

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 Fisiatría 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 anti gravitatorio; 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:

- Sostener 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 «sucias» 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.