, estimulación adecuada, alimentación, etc.)
 - 5-. Orientar a la madre soltera muy joven, en la búsqueda de alternativas diferentes a la prostitución, dadas las condiciones de abandono y desintegración familiar a las que se ven abocadas por el embarazo.
 - 6-. Vincular y atender a la familia de la paciente embarazada de alto riesgo que amerite una intervención en pro de la estabilidad emocional de la paciente.
 - 7-. Orientar a la paciente en el autocontrol y la práctica de ejercicios de relajación como preparación al parto.
 - 8-. Orientar a la madre en las pautas mínimas de estimulación sensorial y alimentación para el bebé, como prevención de problemas en el desarrollo evolutivo de los bebés.
 - 9-. Remitir oportunamente a la paciente y/o a los familiares de la misma a los servicios de psicología de las instituciones que ameriten hacer el seguimiento de los casos específicos.
 - 10-. Orientar al personal paramédico en el manejo de determinadas pacientes que interfieren en las rutinas diarias del servicio y ellas a su vez desencadenan ansiedad en dicho personal.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL EMBARAZO

En términos generales, es muy común una reacción de ambivalencia ante el embarazo. Para unas madres, el feto "es un parásito hostil" mientras que otras lo convierten en el receptor de los amorosos sentimientos maternos. Las reacciones del marido a un embarazo son muy diversas, variando desde "la negativa rotunda a que la mujer pueda estar embarazada hasta casi fusionarse biológicamente con la

esposa para sentir el embarazo" (Satterfield, 1978, pag.17).

Los primeros meses del embarazo se caracterizan a menudo por emociones variables y por una ambivalencia en la actitud de la mujer respecto a su estado. Es frecuente observar cansancio, náuseas y vómitos, pero de ordinario no son excesivos. Si éstos síntomas llegan a ser graves pudieran indicar que la paciente está sufriendo una intensa ambivalencia, depresión, inestabilidad emocional o problemas familiares. Es frecuente que la embarazada se siente deprimida, especialmente en situaciones de estrés (Gleicher, 1989).

En el segundo trimestre del embarazo, con la aparición de signos visuales de embarazo y de actividad fetal, la mujer parece más segura de sí misma, menos emotiva y, en muchos casos, orientada más positivamente hacia su marido. En parte, ésto se debe a la desaparición de algunos de los desagradables síntomas físicos del embarazo, la conciencia de la realidad del bebé y la necesidad de prepararse para el futuro. Por otra parte, todavía tienen libertad de movimientos.

Durante el tercer trimestre del embarazo aumentan las molestias físicas y el sueño es inquieto por reducción de la capacidad vesical y de la creciente ansiedad provocada por las expectativas del parto, o por la posibilidad de que el hijo pueda nacer con defectos congénitos.

En ésta época, el apoyo profesional y el de las amigas adquiere especial importancia.

Durante éste trimestre son muy importantes el ejercicio (restringido únicamente en los casos de preclamsia diagnosticada), la dieta adecuada y el reposo suficiente. Con frecuencia las mujeres se quejan de que no duermen bien y temen llegar agotadas al parto.

En muchos casos, la depresión post-parto tiene una notable semejanza con el síndrome de carencia de sueño. El último trimestre plantea la mayor amenaza al sentido que tiene la mujer del dominio de su propio cuerpo.

Al acercarse al término de la gestación la embarazada ha desarrollado un intenso sentimiento de identidad con el hijo aún no nacido. El trabajo de parto, por muy sencillo que sea, representa una amenaza a ese sentido de unidad, a la paciente le preocupa si sabrá cuidar de su niño. Cualquiera que sea la causa, la paciente muy angustiada puede prolongar el trabajo de parto e incrementar su percepción del dolor.

En desacuerdo con su personalidad, la paciente puede mostrar emociones fuertes, estallar en llanto sin razón o reaccionar exageradamente a la mínima desatención percibida. Además, una pérdida de sueño después del parto puede contribuir a los cambios de humor de la nueva madre y es posible que

sienta depresión e inutilidad.

El apoyo benévolo del personal hospitalario reforzará la confianza de la paciente. La ayuda de un esposo comprensivo, el regreso a un hogar organizado, en donde se le hace sentir que sus manifestaciones son normales y transitorias, ayudarán a la mujer a recuperar su sensación de normalidad y bienestar (Merlo, 1985).

HIPEREMESIS GRAVIDICA

Dentro de las consultas para Psicología por riesgo de aborto, por causas distintas a las orgánicas se encuentra la náusea y el vómito incontrolables, lo que se denomina "hiperemesis".

Aunque su incidencia es baja (0.5%) en el Servicio de Alto Riesgo, es una patología en la cual la Psicología puede aportar mucho, no solo en el estado emocional durante el embarazo, sino asegurando la terminación del mismo.

El embarazo está con frecuencia caracterizado por trastornos del sistema digestivo, en particular náuseas y vómitos. La llamada enfermedad matinal del embarazo aparece por lo general en la primera parte del día y se desvanece en pocas horas, aun cuando en ocasiones persiste más tiempo o se presenta en otros momentos.

Por lo regular, sus manifesta-

ciones son precoces después del final del primer mes y desaparecen en forma espontánea seis a doce semanas más tarde.

La génesis de las náuseas y vómitos inducidos por el embarazo no está clara, es probable que la causa sean los cambios hormonales del embarazo. No cabe duda que los factores emocionales contribuyen, a veces a la gravedad de los vómitos, los cuales llegan a adquirir tal intensidad o son tan prolongados que causan graves trastornos metabólicos en la madre y el feto. Sólo de 1 a 5 embarazadas entre 1000, sufren vómitos tan intensos que requieren hospitalización y es ésta situación la que recibe el nombre de Hiperemesis Gravídica. Para el tratamiento se han recomendado una variedad de medicamentos, incluyendo tratamientos tan poco frecuentes como bibernoterapia, miel administrada por vía venosa, sangre del marido y la hormona sexual del hombre (testosterona).

Por fortuna, es posible prestar apoyo psicológico efectivo, al asegurar a la gestante que éstos síntomas casi siempre desaparecen al llegar al cuarto mes y, además, que los embarazos en los que aparecen náuseas y vómitos tienen mayores probabilidades de un desenlace favorable que aquellos que carecen de esos trastornos (Hellman y Pritchard, 1978).

La hiperemesis es más frecuente y probablemente más intensa y

persistente en los casos de mola hidatiforme que en los embarazos normales. También es preciso tomar medidas apropiadas para diagnosticar otras dolencias, tales como gastroenteritis, colesistitis, hepatitis, úlcera péptica y pielonefritis; las cuales pueden potencializar la deshidratación y ameritar hospitalización.

En muchos casos los factores psicosociales contribuyen a la enfermedad, como es por ejemplo el de la madre soltera que tiene que continuar viviendo con sus padres, mientras éstos la hostigan a causa de su "falta". Por lo tanto, una ayuda positiva para resolver los problemas psicológicos y sociales produce a menudo buenos resultados. Pocas veces es necesario interrumpir el embarazo (Gleicher, 1989).

Los factores psicógenos parecen desempeñar un papel importante en la génesis de la hiperemesis, como se demuestra por el éxito obtenido con las medidas terapéuticas que actúan por simple sugestión (hospitalización, aislamiento del medio familiar, etc.).

Se ha señalado que el vómito podría ser el resultado de una ruptura del "equilibrio corticodiencefálico" en aquellos casos en que la corteza es incapaz de realizar la función normal de freno sobre los centros diencefálicos. Esto puede ocurrir bien sea por debilidad cortical (personalidad neurótica) o por la presencia de estímulos intesos y

persistentes que actúan sobre los centros subcorticales, eventualidad probablemente mucho más frecuente en situaciones de embarazo no deseado, aversión al compañero etc. (Merlo y Del Sol, 1985).

Por lo regular, el tratamiento bien realizado hace desaparecer los vómitos y evita el agravamiento del síndrome, que eventualmente puede conducir a la muerte tras fiebre y taquicardia, deshidratación extrema, gran adelgazamiento y síntomas nerviosos.

Es frecuente que por el mero hecho del ingreso en un centro hospitalario la paciente mejore, para volver a recaer una vez es dada de alta, lo que hace pensar en la contribución psicológica al desarrollo del síndrome.

SENSIBILIZACION ENCUBIERTA

(Cautela, 1977)

Los fenómenos encubiertos y observables interactúan y se influyen mutuamente. Los terapeutas de conducta de orientación cognitiva no aceptan por lo general, el supuesto de homogeneidad, pero sí el efecto de interacción. Los que practican los procedimientos de condicionamiento encubierto aceptan tanto el supuesto de homogeneidad como el de interacción. Los que practican los procedimientos de condicionamiento encubierto supone también que éste tipo de fenóme-

nos se encuadra mejor en un marco operante.

La explicación teórica del condicionamiento encubierto hace énfasis en que las conductas no deseadas ocurren principalmente porque son mantenidas por el ambiente. Estas se ven afectadas de muchas maneras: Las personas pueden recompensar, castigar o ignorar y por lo tanto, contribuyen a mantener una determinada conducta. El observar lo que hacen otras personas y lo que les sucede también influye sobre la conducta. Si somos recompensados por una conducta adecuada, dicha conducta aumentará; si somos castigados por una conducta inadecuada, ésta disminuirá. El condicionamiento encubierto es una técnica en uno se imagina a sí mismo o a otras personas ejecutando una conducta concreta, tras la cual, viene la consecuencia adecuada. Al imaginar la escena, es importante participar poniendo en juego todos los sentidos.

Lo más importante es que la persona sienta que está viviendo realmente la acción, no solo imaginándose la.

En principio, la sensibilización encubierta no se incluyó como un procedimiento punitivo dentro de dicho marco.

Una consecuencia imaginaria altamente aversiva, previamente evaluada por el cliente como ansió-

gena, se hace contingente con una conducta desadaptativa de aproximación. Este estímulo puede ser relevante o irrelevante al problema. Los vómitos han sido la consecuencia aversiva encubierta más frecuentemente empleada; otros estímulos comunes son lombrices, ratas, arañas y gusanos.

Se utiliza el término "encubierta" porque ni el estímulo desadaptado ni el aversivo se presentan realmente; ambos se presentan únicamente en la imaginación.

Se utiliza la palabra "sensibilización" porque el propósito del procedimiento es desarrollar una respuesta de evitación ante el estímulo desadaptado.

METODO

SUJETO

Mujer casada de 35 años de edad con 11 semanas de embarazo que consulta al IMI, y es hospitalizada por amenaza de aborto y por deshidratación y desnutrición causadas por la hiperemesis.

Es una G5 P1 CO A3 V1 (5 gestaciones, 1 parto, no cesáras, 3 abortos, 1 vivo), con historia de 3 abortos en la siguientes términos 3 1/2, 2 1/2 y 1 1/2 meses de embarazo, consecutivos en un período de un año y medio, causados todos por hiperemesis. La paciente es remitida a la consulta de psicología por

anorexia (la señora se negaba a comer por temor a vomitar), fué tratada con hipereméticos ante los cuales no respondió.

INSTRUMENTOS

- 1.- Cuestionario de tensión y ansiedad: 55 ítems que evalúan las áreas somática, psicósomática y psicológicas las cuales se califican en cuatro categorías: no se presenta, un poco, regular, frecuentemente, siempre.
- 2.- Cuestionario de pensamientos negativos: 60 ítems que evalúan las áreas de economía, trabajo, vivienda, salud, sexualidad y aspectos psicológicos, para calificar en cuatro categorías así: no me molesta en absoluto, me molesta un poco, me molesta mucho, me molesta bastante. Este cuestionario se estandarizó en el departamento de psicología de la Universidad Nacional. en el I.M.I. para los servicios de Toxemia y Alto Riesgo.
- 3.- Programa de estudio de vómito (PEV): Flórez, (1988) es una escala con 25 ítems con las cuales se evalúa hiperemesis en la consulta de psicología del I.M.I. el cual arroja información sobre las características del vómito, situaciones en las cuales se presenta, condiciones que lo mantienen, médicos tratantes y drogas administra-

das y frecuencia y duración del vómito.

- 4.- Hojas de autorregistro de vómito: Consiste en una matriz en cuya cordenada tiene las fechas y en la otra duración, hora del día, actividad precedente al vómito y conducta realizada.

PROCEDIMIENTO

Evaluación: Con el cuestionario de tensión y ansiedad se encontró que las respuestas fisiológicas de tensión se manifiestan en cefalea, ruborización, tensión muscular en el cuello y sudoración en las manos. Con el cuestionario de pensamientos negativos se encontró que sus pensamientos recurrentes giran alrededor de su autoimagen, la posible infidelidad de su esposo y el temor de volver a perder el embarazo. Con el PEV se encontró información acerca de las situaciones que desencadenaban el vómito, color y consistencia del vómito, frecuencia del mismo, pensamientos acerca de la conducta de vomitar y la multiplicidad de los tratamientos recibidos desde el primer aborto. El autorregistro se llevó a cabo durante todo el tratamiento manejándose además como autocontrol y reforzamiento para la paciente, el cual se diagramaba y analizaba en cada sesión.

Antes de dar comienzo a la sensibilización encubierta y posteriormente en forma paralela, se llevaron a cabo otras intervenciones

conductuales así:

- 1.- Entrenamiento en relajación autógena (para control de respuestas fisiológicas) y para verificar la capacidad de imaginación requerida para la sensibilización encubierta.
- 2.- Reestructuración cognoscitiva (para pensamientos negativos).
- 3.- Entrenamiento en solución de problemas (aprendizaje y técnicas de comunicación con su esposo y con su hijo adolescente).
- 4.- Información y control sobre la ingesta de alimentos: cantidad, frecuencia y clase de alimentos, y duración y procedimiento de la masticación.
- 5.- Enfrentamiento con las ganancias secundarias del vómito y/o rechazo al embarazo.
- 6.- Condicionamiento encubierto (sensibilización, castigo y reforzamiento) para autocontrol de vómito.

Intervención: Una vez desarrollada la relajación autógena y la imaginación se procedió a imaginar las situaciones próximas al vómito antes de llegar al baño (sensibilización) (con anterioridad no se le había permitido volver a vomitar en un recipiente distinto al baño) (castigo) cuando hablaba y se llenaba de aire, cuando tosía y cuando esta-

ba comiendo. Continuaba con los ojos cerrados y relajada, visualizaba el baño en las condiciones de desaseo extremo y ella se veía vomitando encima de esas condiciones aversivas y posteriormente visualizaba que lo tenía que limpiar cuando terminaba de vomitar (castigo encubierto). A continuación debía visualizar la secuencia de evitación donde se devolvía del baño, respiraba el aire puro, el cual inhalaba y le producía sensación agradable de relajación y control de vómito (sensibilización). Disfrutaba de la sensación agradable, el beneficio para su organismo y las gracias que el bebé le daba por no vomitar (reforzamiento encubierto).

Esta secuencia castigo-evitación-reforzamiento, se ejercitaba y practicaba en el consultorio dirigida por la psicóloga, y la misma secuencia debía ser practicada en la casa en los intervalos de las comidas.

Para el control inmediato de la primera sensación de náusea frente a las comidas o en otras circunstancias, la paciente fué entrenada en el ejercicio de hiperventilación (imitar a un perrito agitado), el cual consiste en tomar aire suficiente por la boca y exhalarlo también por la boca, incrementando poco a poco la frecuencia y la velocidad de la hiperventilación hasta llegar a la fatiga (fisiológicamente ésta respuesta es incompatible con el vómito). Después de las repeticiones de la secuencia tanto en la consulta como en la casa, aparecía la conducta de

evitación a ese tipo de imaginaria, momento en el cual debía la paciente darse autoinstrucciones y repetirse aserciones sobre el logro que ha tenido "puedo autocontrolar el vómito", "estoy ganando peso", "comer es agradable", "se acabaron las preocupaciones para mi esposo y mi hijo"... La relajación autógena continuó practicándose incluyendo solo imaginaria con escenas agradables, y continuó con las autoinstrucciones encubiertas en el momento de comer.

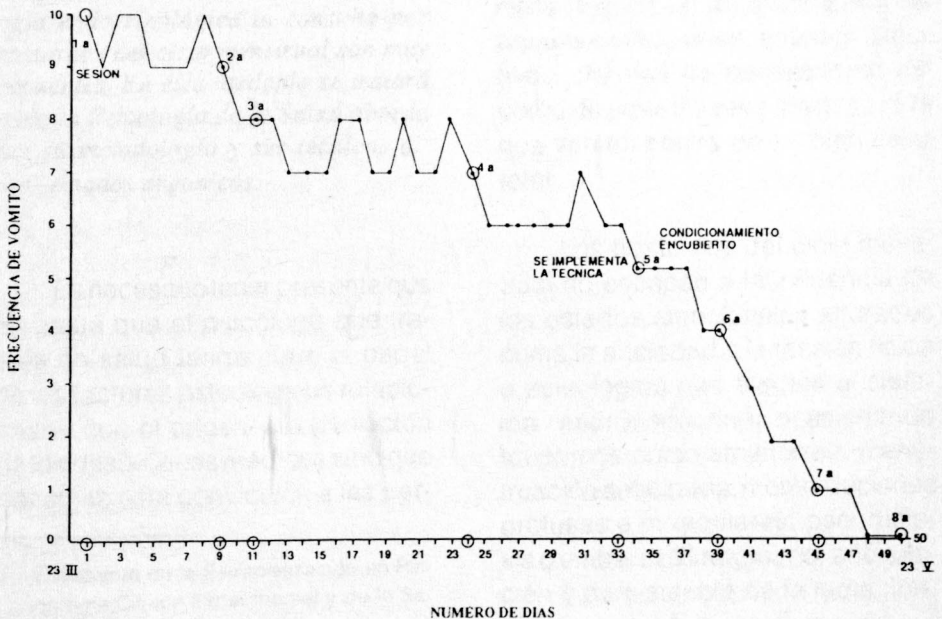
RESULTADOS

Finalizados los dos meses de intervención con una sesión semanal (ver figura 1), se extinguió la conducta de vómito, llegando a la

vigésima semana de embarazo y sobrepasando así el período máximo de gestación logrado antes de los abortos anteriores (14 semanas). Se obtuvo además, un sobrepeso de 5 kilos, al igual que un reporte verbal de la paciente de tranquilidad, autocontrol de las respuestas fisiológicas y actitud y pensamientos positivos hacia el parto.

A la 36 semana de embarazo, la paciente asistió al control de psicología donde se encontró que las conductas de vómito continuaban extinguidas, En ese momento continuaba igualmente sus controles en el Servicio de Alto Riesgo para el estudio de una posible diabetes por hallazgos familiares recientes (por prevención).

FIGURA 1



BIBLIOGRAFIA

Cautela, J.R. (1977). Condicionamiento Encubierto. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. Bilbao, pp. 11-20

Gleicher, N. (1989). Medicina Clónica en Obstetricia. Editorial Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires. pp. 935.

Hellman, J.M. y Pritchard, J.A. (1978). Obstetricia. Williams. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. Barcelona. pp. 596=641.

Merlo, J.F. y DelSol, J.R. (1985). Obstetricia. Salvat Editores, S.A. II Edición. Barcelona. Cap. 23.

Satterfield, S.B. (1978). El Embarazo en la Mujer Casada. Aspectos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia. Fascículo II. Wolman, B. Editorial para los médicos, S.A. Bogotá, pp. 91-94.

