

PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

www.psicosomaticaypsiquiatria.com

6

AÑO 2018

JULIO • AGOSTO • SEPTIEMBRE

ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6



CONSEJO DE DIRECCIÓN BOARDS OF DIRECTORS

EDITOR JEFE/CHIEF EDITOR

J.M^a. Farré Martí

*Hospital Universitario Dexeus (HUD)
Universitat Autònoma. (UAB) Barcelona.*

DIRECCIÓN CIENTÍFICA/SCIENTIFIC BOARD

J.J. García Campayo

*Hospital Miguel Servet.
(HMS) Zaragoza*

N. Mallorquí

Barcelona. HUD. Barcelona

J.A. Monreal

*Corporació Sanitària Parc Taulí
(CSPT). Sabadell*

EDITORES ASOCIADOS/ ASSOCIATE EDITORS

A. Lobo

*Hospital Clínico Universitario
Facultad Medicina U.zaragoza
(HCUZ) Zaragoza*

J.J. de la Gándara

*Hospital Universitario Burgos.
Burgos*

E. Echeburúa

*Universidad del País Vasco.
S. Sebastián*

E. García-Camba

*Hospital de la Princesa.
Universidad Autónoma Madrid
(UAM). Madrid*

F. Labrador

*Universidad Complutense Madrid
(UCM) Madrid*

B. Sandín

*Universidad Nacional
de Educación a Distancia
(UNED). Madrid*

M. Valdés

*Facultad Medicina.Universidad
Barcelona (UB) Barcelona*

M.A. Vallejo-Pareja

*Facultad de Psicología (UNED).
Madrid*

DOCUMENTALISTAS/ DOCUMENTARY MAKER

M. Catalán

*Hospital Sant Joan de Déu.
Barcelona*

E. Salas

HUD Barcelona

CONSEJO ASESOR/ EDITORIAL ADVISORY BOARD

J.A. Alda. Barcelona

E. Álvarez. Barcelona

E. Baillès. Barcelona

R. Bayés. Barcelona

A. Benito De La Iglesia.
Madrid

J. Blanch. Barcelona

J. Bobes. Oviedo

A. Bulbena. Barcelona

C. Chiclana. Madrid

R. Campos. Zaragoza

A. Colodrón.† Madrid

J. Deus. Barcelona

F. Fernández. Barcelona

A. García-Palacios. Castellón
de la Plana

Ll. García-Esteve. Barcelona

Ll. García-Sevilla. Barcelona

A. Gil. Molina De Segura

F. Gutiérrez. Barcelona

C. Larroy. Madrid

L. Lázaro. Barcelona

F. Martínez Pintor. Barcelona

J. Méndez. Murcia

J.J. Mira. Alicante

I. Moreno. Sevilla

A. Moriñigo. Sevilla

J. Obiols. Barcelona

E. Oller-Ariño. Barcelona

F. Ortuño. Pamplona

J. Osma. Teruel

D.J. Palao. Sabadell

M. Pamiás. Sabadell

J.M. Peri. Barcelona

L. Pintor. Barcelona

M. Planes. Girona

J. Puntí. Sabadell

R.M. Raich. Barcelona

M. Roca. Palma de Mallorca

C. Saldaña. Barcelona

R. Sender. Barcelona

J. Soler. Barcelona

P. A. Soler Insa. Barcelona

S. Subirá. Barcelona

A. Tobeña. Barcelona

A. Torres. Barcelona

R. Torrubia. Barcelona

J. Usall. Sant Boi de Llobregat

E. Vieta. Barcelona

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

G. Cardoso. Lisboa

D. Clark. Londres

S. Fortes. Río De Janeiro

F. Huyse. Amsterdam

M. Lourenço. Guimarães

K. Lyketsos. Baltimore

I. Marks. Londres

J. Ramírez. México DF

M. Rigatelli. Modena

P.M. Salkovskis. Londres

L. Salvador-Carulla. Sidney

W. Soëllner. Nuremberg

D. Souery. Bruxelles

F. Tremeau. New York

A. Vaz Serra. Coimbra



CONSEJO DE REDACCIÓN/ WRITING BOARD

Coordinadores

M. Agulló

DP Ensenyament Generalitat
de Catalunya (DEGC)

I. Tolosa

HUD Barcelona

Miembros

J. Almeda

U.H.D. Barcelona

E. Amarfil

(H.U. Dexeus) Barcelona

E. Aubá

Clínica U. Pamplona. Pamplona

C. Avella

H. SAGRAT COR. Martorell

J. Cobo

(CSPT) Sabadell

H. Domínguez-Cagnon

HUD Barcelona

B. Farré Sender

HUD Barcelona

V. Ferrer-Olives

H. U. Mutua de Terrassa

N. Fort

(SPMIJ).CSPT. Sabadell

I. Gómez-Reino

Complexo Hospitalario
Universitario. Ourense

A. González-Fontan

HUD (Colab.). Barcelona

V. González

Atención e Investigación
de Socioadicciones (AIS).
Barcelona

A. Granero

(CICSM) CSPT. Sabadell

K. Gunnard

HUD Barcelona

I. Olivella

(HUD) (Colab.) Barcelona

G. Parramon

Hospital Universitari
Vall D'hebrón. Barcelona

L. Ros

(CSPT) Sabadell

S. Ruiz Doblado

H. de la Merced. Osuna (Sevilla)

D. Vega

Consorti Sanitari
de L'Anoia. Igualada

REDACCIÓN EN ARGENTINA

Antonella Paolazzi.
Buenos Aires

REDACCIÓN EN BRASIL

M. Demarzo. São Paulo

REDACCIÓN EN CHILE

M. González. S. de Chile
M. Valdebenito. Valparaiso

REDACCIÓN EN COLOMBIA

D. Restrepo. Medellín

REDACCIÓN EN MÉXICO

D. Pérez Tobías. Potosí

REDACCIÓN EN PORTUGAL

S.C. Morais. Viseu
A. C. da Costa. Braga
C. Ferreira. Braga

SECCIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL Y REPRODUCTIVA/ PERINATAL MENTAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

Coordinación

G. Lasheras

HUD Barcelona

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL (SPMIJ/CHILDREN- ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

Asesor

J. Toro

Facultad De Medicina Universidad
Barcelona (UB) Barcelona

Coordinación

A. Orobitg

Barcelona

SECCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS COMPORTAMENTALES/ BEHAVIOURAL ADDICTIONS

Coordinación

S. Jiménez-Murcia

Hospital Universitario de Bellvitge.
(HUB). Barcelona

SECCIÓN DE SEXOLOGÍA Y SALUD MENTAL/SEXOLOGY AND MENTAL HEALTH

Asesores

F. López. FPU. Salamanca

E. Maideu. H. Comarcal
del Ripollès. Girona

Coordinación

G. Mestre. HUD. Barcelona

SOCIEDADES CIENTÍFICAS/ SCIENTIFIC SOCIETIES

Oficial/Official

Sociedad Española
de Medicina Psicosomática
(SEMP)

C. Mur de Viu. Presidente

Sociedad Marcé Española
De Salud Mental Perinatal
(MARES)

G. Lasheras. Presidente

Corresponsal/Correspondent

Academia Internacional de
Sexología Médica (AISM)

F. Cabello

Presidente

Sociedad Andaluza de
Medicina Psicosomática
(Samp)

M. Álvarez-Romero

Presidente

Sociedad Española
de Médicos de Atención
Primaria (SEMERGEN)

V. Gasull

Psiquiatría

Sociedad Española de
Sexualidad y Salud Mental
(AESEXAME)

A. Luís Montejo

Presidente Comité Científico

Secretaría De Redacción

R. Sáez. Barcelona

N. Sardà. Barcelona

Redacción: I.U. Dexeus C/. Sabino Arana, 5-19- 3ª Planta. Consultas Externas Psiquiatría - 08028 Barcelona
Maquetación pdf y web: Ramon Sánchez Parent. c/ Colon 17 3er, 08640 Olesa de Montserrat, Barcelona

I.U. DEXEUS
c/ Sabino Arana, 5-19, 3ª Planta. Consultas externas Psiquiatría - 08028 Barcelona

ISSN 2565-0564

LA REVISTA no se identifica ni se hace responsable de las opiniones de los autores de los trabajos.



SUMARIO N°6 CONTENTS

EDITORIAL

Antonio Colodrón: los secretos revelados y las esperanzas escondidas 6

Antonio Colodrón: revealed secrets and hidden hopes
J.M. Farré Martí

NOTICIAS EDITORIALES / EDITORIAL NEWS

Red Psicosomática Hispanoamericana (RPH) 11

Estrella Mesa Masa, Manuel Álvarez Romero

EDITORIAL INVITADA / INVITED EDITORIAL

Educación y salud mental en niños y adolescentes: una llamada de atención 13

Education and mental health in children and teenagers: an attention call
Amado Benito de la Iglesia

ARTÍCULO EDITORIAL / EDITORIAL ARTICLE

Psicosomática para todos 17

Psychosomatics for all
Manuel Álvarez Romero

ARTÍCULOS ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES

Análisis de patrones de personalidad, síndromes y variables clínicas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria 21

Analysis of personality patterns, syndromes and clinical variables in patients eating disorders
Alicia Pérez Rodríguez

Interconsultas de psiquiatría en un hospital general: resultados de la comparación entre menores y mayores de 65 años 32

Liaison in general hospital: Results to compare between older and younger than 65 years
M.R. Alonso Gascón, E. Pérez-Martínez, J. Rodríguez-Marín, C.J. van-der Hofstadt Románs

Síndrome de cotard puerperal tras parto pretermino 42

Puerperium cotard´ syndrome after preterm birth
B. Rodríguez-Macías, S. Ruiz-Doblado, B. Plasencia Garcia de Diego

Intervención psicológica en un caso de celos patológicos 50

Psychological intervention in a case of pathological jealousy
D. Fuentes Casany, A. Kiskeri Aiguabella



ARTÍCULO DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLES

- Mecanismos, determinantes y funciones de la imagen y la (in)satisfacción corporal 62**
Mechanisms, determinants and functions of body image and body (dis)satisfaction
Dra. Elisabet Tasa Vinyals

COMENTARIO LIBRO / COMMENTED BOOK

- Cibernautas ¿Cautivos o libres? 78**
Comentario: Laura Ros
- Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria 80**
Comentario: Agustina González Fontán

- AGENDA / DIARY 82**

FE DE ERRATAS:

En la publicación número 5 (abril-junio 2018) página 40 de Psicología y Psiquiatría, el artículo: Dependencia emocional en mujeres: Una revisión de la literatura empírica del que son autores V. Gonzalez-Bueso, J.J. Santamaría, L. Merino, E. Montero, D. Fernández, J. Ribas, se cometió el siguiente error:

Dice: ARTÍCULO DE REVISIÓN, debe decir ARTÍCULO ORIGINAL

**A PARTIR DE ESTE NÚMERO
COMPLETA SU PROCESO
DE CAMBIO.
EL ACCESO ES COMPLETAMENTE
LIBRE Y NO ES NECESARIO
REGISTRARSE**



EDITORIAL

ANTONIO COLODRÓN: LOS SECRETOS REVELADOS Y LAS ESPERANZAS ESCONDIDAS

**ANTONIO COLODRÓN: REVEALED SECRETS
AND HIDDEN HOPES**

J.M. Farré Martí

Editor



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:6-10.

6



Te marchaste en un día de marzo como a ti te gustaba: sin hacer ruido, sumergiéndote en el hermético destino de la muerte. Tu gigantesca figura se había retirado hacia años después de una vida profesional y personal marcadas por tu empeño- vivido en gran parte en soledad- de romper las nieblas de la sinrazón que envolvieron nuestros conocimientos, en un entorno obscuro y deprimente como era el país en aquel momento, una España en la que regentaba la canalla, como bien decía Luis Cernuda⁽¹⁾. Tu fuiste uno de los responsables de encender las luces que nos permitían la esperanza de un futuro en el que pretendíamos librarnos de las pesadas losas que paralizaban nuestro presente.

Te conocí en el inicio de los 70. Yo no era más que un seguidor entusiasta (y lo sigo siendo) de aquellos maestros que nos sumergieron en la fascinación de las teorías que ubicaban en el mapa científico a la Psiquiatría y la Psicología, y permitían incluso que un término tan entrañable (pero tan dualista) como la Psicósomática se ubicara en la casa común del rigor experimental, sobre todo gracias a ti. Así era: Toro, Massana, Bayès eran mis referentes, mis maestros (sin olvidar a aquella figura venerable e irrepetible que nos introdujo a todos en el modelo del vínculo biología- condicionamiento, el Prof. Montserrat-Esteve), pero también los personajes que marcaron para siempre no solamente mi visión del mundo profesional en el que había decidido implicarme, sino también la forma de moverme en este mundo. Me invitaron a subir a su nave con la generosidad y el ímpetu que (bendito sea), aun nos acompaña. Y me enseñaron no solamente que los hechos son el aire de la ciencia, sino toda una conducta marcada por la honradez y la coherencia ética. Pero sobre todo, la ilusión permanente por la docencia y una especie de magia envolvente que permite destilar proyectos imposibles, que el entusiasmo transforma en tangibles. Y algo más que todos los que los hemos disfrutado hemos practicado: transmitir este estado de ánimo a los jóvenes y potenciar sus proyectos con solidaridad y compromiso.

Tozudos y tenaces, nos entregaron el testimonio de sus propuestas y sólidas realidades: Y así tuvimos noticias de Eysenck y de sus tipologías, del giro copernicano de Gray, que nos ha permitido acercarnos al neuroticismo y a la ansiedad, refugiados en su famosa susceptibilidad al castigo. Del testigo recogido por Marks y la comprensión de las fobias, miedos y rituales, y su certero acercamiento a las asociaciones TCC- Psicofarmacos; Skinner y su condicionamiento operante era el necesario contraste. Nada se les escapaba en

estos tiempos prodigiosos en los que nos transportaron por los campos del saber y el buen hacer. Tuvimos así noticias de Pavlov y tuvimos noticias de ti. Por qué decir Pavlov era decir Antonio Colodrón. La seducción fue inmediata: aquel tipo hiperbólico e imponente, alto y desgarbado, de cabellera nevada, ojos vivísimos y acogedores, de una vitalidad física solamente comparable con su inteligencia colosal, se metió en nuestras vidas y nos inundó de mundo pavloviano. Lo hiciste a través del modelo Córticovisceral sobre el que te habías adelantado con una publicación pionera en 1966⁽²⁾. Dos años más tarde⁽³⁾, sale a la luz la obra primigenia de Bykov y Kurtsin: un soberbio y profundo ejercicio pavloviano para mostrar la interacción funcional entre el córtex y los órganos internos y la existencia de conexiones de ida y vuelta entre el córtex y las vísceras, verificando asimismo el alcance sobre los órganos de las disregulaciones corticosubcorticales. La escuela pavloviana se había aproximado mediante manipulación de señales intero y exteroceptivas, generadora de las celebradas neurosis experimentales. Señalaron (con la Teoría General de Sistemas, casi coetánea⁽⁴⁾), parte del futuro de la vieja y enigmática Psicósomática a la que entregaron respuestas experimentales.

Paralelamente, habías conectado con el grupo de Barcelona por caminos entrecruzados: por una parte, Toro y colegas conocían tu obra y quisieron iniciar una colaboración contigo. Por otra parte, tú te sentías relativamente solo en Madrid por razones políticas (eras un progresista sin fisuras), pero también científico- académicas: a no olvidar que durante tiempo no trabajaste en la esfera asistencial pública (y cuando lo hiciste no fue en los medios hospitalarios), y que tu docencia nunca fue oficial (al menos como tú hubieras merecido). A pesar de que el mundo profesional cotidiano fue reconociendo tus inmensos méritos, al menos en aquellos momentos te sentiste acogido por una gente con la que iniciaste además una viva y cordial amistad, que, a pesar del alejamiento de los últimos años, no medró con el paso del tiempo. En una carta que me escribiste hace 6 años no cabían dudas: ".....agradecer mínimamente el cariño que siempre recibí en Barcelona. Disfruté tanto allí..... Tuve amigos y apoyos que no encontré en otro lugar."

El realismo pasional de aquel grupo- en el que ya nos habíamos incorporado plenamente los (¡Ay!), otrora jóvenes como Sender, Valdés Udina y Otero, entre otros- y su idealismo (una vez me dijiste que eran casi quijotescos por esta mezcla atractiva de espíritu, inteligencia y audacia), te



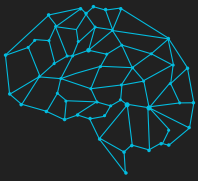
llevaron inexorablemente a integrarte en sus locos proyectos, servidos por una actitud notoriamente inmovible. El libre examen, la duda sistemática, la investigación de la tripulación humana y los orígenes de su realidad, todo ello os era común. Una de tus primeras aportaciones fue el prólogo de "Actividad Nerviosa Superior", una maravillosa recopilación de la obra de Pavlov, hoy prácticamente inencontrable, y que formaba parte de otra de las genialidades del grupo en el que te enredabas: la colección "Conducta Humana" (en la desaparecida Ed. Fontanella), que nos proporcionó alimento intelectual en unos momentos especialmente oscuros. Es uno de los prólogos más bellos que yo haya leído nunca: "Aquí se te discute y, en cambio, la NASA te aprovecha...", a cuento no solamente del estudio y aplicación del condicionamiento en los ensayos de la Agencia espacial norteamericana, sino por el nombre de Laika- como una de las perras más queridas por Pavlov- con el que bautizaron al primer animal que ponen en órbita. Más tarde, me consta que fuiste feliz con otro prólogo, el de "Los reflejos cerebrales" de tu admirado Sechenov (publicado en la misma colección en 1978). Compartimos tu gozo por el hito que suponía publicar la obra de la tríada prodigiosa (Sechenov, Pavlov, Bykov).

Las neurosis experimentales (NE)- que tu y un servidor singularizábamos sobre la condición femenina de sus investigadoras y las fechas en que trabajaron (Erofeeva, 1911; Petrova, 1913 y Shenger-Krestovnikova, 1924), lo que reforzaba nuestra fe en las doctrinas progresistas-, y las tipologías pavlovianas (TP), asegurabais que eran la matrix de la que habían despegado teorías sobre algunas formas del enfermar humano y la comprensión de la Personalidad. Y el tiempo os ha dado la razón; Valdés, un estudioso del estrés, lo valoraba en un Dueto que le hicimos en "Cuadernos..."⁽⁶⁾ y lo corrobora en su monografía dedicada al tema⁽⁶⁾: "..... De ahí mi interés en estudiar el EPT, en la misma línea de la Neurosis Experimental, es decir de cómo una experiencia desorganiza la vida psíquica....". Y las TP tienen como herencia inequívoca las dimensiones Eisenckianas y los giros que propuso Gray. Toda tu obra seguirá estos constructos con matices y espíritu crítico e innovador y sobretodo "La acción humana"⁽⁷⁾ y "De la enfermedad como respuesta"⁽⁸⁾. Entendías la Psiquiatría, sin importarte mucho las clasificaciones y mostrando una lectura claramente biológica, "yendo más allá de la foto fija de los síntomas.(.....)". Es un heterodoxo con fundamento..."⁽⁶⁾. En la acción humana, todo lo que no se transforma en acto simplemente no existe. Y por ello esta acción es un cambio

permanente desde un estado a otro, para lograr la optimización adaptativa, lo cual no significa quietud. La quietud en un sistema biológico no existe; todo lo contrario: es de una prominente inestabilidad. La acción humana- apoyada en el pensamiento y el lenguaje = intenta mantener el orden, con la ayuda del condicionamiento que adecua la acción a las circunstancias ambientales que el propio hombre modifica con sus actos. Cuando la acción se trastorna se instala la enfermedad. Y no se precisan dos espacios para explicarla, el mental y el físico, puesto que lo mental es la culminación de un proceso biológico y es, por lo tanto, la acción misma del hombre vivo. Con un cerebro que piensa, precisando para ello de la información que aportan todos los analizadores e internos y adecuar (o intentarlo) nuestros actos a los estímulos circunstanciales. Tu lectura, más biológica que médica intentaba la comprensión de los trastornos más allá de la foto fija de los síntomas. Esta es una síntesis que he intentado de tus fundamentos, y te ruego que me sepas excusar, querido Antonio. Como tu decías, parafraseando a Ortega, "..... pensar supone un intercambio de mi cuerpo y mi circunstancia."

Tu relación con la SEMP fue un calco de este temperamento hiperbólico que era tu santo y seña: pasaste de una implicación casi paroxística, a la retirada de los últimos años en los que no acababan de convencerte los caminos por los que transcurríamos. El giro que diste hacia el estudio de la Esquizofrenia también fue determinante. La SEMP te permitirá poner en marcha gran parte de tus ideas que proyectaste en sus Congresos y Cursos.

Contigo, con tu constante presencia y apoyo, vivimos momentos inolvidables que iban desde Reuniones en los que no cesábamos- con tu aliento, el regalo constante de tu lucidez y la fortaleza de tus argumentos- de intercambiar ideas, de curiosear de forma infatigable, de apoyar cualquier proceso y cualquier colega que nos permitiera reforzar la causa desmitificadora de tanta especulación que nos ahogaba. Celebraciones que nos llevaban del Estrés al Dolor, de la Hipocondría a las Psicoterapias evidentes de raíz Conductual, de la Patología de la Mujer a los emergentes Trastornos Alimentarios. de la Asistencia Primaria a la naciente Psiquiatría de Enlace, de la Ansiedad a la Depresión, de la Personalidad a los modos de enfermar. Y nunca obviaste una idea para ti nuclear: el compromiso con el progreso científico jamás debía ir reñido con la elegancia y vergüenza ética del compromiso con la solidaridad social. Quizá por ello no te importó participar en la organización de un Congreso sobre Sexualidad en Granada-



Antonio Colodrón: los secretos revelados...

Psicosom. psiquiatr. 2017;6:6-10.

JM. Farré Martí

en pleno transfranquismo, por lo que fue convenientemente prohibido- que dirigía otro de los grandes de la SEMP, el Prof. Salvatierra, en tus antípodas ideológicas pero que gastaba la coherencia científica suficiente como para considerar este tema como importante para ser tratado en un foro de nuestra Sociedad. Y quizá por ello, con tu Presidencia recién estrenada, no dudaste en debutar con un tema terrible: "El médico ante la tortura"; fue en el preestreno de lo que han dado en llamar "transición", en 1977 y en Lleida. Un hito, un auténtico bombazo. Pudimos conocer espléndidos trabajos sobre aspectos proteicos de la tortura, desde los psicofisiológicos a los psicopatológicos, que expusieron diversos colegas de nivel cómo Massana, Corominas o tu mismo, entre otros. Pero también tuvimos noticias- en ocasiones con testimonios directos- de las crueldades en el Chile de Pinochet o las que se padecieron en el franquismo. El escalofrío que sentimos al visionar el film "Mathausen", no nos limitó las reflexiones sobre las torturas más cotidianas como lo eran a la infancia, a las mujeres o a los homosexuales. En 1978 editamos un libro (Corominas y yo, que fui el Secretario de la Reunión) que intitulamos "Contra la tortura" y en el que contamos con un prólogo tuyo del que recuerdo un fragmento estremecedor: "Tortura quien domina, sea enfermo o no, y tortura, ante todo, a quienes amenazan con agrietar las reglas de su sometimiento". Por cierto, este Congreso significó el primer contacto de Antonio Lobo con la Psicología española, a su regreso de USA en donde intervino en una ponencia sobre la incipiente Psiquiatría de Enlace.

En esta época, es cuando amplías tu círculo amistoso en Barcelona y participas cada vez más en cursos conferencias y reuniones de la Junta de la SEMP. El único e irreplicable Mariano De la Cruz y el profesor Obiols, nos permitieron ampliar el círculo mágico que tanto contribuyó al cambio de paradigma de la Psiquiatría del país. Aprovechasteis para fundar la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica como reactivo a la inanidad científica de otras sociedades afines. Tuve la suerte de que me permitirais asistir a la reunión fundacional y allí podimos constatar (con otros "jóvenes" que me acompañaron, como Rosa Sender, Claudio Udina o Manolo Valdés) vuestro idiosincrático temple hecho de inmensa cultura, de capacidad para pasar de la exuberancia a la más estricta operatividad, capaces de compartir emociones y reconducirlas con maestría, de la parsimonia a la ironía más sutil (en esto el maestro era nuestro querido Joan Massana), siempre exhibiendo un lenguaje seguro pero también sagaz, de in-

genio rápido y sutil. Contemplativos y agitados, quiméricos y pragmáticos, nos cambiasteis la vida y el viaje del futuro. Y todo ello lo liderabas tú, con la complicidad, que permitía abrir rutas complicadas, de Obiols.

Y en esta casa nunca olvidaremos que te ofreciste estar al frente de nuestra niña de los ojos, "Cuadernos", cuando nadie daba un duro por ella. Creíste en el proyecto y ayudaste a tirarlo adelante. Fuiste Director General durante 9 años y, por tu expreso deseo, se suprimió este cargo, que quedó doblado en Editor (me lo diste a mí) y Director Científico que recayó en uno de los discípulos más brillantes de la escuela de Antonio Lobo, Ricardo Campos. En un gesto simbólico de reconocimiento de la importancia creciente de la Psiquiatría de Enlace. Tu sombra alargada nos ha seguido acompañando en el Consejo Asesor, incluida la nueva etapa y la nueva publicación que nos acoge.

Nada se te escapaba que nos permitiera seguir ligados a tu clara vitalidad. Teníamos siempre la sensación de que nos revelarías secretos que nos abrirían caminos y sobretodo nos fascinaban la profundidad y armonía de tus palabras con las que nos recordabas, una y otra vez, que no debíamos dimitir de la belleza que escondían las cajas de sorpresas de los modelos de los que nos empapábamos. Aparte lo que ya he intentado mostrar de tu visión de estos modelos, no me resisto de reproducir un fragmento del impagable prólogo que nos regalaste, en tu castellano viejo y cultivado- que tan bien dominabas-, el libro de Manolo Valdés "La confusión de los Psiquiatras": "Resulta, pues, casi un pleonismo inútil afirmar que la Psiquiatría está necesitada de escoba. Hay mucho que barrer en esta casa inquietante de la medicina donde el menguante de unas aporías anuncia el orto de otras. Piénsese en estos psiquiatras antimédicos, con sus protagonistas revolucionarios en tiempos de languidez psicoanalítica". Si, querido amigo, no te extraña pues que esta cabeza tuya, abierta y libre, nos haya marcado para siempre a los que fuimos tus afortunados compañeros en estas décadas prodigiosas en el que nos transportasteis por los campos del saber y del buen hacer, siempre a la búsqueda de los orígenes de la realidad. Tozudo y persistente nos entregaste el testimonio de tus proyectos y recuerdos, con la firme disposición de alcanzar una historia mejor, en un terreno y un país que no lo pusieron fácil.

Ha valido la pena haber experimentado juntos las horas que compartimos. Ha válido la pena hacer el recuento de la profundidad y belleza de tus palabras y de los secretos que



nos revelaste. Supimos que habíamos dejado ancla en tu puerto que siempre nos evocará este atractivo tan tuyo que mezclaba afecto y razón y esta pasión que tenías por las respuestas y la ilusión por compartirlas.

Adiós Antonio, hasta siempre. Permíteme que sean tus propias palabras las que ponen punto - que no final - a esta despedida, extraídas de la carta que es uno de mis tesoros: "Recuerdos cariñosos de tantos días de ayer, de tantos amigos, de esperanzas escondidas, ahora en estos montes de Toledo".

BIBLIOGRAFÍA

1. Luis Cernuda. "Diptico español" En "Desolación de la Quimera" (1962).
2. Colodrón, A. (1966) La 'Medicina Córticovisceral'. Península. Barcelona.
3. Bykov KM. y Kurtsin IT. (1968) Patología Córticovisceral. Atlante. Madrid.
4. Von Bertalanffy L. (1968). La Teoría General de Sistemas. Fondo de Cultura Económica. México.
5. Farré JM y Tomás E. (2013). El Duetto. " En las alforjas de la Psicología". Entrevista con el Dr. Manuel Valdés. C. Med. Psicosom. 101:68-88.
6. Valdés M. (2016). El Estrés. Desde la Biología a la Clínica. Siglantana. Barcelona.
7. Colodrón A. (1969). La acción humana. Península. Barcelona.
8. Colodrón A. (1976) De la enfermedad como respuesta. Península. Barcelona.



NOTÍCIAS EDITORIALES

NOTICIAS EDITORIALES

EDITORIAL NEWS



ISSN 2565-0564
Psicosom. psiquiatr. 2017;6:11-12.



RED PSICOSOMÁTICA HISPANOAMERICANA (RPH)

La Red Psicosomática Hispanoamericana (RPH) es una agrupación online que reúne a profesionales de distintos países de habla hispana, y afines, interesados en la Psicología como ámbito interdisciplinar en las ciencias de la salud. Nace en Sevilla durante el curso 2016-2017 en el seno de las Sociedades Española y Andaluza de Medicina de Psicología. Mantiene, desde 2015, contacto con profesionales interesados en la materia, residentes en México, Perú, Argentina, Ecuador, Colombia, España, Portugal, Italia, etc.

La globalización es signo de nuestro tiempo y conlleva grandes ventajas y descubrimientos. Pero no olvidarnos la posible rémora que supone "el mucho abarcar", capaz de generar cierta ligereza o falta de profundidad en el abordaje de las cuestiones teóricas o los casos prácticos. Por estas razones navegamos en la RPH en estado de alerta para evitar la falta de calidad promoviendo la agilidad, el estilo amistoso y la creciente confianza.

La secretaría de la RPH es desempeñada por la Psicóloga, Estrella Mesa Masa, en la dirección rphsecretaria@psicosomatica.net y dirige el proyecto el Dr. Manuel Álvarez Romero,

también presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática. Las iniciativas aportadas se irán incorporando a este proceso base.

Nuestra forma de trabajar es totalmente virtual a través de correos electrónicos, mediante el envío de boletines informativos bimensuales, cuyo objetivo es informar a los participantes de la RPH de los últimos avances en Psicología, así como los eventos acontecidos entorno a dicha temática o los que estén programados para llevar a cabo.

En la ya citada web www.psicomaticaandaluza.org se ha habilitado un blog que publicará todo lo relacionado con la RPH así como los Boletines. Próximamente se realizará el envío del Boletín número 6. La participación en estas actividades es gratuita y es considerada una aportación de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática.

Sevilla, a 17 de Julio de 2018

Estrella Mesa Masa¹, Manuel Álvarez Romero²

¹Secretaria de la RPH, ²Coordinador de la RPH

**A PARTIR DE ESTE NÚMERO COMPLETA SU PROCESO DE CAMBIO.
EL ACCESO ES COMPLETAMENTE
LIBRE Y NO ES NECESARIO REGISTRARSE**



EDITORIAL INVITADA

EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: UNA LLAMADA DE ATENCIÓN

**EDUCATION AND MENTAL HEALTH IN CHILDREN
AND TEENAGERS: AN ATTENTION CALL**

Amado Benito de la Iglesia

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica
Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. Unidad Asistencial H.U La Paz. Madrid
Expofesor Asociado Facultades de Medicina y Psicología UCM. Madrid
Miembro de la Asociación Americana de Psicología desde 1994



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:13-16



Muchos son los factores comprometidos en la salud física y mental de las personas. En la psicopatología evolutiva o del desarrollo la multicausalidad es evidente. Los factores genéticos y ambientales, en interacciones complejas y sinérgicas, determinan el desarrollo integral de los individuos. En otras palabras, crean las condiciones de posibilidad para estar sanos o enfermos, y siempre hablamos en términos de probabilidades. Los clínicos, los profesionales que somos responsables de cuidar la salud de los niños y adolescentes, tenemos la responsabilidad de identificar todos los factores que protegen la salud de nuestros pacientes y, por supuesto los factores que la ponen en riesgo. Además, el reto está en poder conocer con exactitud el peso específico que cada uno de ellos tiene en la explicación de los trastornos o enfermedades. En el campo de la salud mental de los niños y adolescentes un factor ambiental muy importante para promoverla y prevenir los trastornos psicológicos y psiquiátricos es la EDUCACIÓN. Bien, no creo que haya profesionales de la salud mental que duden que la educación de calidad es un factor de protección. Y, sin embargo, en estos momentos de evolución de las sociedades modernas, para un número importante de niños y adolescentes la educación que reciben en el ámbito familiar, escolar y digital se está convirtiendo en un FACTOR DE RIESGO. Educar significa orientar y dirigir, ¿hacia dónde? Hacia la autonomía personal. Hacia la autonomía de conciencia de la persona para que gobierne su vida y le dé sentido. ¿Están preparados los educadores (padres, profesores, profesionales de la salud, medios de información y comunicación, la sociedad en su conjunto), para llevar a cabo esta tarea? ¿Tienen la competencia educativa parental y profesional suficiente para lograr este objetivo?

Mi respuesta es negativa. Por supuesto, la doy desde mi experiencia clínica de 40 años de ver niños y adolescentes en las consultas de salud mental. Son muestras de población clínica las que manejo para mi reflexión. Nos estamos encontrando con un número muy importante de niños y adolescentes que son derivados desde Atención Primaria a Psicología Clínica, Psiquiatría y Neurología que no tienen trastorno psicológicos ni psiquiátricos, pero sí problemas educativos relacionados con la familia y la escuela muy significativos y con mucha relevancia clínica en la génesis y mantenimientos de los trastornos más frecuentes de la psicopatología infanto-juvenil. (Trastornos de la ansiedad, del estrés, tdah, depresiones, alimentación, aprendizaje, del comportamiento, adicciones comportamentales, de las emo-

ciones, suicidios, bullying, etc.) En todos estos trastornos siempre está presente la EDUCACIÓN como factor desencadenante o mantenedor de los mismos.

Un ejemplo de lo que digo es, que no es raro, encontrarme en la consulta con niños o niñas de 3 años que dicen que ellos mandan en casa. La triste realidad es que es verdad. Comen cuando quieren y lo que quieren -están perdiendo la sensación de lo que es tener hambre-, se acuestan cuando quieren, se visten como quieren, ven la tele cuando quieren, hacen, en palabras coloquiales, lo que les da la gana. No tienen sentido del límite. Cuando los padres quieren ponerles límites y les dicen NO, no los aceptan: lloran, pillan rabieta, golpean y se golpean, dicen a todo que no, se vuelven pequeños tiranos...

Ante este panorama los padres, desbordados y sin saber qué hacer con su hijo o hija, acuden al o la Pediatra. Este profesional, que no es experto en temas educativos ni de psicología o psiquiatría, los deriva a las consultas de Salud Mental con el siguiente motivo: "niños con trastornos del comportamiento".

Otro ejemplo, ahora con un adolescente. El niño hemos dicho que mandan en casa, pero cuando llega el adolescente, me encuentro que alguno de ellos ya no sólo manda en casa, sino que es dueño de la casa. Cuando pregunto a los adolescentes que si tienen casa me responden sí. Tienen casa, habitación, cama, comida, vestido, móvil, ordenador, televisión... Tienen de todo y sin trabajar. No son conscientes que todo lo que dicen que "tienen" no es suyo. Es de sus padres. No tienen conciencia de la realidad. No se dan cuenta que lo único que es suyo, y no son conscientes que lo tienen y que es el recurso más valioso, es su VIDA y su CEREBRO. No saben que todas sus conductas tienen consecuencias a corto, a medio y a largo plazo. No asumen la responsabilidad de sus actos, siempre la culpa la tiene el otro.

Pero, ¿qué pasa si nos centramos en cómo se tratan las diferencias evolutivas, personales y sociales en las aulas de las instituciones escolares? Es muy frecuente encontrarnos con niños y niñas que, yo afirmo, sufren maltrato institucional. Niños y niñas a los que, sin tener la misma madurez neurológica, psicológica y situación familiar, se les exige el aprendizaje y ejecución de las mismas tareas, grado de dificultad y número. Esto supone someter a los niños y niñas que no están preparados para seguir este ritmo de exigencias académicas a un ESTRÉS TOXICO que puede perturbar su desarrollo integral. Sabemos que estar sometidos a una fre-



cuenta, fuerte y prolongada adversidad tiene consecuencias muy adversas para la salud física y mental. Un maltrato psicológico-emocional- y lo es tener a los niños y niñas metidos en aulas que no respetan su nivel de desarrollo evolutivo durante mucho tiempo, a veces años, pues no recuperan nunca su retraso respecto al grupo que va bien- genera una activación prolongada de los sistemas de respuesta al estrés que condicionan el desarrollo del cerebro, debilitan los sistemas de órganos vitales y aumentan el riesgo de enfermedad y deterioro cognitivo en etapas posteriores del desarrollo.

Este hecho real, no saber tratar pedagógicamente las diferencias evolutivas, que podemos comprobar si nos acercamos a las aulas de cualquier tipo de colegio público o privado, está siendo un factor de riesgo para la salud mental de los menores. Y, desde el punto de vista del diagnóstico, a veces se está confundiendo diferencia evolutiva con patología. Ser diferente no significa persona enferma. No se puede curar lo que no es enfermedad. Educación y terapia en salud mental infante – juvenil son simultáneas e inseparables. Pero no nos confundamos, la falta de una educación de calidad no se cura. La educación no tiene vacaciones, y aunque haya trastorno que requiera de tratamiento farmacológico o psicológico específico, el proceso educativo no se interrumpe. El mejor tratamiento es una educación de calidad.

Nos encontramos con un panorama donde tanto la competencia educativa de los padres como la competencia docente profesional están incompletas para afrontar los retos educativos que presentan los menores digitales. Y, esta carencia para asumir con eficacia las responsabilidades y funciones educativas que exige ser educador hoy día, a mi juicio, se está constituyendo en un factor clave para entender el aumento de los trastornos psicológicos y del comportamiento de los niños y adolescentes.

Urge, pienso yo, si queremos realmente proteger la salud mental de nuestros menores, comprometernos todos, el conjunto de la sociedad, de manera coordinada y simultánea, en la tarea de mejorar la formación de los formadores. Los padres no necesitan hacer másteres para ser buenos padres y educar a sus hijos. Basta un poco de sentido común, serenidad, paciencia, constancia y perseverancia. Tienen que asumir la responsabilidad de dirigir, orientar y mandar con autoridad en casa. Sin orden en casa no pueden los niños aprender a ser responsables. Y si no aprenden a ser responsables no podrán conquistar grados de libertad. También tienen que aprender a ser libres desde la responsabilidad y a gobernar sus vidas.

Los profesores tienen que saber llegar al corazón y al cerebro de los niños y adolescentes. Saber tratar la diversidad de situaciones con las que se encuentran en las aulas. Los niños y adolescentes que llegan a las aulas viven realidades familiares muy diferentes en cuanto a estructuras y estilos educativos. No se puede tratar pedagógicamente igual a todos los alumnos. NO HAY DOS IGUALES. El sistema educativo debe ser flexible, no monolítico y lineal. La reforma educativa tendrá que pasar por cambios en los paradigmas epistemológicos actuales. Pensar la complejidad desde la conciencia del límite. Esforzarse en comprender el actual mundo antropotécnico caracterizado por la inteligencia artificial, los experimentos y la manipulación genética. Esta tarea exige más que un Plan de Transformación Digital Educativo. Mejorar la calidad y eficacia del sistema educativo y la formación es imprescindible. Y también fundamental aprender y dominar el uso de las tecnologías de la Información y la comunicación. Claro que los hombres y mujeres del futuro tienen que adquirir ahora las competencias y capacidades digitales necesarias en un espacio tech-rich si desean adaptarse a la sociedad del conocimiento. Es evidente que la tecnología de la educación tiene que ser una herramienta transversal de apoyo para el aprendizaje, pero tiene que ir acompañada de un cambio metodológico y multidimensional en las aulas que no se base solo en la introducción del pensamiento computacional, programa de desarrollo STEAM, proyecto eTwinning, la Gamificación en educación física...Las competencias y capacidades digitales son necesarias para adaptarse y afrontar los problemas del mundo actual, ¿quién lo duda? Mas, si no van acompañadas de más neurociencia, desarrollo de las funciones ejecutivas cerebrales, adquisición de hábitos de pensamiento científico, educación de las emociones y control de los impulsos salvajes de la persona y, muy importante, valores éticos y morales no se logrará una reforma profunda de la educación. A ver si hay suerte y este nuestro Sistema Educativo cambia de verdad. Se dan cuenta de una vez, los que gobiernan y los ciudadanos, que lo que importa para la salud mental de los niños y los adolescentes y, cómo no, para el futuro de nuestra sociedad es tener bien armada la EDUCACIÓN.

Por último, los profesionales de la salud mental que trabajamos con niños y adolescentes no podemos olvidar que también nosotros con nuestras intervenciones educamos. Somos educadores. Necesitamos de una competencia profesional que conozca profundamente el impacto



que tiene la educación de los padres, los profesores, la ría-
da de estímulos e información de las redes sociales y el
mundo virtual en las mentes de los menores. No podemos
comprender el sentir, el pensar ni el hacer de un niño, si no
conocemos sus espacios existenciales. No tendremos éxito
en nuestros tratamientos, o será muy limitado, si cuando
trabajamos con un menor no trabajamos simultáneamente
con el contexto familiar, escolar y social. Desde que leí al Dr.
Gregorio Marañón, en mis 40 años de práctica clínica nunca
he tratado la enfermedad sino la persona enferma. Hay que
evitar la fragmentación de la persona desde la especialidad.
No caer en particularismos estériles abordando una parte
como un todo aparte. Tratar de manera eficaz y eficiente los

trastornos psicológicos y del comportamiento de los niños
y adolescentes que acuden a nuestras consultas de salud
mental, tanto desde el punto de vista asistencial curativo o
preventivo, nos obliga, a mi juicio, a no separar la dimensión
terapéutica de la educativa. El mejor tratamiento de muchos
de los problemas psicológicos que tratamos en nuestras
consultas del Equipo de Salud Mental, repito una vez más,
sería una Educación de calidad.

Mucha atención, pues, a la educación que damos a los
niños y adolescentes. Mi experiencia me ha enseñado, y
me sigue enseñando cada día, que: **lo que los padres, los
profesores y la sociedad NO EDUCAN; los psicólogos, los
psiquiatras, los neurólogos y los fármacos NO CURAN.**



ARTÍCULO EDITORIAL

EDITORIAL ARTICLE

PSICOSOMÁTICA PARA TODOS

PSYCHOSOMATICS FOR ALL

Manuel Álvarez Romero

Médico Internista. Sevilla



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;6:17-20.



Cuando hace ya varias décadas leí la "Introducción histórica al estudio de la Patología Psicosomática" (Pedro Laín Entralgo, 1950. Edit. Paz Montalvo. Madrid) se despertaron en mi universo personal y profesional, muchas luces en torno a cómo ejercer la medicina y al significado y valor que así adquiría la persona del paciente concreto que nos consultaba, recabando curación, alivio o al menos consuelo. Una de las ideas básicas encontradas en el citado texto -y que he repetido muchas veces, de palabra y por escrito- es que *"toda la Medicina es psicosomática pero no toda la patología lo es"* porque para poder serlo, se requiere una prevalencia notable de lo emocional en la génesis fisiopatológica del proceso y también en su remedio.

Con frecuencia nos preguntamos donde se ejerce y practica la Medicina Psicosomática, quienes la llevan a cabo, donde se aprende, quienes la publican y como se les llega a identificar y conocer. Y no resulta fácil la cuestión dada la amplitud de los campos nosológicos posibles y la profundidad que alcanza la formación específica que se posee, a nivel teórico o práctico, etc. De ahí el valor de la tarea llevada a cabo, desde la SEMP, por ejemplo, en los Congresos (Madrid 2013 y Sevilla 2016) y en las I y II Jornadas, celebradas en Madrid (2015 y 2018), en las que se comentaron las respuestas elaboradas, en Cuestionarios-Encuestas por más de 50 de sus socios de toda la geografía española y de muy diversas situaciones profesionales. Se discutieron conclusiones tras el debate sobre el material recogido, en una importante sesión, en la Sala de Juntas de la Fundación Jiménez Díaz. El 30 de noviembre 2013, la Asamblea general ordinaria de ese XLV Congreso de la SEMP, aprobó el "Documento Madrid" sobre el momento y futuro de la Psicosomática nacional.

Me atrevo a afirmar que se ocupan del saber teórico-práctico psicosomático aquellos profesionales que quieren, pueden y saben. Y ese saber resulta ser un plus añadido a la cualificación de médicos internistas o de familia, psiquiatras, dermatólogos, oncólogos o bien de psicólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas, etc.

Recientemente he releído algunos volúmenes de los "Resúmenes de Patología Psicosomática", dirigidos por el Prof. José M^a López Sánchez, ilustre médico granadino, al que tanto debe la psicosomática española. El volumen I fue prologado por Juan Rof Carballo (Lugo, 11-VI-1905 - Madrid 12-X-1994) que desarrolla magistralmente en esas páginas, la incorporación del "hacer psicosomático" en sus estudios y en su práctica profesional. De gran provecho resultaron a Rof

las prolongadas y, a veces forzosas, estancias en Centroeuro- pa (Viena, Colonia, Copenhague, París, etc.), para que pudiese gestarse, en su apasionada carrera profesional, la sensibilidad y el paladar psicosomáticos que tan certeramente ejerció y supo transmitir en años posteriores con su palabra y sobre todo con sus múltiples publicaciones.

Por esta razón, nada más llegar a España en 1939, se incorporó a los servicios médicos del Prof. Jiménez Díaz, aportando esa orientación a la clínica diaria y marchando pronto con él a Madrid donde nace por entonces la Clínica de la Concepción. Ahí está presente la Medicina Psicosomática clara y neta, aunque aún, sin esa denominación explícitamente expuesta. Ya escribimos hace años, al dictado del Dr. Francisco López Martínez que fue protagonista, sobre el inicio de la Psicosomática española en el Hospital General de Madrid. Corría el año 1948 cuando se impartió el primer "Curso de Patología Psicosomática" en el servicio de los Prof. Jiménez Díaz y González Bueno. Luego llegarían los tratados, Unidades clínicas y Asociaciones.

Consideramos un hito importante en la historia de la Psicosomática española su fundación como sociedad, en el Escorial y en 1953 tal como se registra en el libro "El hombre enfermo" de Von Weizsäcker (Barcelona, enero, 1956) ya que, en su prólogo, firmado por el Prof. Ramón Sarró, junto a su firma puede leerse: *"En esta fecha y lugar se ha celebrado la Primera Reunión de la Asociación Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (AEPMP). 17-18-XII-1953"*. Allí acudieron Gallard Monés, Juan Obiols, Ramón Sarró y un notable elenco de internistas, psiquiatras y médicos de diversas especialidades.

Recuerdo un detalle que pone de manifiesto la dinámica complementaria en el seno de la Psicosomática. He podido leer en las Actas de las Asambleas de la SEMP, de los años setenta, que se llegó a aprobar, así consta, la deseada alternancia de un presidente Psiquiatra o un Internista-Especialista Médico, en la presidencia elegida tras cada congreso o asamblea. Y así sucedió en aquellos tiempos y bien marcharon las cosas.

En el XXXII Congreso de la SEMP (Madrid, 1996) el Prof. Luis de Rivera, presidente y organizador del mismo, incluyó en el programa congresual, un texto a mi juicio altamente valioso, afirmando que *"el término psicosomática se introdujo en medicina para denotar las profundas influencias que experiencias vitales y estados emocionales, e incluso, procesos cognitivos, tienen, para bien o para mal, en la salud y el*



funcionamiento del cuerpo humano (...) En sus aplicaciones concretas, hoy en día, podemos distinguir la psicosomática como ciencia básica, como orientación médica y como práctica clínica.

Como ciencia básica, tiene por objeto observar e interpretar las relaciones entre estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad.

Como orientación médica, surge en reacción a las tendencias reduccionistas de la medicina moderna (...) considerando al paciente en su totalidad, atendiendo no solo a los datos biológicos, sino también a sus circunstancias sociales y estados psicológicos.

Como práctica clínica especializada constituye una de las actividades más distintivas de la psiquiatría de inter-consulta y enlace (...). Finalmente, habría que considerar algunas alteraciones psiquiátricas, como los trastornos de conversión y los somatoformes".

Partiendo del paradigma, en el sentido de Kuhn y en base a lo bio-psico-social, propugnado por Engels, desde la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática, hemos desarrollado, explicitando más, buscando una mayor amplitud y profundidad el nuevo paradigma Bio-psico-socio-eco-espiritual que integra las influencias ecológicas y las consecuencias derivadas del correcto o incorrecto uso que el paciente hace de su libertad frente al proceso que padece y a su tratamiento.

Con estos datos procuro sacar a la luz y resaltar el "amplio espectro" de la Medicina Psicosomática actual, en la que se entremezclan las diversas áreas del conocimiento en el saber médico sobre el hombre enfermo. En un reciente trabajo del ilustre argentino, Prof. Luis Chiozza se dice que el enfermar psicosomático se instala en la disfunción de cualquier sistema personal, admitiendo una alta gama en su cualidad y cantidad, y aflorando con síntomas o signos unas veces somáticos y otras psicológicos. Yo pienso que aquí entra y se desarrolla de pleno la medicina como ciencia, técnica, arte y sabiduría.

A veces me he planteado, en visión retrospectiva de mis largos años de ejercicio profesional, cuál sería el denominador común del paciente psicosomático. Pienso acertar cuando señalo como tal "la complejidad del cuadro clínico" o su catalogación como "paciente difícil", entendiendo por tales aquellos que viven en continuada peregrinación de consulta en consulta, durante meses o años, con escaso y fugaz alivio. Y

precisamente eso es lo que suele ocurrir en nuestros pacientes en razón de la fuerte interacción, precisamente en estos casos, de los sistemas orgánicos y psicológicos dada la imponente y sutil relación interactiva del binomio mente-cerebro. Es éste un par conceptual que aún no hemos desentrañado con claridad pese a los múltiples enfoques y miles de científicos empeñados en esa difícil tarea que sigue siendo importante reto en el campo de la actual Medicina Psicosomática.

En el excelente programa del próximo XLVIII Congreso de nuestra SEMP (Zaragoza, 29.XI-1.XII de 2018) aparecen bien manifiestos la extensión y pluralidad de los contenidos que consideramos y denominamos psicosomáticos, así como la muy diversa cualificación profesional de quienes los ejercen. Y no estamos todos, ni mucho menos. Pero este hecho resulta una muestra bien significativa. Una de las sesiones del evento trata de glosar lo que sus ponentes denominan "Geografía e Historia de la Psicosomática hoy", contando con los abundantes datos que Internet muestra en relación con la Naturaleza, Clínica, Docencia, Investigación e Instituciones en torno a la psicosomática. Confiamos en la clarificadora aportación de ese y otros muchos trabajos en relación a las cuestiones que planteamos en estas páginas.

La Medicina Psicosomática se desenvuelve, desarrolla y aplica, en la actualidad, en muy diferentes escenarios clínicos, docentes y de investigación, tales como:

1. **Las Unidades de Medicina Psicosomática** en Hospitales, Facultades o Centro Policlínicos llevadas por profesionales de diversas especialidades. Ejemplos: Zaragoza, Barcelona, Valencia, Madrid, Granada, Sevilla, etc.
2. **Centros Médico-Psicoterapéuticos** con Psiquiatras, Endocrinos, Internistas, Psicólogos, Dermatólogos... Ejemplo: Unidad de Docencia y Psicoterapia. Granada (Prof. José María López Sánchez), Psicodex (Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Universitario Dexeus), Centro Médico Psicosomático. Sevilla, Instituto universitario de Reumatología en Barcelona Dr. Martínez Pintor, Centro médico de Oviedo, etc.
3. **Instituciones clínico-docentes** de raíz psicoanalítica como el Instituto de Estudios Psicosomáticos, en Madrid, fundado por el propio Rof Carballo.
4. **Centros o consultorios** de Psicooncología, Psicodermatología, Ginecología, Medicina Interna o de Medicina de Familia (MFC), Digestivo, Reumatología, etc., en numerosas ciudades de España con plena o parcial conciencia de su identidad psicosomática.



5. **Servicios de Psiquiatría de Enlace** ordinariamente hospitalarias, que en algunas ocasiones añaden al título su identidad Psicosomática, para atender las consultas de enfermos hospitalizados en cualquier unidad del centro y que son requeridas por el médico de guardia o responsable da la unidad concreta en razón de sus dudas en el complejo abordaje del cuadro clínico concreto. Con frecuencia forman parte del Centro o Servicio de Medicina Psicosomática o de Psiquiatría de esa entidad.
6. **Unidades especiales de Psicosomática** atendidas por Psiquiatras (rara vez Neurólogos o Internistas) titulados que han obtenido oficialmente la subespecialidad de Psiquiatría Psicosomática, en donde existe, tal como es el caso del Hospital de Bellevue, de Nueva York desde hace una decena de años (Prof. Manuel Trujillo)
7. Un amplio elenco de **Centros y Consultas** atendidas por profesionales relacionados, acogidos e ilustrados por Instituciones (Sociedades Nacionales o Internacionales) o Publicaciones específicas ("Psicosomática y Psiquiatría", continuadora de Cuadernos de Medicina Psicosomática), la extinguida "Psiquis", La American Psychosomatic Society

(APS) con su publicación "Psychosomatic Medicine", La European Association for Consultation-Liason Psychiatry and Psychosomatics, la Academy of Psychosomatic Medicine in Inglaterra, el Internacional College of Psychosomatic Medicine, la Società Italiana di Medicina Psicosomatica, etc.

8. **Centros docentes con programas reglados** de mayor o menor extensión o con asignaturas ordinarias o de Libre Configuración que imparten enseñanza presencial (Universidades en Madrid, Barcelona, Zaragoza, Alicante, Granada, Sevilla, etc.), La Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

Como colofón de estas páginas me atrevo a afirmar que la Psicosomática es un modo de hacer medicina, un talante que aborda, volvamos a Laín ya citado, a pacientes en los que el factor psicoemocional juega una parte importante en la identidad, génesis y mantenimiento del proceso psicopatológico. Y terminemos estas líneas con palabras del Maestro Rof, "las cosas grandes pueden decirse en cuatro palabras, pero también en cuatro silencios; quizás más en los silencios cuando están preñadas de sentido" (Anthropos 141, 1973).



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 20/01/2018. Aceptado: 16/05/2018

ANÁLISIS DE PATRONES DE PERSONALIDAD, SÍNDROMES Y VARIABLES CLÍNICAS EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANALYSIS OF PERSONALITY PATTERNS, SYNDROMES AND CLINICAL VARIABLES IN PATIENTS EATING DISORDERS

Alicia Pérez Rodríguez

Doctora en Psicología por Universidad Complutense de Madrid
y Psicóloga Especialista en Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Correspondencia: Hospital Universitario de Guadalajara. Centro de Salud "El Ferial Gu-Sur".
Calle Ferial s/n. Guadalajara. Castilla la Mancha. España. alpero@secam.jccm.es



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:21-31.



RESUMEN

Existen muchos estudios empíricos que establecen relación entre los patrones de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Además, en consonancia con estos trastornos se han relacionado otras variables clínicas. De este modo, y partiendo de la información recogida por la bibliografía revisada se ha procedido al análisis de los patrones de personalidad y variables clínicas relacionadas con el TCA en un grupo de pacientes del programa de TCA del Hospital Universitario de Guadalajara. La muestra se compone de 118 pacientes, todas ellas mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, y una edad media de 31,90 (DT = 10,23). Para la recogida de información clínica y diagnóstica se utilizó la entrevista clínica, así como el *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III)* y el *Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2)*. En relación con los tres grupos diagnósticos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, encontrando diferencias significativas únicamente en las siguientes variables: patrón evitativo ($F_{(2,115)} = 3,57, p < .05$) y patrón histriónico ($F_{(2,115)} = 4,75, p < .01$) del MCMI; escala bulimia ($F_{(2,115)} = 10,65; p < .001$) y escala insatisfacción corporal ($F_{(2,115)} = 7,3, p < .001$) del EDI-2. Los datos encontrados son congruentes con estudios previos, pero no permiten llegar a conclusiones claras, de modo que es necesario continuar profundizando tanto sobre la relación entre los TCA y los patrones de personalidad, cómo sobre el tipo de vinculación existente.

Palabras clave: Patrones de personalidad; Síndromes clínicos; Variables clínicas; Análisis de varianza; Trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

There are many empirical studies that establish a relationship between personality patterns and eating disorders (ED). In addition, other clinical variables have been related to these disorders. In this way, and starting from the information collected by the reviewed bibliography, we have proceeded to the analysis of the personality patterns and clinical variables related to the ED in a group of patients of the ED program of the University Hospital of Guadalajara. The sample consists of 118 patients, all of them women, aged between 18 and 59 years, and an average age of 31.90 (SD = 10.23). For the collection of clinical and diagnostic information, the clinical interview was used, as well as the Millon Multiaxial Clinical Inventory (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III) and the Inventory of Eating Disorders-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2). In relation to the three diagnostic groups, no significant differences were found in terms of age, finding significant differences only in the following variables: avoidant pattern ($F(2,115) = 3.57, p < .05$) and histrionic pattern ($F(2,115) = 4.75, p < .01$) of the MCMI; bulimia scale ($F(2,115) = 10.65; p < .001$) and body dissatisfaction scale ($F(2,115) = 7.3, p < .001$) of EDI-2. The data found are consistent with previous studies, but they do not allow us to reach clear conclusions, so it is necessary to continue deepening both the relationship between the ED and the personality patterns, as well as the type of linkage that exists.

Key words: Personality patterns, clinical syndromes, clinical variables, analysis of variance, eating disorders.



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son uno de los problemas de Salud Pública más graves de nuestros días, tanto por su prevalencia y necesidad de tratamiento especializado, como por su tendencia a la cronicidad y la gravedad (Oliva et al., 2012).

En los TCA, existen diferentes subgrupos con cursos y desenlaces variados, además, la inestabilidad diagnóstica abarcó la gran mayoría de los pacientes sugiriendo que una integración de las aproximaciones categoriales y dimensionales podría mejorar la investigación psicopatológica y las oportunidades terapéuticas. De modo que los TCA son más variados y variables que lo sugerido por los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) y posterior DSM-5 (APA, 2013).

El efecto específico de la relación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria es todavía poco claro, generando, por ello, muchas controversias. Lo que ha quedado patente es que la presencia de un trastorno de la personalidad junto a una alteración de la conducta alimentaria complica el cuadro clínico. En concreto, hace más difícil la detección temprana del problema, dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico (Díaz, Carrasco, Prieto y Saiz, 1999).

Los datos de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los de alimentación son muy heterogéneos (Thompson-Brenner et al., 2008). Se ha encontrado que los rasgos patológicos de personalidad se asociaban también con mayores puntuaciones en casi todas las escalas sintomatológicas del EDI (*Eating Disorder Inventory*) (Birmingham, Touyz y Harbottle, 2009).

Por su parte, se ha visto que no todas las personas ofrecen la misma predisposición a padecer un trastorno de alimentación. Ciertos temperamentos asociados a determinados rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno de la alimentación (Fassino et al., 2004; Fassino, Daga y Amianto, 2002). Agüera, Jiménez-Murcia, Granero, Penelo, Wagner, Karwautz, Riesco, Menchón y Fernández-Aranda en 2011, concluyen que presentar historia de obesidad o sobrepeso, estilo de personalidad con tendencia a evitación del daño y una baja autodirección, son un factor de riesgo a la hora de presentar un TCA. Por ejemplo, la impulsividad parece asociada a muchos trastornos mentales y es identificada como un factor cuya influencia empeora el pronóstico. En los últimos años la impulsividad ha generado

un amplio interés en los TCA, sobre todo dentro de la bulimia nerviosa.

Con estos datos y la posibilidad de influencia de los trastornos de personalidad en la cronificación de los TCA, su abordaje parece fundamental para lograr una buena evolución clínica (Wonderlich y Swift, 1990) y unos niveles de funcionamiento global satisfactorios (Herzog et al. 1992).

Los estudios transversales de la personalidad y el temperamento de individuos con TCA son numerosos, haciendo referencia comúnmente a rasgos como el perfeccionismo, neuroticismo, evitación del daño, impulsividad, así como, a los Trastornos obsesivo compulsivo (TOC) y límite de la personalidad (TLP) (Cassin y Von Ranson, 2005; Molina, 2014). Sin embargo, la investigación transversal tiene limitaciones importantes en comparación con la potencialmente compleja relación entre los TCA y los diversos temperamentos y rasgos de personalidad. A pesar de los desafíos inherentes a la realización de investigaciones prospectivas en esta población, son varios los estudios que se han hecho sobre los rasgos de personalidad y temperamento, que pueden constituir factores de riesgo para los TCA. Así, el neuroticismo y emocionalidad negativa, se han convertido en probables factores de riesgo (Bulik et al., 2006; Cervera et al., 2003; Killen et al., 1996; Lilenfeld et al., 2006; Stice, 2002). La comorbilidad entre los TCA y los trastornos de personalidad han sido asociados a diversos factores, como diagnósticos, mayor impulsividad y autoagresiones, abuso de sustancias, intentos autolíticos, purgas, abuso sexual, trastornos afectivos, y con mayor comorbilidad y severidad del trastorno, así como su asociación con peor pronóstico y abandono del tratamiento (Gargallo, Fernández, Raich, 2002).

Por su parte, los TCA también se han relacionado con otros síntomas, con el constructo de "obsesión por la delgadez" que fue elaborado por Bruch (1973, 1982), quien describió la obsesión por la delgadez o la "búsqueda incesante de la delgadez" como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria. Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, en 1987, encontraron que solo la obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal predecían la aparición de TCA. La alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Thompson, 1990) y tiene una participación causal en los trastornos alimentarios (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Baile, Guillén y Garrido, 2002), siendo este el aspecto más preocupante aún más si se tiene en cuenta que durante la adolescencia se produce un incre-

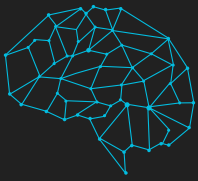


TABLA I. Criterios de inclusión para la investigación.

- Pacientes derivados al dispositivo de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara.
- Diagnóstico de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria por facultativo especialista, según criterios DSM-IV-TR. Excluidos los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, salvo el trastorno por atracón.
- Haber firmado el correspondiente consentimiento informado.

mento de la insatisfacción corporal (Gralen, Levine, Smolak y Murnen, 1990; Koff y Rierdan, 1991; Richard, Casper y Larson, 1990). Bruch (1962, 1973) describió en un principio el "sentimiento abrumador de ineficacia" como la perturbación subyacente a los TCA. León y colaboradores descubrieron en 1999 que el afecto negativo (que abarcaba una amplia gama de variables, desde la ineficacia hasta las emociones negativas) predecía un mayor riesgo de presentar síntomas de TCA después de entre 3 y 5 años de seguimiento. Además, el "miedo a la madurez" como un deseo de volver a la seguridad de la infancia, se ha relacionado con este tipo de patologías. Sin embargo, esta asociación es discutible ya que en otra investigación realizada sobre el tema se concluyó que no existe tal relación (Grasso et al., 2012). Los hallazgos sobre perfeccionismo sugieren que esta variable puede predecir la aparición de síntomas de TCA (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002), correlacionado, en especial, con la AN (Halmi et al., 2000), pero también con la BN (Lilenfeld et al., 2000; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson y Agras, 2001) y el TA (Pratt et al., 2001). Con respecto al "ascetismo", en las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la "obsesión por la delgadez" que pasa a ser el principal factor motivacional. La "desconfianza interpersonal" y la "inseguridad social", son escalas relacionadas con la asociación entre problemas interpersonales y síntomas alimentarios que ha sido estudiada por diversos autores (Goldner et al., 1999; Hartmann, Zeeck y Barrett, 2010).

Desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara se realizó un programa específico para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), dentro del cual se ha llevado a cabo un estudio sobre variables clínicas relacionadas con estos trastornos. De este modo, y partiendo de la información recogida por la bibliografía revisada, se pretenden analizar los patrones de personalidad, síndromes clínicos y variables clínicas en pacientes con TCA.

TABLA II. Criterios de exclusión para la investigación

- No tener diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria según criterios DSM-IV-TR.
- No querer participar voluntariamente en el estudio.
- Problemas graves de lectoescritura, idioma o retraso mental que impida la correcta cumplimentación de los cuestionarios.
- Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, salvo el trastorno por atracón.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes de este estudio son pacientes que acudieron al dispositivo Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara, derivados al programa de trastornos de la conducta alimentaria. Todos ellos han sido evaluados y diagnosticados de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o TCA no especificado) por algún facultativo especialista (psiquiatra o psicóloga clínica). A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión (Tabla I y II).

La muestra fue recogida de modo prospectivo solicitando la participación en el estudio a todos los nuevos casos de pacientes que llegaban al programa, así como, a los pacientes que se encontraban incluidos en el programa en el momento en el que se inició el presente estudio. La recogida de información se produjo durante 11 meses, desde junio del 2013, tras la resolución positiva desde el Comité ético del Hospital Universitario de Guadalajara, hasta mayo de 2014. El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitario de Guadalajara. El proyecto de investigación fue presentado el 30 de Abril del 2013 y aprobado el 4 de Junio del 2013.

A continuación, se detallan las variables socio-demográficas analizadas en la muestra de estudio:

La muestra a estudio está formada por 118 participantes, todas ellas mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 59 años. La edad media de la muestra es de 31,90 (DT = 10,23). Con respecto al lugar de residencia, el 66,1% (n=78) reside en medio urbano, mientras que el 33,9% (n=40) lo hace en medio rural. Se han considerado que las pacientes que vivieran en Guadalajara capital y en Azuqueca de Henares pertenecían a medio urbano por ser los dos municipios de la provincia de Guadalajara con más población y desarrollo económico. Un 85,6% (n = 101) son originarias de España; el 3,40% (n = 4) proceden del resto de Europa; el 10,2% (n =



12) son de algún país de Latinoamérica y el 0,8% (n = 1) de África. En lo que se refiere al estado civil, de las 118 mujeres que conforman la muestra un 49,2% (n = 58) se encuentran solteras, el 33,9% (n = 40) casadas, el 10,2% (n = 12) están divorciadas, un 5,9% (n = 7) se encuentran separadas, y el 0,80% (n = 1) viudas. El 55,9% (n = 66) no tiene hijos, el 16,9% (n = 20) tiene un solo hijo, el 21,2% (n = 25) tiene 2 hijos y el 5,9% (n = 7) tiene tres o más hijos. La media con respecto al número de hijos es de 0,8 (DT = 1,05), con un mínimo de 0 hijos y un máximo de 4. Con respecto al nivel educativo, el 1,7% (n = 2) de las mujeres del estudio son analfabetas, el 4,2% (n = 5) tienen estudios primarios, el 22% (n = 26) han acabado la EGB/ESO, el 16,1% (n = 19) finalizaron sus estudios de Bachillerato o BUP, el 11,9% (n = 14) tienen estudios de FPI, y el 16,9% (n = 20) FPII. El 15,3% (n = 18) han finalizado estudios de diplomatura y el 11,9% (n = 14) estudios de licenciatura, y en relación a la situación laboral el 58,5% (n = 69) se encuentran en activo, el 31,4% (n = 37) en paro y el 10,1% (n = 12) en algún tipo de incapacidad laboral. Con respecto a la profesión de las participantes, encontramos que el 5,9% (n = 7) se definen como amas de casa, el 0,8% (n = 1) profesional liberal, el 3,4% (n = 3,4) autónomos, el 0,8% (n = 1) funcionario, el 33,9% (n = 40) trabajadores cualificados, el 24,6% (n = 29) trabajadores no cualificados, el 27,1% (n = 32) son estudiantes y el 3,4% (n = 4) no tienen una profesión definida.

MATERIALES Y MEDICIONES

Con cada uno de los participantes incluidos en la investigación, y después de ser diagnosticados de algún trastorno de la conducta alimentaria por un especialista, ya fuera psicólogo clínico o psiquiatra del programa de Interconsulta y Enlace del dispositivo de trastornos de la conducta alimentaria, realizó una entrevista de recogida de datos para obtener datos sobre información sociodemográfica. A su vez, se pasó el *Inventario clínico multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III; Millon et al., 1997)*. Adaptación española por Cardenal y Sánchez (2008). TEA Ediciones, S.A., Madrid. Este test evalúa el estilo de funcionamiento y psicopatología en el momento de la realización. Está basado en la derivación de tres dimensiones polares que son: conducta instrumental (activo-pasivo), fuente del refuerzo (independiente-dependiente) y naturaleza del refuerzo (placer-dolor). Incluye un elemento discordante en la naturaleza y la fuente del dolor (ambivalencia). Se derivan

diez estilos de personalidad, a pesar de que en total son once debido a la inclusión de un funcionamiento depresivo de la personalidad en la última versión. De modo que los patrones de personalidad evaluados por el MCMI-III son los siguientes: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide; siendo estos tres últimos considerados patrones de personalidad graves. A su vez, el MCMI-III evalúa diez síndromes clínicos relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Estos tres últimos son considerados, en este inventario, como los de mayor gravedad. En relación con las variables clínicamente relevantes relacionadas con el TCA se utilizó el *Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2; Garner, 1991)*. Adaptación española por Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). TEA Ediciones, S.A., Madrid. Es un instrumento de autoinforme que ofrece puntuaciones en once escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulación de los impulsos, inseguridad social) y se compone de noventa y un elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos. En la presente investigación, los datos obtenidos en el análisis estadístico a través del coeficiente alpha de Cronbach fueron: subtest de Obsesión por la delgadez 0,88; Bulimia 0,82; Insatisfacción corporal 0,83; Ineficacia 0,82; Perfeccionismo 0,76; Desconfianza interpersonal 0,73; Conciencia interoceptiva 0,79; Miedo a la madurez 0,60; Ascetismo 0,49; Impulsividad 0,84; Inseguridad social 0,80.

PROCEDIMIENTO

El programa específico de trastornos de la conducta alimentaria se realiza desde el año 2005 en el Servicio de Psiquiatría (dispositivo de Interconsulta y Enlace) del Hospital General Universitario de Guadalajara. El equipo psicoterapéutico ha elaborado un programa específico para esta patología desde un abordaje multidisciplinar, con una estrecha colaboración entre los distintos profesionales que tratan diferentes aspectos de este tipo de trastornos.

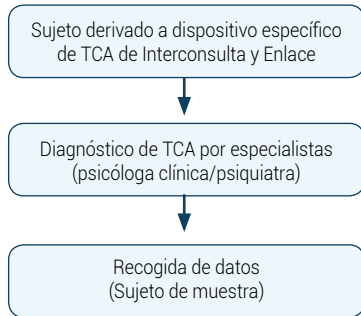
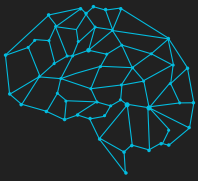


FIGURA 1. Presentación esquemática de recogida de datos.

Las primeras entrevistas a los pacientes una vez remitidos al programa se llevan a cabo, indistintamente, en las consultas de Psicología clínica o de Psiquiatría, comenzando en una de ellas el circuito y pasando después a la otra. Los individuos son derivados tras la primera intervención y diagnóstico preciso, o bien a la consulta de Enfermería, o bien a la consulta de Nutrición (pero no a ambas a la vez), remitidos siempre tras llevarse a cabo una valoración psiquiátrica. Por tanto, todos los pacientes tienen atención psiquiátrica, psicológica y nutricional (en una de las dos consultas mencionadas).

Se presenta el diagrama de recogida de datos de la presente investigación (Fig. 1):

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los análisis estadísticos fueron realizados a través del programa estadístico SPSS 20.00. Primeramente, se determinaron los índices de fiabilidad a través del coeficiente alpha de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas utilizadas en el estudio, y se utilizaron estadísticos descriptivos de tendencia central, con medias y desviaciones estándar de las diferentes variables estudiadas, así como el uso de

frecuencia y porcentajes, para analizar las variables socio-demográficas. La presente investigación incluye un estudio observacional descriptivo sobre en la que se ha llevado a cabo un análisis de varianza (ANOVA) de 1 factor, siendo el factor el grupo diagnóstico (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón) con cada una de las variables valoradas en el MCMI-III y en el EDI-2, variables dependientes. Para comprobar si los diferentes grupos diagnósticos son equiparables a nivel socio-demográfico, se llevaron a cabo pruebas Chi-Cuadrado de Pearson, así como análisis de varianza de 1 factor en el caso de las variables cuantitativas. Asimismo, para determinar entre qué grupos diagnósticos se dan mayores diferencias se utilizaron comparaciones post-hoc a través de la prueba de Bonferroni, mediante la que se determinó en qué grupos diagnósticos concretos se dan diferencias en el caso de que existan.

RESULTADOS

Se procede a analizar cada una de las variables estudiadas en los distintos grandes grupos de diagnóstico: anorexia nerviosa representada por un 28% (n = 33) de los participantes, bulimia nerviosa con un 50% (n = 59) y trastorno por atracón con un 22% (n = 26). Antes de realizar el análisis, se ha estudiado la posible influencia de la variable edad, con ello el objetivo era poder determinar si existían diferencias significativas entre los grupos a estudio en dicha variable. Los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad ($F_{(2,115)} = 2,57$; $p = 0,081$) (Tabla III).

En las siguientes tablas IV y V se muestran los resultados obtenidos al analizar las diferencias entre los tres grupos diagnósticos y las variables clínicas estudiadas. Para una mejor visualización y comprensión de los resultados se ha procedido a la presentación en tablas desglosadas por áreas de variables analizadas:

TABLA III. Diferencias en la variable edad en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICO			$F_{(2,115)}$	BONFERRONI
	ANOREXIA NERVIOSA G1 (N=33)	BULIMIA NERVIOSA G2 (N=59)	TRASTORNO POR ATRACÓN G3 (N=26)		
EDAD	30±9,15	31,27±10,29	35,73±10,78	2,57 n.s.	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

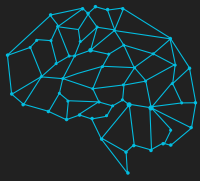


TABLA IV. Diferencias en la variable edad en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICO			F _(2,115)	BONFERRONI
	ANOREXIA NERVIOSA G1 (N=33)	BULIMIA NERVIOSA G2 (N=59)	TRASTORNO POR ATRACÓN G3 (N=26)		
Patrón esquizoide	11,09±4,98	10,17±4,85	9,38±6,18	0,80	
Patrón evitativo	13,79±5,86	10,98±5,27	10,23±6,27	3,57*	1>3*
Patrón depresivo	13,55±5,58	13,24±5,18	10,96±5,88	1,98	
Patrón dependiente	11,97±5,04	11,85±5,00	12,35±6,54	0,08	
Patrón histriónico	9,27±5,03	11,20±4,18	13,00±5,12	4,75**	1<3*
Patrón narcisista	7,88±4,58	8,95±4,02	9,50±4,90	1,09	
Patrón antisocial	6,94±3,95	8,51±4,23	8,35±4,21	1,61	
Patrón agresivo	10,33±4,47	11,71±5,52	9,54±5,32	1,80	
Patrón compulsivo	14,21±4,3	14,21±4,3	13,65±4,06	1,82	
Patrón negativista	13,42±3,83	13,47±4,74	13,85±5,77	0,07	
Patrón autodestructivo	10,64±5,55	10,29±5,43	10,23±6,48	0,05	
Patrón esquizotípico	10,88±6,04	9,29±5,49	10,08±6,95	0,76	
Patrón límite	11,45±4,54	12,03±0,97	13,08±5,83	0,62	
Patrón paranoide	11,45±4,54	12,03±5,97	13,08±5,83	0,37	
Trastorno de ansiedad	9,58±5,32	10,32±5,90	10,81±5,13	0,94	
Trastornos somatomorfo	10,52±4,00	10,78±4,55	9,38±4,34	0,01	
Trastorno bipolar	8,30±4,64	8,39±4,59	8,23±4,70	0,35	
Trastorno distímico	8,00±3,09	8,61±4,32	8,08±3,19	0,25	
Dependencia Alcohol	11,58±6,30	11,69±5,53	10,69±7,11	2,75	
Dependencia Sustancias	2,88±2,42	4,08±2,69	3,54±2,75	2,24	
Trastorno de estrés postraumático	9,58±5,09	10,02±5,39	8,31±6,18	0,89	
Trastorno del pensamiento	12,21±5,5	11,56±5,41	10,27±6,18	0,89	
Depresión mayor	11,36±6,04	11,31±6,01	10,31±7,36	0,26	
Trastorno delirante	2,67±2,19	2,97±2,72	3,31±2,69	0,45	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Todas las filas se refieren a las subescalas del MCMI-III = Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III.

ÁREA DE PATRONES DE PERSONALIDAD Y SÍNDROMES CLÍNICOS SEGÚN EL INVENTARIO MULTIAXIAL CLÍNICO DE MILLON III (MCMI-III) EN CADA GRUPO DIAGNÓSTICO

Con respecto a los patrones de personalidad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón evitativo ($F_{(2,115)} = 3,57, p < .05$) y en el patrón histriónico ($F_{(2,115)} = 4,75, p < .01$). Analizando las puntuaciones entre los tres grupos diagnósticos, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que solo existen diferencias signifi-

cativas en patrón evitativo entre el grupo 1 (anorexia nerviosa) y el 3 (trastorno por atracón) (13,79 vs. 10,23, $p < .05$), y entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (13,00 vs. 9,27, $p < .05$) (Tabla V).

Entre las variables valoradas por el EDI-2 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala bulimia ($F_{(2,115)} = 10,65; p < .001$), y en la escala insatisfacción corporal ($F_{(2,115)} = 7,3, p < .001$). Las comparaciones múltiples post-hoc (Bonferroni), señalan que dichas diferencias se encuentran



TABLA V. Diferencias en variables psicológicas valoradas a través del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) en función de los grupos diagnósticos.

	DIAGNÓSTICO			F _(2,115)	BONFERRONI
	ANOREXIA NERVIOSA G1 (N=33)	BULIMIA NERVIOSA G2 (N=59)	TRASTORNO POR ATRACÓN G3 (N=26)		
Escala Obsesión por la delgadez	15,55±3,89	16,54±3,36	14,58±3,86	2,87	
Escala Bulimia	3,52±4,58	8,12±5,23	9,04±5,96	10,65***	1<3*** 1<2***
Escala Insatisfacción corporal	4,18±6,61	17,49±6,80	20,81±6,28	7,30***	1<3***
Escala Ineficacia	11,94±6,54	10,71±5,78	10,42±7,87	0,51	
Escala Perfeccionismo	7,52±4,49	6,41±4,08	4,85±4,22	2,90	1<3*
Escala Desconfianza	8,06±4,60	5,98±4,03	5,65±5,18	2,88	
Escala Conciencia	10,97±6,69	12,19±6,24	11,50±7,33	0,37	
Escala Miedo madurez	8,27±5,31	6,98±4,34	6,81±3,72	1,07	
Escala Acetismo	7,35±3,33	6,66±3,78	7,65±4,34	0,74	
Escala Impulsividad	6,88±5,86	8,59±6,42	8,69±6,89	0,89	
Escala Inseguridad social	9,85±5,46	7,81±5,07	8,42±5,29	1,61	

Nota: el símbolo ± hace referencia a la desviación típica. *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Todas las filas se refieren a las subescalas del EDI-2 = Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria.

en la escala bulimia entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el grupo 1 (anorexia nerviosa) (9,04 vs. 3,52; p<.001) y entre el grupo 2 (bulimia nerviosa) y el grupo 1 (anorexia nerviosa) (8,12 vs. 3,52; p<.001). En la escala de insatisfacción corporal la diferencia se encuentra entre el grupo 3 (trastorno por atracón) y el 1 (anorexia nerviosa) (20,81 vs.14,18; p<.001). (Tabla V).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A día de hoy no existen evidencias suficientes para apoyar la validez clínica de los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). De modo que hay un cuestionamiento sobre los criterios de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) como grupos discretos de síntomas, aunque hay que reconocer que se han dado pasos importantes en la distinción entre los TCA, asimismo es importante tener en cuenta que hay problemas considerables que perduran.

Así pues, el sistema de clasificación debe permitir diferenciar a los individualmente clasificados en cada uno de los diagnósticos, de modo que los individuos con BN deben ser fiablemente diferentes de los individuos con AN, sobre

las variables que no están incluidas en los criterios de diagnóstico en sí. Si los trastornos no difieren en tales variables externas y solo difieren en los signos y síntomas incluidos en el conjunto de criterios de diagnóstico, la clasificación no tendría utilidad. Asimismo, se ha de tener en cuenta el fenómeno de la transición diagnóstica o entrecruzamiento diagnóstico (Fairburn y Harrison, 2003). Se ha encontrado que la mitad de los pacientes con AN terminan por desarrollar una BN, un tercio de los pacientes con BN provienen de una historia previa de AN y otro tercio ha presentado historia de sobrepeso u obesidad. También es bastante común que los pacientes con AN alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en diferentes momentos del trastorno y en torno a un 50 % de los pacientes con AN desarrollan posteriormente BN (Bulik et al., 1997). Este fenómeno genera continuos cruces o cambios de diagnóstico y planteó dudas sobre el curso, la recaída, los subtipos o los propios criterios de los TCA (Eddy et al., 2008). Se han identificado los siguientes factores de riesgo de cambio de diagnóstico de AN a BN o de BN a AN: baja autosuficiencia o autonomía, elevadas críticas paternas, abuso/dependencia de alcohol y bajo nivel de búsqueda de sensaciones (Tozzi et al., 2005).



Dicho esto, en el presente estudio se ha realizado una comparación entre los tres grupos diagnósticos principales: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA). Entre estos grupos diagnósticos, los resultados del ANOVA de un factor señalan que no existen diferencias significativas entre los grupos y la edad, encontrando solo diferencias en escasas variables de las estudiadas (estilos de personalidad y alguna características psicológicas relacionadas con el TCA).

Con respecto a los patrones de personalidad, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el patrón evitativo y en el patrón histriónico. Analizando las puntuaciones entre los tres grupos diagnósticos, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que solo existen diferencias significativas en patrón evitativo entre el de anorexia nerviosa y el de trastorno por atracón, de modo que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa obtiene una puntuación significativamente mayor al grupo de pacientes con trastorno por atracón. Y en relación con el patrón histriónico, las diferencias se dan entre el grupo del trastorno por atracón y el de anorexia nerviosa, de modo que el grupo de pacientes con anorexia nerviosa obtiene una puntuación significativamente menor que el grupo de pacientes con trastorno por atracón. A este respecto, se ha de señalar que diversos estudios han encontrado que al tener en cuenta la personalidad de los pacientes con anorexia nerviosa

se obtiene que del 23 % al 80 % cumple los criterios para algún trastorno de la personalidad (Gartner et al., 1989; Herzog et al., 1992; Wonderlich et al., 1990). Los más frecuentes en los pacientes con TCA son el trastorno límite y el trastorno evitativo de la personalidad, (Chen et al., 2011). Y además, autores como Kleinfield y colaboradores (1994) observaron la presencia de un mayor repertorio de conductas evitativas en los pacientes con anorexia nerviosa frente a aquellos con bulimia nerviosa y controles. Mientras que los estudios que examinan las tasas de prevalencia de los trastornos de la personalidad (TP) en el trastorno por atracón (TA), colectivamente sugieren que los TP por evitación, obsesivo-compulsivo y límite son los más comunes (Becker et al., 2010; Cassin y Von Ranson, 2005). En este caso, los datos serían congruentes con la presencia significativa del patrón evitativo en los pacientes con AN.

Entre las variables valoradas por el EDI-2 se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala bulimia, y en la escala insatisfacción corporal. Las comparaciones múltiples post-hoc (Bonferroni), señalan que dichas

diferencias se encuentran en la escala bulimia entre el grupo del trastorno por atracón y el grupo de anorexia nerviosa, siendo el grupo del trastorno por atracón mayor al de anorexia nerviosa, y entre el grupo de bulimia nerviosa y el grupo de anorexia nerviosa, de nuevo siendo el grupo de bulimia nerviosa mayor al de anorexia nerviosa (AN). La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. De modo que este tipo de pensamientos o actos estarán presentes en pacientes con bulimia nerviosa (BN) y pacientes con trastorno por atracón (TA), tal y como los resultados encontrados indican. En la escala de insatisfacción corporal la diferencia se encuentra entre el grupo del trastorno por atracón que obtendría una puntuación significativamente mayor al grupo de anorexia nerviosa. Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria. Ghaderi (2001) hace una revisión bibliográfica de la importante relación entre la insatisfacción corporal y la instauración de los TCA, y es, precisamente, la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias (Abraham y Llewellyn-Jones, 1997; Hart y Ollendick, 1985), que pueden desencadenar los TCA. En la muestra estudiada, se encuentra que esta variable tiene un valor significativamente mayor en los pacientes con TA que en los que padecen AN, pudiendo esta diferencia estar relacionada con el IMC, que siguiendo los criterios diagnósticos, es mayor en los pacientes con TA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública de nuestros días, y por lo tanto han de continuar siendo objeto de investigación. En relación a ello, el presente estudio nos permite concluir que solamente se han encontrado diferencias entre AN, BN y TA en el patrón evitativo e histriónico del MCFI, y en la escala de insatisfacción corporal del EDI-2. Los datos encontrados son congruentes con estudios previos, pero no permiten llegar a conclusiones claras, de modo que es necesario continuar profundizando tanto sobre la relación entre los TCA y los patrones de personalidad, cómo sobre el tipo de vinculación existente.

**LA AUTORA DECLARA QUE NO EXISTEN
CONFLICTOS DE INTERESES EN ESTE ARTÍCULO**



BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham SF, y Llewellyn-Jones D. (1997). Eating disorder: The facts. Oxford: Oxford University Press.
2. Agüera Z, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E, Wagner G, Karwautz A, Riesco N, Menchón JM i Fernández-Aranda F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 53-61.
3. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, APA.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental: DSM-5. Washington, APA.
5. Attie I y Brooks-Gunn J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79.
6. Baile JI, Guillén F y Garrido E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire /BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
7. Becker DF, Masheb RM, White MA y Grilo CM. (2010). Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 531-537. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.11.005.
8. Birmingham CL, Touyz S y Harbottle J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the „transdiagnostic“ theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 2-13.
9. Bruch H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books: New York.
10. Bruch H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538. doi: 10.1176/ajp.139.12.1531.
11. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J y Pickering A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 185, 704-707. 12.
12. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P y Pedersen NL. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305-12. doi:10.1001/archpsyc.63.3.305.
13. Cardenal V y Sánchez MP. (2007). Adaptación española del MCMII-III, Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Madrid: TEA Ediciones.
14. Cassin SE y Von Ranson KM. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychological Review*, 25(7), 895-916. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.012.
15. Cervera S, Lahortiga F, Martínez-González MA, Gual P, de Irala-Estévez J y Alonso Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-80.
16. Chen EY, McCloskey MS, Michelson S, Gordon KH y Coccaro E. (2011). Characterizing eating disorders in a personality disorders sample. *Psychiatry Research*, 185(3), 427-432. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.002.
17. Díaz-Marsá M, Carrasco JL, Prieto LR y Saiz RJ. (1999). The role of the personality in the feeding behavior disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(1), 43-50.
18. Eddy K, Dorer D, Franko D, Tahlilani K, Thompson-Brenner H y Herzog D. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-50. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060951.
19. Fairburn CG y Harrison PJ. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1.
20. Fassino S, Daga G y Amianto F. (2002). Temperament and character profile and eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 412-25. doi: 10.1002/eat.10099.
21. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F y Abbate Daga G. (2004). Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81-90.
22. Gargallo Masjuán M, Fernández Aranda F, Raich R. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (2), 335-349.
23. Garner DM, Garfinkel PE, Rockert W y Olmsted MP. (1987). A prospective-study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48(1-4), 170-175.
24. Garner DM. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odesa: Psychological Assessment Resources.
25. Garner DM. (1991). *Inventario de los trastornos alimentarios-2 (EDI-2)*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptada por Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998).
26. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K y Loranger AW. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591. doi: 10.1176/ajp.146.12.1585.
27. Ghaderi A. (2001). *Eating Disorders*. Uppsala: Uppsala University.
28. Goldner E, Srikaneswaran S, Schroeder M, Livesley W y Birmingham C. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85(2), 151-159. doi:10.1016/S0165-1781(98)00145-0.
29. Gralen S, Levine MP, Smolak L y Murnen S. (1990). Dieted and disordered eating during early and middle adolescent: Do the influences remain the same? *International Journal of Eating Disorders*, 9, 501-512. doi: 10.1002/1098-108X(199009)9:5<501::AID-EAT2260090505>3.0.CO;2-0.
30. Grasso M, Nazzaro F, Vona L, Capacchione G y Liorio C. (2012). Maturity fears and weight phobia in eating disorders: research of a relationship. *Rivista Di Psichiatria*, 47(4), 319-326. doi: 10.1708/1139.12560.
31. Halmi K, Sunday S, Strober M, Kaplan A, Woodside D, Fichter M, ... Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1799.
32. Hart KJ y Ollendick TH. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *American Journal of Psychiatry*, 142, 851-854.
33. Hartmann A, Zeeck A y Barrett MS. (2010). Interpersonal Problems in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7):619-627. doi:10.1002/eat.20747.
34. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM y Sacks NR. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147- 152. doi: 10.1086/492373.
35. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM y Sacks NR. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5), 147- 152. doi: 10.1086/492373.
36. Killen J, Taylor C, Hayward C, Haydel K, Wilson D, Hammer L, ... Strachowski D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders:



- A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 936-940. doi:10.1037//0022-006X.64.5.936.
37. Kleinfield EI, Sunday S, Hurt S y Halmi AK. (1994). The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 413-423.
 38. Koff E y Rierdan J. (1991). Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 12, 307-312.
 39. León G, Fulkerson J, Perry C, Keel P y Klump K. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181- 196. doi:10.1023/A:1021649314458.
 40. Lilienfeld LR, Stein D, Bulik C, Strober M, Plotnicov K, Pollice C, ... Kaye Millon T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI III)*. 2nd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
 41. Lilienfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R y Mitchell J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320. doi:10.1016/j.cpr.2005.10.003.
 42. Molina Ruiz RM. (2014). Un estudio de neuroimagen en trastornos de la conducta alimentaria: análisis del procesamiento emocional en relación con los antecedentes traumáticos. Tesis Doctoral. Comunidad de Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
 43. Oliva L, Gandarillas A, Sonogo M, Díez-Gañan L y Ordobás M. (2012). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011. Servicio de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 18(8), 3-23.
 44. Pratt E, Telch C, Labouvie E, Wilson G y Agras W. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177-186. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<177::AID-EAT1007>3.0.CO;2-X.
 45. Richard M, Casper R y Larson R. (1990). Weight and eating concerns among pre-and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 203-209. doi:10.1016/0197-0070(90)90349-7.
 46. Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848. doi: 10.1037//0033-2909.128.5.825.
 47. Thompson JK. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
 48. Thompson-Brenner H, Eddy KT, Franko DL, Dorer DJ, Vashchenko M, Kass AE y Herzog DB. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551-560. doi:10.1016/j.comppsy.2008.04.002.
 49. Tozz, F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA y Kaplan AS. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 732-40. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.732.
 50. Tyrka A, Waldron I, Graber J. y Brooks-Gunn J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 282-290. doi:10.1002/eat.10094.
 51. Wonderlich SA y Swift WJ. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6):629-638.



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 31/07/2017. Aceptado: 14/08/2018

INTERCONSULTAS DE PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL: RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS

LIAISON IN GENERAL HOSPITAL: RESULTS TO COMPARE BETWEEN OLDER AND YOUNGER THAN 65 YEARS

M.R. Alonso Gascón¹, E. Pérez-Martínez², J. Rodríguez-Marín³, C.J. van-der Hofstadt Román⁴

¹Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. E-mail: miguel.alonso02@goumh.umh.es. ²Jefe de Sección. Unidad de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). E-mail: eperezmar@yahoo.es. ³Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). E-mail: rod.marin@umh.es.

⁴Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). E-mail: cjvander@umh.es.

Correspondencia: Dr. Carlos J. van-der Hofstadt Román. Unidad de Psicología Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. C/ Pintor Baeza 12. 03010-Alicante. E-mail: cjvander@umh.es



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:32-41.



RESUMEN

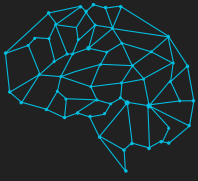
Introducción: La prevalencia de problemas mentales relativamente alta en pacientes ingresados en hospitales generales, lo que a menudo conduce a peores resultados de salud, a retrasos en el alta hospitalaria y a un mayor y peor uso de los recursos sanitarios. La interconsulta psiquiátrica se ocupa generalmente de la atención a esos problemas. Las razones para solicitar una consulta psiquiátrica son muy diferentes, y es interesante estudiarlas. **Objetivos:** Identificar y describir diferentes variables clínicas y de resultado en pacientes hospitalizados para los que se solicita una interconsulta con psiquiatría; y verificar si hay diferencias entre mayores y menores de 65 años. **Método:** Este es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 168 consultas hospitalarias a la Unidad de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Alicante, divididas en dos grupos en función de la edad de los pacientes (mayores y menores de 65 años). **Resultados:** Los principales motivos para la solicitud de interconsulta fueron: problemas respiratorios, accidentes cardiovasculares e intentos autolíticos. Los diagnósticos más frecuentes en la interconsulta fueron trastornos de ansiedad y depresión, síndrome confusional y trastorno adaptativo mixto, que es el que presenta el peor pronóstico. En función de la edad encontramos diferencias en el motivo de la interconsulta: las causas más comunes en la población menor de 65 años fueron, la ideación suicida y la valoración y ajuste de medicación; y la más común en mayores de 65 años fue la sintomatología depresiva. Además observamos mayores tasas de exitus en la población mayor de 65 años y mayores tasas de derivación a salud mental en la población menor de 65 años. **Conclusión:** Existen diferencias entre las interconsultas solicitadas según la edad. Creemos que es necesario establecer pautas de acción con los pacientes hospitalizados mayores de 65 años para reducir los factores estresantes de la hospitalización y la comorbilidad psiquiátrica.

Palabras clave: Interconsulta psiquiátrica, hospitalización, ancianos, pacientes hospitalizados, trastornos psiquiátricos.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of mental problems is common in hospitalized patients, which often leads to worse health outcomes, delays in discharge and greater and poorer use of sanitary resources. Consultation-liaison psychiatry deals with the management of these problems. The reasons for claiming psychiatric consultation are very different, and it is interesting to study them. **Objectives:** To identify and describe different clinical variables and health results in hospitalized patients to which psychiatric consultation is requested; and to check if there are significant differences between adults younger than 65 years of age and adults 65 years of age and older (both men and women) in terms of age. **Method:** An observational, descriptive and retrospective study was carried out. 168 hospital consults to Psychiatry Unit of the General University Hospital of Alicante were reviewed, divided into two groups to be compared (over and under 65 years). **Results:** The main reasons for requesting psychiatric consultation were respiratory problems, cardiovascular accidents and autolytic attempts. The most frequent diagnoses in PC were anxiety and depression disorders, delirium and adjustment disorder mixed with anxiety and depressed mood that is associated with a poorest prognosis. Thirty six per cent (36 %) of the patients were over 65 years old. According to age, we found differences in the reason for PC: the most common causes in the patients under 65 years of age are suicidal ideation and medication adjustment; and, in those over 65, the depression symptoms. We also found higher rates of death and of referral to mental health services in the population under 65 years of age. **Conclusion:** According results there is evidence that there exist differences between psychiatric consultations requested depending on the age. We think that it is necessary to establish guidelines of action with older 65 year hospitalized patients to reduce the stressful factors of hospitalization and psychiatric comorbidity.

Key words: Liaison psychiatry, hospitalization, older people, inpatient, psychiatric disorder.



INTRODUCCIÓN

En el hospital, la forma habitual de responder a la necesidad de atención al estado emocional del paciente, es mediante una interconsulta, que se encarga de evaluar, diagnosticar y tratar, los problemas y alteraciones emocionales, cognitivos o conductuales, que surgen en relación al estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad somática, o de la relación entre los profesionales sanitarios participantes en la atención del paciente y su familia (Lobo, 2000).

La principal característica, que diferencia la forma de actuar en la interconsulta psiquiátrica, viene dada por los demandantes, pues no suelen ser los pacientes o familiares los que solicitan la valoración o atención psiquiátrica, sino un profesional del equipo médico. Esa demanda puede responder a la sospecha de existencia de algún trastorno psiquiátrico, a la necesidad de asesoramiento psicológico para el paciente o alguno de sus familiares, o para establecer estrategias conjuntas en pacientes de alta complejidad.

La importancia del estudio de la relación entre la enfermedad somática y comorbilidad psicopatológica en el paciente hospitalizado es vital para prestarle una correcta atención. Diferentes trabajos han establecido que, en hospitales generales, el índice de morbilidad por trastorno psiquiátrico oscila entre el 44.5% y el 50% de los pacientes hospitalizados (Baculima, Iñamagua y Sánchez, 2014; Díaz-Nolazco, Corimanya-Capitán, Soto-Cáceres y Díaz-Vélez, 2017). Estos datos contrastan con la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general que ronda el 19.5% (Haro, et al, 2006).

LA HOSPITALIZACIÓN EN ESPAÑA

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE, 2014) revela que la estancia media se ha reducido ligeramente en los últimos años situándose en la actualidad por debajo de los 7 días. Las mujeres representan un 54% de los pacientes ingresados. Con relación a los motivos más frecuentes de alta, encontramos que un 4% se produce por exitus del paciente, que el 85% se produce por curación o mejora y el resto por traspaso a otro hospital.

La población geriátrica es la que utiliza más frecuentemente los servicios sanitarios. Dentro de esta población, los mayores de 85 años, con un 35% de los ingresos, son los que tienen hospitalizaciones más largas (INE, 2014).

Los motivos más frecuentes de ingreso en hospitales públicos españoles son: los problemas circulatorios (13%), los digestivos (12%), el embarazo y la maternidad (11.8%), las

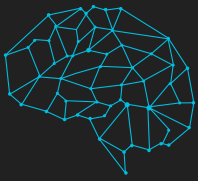
enfermedades respiratorias (11.1%) y los tumores (9.5%). En particular, los motivos más frecuentes son, por ese orden, las arritmias cardíacas, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la aterosclerosis coronaria, la diabetes, las infecciones respiratorias y las infecciones urinarias, la intoxicación medicamentosa y la neumonía (INE 2014).

Por otro lado, en términos generales, la hospitalización puede suponer un acontecimiento vital estresante. La persona hospitalizada se encuentra afectada por las percepciones del medio hospitalario (olores, ruidos, etc.), por la pérdida de su intimidad, y de su identidad personal; debe aceptar nuevas normas y valores, que le impone la institución hospitalaria; y debe asumir un nuevo rol, el del paciente hospitalizado. Todo ello puede causar emociones negativas en de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995).

Trastornos psiquiátricos

Las alteraciones emocionales pueden complicar el pronóstico en pacientes ingresados por patologías orgánicas. Para hacer un repaso de estos problemas, vamos a agrupar los trastornos según sean comunes en población general o más específicos de población geriátrica.

La hospitalización puede ser un elemento que contribuya a la reagudización de los episodios depresivos. La prevalencia de episodios depresivos, según se establece en una reciente revisión sistemática de los últimos 15 años en España (Cardila, et al., 2015), oscila desde el 1.12% en preescolares, al 8.56% en población general y hasta el 55.6% en estudiantes universitarios. Respecto a la población geriátrica, la variabilidad y la inadecuación de los instrumentos para medir la depresión dificulta el establecer datos de prevalencia, aunque autores como Baldwin (2002) estiman que entre el 10 y el 15% tiene sintomatología depresiva destacable, y otros, como Tartaglini y colaboradores (2017), cifran la prevalencia incluso en un 35%. Durante la hospitalización las cifras varían de manera significativa, observándose sintomatología depresiva en el 88,3%, siendo leve en el 50,0% de los pacientes geriátricos hospitalizados (Cardozo-Fernández, Aguilera-Gaona, Ferreira-Gaona, y Diaz-Reissner, 2017), y en torno al 33% en la población general de hospitalizados en un servicio de medicina interna (Villizhañay y Diego, 2014). Es necesario distinguir los procesos de duelo de los episodios depresivos, porque pueden tener sintomatología similar; en este sentido es importante evaluar la historia de pérdidas como factor



predisponente a mostrar sintomatología depresiva (Chaurand, Feixas, Neimeyer, Salla, y Trujillo, 2015).

Junto al trastorno depresivo, otro de los trastornos más comunes es el trastorno ansioso, cuya prevalencia se sitúa entre el 5 y el 13% en la población general española (Albarracín, Rovira, Carreras y Rejas, 2008), cifra que aumenta en las personas mayores de 50 años, llegando a ser de un 14.3% (Carreiras y Facal, 2017). Durante la hospitalización, las cifras de prevalencia oscilan entre un 25% con sintomatología moderada/grave y un 50 % con sintomatología leve, en pacientes con insuficiencia cardiaca (Hernández Salazar, Figueroa, Ramos del Río, y Alcocer, 2013), siendo significativamente más altas en personas ancianas hospitalizadas, en las que puede alcanzar el 40% (Grau, Suñer, Abulí y Comas, 2003).

Los trastornos adaptativos son otros de los trastornos más comunes en pacientes hospitalizados, con una prevalencia que ronda el 9% tanto en población general como en geriátrica (García y Costas, 2010). Por ejemplo, un estudio con pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna ha encontrado una prevalencia de un 30.9% de trastornos de ansiedad, adaptativos o somatomorfos (Alberdi-Sudupe, Fernandez-Díaz y Iglesias-Gil, 2013).

Los trastornos mentales graves también ocurren durante la hospitalización. El trastorno bipolar presenta prevalencias de entre el 2 y 3% en la población general. Sin embargo, estos datos difieren de los que se observan en la población geriátrica en la que la prevalencia de esta patología oscila entre el 0.5 y el 1%, aunque en pacientes ancianos en ámbitos psiquiátricos clínicos puede llegar aproximadamente al 17% los que padecen un trastorno bipolar. Este dato supone que los ancianos con este trastorno son usuarios con mayor frecuencia de los servicios de urgencias y de asistencia hospitalaria y ambulatoria (Sajatovic y Chen, 2012). Barlets et al. (2000) indicaron que estos pacientes requerían ingresos hospitalarios con una frecuencia 4 veces superior que el resto de pacientes. Cifras similares se encuentran entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo (Sajatovic y Chen, 2012).

Los trastornos mentales graves presentan una alta comorbilidad con las conductas adictivas. El alcoholismo genera múltiples patologías orgánicas, y presenta una prevalencia de 13.5% tanto en población general, como geriátrica, según la encuesta EDADES (2013). Esta adicción plantea como un factor de riesgo en numerosas enfermedades, influyendo

directamente sobre el riesgo de mortalidad en mayores de 45 años (Sarasa-Renedo, et al., 2014).

Durante la vejez, existen además otras patologías, tales como las demencias y los cuadros confusionales, que pueden ocasionar una disminución de la calidad de vida del paciente hospitalizado, complicando el pronóstico.

El síndrome confusional es un trastorno que, con bastante frecuencia afecta a la población geriátrica durante la hospitalización, situando su prevalencia en torno al 22.5%, suponiendo un problema de salud en los adultos en emergencia médica (Crespo-Domínguez, Castellón-Lozano, Cárdena y Saavedra de la Cruz, 2014). Además, existen estudios que muestran que este trastorno está asociado a un mayor deterioro funcional y provoca hospitalizaciones más prolongadas y un aumento del riesgo de institucionalización tras la hospitalización (O'Keefe y Lavan, 1997).

Las cifras de incidencia y prevalencia de la demencia muestran resultados muy variables debido a las diferentes metodologías de los estudios al respecto, aunque las alteraciones cognitivas se consideran uno de los principales factores de riesgo de deterioro funcional asociado al ingreso (Osuna-Pozo, Ortiz-Alonso, Vidán, Ferreira y Serra-Rexach, 2014). La incidencia anual de demencia en España se estimó entre el 1 y el 1.5%. Los estudios de prevalencia en España indican un aumento progresivo de la incidencia con en función de la edad, variando en mayores de 65 años entre un 5 y un 14.9% (Romero-Delgado, Domingo-Rubio, Barahona-Hernando y Rodríguez-Gómez, 2015).

Actualmente existen en España 300.000 pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer, y se estima un nuevo caso por cada 10.000 habitantes al año, siendo más común en edades avanzadas (García-Ramos, López-Valdés, Ballesteros, Jesús, y Mir, 2016).

Por último, otro problema importante es el suicidio. Según cifras oficiales, es la causa de muerte no natural más frecuente en España, por delante de los accidentes de tráfico (Giner y Guija, 2014). Los datos de prevalencia, que varían en función de los autores, muestran que son las mujeres las que presentan mayor ideación o planificación de suicidio. Además, indican que la mayor tasa de intentos se produce en las décadas de los 20 y los 50, pero también existe un aumento destacable de la ideación autolítica a partir de los 70 años (Gabilondo et al., 2007). Otros trabajos muestran que la tasa registrada de suicidios consumados va aumentando con la edad, en especial a partir de los 65 años, y que, aunque



las tasas de suicidios en ancianos han disminuido respecto a décadas previas, siguen siendo desproporcionadamente altas (Nock et al. 2008).

El objetivo general de este trabajo es analizar el contenido de las interconsultas de psiquiatría respecto de las variables siguientes: motivo y duración del ingreso, síntomas por los que se solicita la interconsulta, antecedentes psiquiátricos de los pacientes, diagnóstico, tratamiento, derivación al alta y mortalidad. Los objetivos específicos son:

1. Evaluar si existen diferencias por edad.
2. Analizar la influencia de posibles variables moduladoras sobre el pronóstico del paciente.

MÉTODO

Este estudio se ha llevado a cabo en la Unidad de Psiquiatría del Hospital general Universitario de Alicante, un hospital general de tercer nivel asistencial (grupo C de los hospitales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana), que dispone de 950 camas y que es el Centro Sanitario de Referencia de la provincia de Alicante. La unidad dispone de un psiquiatra consultor y lleva a cabo actividades docentes, de investigación y asistenciales, incluyendo el servicio de interconsulta. El hospital carece de unidad de hospitalización psiquiátrica.

Se revisaron todas las hojas de interconsulta realizadas entre julio y diciembre del 2013, por la Unidad. Para ello se construyó una base de datos donde se recogieron las variables: sexo, edad, motivo de ingreso, sintomatología principal que justifica la interconsulta y el diagnóstico que se realiza en la interconsulta. Para conocer el resto de datos, se accedió a través de programas específicos de gestión clínica (Mizar y Abucasis) al resto de variables, pudiendo registrar así: diagnóstico de ingreso, tratamiento, duración del ingreso y mortalidad al alta.

El diseño del estudio planteado es de tipo observacional, descriptivo y transversal.

La muestra está compuesta por 168 pacientes, con una edad media de 55 años (dt 19.6) sin diferencias destacables en cuanto a género (50.4% hombres y 49.6% mujeres). Para este estudio la muestra queda dividida en dos grupos, hospitalizados mayores de 65 años (36%), y el resto (64%), sin que haya diferencias de género.

Para identificar a los pacientes se utilizó el número de inclusión en la base de datos, manteniendo el anonimato y garantizando la confidencialidad

Con respecto al ingreso del paciente registramos el servicio solicitante de la interconsulta y el motivo principal de ingreso: Problemas Respiratorios, Problemas Cardíacos, Intento Autolítico, Problema Digestivo, Pre o Post Operatorio, Enfermedad Mental a Estudio u otros motivos. Del mismo modo, también se especifica la sintomatología principal que motiva la interconsulta y los posibles antecedentes psiquiátricos.

En lo relativo a la función del psiquiatra registramos el diagnóstico psiquiátrico y, si procede, la existencia de tratamiento farmacológico, así como la posible derivación al alta para seguimientos en unidades de salud mental.

Por último, también incluimos la duración final del ingreso y la tasa de mortalidad registrada al alta, a los 3 meses y al año.

Los datos fueron registrados en una base de datos en Excel. Esta base de datos se codificó en el paquete estadístico SPSS donde se realizó un análisis de frecuencia para describir la incidencia de cada uno de las variables estudiadas, además se implementaron distintos análisis no paramétricos para estudiar las diferencias entre los grupos. Estos análisis se realizaron empleando el parámetro chi-cuadrado, y estableciendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Todos los análisis fueron realizados con la versión 21.0 para Windows del paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

En primer lugar, presentamos los porcentajes relativos a los servicios que con mayor frecuencia demandan las interconsultas y los principales motivos de ingreso. Estos resultados se muestran de manera global y clasificada en población menor de 65 años y mayor de 65.

En lo referente a los servicios solicitantes, en la muestra global encontramos que el 42% de las interconsultas vienen derivados de 5 servicios médicos, concretamente Medicina Interna (13,7%), Medicina Digestiva (7,7%), Unidad de Corta Estancia (7,1%), Neurocirugía (7,1%) y Unidad de Enfermedades Infecciosas (6,5%). Respecto a la población menor de 65 años, encontramos que el 46% de las interconsultas proceden también de 5 servicios médicos: Medicina Digestiva (10,1%), Unidad de Corta Estancia (9,2%), Neurología (9,2%), Unidad Enfermedades Infecciosas (9,2%) y Medicina Interna (8,3%). En la población mayor de 65 años son 4 servicios los que acumulan el 45% de las interconsultas: Medicina Interna (24%) y a continuación Nefrología (6,9%), Cirugía (6,9%) y Neumología (6,9%).

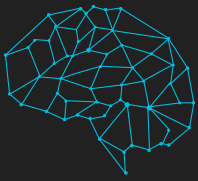


Tabla I. Porcentaje de pacientes por enfermedad principal de ingreso

	TOTAL	MENORES DE 65	MAYORES DE 65
Problemas respiratorios	11,38	12,84	8,62
Ac. Cardiovascular	11,98	10,09	15,52
Intento Autolítico	12,57	15,60	6,90
Pre-Post Operatorio	9,58	8,26	12,07
Deterioro Cognitivo	4,79	1,83	10,34
Inflamación intestinal	8,98	11,01	5,17

Tabla II. Frecuencia de antecedentes psiquiátricos

	TOTAL	MENORES DE 65	MAYORES DE 65	X ² (GL, N)=P<0,05
Depresión	25%	20%	35%	(1, N=168)=0,06
Ansiedad	20%	17%	28%	(1, N=168)=0,12
Alcoholismo	2,4%	1,8%	3,4%	(1, N=168)=0,51
Drogadicción	2,4%	4%	0%	(1, N=168)=0,01*
Trastorno bipolar	4%	5,5%	0%	(1, N=168)=0,01*
Esquizofrenia	8%	11%	1,8%	(1, N=168)=0,01*

*p<0.05, significación estadística

Si analizamos los principales motivos de ingreso encontramos que, para la muestra general, los ingresos corresponden a: intentos autolíticos (12,5%), accidentes cardiovasculares (11,9%), problemas respiratorios (10,1%), pre o post operatorios (9,5%), problemas digestivos (8,9%) y deterioro cognitivo (2%). El resto de motivos de ingreso (43%) se deben a ingresos con frecuencias especialmente bajas (inferior al 2%), no observándose diferencias significativas a nivel estadístico entre los grupos de edad para esta variable χ^2 (6, N = 168) = 0,73, p<0,05 (Tabla I).

Respecto a los datos obtenidos del análisis de los síntomas que ocasionaron la interconsulta, con relación a la muestra general, encontramos que destacan la sintomatología depresiva, la ideación suicida y las indicaciones sobre valoración y ajuste.

En lo referente a la muestra de población más joven, destaca la ideación suicida, seguida de la valoración o ajuste de medicación por sintomatología ansiosa o depresiva, lo que suponen diferencias significativas a nivel estadístico (χ^2 (7, N=168) = 0,11, p<.05). En el caso de los mayores de 65 años hay

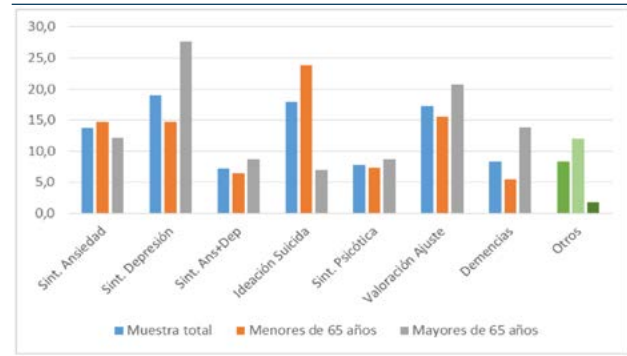


FIGURA 1. Sintomatología predominante motivadora de la interconsulta.

Tabla III. Diagnósticos psiquiátricos

	TOTAL	MENORES DE 65	MAYORES DE 65
Tr Ansiedad	9,5	11,9	5,2
Tr Depresión	13,7	16,5	8,6
Esquizofrenia	5,4	7,3	1,7
Tr Bipolar	0,6	0,9	0,0
Tr Adaptativo	11,9	11,0	13,8
Sd Confusional	9,5	5,5	17,2
Tr Ans-depresión	10,1	5,5	19,0
Sin Diagnóstico	17,3	17,4	17,2
Otros	18,5	19,3	17,2

una mayor presencia de depresión y, en menor medida, valoración o ajuste de medicación, demencias y ansiedad (Figura 1).

Respecto a la presencia de antecedentes psiquiátricos encontramos que el 25% de la muestra ha padecido episodios depresivos y un 20% trastornos de ansiedad, y en menor número alcoholismo (2,4%), drogadicción (2,4%), trastorno bipolar (4%) y esquizofrenia (8%). Hay diferencias estadísticamente significativas en las categorías drogadicción, trastorno bipolar y esquizofrenia entre los grupos de edad (Tabla II).

Los diagnósticos refieren mayor presencia de trastornos depresivos en la muestra total y menor presencia de trastornos mentales graves como esquizofrenia o trastorno bipolar (Tabla III).

Cuando comparamos la población geriátrica con la población menor de 65 años, encontramos que los más jóvenes presentan con mayor frecuencia ansiedad o depresión, y la



población geriátrica presenta mayor comorbilidad entre depresión y ansiedad. En el caso del trastorno adaptativo las cifras son similares entre los dos grupos de edad, pero los síndromes confusionales son más prevalentes en población geriátrica (Tabla III). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2(6, N = 168) = 0,09, p < 0,05$).

Los datos muestran que la prescripción farmacológica está presente en el 66% de los diagnósticos, sin que existan diferencias significativas a nivel estadístico por grupos de edad ($\chi^2(1, N = 168) = 0,23, p < 0,05$). Respecto a la derivación a unidades de salud mental encontramos que esta se produce en un 24% de los casos. Por grupos, estas derivaciones son mucho más frecuentes en el grupo de población más joven (un 28%), que en el grupo geriátrico (un 15%) siendo esa diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2(3, N = 168) = 0,01, p < 0,05$).

En el caso de la duración de las hospitalizaciones encontramos una media de 13 días (dt 14.57), y no aparecieron diferencias significativas a nivel estadístico entre los mayores y menores de 65 años.

La mortalidad de los pacientes estudiados se sitúa en un 17%. En un 7% de los pacientes el exitus fue el motivo del alta; un 8% de los pacientes falleció durante los 3 meses siguientes al alta; y un 2% lo hizo durante los doce meses posteriores al alta. Estas cifras varían de forma estadísticamente significativa en el caso de la población mayor de 65 años ($\chi^2(3, N = 168) = 0,01, p < 0,05$), en la que los resultados muestran que en el 12% el exitus fue la causa de alta hospitalaria, el 14% falleció durante los tres meses posteriores al alta, y 3,5% lo hizo durante el año siguiente al alta.

Con el propósito de encontrar cuáles son los diagnósticos psiquiátricos con peor pronóstico, respecto de la duración del ingreso, observamos que, con una media de duración del ingreso de 19 días (dt 17.26), el trastorno depresivo está relacionado con ingresos más largos ($r = 0,20$), frente a los 11 días (dt 13.43) del resto de diagnósticos, siendo esta diferencia significativa a nivel estadístico, con un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1992).

DISCUSIÓN

Las interconsultas solicitadas por los servicios de Medicina Interna, Medicina Digestiva, Unidad de Corta Estancia, Neurología y Unidad de Enfermedades Infecciosas, se han realizado por los principales motivos de ingreso, incluyendo

intentos autolíticos, problemas cardiacos, respiratorios o digestivos y pre o post operatorio, pero las solicitudes más frecuentes lo han sido para pacientes cuyo motivo de ingreso había sido un el intento autolítico.

Respecto a los síntomas psiquiátricos que justifican la interconsulta, destaca la sintomatología depresiva, la ideación suicida y las peticiones de valoración y ajuste farmacológico. Los antecedentes muestran que 1 de cada 5 pacientes tiene antecedentes de depresión, 1 de cada 4 los tiene de ansiedad; en torno al 8% tiene antecedentes de esquizofrenia y un 4% de trastorno bipolar.

En lo referente a los diagnósticos de los pacientes hospitalizados encontramos prevalencias similares en la revisión bibliográfica. Respecto a trastornos depresivos, los resultados muestran una incidencia del 13%. Esta frecuencia es inferior a lo esperable a partir de la revisión bibliográfica, que para el caso de los trastornos depresivos en hospitalizados en un servicio de medicina interna, establece una prevalencia de en torno al 33% (Villizhañay y Diego, 2014).

En el caso de los trastornos ansiosos, algún estudio previo estima una incidencia del 23,1%, en pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna (Salazar Sánchez, 2015), y nuestros resultados muestran una incidencia similar (en torno al 20% en trastorno de ansiedad más trastorno ansioso-depresivo). Al contrario, para los trastornos mentales graves (0.6% para trastorno bipolar y 5.4% para esquizofrenia), obtenemos cifras inferiores a las encontradas en la revisión de la literatura científica, que cifra estos trastornos en torno al 9% (Sajatovic y Chen 2012). La disparidad de resultado puede ser debida a que en el HGUA no existe unidad de hospitalización psiquiátrica.

En el caso del síndrome confusional, nuestros resultados muestran que afecta al 9.5% de los sujetos estudiados, mientras que algún otro estudio encuentra un nivel de afectación más bajo (7.5% de la muestra en un hospital general) (Llorens, et al., 2009).

Referente al tratamiento propuesto para estos diagnósticos nuestro estudio encuentra que en el 66% de los pacientes se prescribe medicación farmacológica y en un 24% se deriva a unidades de salud mental. Esos datos son similares a los obtenidos en otros estudios como en el de Costa-Requena, et al. (2015), con índices de derivación de 17.5%.

Comparándolos con los datos de la Encuesta de morbilidad Hospitalaria (INE, 2004), tanto la duración de la hospitalización es más larga en nuestra muestra (13 días frente



a los 7 de la literatura), como también es más alta la tasa de mortalidad (un 7% de nuestra muestra frente a un 4%). Una posible explicación es que las hospitalizaciones de los pacientes que precisan atención de psiquiatría son de peor pronóstico.

Si analizamos los objetivos específicos, el primero de ellos proponía estudiar si había diferencias entre los grupos de edad. Efectivamente, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en la sintomatología que originó la interconsulta, el diagnóstico, la derivación a unidades de salud mental y la mortalidad al alta.

Con relación a la sintomatología que originó la interconsulta, en los más jóvenes son más comunes los intentos autolíticos y la sintomatología ansiosa o depresiva, que en el grupo de las personas mayores, en el que los motivos más frecuentes son demencias y sintomatología ansiosa depresiva. Esos síntomas son los síntomas psiquiátricos más comunes en las personas hospitalizadas (Albarracín, et al., 2008).

Respecto a la variable diagnóstico, también se observan diferencias entre mayores y menores de 65 años. El grupo más joven presenta con mayor frecuencia trastornos de ansiedad o depresión frente al grupo mayor de 65 años, que presenta mayor comorbilidad de estos dos trastornos y también un alto porcentaje de síndromes confusionales. Esta diferencia es esperable si partimos de que el síndrome confusional es un trastorno poco común en poblaciones no geriátricas y, además, si asumimos que este síndrome presenta gran comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión, según aparece en estudios como el de Crespo-Domínguez y sus colaboradores (2014).

En nuestros resultados se muestran mayores índices de derivaciones a unidades de salud mental en el grupo de pacientes más jóvenes. Esto puede deberse a que estos pacientes puedan beneficiarse más de un tratamiento más específico, y a que en los pacientes mayores, la mayoría de los problemas como el síndrome confusional desaparecen durante los 3 meses siguientes al alta. Autores como Costa-Requena et al. (2015) exponen que la mayoría de las interconsultas se cierran tras 2 o 3 visitas, sin necesidad de apoyo posterior en unidades de salud mental. Esto podría deberse a la necesidad de atención derivada de una reacción adaptativa, sin estar relacionada con un trastorno psiquiátrico significativo.

El siguiente de los objetivos específicos planteaba comprobar cuáles son los diagnósticos psiquiátricos que tienen peor pronóstico (mayor duración del ingreso y tasa de mortalidad). Nuestros datos muestran que son los trastornos depresivos los que tienen peor pronóstico con respecto a la duración de los ingresos, sin que se observen diferencias entre el resto de trastornos. Por otro lado, los resultados muestran que son los trastornos adaptativos, junto con los depresivos y los ansioso-depresivos lo que presentan mayor tasa de mortalidad durante los doce meses posteriores alta.

CONCLUSIONES.

Hemos encontrado diferencias significativas a nivel estadístico entre los grupos de edad en la sintomatología que origina la interconsulta, el diagnóstico, la derivación a unidades de salud mental y la mortalidad al alta.

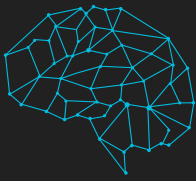
Igualmente, nuestros resultados muestran que los trastornos depresivos son los que tienen peor pronóstico con respecto a la duración de los ingresos, pero no aparecen diferencias entre el resto de trastornos. Asimismo muestran que los trastornos adaptativos, junto con los depresivos y los ansioso-depresivos, se asocian a un mayor porcentaje de mortalidad durante los doce meses posteriores alta.

En suma, los resultados nos permiten pensar que conocer la relación entre los motivos de ingreso, la sintomatología que justifica la interconsulta, el diagnóstico de la interconsulta o los antecedentes psiquiátricos, nos puede permitir establecer pautas de acción con estos pacientes, que nos podrán permitir reducir los factores estresantes de la hospitalización y la comorbilidad de algunos trastornos psiquiátricos.

Este estudio presenta diversas limitaciones, entre las que destacaríamos la dificultad para acceder a datos de evolución y seguimiento, y la imposibilidad de recopilar la totalidad de datos sociodemográficos necesarios para clasificar a los pacientes en función de variables como nivel formativo, estatus social, estado civil, número de hijos, etc., que, entre otros factores, pueden mejorar o empeorar el estado emocional.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El trabajo es original, no ha sido publicado anteriormente ni presentado simultáneamente a otra publicación.



BIBLIOGRAFÍA

1. Albarracín G, Rovira J, Carreras L y Rejas J. (2008) Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3):165-176.
2. Alberdi-Sudupe, J., Fernández-Díaz, A., y Iglesias-Gil, F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clínica*, 74(4), 161-174.
3. Baculima, L.P., Iñamagua, A.B. y Sánchez, M.C. (2014). Trastornos psiquiátricos no diagnosticados en pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014. Cuenca (Ecuador) (Tesis para la obtención del grado de Bachelor). Recuperado a partir de <http://dspace.uca.edu.ec/handle/123456789/21059>
4. Baldwin, R. (2002). Depressive disorders. En: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the Elderly*. Oxford: Oxford University Press, 627-676.
5. Bartels, S., Forester, B. y Miles, K.M. (2000). Mental health service use by elderly patients with bipolar disorder and unipolar major depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 8, 160-166.
6. Cardila, F., Martos, A., Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M. D. y Gázquez, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.
7. Cardozo-Fernández, O. M., Aguilera-Gaona, E., Ferreira-Gaona, M. I., y Díaz-Reissner, C. V. (2017). Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(1), 48-56.
8. Carreiras, C., y Facal, D. (2017). Ansiedad en las personas mayores de 50 años. Datos de un estudio representativo de la población mayor en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(4), 197-200.
9. Chaurand, A., Feixas, G., Neimeyer, R., Salla, M., y Trujillo, A. (2015). Historia de pérdidas y sintomatología depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 179-188.
10. Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
11. Costa-Requena, G., Rodríguez-Urrutia, A., Calvo, E., y Parramon, G. (2015). Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (115), 11-15.
12. Crespo-Domínguez, F. Castellón-Lozano, R., Cárdenas, A. S. y Saavedra de la Cruz, A. (2014). Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(2).
13. Díaz-Nolazco, M. A., Corimanya-Capitán, B. N., Soto-Cáceres, V., y Díaz-Vélez, C. (2017). Psicopatología de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Lambayeque, enero 2015. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 9(3), 157-163.
14. Domínguez Villizhañay, J. D. (2014). Prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2011. Cuenca (Ecuador) (Tesis de Master).
15. ENS (1997). Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
16. Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano, A., Almansa, J., Codony, M. y Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500.
17. García, A. y Costas, M. (2010). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población residencial del Área Sanitaria de Ferrol. *Psicogeriatría*, 2(1), 35-39.
18. García-Ramos, R., Lopez-Valdés, E., Ballesteros, L., Jesús, S., y Mir, P. (2016). Informe de la fundación del cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología*, 31(6), 401-413.
19. Gili, M., Campayo, J. G., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108.
20. Giner, L. y Guija, J.A. (2014). Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 139-146.
21. Grau, A., Suñer, J., Abulí, A. y Comas, L. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120(10), 370-375.
22. Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
23. Hernández Salazar, T., Figueroa, C., Ramos del Río, B., y Alcocer, L. (2013). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Psicología y Salud*, 24(1), 25-34.
24. Llorens, M., Irigoien, V., Prieto, J., Torterolo, A., Guerrini, V., Lamas, L., y Calvelo, E. (2009). Características clínicas del síndrome confusional en un hospital general: factores de riesgo y factores precipitantes. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 93-98.
25. Lobo, A., (2000). *Psiquiatría de enlace*. En: Farreras, I. y Rozman, C., *Tratado de Medicina Interna*. Barcelona: Harcourt Brace.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España, edades 2011-2012. Madrid: MSSSI, 2013. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Prese220113134906000.ppt#256,1>
27. Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal Psychiatry*, 1, 98-105.
28. O'Keefe, S. y Lavan, J. (1997). The prognostic significance of delirium in older hospitalised patients. *Journal American Geriatric Society*, 45, 247-248.
29. Osuna-Pozo, C. M., Ortiz-Alonso, J., Vidán, M., Ferreira, G., y Serra-Rexach, J. A. (2014). Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(2), 77-89.
30. Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., y DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133-1142.
31. Rodríguez-Marín, J. (1995). El paciente en el medio hospitalario. En J.M. Latorre (Coord.), *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis, 191-202.
32. Romero Delgado, F., Domingo Rubio, R., Barahona-Hernando, R., y Rodríguez-Gómez, O. (2015). Demencias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4297-4305.



Interconsultas de psiquiatría en un hospital general:

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:32-41.

M.R. Alonso y cols.

-
33. Sajatovic, M. y Chen P. (2012) Trastorno bipolar geriátrico. *Psiquiatría Biológica*, 19 (3),76-83.
 34. Salazar, C. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para la obtención del grado de doctor en Medicina. Lima: Universidad Ricardo Palma. Recuperado de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/454>
 35. Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., y Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491.
 36. Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., y Stefani, D. (2017). Prevalence of geriatric depression and alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 516-524.
-



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 28/12/2017. Aceptado: 7/06/2018

SÍNDROME DE COTARD PUERPERAL TRAS PARTO PRETERMINO

PUERPERIUM COTARD´ SYNDROME AFTER PRETERM BIRTH

B. Rodríguez-Macías, S. Ruiz-Doblado, B. Plasencia Garcia de Diego

Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla)

Correspondencia: Dra Belén Rodríguez-Macías. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Merced. Avda. Constitución, 2. 41640 Osuna (Sevilla).
Tfno/fax: 955-077257. E-mail: beromatra@gmail.com



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:42-49.



RESUMEN

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio junto con los cambios psicológicos y sociales que tienen lugar en la mujer, la hacen más vulnerable y contribuyen al desarrollo de patología afectiva. La clínica puede ir desde la forma leve de tristeza postparto hasta las formas graves de psicosis puerperal incluyendo la depresión delirante postparto. Sin embargo, es poco frecuente que la depresión postparto con síntomas psicóticos se presente con delirios nihilistas como ocurre en el síndrome de Cotard. Por otro lado, es de sobra conocido que el estrés materno puede tener efectos nocivos en el desarrollo fetal y en el curso del embarazo, asociándose en algunas ocasiones a complicaciones obstétricas como el crecimiento intraútero retardado y el parto pretérmino entre otros.

Presentamos el caso de una paciente de 26 años de edad con antecedentes de tristeza postparto y aborto previo, que durante el embarazo presenta rumiaciones cognitivas hipocondríacas y tristeza reactiva. El embarazo finaliza con una cesárea urgente por pérdida del bienestar fetal, tras la cual desarrolla un episodio de depresión postparto con síntomas psicóticos caracterizados por ideas delirantes de vacío y de podredumbre que precisa ingreso hospitalario y tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos.

Palabras clave: Puerperio. Depresión. Síndrome de Cotard

ABSTRACT

The hormonal changes that occur during pregnancy, childbirth and puerperium; and the psychological and social changes that take place in women, make her more vulnerable and contribute to the development of mood pathology. The symptomatology ranges from the mild form of postpartum sadness to severe forms of puerperal psychosis as postpartum delusional depression. However, it is rare for postpartum depression with psychotic symptoms to present with nihilistic delusions as it does in Cotard's Syndrome. On the other hand, it is well known that maternal stress can have harmful effects on fetal development and in the course of pregnancy, sometimes associated with obstetric complications such as delayed intrauterine growth and preterm delivery, among others.

We present the case of a 26-year-old patient with a history of postpartum sadness and previous abortion, who during the pregnancy presents hypochondriacal cognitive ruminations and reactive sadness. The pregnancy ends with an urgent cesarean section due to loss of fetal well-being, after which she develops an episode of postpartum depression with psychotic symptoms characterized by delusional ideas of emptiness and rot that requires hospital admission and treatment with antidepressants and antipsychotics.

Key words: Puerperium. Depression. Cotard's-Syndrome.



INTRODUCCIÓN: ASPECTOS GENERALES. UN POCO DE HISTORIA. LA DEPRESIÓN PUERPERAL.

Dentro de las diferentes subespecialidades que hoy incluyen tanto la Psiquiatría de Enlace como la Psicología de la Salud, entendidas en sus límites más amplios, la Salud Mental Perinatal ocupa un espacio propio. Socialmente, tiende a pensarse que el embarazo y el puerperio son un tiempo de felicidad y bienestar. Sin embargo, las enfermedades mentales suponen las patologías más frecuentes en este período, y si no son adecuadamente tratadas tienen severas repercusiones sobre la madre y el neonato (Olza-Fernández y cols, 2011) (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017). El estudio de la Salud Mental Perinatal se inicia con un texto monográfico de 1858 de Louis Victor Marcé sobre los trastornos mentales del embarazo y puerperio ("Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices"). Marcé describe el embarazo y puerperio como un período de vulnerabilidad psíquica específica, discutiendo la visión tradicional de que el embarazo era bueno para la salud femenina. Como un pionero en este campo, y con una visión clínica y empírica, describió ya en el siglo XIX el mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal en embarazadas con trastornos psiquiátricos, así como el efecto del estado mental materno en el neurodesarrollo fetal. Marcé realizó también una excelente descripción de las preocupaciones, ansiedades, desesperanzas, obsesiones... de las gestantes y las puerperas, del mismo modo que proporcionó una completa descripción clínica de las psicosis puerperales (Olza-Fernández y cols; 2011) (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017).

En franco homenaje a este clínico pionero y visionario parisino, se constituye en 1980 en Manchester la Sociedad Marcé Internacional, que se ocupa del estudio, comprensión, prevención y tratamiento de la enfermedad mental relacionada con el embarazo y el puerperio, tanto en su vertiente materna como neonatal (Olza-Fernández y cols, 2011) y con un sentido de multidisciplinariedad. En nuestro país, y a pesar de su trascendencia clínica y terapéutica, este área de la Psiquiatría y la Psicología se encuentra escasamente desarrollada, a excepción de grupos activos específicos como el del Hospital Clínico de Barcelona, el Instituto Dexeus de la ciudad condal y el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid.

En esta línea, y pasando al tema que va a ocuparnos a partir de ahora, la depresión puerperal, existen evidencias científicas sólidas que relacionan las hormonas femeninas

con cambios en la neurotransmisión a nivel cerebral que afectan al estado de ánimo (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017), de ahí que las distintas épocas de la vida en la que transcurren cambios hormonales en la mujer como son la menstruación, el embarazo, el postparto y la menopausia sean situaciones en las que existe un mayor riesgo de presentar clínica depresiva. Por otro lado, durante el embarazo, el parto y el puerperio, ocurren en la mujer no sólo cambios hormonales, sino también otros cambios físicos, psicosociales, relacionales y familiares (García-Vega, 2010) que pueden contribuir al desarrollo de un episodio depresivo.

Uno de los primeros síndromes postparto descritos fue la melancolía puerperal recurrente, llegando a detallarse hasta ocho episodios en una misma paciente. La depresión postparto es frecuente en la población general. En algunos estudios se han observado valores de prevalencia del 10 al 20 %: Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Europa, Japón, Chile, Uganda y Nigeria (García-Vega, 2010). En cuanto a la clínica de la depresión mayor postparto, suele ser similar a la de cualquier otra depresión, aunque otros autores describen que la depresión puerperal puede estar con más frecuencia "tamizada" por síntomas polimorfos y cambiantes, ideas paranoideas o síntomas catatoniformes. Cuando se presentan episodios recurrentes de depresión postparto se espera encontrar factores específicos que los originen. Se ha visto que existe alguna relación con el parto por cesárea, antecedentes de aborto espontáneo, y trastornos del humor menstruales (Gelder et al, 2003), aunque probablemente el mayor peso en la recurrencia recaiga sobre los factores genético-hereditarios y los antecedentes personales y familiares de trastornos afectivos mono y/o bipolares.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, quizás sea la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale) el cuestionario de depresión más usado para identificar los casos de depresión materna. Muchas madres necesitan tratamiento farmacológico y algunas terapia electroconvulsiva (Gelder et al, 2010). Aunque la terapia con estrógenos podría ser un tratamiento útil para la depresión postparto, generalmente no se usa con esta indicación debido a la falta de evidencia científica dado que existen escasos estudios que la apoyen, siendo precisa una mayor investigación (Correa, 2007) (Donna et al, 2016). Una de las patologías psiquiátricas más graves en el postparto es la denominada clásicamente "psicosis puerperal", de etiología diversa, y sobre la que abundaremos en este trabajo. Medi-



na-Serdán (2013) la define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, que aparece con una prevalencia de 1-2 mujeres por cada mil partos. Según este autor, los factores de riesgo más comunes para presentarla son el antecedente personal de un trastorno afectivo (especialmente trastorno bipolar), de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo, haber padecido un episodio previo de psicosis postparto, tener historia familiar de trastornos afectivos y la presencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo.

Por otro lado, ¿cuál es el efecto de el estrés en el desarrollo fetal y cuáles son las consecuencias del mismo sobre el embarazo? En una revisión de la literatura científica publicada sobre los efectos de la ansiedad y la depresión en el embarazo, la mayoría de los estudios revisados identificaron una influencia negativa de los síntomas de ansiedad y depresión en los resultados obstétricos, fetales y neonatales (Gelder et al, 2003) (García-Vega, 2010). Como hemos referido anteriormente, ya Marcé describió, hace más de un siglo y medio, los efectos de la salud mental de la embarazada en el desarrollo fetal.

Con el presente caso pretendemos ilustrar, por un lado, la relación entre los cambios hormonales y la depresión puerperal, profundizando en el diagnóstico diferencial del caso; y, por el otro, la relación entre el estrés materno y las complicaciones en el embarazo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente que desarrolló un síndrome de Cotard en el puerperio precoz, habiendo tenido un embarazo marcado por una importante ansiedad y finalizado precozmente mediante cesárea.

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

- Mujer embarazada de 26 años, casada, un hijo de 3 años, un aborto espontáneo previo.

PSICOBIOGRAFÍA BREVE:

- Vive en domicilio paterno, conviviendo con su marido e hijo, así como ambos padres y un hermano.
- Nivel sociocultural y económico bajo. En desempleo.

ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS

- Madre y tía con clínica depresiva leve.

ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS

- Anemia ferropénica durante el presente embarazo. Resto sin interés.
- GAV 3-1-1. Embarazo actual deseado.
- Niega consumo de alcohol o drogas de abuso

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS

- Refiere la presencia de tristeza postparto tras su primer embarazo, sin precisar atención médica y sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de depresión postparto.
- Reacción de duelo ante el aborto sufrido en el transcurso de su segundo embarazo, sin solicitar ayuda médica o psicológica para dicho proceso.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente embarazada en avanzado estado de gestación (32 semanas) derivada por su médico de atención primaria al equipo de salud mental comunitaria por múltiples quejas somáticas, así como por síntomas relacionados con el embarazo, habiéndose descartado organicidad. Tras la evaluación de la paciente por medio de exploración psicopatológica, la orientación diagnóstica es de trastorno adaptativo tipo mixto.

EVOLUCIÓN

Tras la primera visita a salud mental la paciente no vuelve a acudir a dicho servicio, sin embargo, sí acude al hospital en múltiples ocasiones. En los primeros 7 meses de embarazo acude a urgencias en 19 ocasiones, vista por el servicio de ginecología prácticamente en todas ellas, siendo los motivos de consulta metrorragia, metrorragia leve, malestar, aumento del flujo vaginal, dolor abdominal, "no notarse o notarse menos al bebé", traumatismo leve, ansiedad, disuria, manchado vaginal, molestias abdominales, hormigueos por todo el cuerpo, temblor generalizado, prurito generalizado, sensación de mareo, sensación subjetiva de pérdida de peso. Finalmente la paciente ingresa en planta del Servicio de Ginecología y Obstetricia, desde donde se realiza interconsulta a Psiquiatría de Enlace. Fue valorada por psiquiatra a nivel hospitalario en dos ocasiones, estando la paciente de 32 y 33 semanas de gestación. El motivo de consulta era la ansiedad, el estado de hiperpreocupación y las ideas persistentes con el proceso del embarazo y el temor a un desenlace fatal



(muerte fetal). En la exploración psicopatológica destacaban rumiaciones cognitivas hipocondriacas y pensamiento muy repetitivo, perseverante en torno a temores relacionados con una mala evolución del embarazo, con una importante repercusión afectiva presentando ansiedad y tristeza, que se valoran inicialmente como posiblemente reactivas a dicho contenido del pensamiento. No presentaba alteraciones de la sensopercepción, trastornos de la propiedad/intimidad del pensamiento, fenómenos de influencia del Yo u otros síntomas de naturaleza psicótica. Se plantea posible tratamiento con un ISRS y lorazepam para combatir los pensamientos hipocondriacos y la ansiedad. Sin embargo, dada la negativa de la paciente a la toma de medicación y valorando el avanzado estado de gestación y el periodo de latencia de los ISRS, se opta por apoyo psicoterapéutico y técnicas de relajación en lugar de psicofármacos.

Finalmente, en Obstetricia se decide realizar una cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal. La cesárea ocurre sin complicaciones. El recién nacido presenta una Apgar de 5-6/9, con pH cordón umbilical 7,24 y Hb de 3,4 g/dl, precisando derivación a UCI neonatal. Tras la cesárea, la paciente es de nuevo valorada por psiquiatra de enlace. A la exploración psicopatológica destaca el discurso persistente, repetitivo, con ideas de carácter hipocondríaco de presión y repercusión afectiva crecientes (cree estar infectada o poder coger una infección, preocupada por la caída del cabello o por la disminución de peso durante el embarazo, ya finalizado). Durante la visita a su hijo recién nacido en la UCI neonatal, persisten múltiples quejas de naturaleza somática e ideas hipocondriacas persistentes, constatándose asimismo un enlentecimiento motor de nueva aparición. Su discurso centrado en las ideas de contaminación y de enfermedad es cada vez más perseverante y casi irreductible, por lo que se indica su ingreso en planta de Psiquiatría.

A la exploración psicopatológica ya en planta psiquiátrica aparece una reactividad ambiental del humor en disminución progresiva y un marcado retraso psicomotor. Su orientación auto y alopsíquica y su nivel de conciencia no muestran alteraciones. Las ideas hipocondriacas repetitivas van adquiriendo carácter delirante: la enferma mantiene la creencia firme e irrefutable de que va a morir "porque no me he curado bien de la cuarentena...estoy podrida por dentro... me estoy apagando...". A las ideas delirantes hipocondriacas se suman ideas de perjuicio, creyendo que le vamos a hacer un informe para quitarle a los niños. Lloro con frecuen-

cia, refiriendo que "voy a morir y no voy a volver a ver a mi hijo...", "me vais a quitar a los niños porque no estoy bien". El enlentecimiento del pensamiento, lenguaje y motricidad van en aumento en los siguientes días, incrementándose la latencia de respuesta verbal, llegando a veces a bloquear el discurso. Se colocan entonces en un primer plano las ideas delirantes hipocondriacas: "vine con la cesárea infectada...se me han salido los intestinos, estoy vacía por dentro, me estoy pudriendo...me estoy muriendo...", con contenidos de temática nihilista, de vacuidad y de podredumbre, estructurándose ya completamente el síndrome de Cotard. En ocasiones se muestra perpleja, semiestuporosa. Comienza también a presentar rigidez a la movilización pasiva. Aunque no mantiene fijas las posturas, si se le sube el brazo, por ejemplo, lo baja lentamente, pudiendo quedar en una postura anatómica durante varios minutos. De este modo, el estupor melancólico con síndrome de Cotard y síntomas catatoniformes queda completamente instaurado.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma, bioquímica, pruebas de función hepática y renal normales. Función tiroidea normal.
- B12 y folatos normales.
- TAC craneal normal.
- Pruebas reumáticas normales.
- Serología lues, VIH, hepatitis B, hepatitis C, Borrelia, Rickettsias: sin hallazgos.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Ante este desarrollo de la clínica se orienta el caso como un Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos (F32.3), Síndrome de Cotard.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Ante la no disponibilidad de TEC en nuestro hospital, se inicia tratamiento con Clomipramina intravenosa, que se pasa luego a vía oral, junto a olanzapina vía oral para combatir los síntomas psicóticos. También es tratada con dosis altas de benzodiazepinas (lorazepam) con el fin de controlar los síntomas catatónicos.

SEGUIMIENTO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

La respuesta es lenta pero favorable, con mejoría inicial de la rigidez catatoniforme (benzodiazepinas), y haciéndolo



posteriormente la reactividad ambiental del humor y la resonancia afectiva, el retraso psicomotor, la bradipsiquia y bradilalia. Lo último en controlarse, al cabo de unas 5 semanas, son las ideas delirantes hipocondriacas. Tras un permiso domiciliario, la paciente se encuentra casi totalmente establecida, con deseos de volver a casa con sus hijos. Finalmente es dada de alta y se mantiene el seguimiento a nivel ambulatorio, con tratamiento con Clomipramina oral 150 mg/día + Olanzapina oral 10 mg/día.

DISCUSIÓN

Dentro de los trastornos mentales que se presentan durante el embarazo y puerperio, es clásica la descripción fenomenológica de las denominadas por la Psiquiatría tradicional "Psicosis Puerperales". Una visión moderna de este síndrome, que probablemente incluía bajo este epígrafe en el pasado tanto a alteraciones orgánicas (cuadros confusionales, la temida sepsis puerperal, etc.) como a esquizofrenias y trastornos bi y monopares de debut puerperal, intenta "deconstruir" el amplio abanico etiopatogénico que subyace en el "Síndrome" de la "Psicosis Puerperal". Así, el diagnóstico diferencial de la sintomatología que puede aparecer en el puerperio es muy extenso, y abarca desde cuadros quasi-fisiológicos como los blue-days hasta severas encefalitis que comprometen la vida de la paciente. Este abanico de diagnósticos diferenciales se presenta en la tabla I.

En el caso presentado, se ha descartado extensamente la etiología orgánica (tumor, encefalitis, procesos infecciosos, delirium) mediante las técnicas de neuroimagen cerebral, la serología de las infecciones más frecuentes que afectan al SNC, la normalidad de hemograma, bioquímica y reactantes en fase aguda como la VSG y la PCR, y a nivel clínico con la ausencia de fiebre, de fluctuaciones en el nivel de conciencia y de desorientación temporoespacial. La presencia de anhedonia anticipatoria y consumatoria severas, la pérdida de la reactividad ambiental del humor, la inhibición psicomotriz y los contenidos delirantes nihilistas y de podredumbre orientan el caso hacia una psicosis afectiva (melancolía delirante con síntomas catatoniformes y sdme de Cotard), máxime ante la ausencia de clínica del espectro esquizofrénico como vivencias de influencia sobre corporalidad, pensamiento o acción voluntaria, alteraciones sensorio-perceptivas auditivas o trastornos de la intimidad o propiedad del pensamiento (robo, inserción, imposición...). La respuesta a antidepresivos de alta

Tabla I. Diagnóstico diferencial de los síntomas psiquiátricos en el puerperio

- Blue-days.
- Ansiedad reactiva ante la sobrecarga de cuidados y el cambio vital.
- Psicosis Agudas y Transitorias (polimorfos).
- Depresión monopolar (melancolía puerperal), con o sin síntomas psicóticos, con o sin síntomas catatoniformes. Incluye el Síndrome de Cotard.
- Manía puerperal como debut de un Trastorno Bipolar.
- Esquizofrenia de inicio en el puerperio, con o sin síntomas catatoniformes.
- Exacerbación de patologías psiquiátricas preexistentes (ej: Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno Somatomorfo, Trastorno Obsesivo-Compulsivo)
- Recaída puerperal en trastornos adictivos (alcohol, tabaco, drogas de abuso).
- Síndrome Confusional Agudo (Delirium agitado).
- Delirium hipoactivo (no agitado).
- Encefalitis autoanticuerpos receptor NMDA.
- Encefalitis de etiología paraneoplásica.
- Tumor cerebral.
- Otras condiciones somáticas menos frecuentes: debut precoz de demencias frontotemporales, Enfermedad de Parkinson de inicio precoz o Síndromes Parkinson-like (subcorticales), etc.

(Howe y cols, 1999) (Simon y cols, 2009) (Amy & Moore, 2011) (Seraidarian y cols, 2014) (Bott y cols, 2016) (Moreira y cols, 2016) (Huarcaya-Victoria y cols, 2017) (Oberndorfer y cols, 2017) (García-Esteve & Valdés-Miyar, 2017) (Funuyama y cols, 2018).

potencia (tricíclicos) y bajas dosis de antipsicóticos atípicos, con buena evolución, corrobora esta hipótesis diagnóstica.

Ilustrando la relación del sistema endocrino y de neurotransmisión con el caso que nos ocupa, y profundizando en la acción de las hormonas sexuales en el postparto, Sanjuan & Martín-Santos (2008) realizaron un estudio en el que lograron identificar genes causantes de la depresión postparto, los cuales tienen la tarea de regular la serotonina. Se sugiere que no hay genes "buenos" o "malos" para la depresión, sino que pueden facilitar el riesgo o ser elementos protectores dependiendo de las interacciones hormonales. Durante el embarazo se generan una gran cantidad de hormonas entre las que se encuentran los estrógenos y la progesterona, que atraviesan la barrera hematoencefálica y que modulan la neurotransmisión a nivel cerebral, donde existen receptores específicos para los estrógenos y los progestágenos, distribuidos por las neuronas de la corteza, el sistema límbico, el hipotálamo y la hipófisis. Dichos receptores tienen acciones diferentes. La activación de los receptores de estrógenos induce plasticidad sináptica y dendrítica, aumenta los niveles



de acetilcolina y de noradrenalina, disminuye la actividad de la MAO, aumenta los niveles de beta-endorfinas, aumenta la síntesis de serotonina, aumenta el número de receptores 5HT-2, disminuye el número de receptores 5HT-1, disminuye el RNAm del transportador de 5HT y aumenta la respuesta de PRL a agonistas de 5HT. Por otro lado la progesterona aumenta la actividad de la MAO, tiene acción sedante, hipnótica y anticonvulsivante. Por lo tanto, los estrógenos y la progesterona, que han ido aumentando durante el embarazo, van a sufrir un descenso brusco tras el parto, lo cual frena la síntesis y disponibilidad de noradrenalina y serotonina por un lado y de GABA por otro, contribuyendo al desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos respectivamente (Medwave, 2010) (Vega-Rivera et al, 2012) (Vega-Rivera et al, 2013). En el caso de nuestra paciente coexisten además algunos de los factores que incrementan el riesgo de depresión postparto, como son padecer una depresión en el pasado, antecedentes familiares de depresión sin asociación al puerperio, aborto previo, y posiblemente estrés psicosocial o condición socioeconómica comprometida. El parto pretérmino, sin embargo, no ha demostrado ser un factor de riesgo para la depresión postparto (García-Vega, 2010). Los trastornos afectivos son la causa más frecuente de psicosis puerperales, las cuales se pueden presentar con agitación, ansiedad, síntomas catatoniformes –como en nuestro caso- y oscilaciones del nivel de vigilancia. La temática suele guardar relación con la maternidad: convicción delirante de que el niño ha sido cambiado por otro o negación de la maternidad (Vallejo-Ruiloba, 2015). Se añade en la evolución de la paciente la presencia de clínica catatoniforme y delirante de contenido nihilista típica del Síndrome de Cotard como forma de presentación de psicosis puerperal poco frecuente (Seridarian y cols, 2014).

Pero en este caso, además, cabría preguntarse si el estrés y las preocupaciones hipocondriacas sufridas por la madre durante el embarazo pudieron haber contribuido a los problemas en el desarrollo fetal (el neonato presentó al nacer un APGAR bajo, precisando observación en UCI) y a la necesidad de una cesárea urgente pretérmino, dado que el estrés puede provocar la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la supresión del sistema inmune (Alder et al, 2015). Cuando el estrés es excesivo y/o mantenido puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, en la línea de lo que ya Marcé sugirió en

su pionero tratado hace más de siglo y medio. De este modo y como ya se ha señalado extensamente en la introducción de este trabajo, se ha visto que las mujeres que desarrollan síntomas de ansiedad, hipocondriacos o depresivos durante el embarazo están en riesgo no sólo por la probabilidad de aparición o exacerbación de la depresión en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas como retardo en el crecimiento intraútero, parto pretérmino, abruptio placentae y conducta neonatal alterada (García-Vega, 2010).

Declaración de intereses: el presente artículo ha sido elaborado por los autores sin conflictos de intereses éticos, económicos o de otra índole. Todos los autores han participado en su elaboración y pueden hacerse responsables públicamente de su contenido. B.R.M. no declara conflicto de intereses. S.R.D. ha actuado como consultor para Health Care Advisory Board (Canadá) y LeadPhysician (UK), como speaker para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Otsuka Pharmaceuticals, Pfizer, Almirall-Prodesfarma, Servier y Lundbeck, ha percibido derechos de autor de Elsevier, y ha actuado como referee para la Revista Española de Salud Pública, C Med Psicosom, Psiquiatría y Psicosomática, JEADV, Clinical Drugs Investigation, BioMed Central e Israel Science Foundation. B-P-G. ha actuado como speaker para Janssen-Cilag, Lundbeck, Sanofi, Pfizer y Servier.

DECLARACIÓN DE INTERESES

El presente artículo ha sido elaborado por los autores sin conflictos de intereses éticos, económicos o de otra índole. Todos los autores han participado en su elaboración y pueden hacerse responsables públicamente de su contenido. B.R.M. no declara conflicto de intereses. S.R.D. ha actuado como consultor para Health Care Advisory Board (Canadá) y LeadPhysician (UK), como speaker para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Otsuka Pharmaceuticals, Pfizer, Almirall-Prodesfarma, Servier y Lundbeck, ha percibido derechos de autor de Elsevier, y ha actuado como referee para la Revista Española de Salud Pública, C Med Psicosom, Psiquiatría y Psicosomática, JEADV, Clinical Drugs Investigation, BioMed Central e Israel Science Foundation. B-P-G. ha actuado como speaker para Janssen-Cilag, Lundbeck, Sanofi, Pfizer y Servier.



Síndrome de cotard puerperal tras parto pretermino

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:42-49.

B. Rodríguez-Macías, S. Ruiz-Doblado, B. Plasencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W (2007): Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine*; 20(3): pgs 189-209.
2. Amy YX, Moore FA (2011): Paraneoplastic encephalitis presenting as postpartum Psychosis. *Psychosomatics*; 10: pgs. 305-6.
3. Bott N; Keller C; Kuppawamy M; Spelber D; Zeier J; (2016): Cotard delusion in the context of Schizophrenia: A case report and review of the literature. *Frontiers in Psychology*; 20: pgs. 231-7.
4. Correa PA. (2007): Depresión y estrógenos: ¿son los estrógenos una opción terapéutica? *Universitas Médica*, 48;3: 277-290
5. Donna E, Stewart CM, Vigod S, Caren G (2016): Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375:22.
6. Funuyama M; Takata T; Mimura M (2018): Cotard's syndrome in anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 43: pgs. 1120-31.
7. García-Esteve LI; Valdés-Miyar L; (2017): *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Madrid, Edit. Panamericana.
8. García Vega M (2010): Trastornos del estado de ánimo en el puerperio. Factores psicosociales predisponentes. Tesis doctoral. UCM: pgs 30-41, pg 131 Gelder M.G., López-Ibor JJ, Andreasen N (2003): *Tratado de psiquiatría*: 1439-40.
9. Howe GB, Srinivasan M (1999): A case-study on the successful Management of Cotard's syndrome in pregnancy. *Journal of Psychiatry in Clinical Practice*; 20: 387-91.
10. Huarcaya-Victoria J; Coqui M; (2017): Síndrome de Cotard en un paciente con síndrome depresivo mayor: a propósito de un caso. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 45 (5): 250-2.
11. Medina-Serdán E (2013): Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*; 27 (3): 185-193.
12. Medwave (2010): Menopausia: efectos de hormonas en ánimo y cognición. doi: 10.5867/medwave.2010.03.4407.
13. Moreira L, Tosoni A (2016): Sudden Onset of Cotard's syndrome as a clinical sign of brain tumor. *Archives of Clinical Psychiatry (Sao Paulo)*; 43(2);35-7.
14. Oberndorfer R, Schonauer C, Eichbauer H, Klaushofer K, Friedrich F. (2017): Cotard's syndrome in hypoactive delirium. A case report. *Psychiatria Danubina*; 29: 500-2.
15. Olza-Fernández I, García-Esteve LI, Lasheras G, Farré JM, (2011): Le Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*; 100: 50-54.
16. Sanjuan J y Martin-Santos R (2008): Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *British Journal of Psychiatry*, 193: 383-388.
17. Seridarian E, Pinto Moreira J, Chaves AC, Cassio do Nascimento P, (2014). A case report of Cotard's syndrome with catatoniform symptoms. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*; 63 (4): 384-5.
18. Simon M, Voros V, Herold R, Fekete S, Tenyi T (2009): Delusions of pregnancy with Post-Partum Onset: An integrated, individualized view. *European Journal of Psychiatry*; 23:211-30.
19. Vallejo-Ruiloba J (2015): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 8ª edición, Elsevier.
20. Vega-Rivera NM, Fernández-Guasti JA, Ramírez-Rodríguez GB, Castro-García M, Estrada-Camarena E (2012): Regulación de la neurogénesis hipocámpica por los estrógenos: su relación con la depresión. *Salud Mental*;35: 527-533.
21. Vega-Rivera NM, López-Rubalcava C, Paez-Martínez N, Castro M, Estrada-Camarena E (2013): Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. *Salud Mental*; 36:331-336.



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 21/10/2017. Aceptado: 25/07/2018

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE CELOS PATOLÓGICOS

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN A CASE OF PATHOLOGICAL JEALOUSY

D. Fuentes Casany¹, A. Kiskeri Aiguabella²

¹AteResidente de cuarto año de Psicología Clínica. ²Psicóloga Clínica Adjunta. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Santa María de Lleida. Universidad de Lleida. IRB Lleida (Instituto de Recerca Biomédica).

Correspondencia: Debbie Fuentes Casany, Centre Salut Mental Adults, Hospital Universitario de Santa María, Avenida Alcalde Rovira Roure 44, 25198 Lérida. E-mail: dfuentescasany@gmail.com



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:50-61.



RESUMEN

El comportamiento celoso en las relaciones sentimentales es la expresión del miedo a perder la pareja frente a un rival. Cuando este comportamiento se da ante una falsa amenaza de infidelidad, genera malestar emocional y provoca conductas desadaptativas, se convierte en patológico. En la actualidad, los celos y las nuevas concepciones de pareja se pueden encontrar mediados por la tecnología, y este caso clínico es un ejemplo de ello. El caso presentado trata de un paciente con pensamientos intrusivos egodistónicos y comportamientos celosos de carácter controlador que se asemejan a un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La intervención psicológica empleada es un tratamiento multicomponente cognitivo-conductual que incluye técnicas eficaces para el TOC junto a terapia sexual y comunicativa. Los resultados muestran una reducción de las conductas problema y una mejora en la funcionalidad y en la satisfacción de pareja.

Palabras clave: Celos patológicos, Terapia de pareja, Nuevas tecnologías, Obsesivo-compulsivo.

ABSTRACT

The jealous behavior in relationships is the expression of the fear of losing the partner in front of a rival. When this behavior occurs in the face of a false threat of infidelity, it generates emotional discomfort and causes maladaptive behaviors, and becomes pathological. Nowadays, jealousy and new conceptions of couples can be found mediated by technology, and this clinical case is an example of this. The case presented is about a patient with intrusive ego-dystonic thoughts and behaviors of a jealous nature that resemble an obsessive-compulsive disorder (OCD). The psychological intervention employed is a multicomponent cognitive-behavioral treatment that includes effective techniques for OCD along with sexual and communicative therapy. The results show a reduction of the problem behaviors and an improvement in the functionality and in the satisfaction of the couple.

Keywords: Pathological jealousy, Couple therapy, New technologies, Obsessive-compulsive.

INTRODUCCIÓN:

Los celos son una emoción que surge como consecuencia de un exagerado afán de poseer algo de forma exclusiva y cuya base es la infidelidad- real o imaginada- de la persona amada (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). Al igual que ocurre con otras emociones, en ocasiones, los celos desempeñan un papel adaptativo, como por ejemplo asegurar la estabilidad de una relación y la de prevenir la promiscuidad (Fernández, 2001, citado en Cuesta, 2006).

Las relaciones de pareja han ido evolucionando, y actualmente no parece existir un único modelo de relación adecuada, e incluso un alto porcentaje de la población española considera que una única pareja no sirve para alcanzar los fines que se propusieron al formarla (Vallejo, 2012). Cáceres (en

Vallejo, 2012) afirma que cabría esperar una "normalización" de la "cultura de la separación", según las cifras de divorcios actuales, pero la pareja sigue siendo un elemento promotor de salud o una fuente de conflicto y patología.

Por otro lado, las nuevas tecnologías, especialmente las redes sociales virtuales, han ampliado las posibilidades de encontrar pareja, tanto para relaciones formales como informales, implicando nuevas formas de cortejo (Morduchowicz, 2012). El acceso a parejas potenciales se ha incrementado, así como la posibilidad de "conocerlas" a través de sus perfiles de redes sociales antes de iniciar algún acercamiento. Estas transformaciones las podemos observar en los jóvenes que han crecido con las tecnologías, han construido su identidad en múltiples pantallas y se comunican interper-



sonalmente por múltiples dispositivos tecnológicos (Mor-duchowicz, 2012).

Sin embargo, no sólo se han ampliado las posibilidades de socialización, sino también las de restricción y de control, bajo el incremento de sospechas, supervisión y vigilancia (Rodríguez-Salazar y Rodríguez-Morales, 2016). Los móviles facilitan una disponibilidad continua, dentro de una lógica de contacto permanente, que modifica el establecimiento de las fronteras del territorio de la pareja, y la accesibilidad "obligada" puede generar celos y suspicacias (Lesán, A. y Casado, E., 2014).

A día de hoy, es difícil establecer el límite entre los celos normales y los patológicos. Dentro de este continuum, destacan tres características que diferencian los celos patológicos de los no patológicos: (i) cuando no existe una causa real desencadenante, (ii) cuando la naturaleza de las sospechas es extraña y (iii) cuando el sujeto afectado reacciona de forma irracional, con pérdida de control (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). A nivel cognitivo, la manifestación suele ser mediante la presencia de pensamientos intrusivos que conllevan preocupación y miedo desmesurado a la infidelidad, destacando, a nivel emocional, una alta ansiedad y agresividad. Conductualmente, el sujeto desarrolla una serie de conductas comprobatorias cuyo objetivo es la seguridad y tranquilidad mediante el control del otro (Alario, 2002).

Kingham y Gordon (2004) han intentado diferenciar aquel comportamiento celoso que proviene de una cognición delirante, o bien, de un pensamiento obsesivo. Los delirios de infidelidad se caracterizan por el predominio de una convicción delirante de ser engañado por la pareja, de carácter egosintónico, conservando un pensamiento coherente y un comportamiento adaptado en los demás ámbitos (Kingham y Gordon, 2004). Estos se engloban dentro del diagnóstico de trastorno delirante en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013). Por otro lado, los celos obsesivos son experimentados como intrusivos o excesivos y producen comportamientos compulsivos como la comprobación. Se entienden como egodistónicos para el paciente, que reconoce que son miedos infundados e incluso se avergüenza de los mismos (Kingham y Gordon, 2004). Actualmente, el DSM-5, a diferencia de su predecesor, contempla los celos mórbidos no delirantes como un trastorno incluido en la categoría "Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados" (APA, 2013). Lo más habitual, es que los celos obsesivos se presenten

junto a otra sintomatología concomitante como la ansiedad, la depresión o el abuso de alcohol y no de manera aislada (Hodgson, Murray y Woods, 1992). En la actualidad, no se dispone de datos concluyentes sobre la prevalencia de los celos, debido a la escasa delimitación del problema, pero a nivel general la aparición de celos tiende a ser frecuente y en mayor medida en mujeres (Alario, 2002).

La evidencia empírica existente acerca del tratamiento más efectivo para los celos es insuficiente, y la mayoría de las investigaciones realizadas son estudios no controlados o de caso único (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). Se han planteado intervenciones psicológicas para los celos obsesivos y las principales técnicas derivan de un enfoque conductual, o bien, cognitivo. Las primeras se basan en la conceptualización de los celos como una variante del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y su objetivo es la modificación de las conductas de control y comprobación de las creencias de infidelidad, comprendiendo, principalmente, la exposición en vivo con prevención de respuesta (Carlen, Kasaznew y López-Pell, 2009). Las intervenciones cognitivas conceptualizan los celos como el resultado de sesgos cognitivos. Su objetivo es que el paciente se haga consciente de sus pensamientos automáticos, reconozca las cogniciones desadaptativas, entendidas como hipótesis, y genere pensamientos alternativos racionales (Carlen et al., 2009).

También, el entrenamiento en comunicación y la terapia sexual, suelen incluirse en el tratamiento de celos patológicos, ya sea de forma individual o en pareja. Los objetivos de este tipo de intervención son: aumentar la interacción mutua positiva y disminuir los intercambios negativos, motivar la intimidad y la satisfacción sexual de la pareja, e intervenir sobre dificultades específicas que puedan ser precipitantes o mantenedoras del problema (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999).

El tratamiento psicológico multicomponente (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001; Alario, 2002; Leahy y Tirsch, 2008) combina intervenciones de carácter cognitivo y conductual como: (i) exposición, (ii) prevención de respuesta, (iii) reestructuración cognitiva, (iv) habilidades comunicativas, (v) regulación emocional, entre otras, y puede considerarse como un tratamiento probablemente eficaz o en fase experimental según los criterios de Chambless y Hollon (1998) (Martínez-León, García-Rincón, Valencia, Barreto, Alfonso, Quintero y Parra, 2016).

Los objetivos de la presente revisión son: (i) conceptualizar el presente caso dentro de la clasificación diagnóstica



DSM-5 (APA, 2013), (ii) revisar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los pensamientos y conductas celotípicas a partir de un caso clínico, y (iii) observar como las nuevas tecnologías median en las conductas controladoras y comprobatorias de tipo celotípico.

CASO CLÍNICO:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Varón de 30 años natural de una zona rural, convive actualmente y desde hace diez años, en un piso compartido con amigos en la ciudad. Sus padres de 57 y 63 años y su hermano de 27, que convive en pareja, viven en su pueblo natal. Mantiene buena relación con familia de origen, sin adversidades en el núcleo socio-familiar o acontecimientos vitales estresantes de relevancia en su historia. Realiza un ciclo formativo de Comercio Internacional y trabaja de administrativo en una empresa desde hace 7 años correctamente adaptado, con un nivel socioeconómico medio. Actualmente y desde hace 5 meses, tiene pareja estable.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

El paciente acude a Psicología Clínica de Consultas Externas de Salud Mental derivado del médico de Atención Primaria por malestar emocional fruto de celos excesivos con conductas comprobatorias e hipervigilancia hacia su pareja, por miedo a una posible infidelidad. El paciente presenta sintomatología ansiosa, pensamientos obsesivos y conductas de control hacia su pareja. Acude solicitando mayor manejo de sus propios celos, con el fin de reducir el malestar y evitar perder la relación actual.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Actualmente tiene una relación estable con una mujer de 30 años, desde hace 5 meses, con 2 años previos de encuentros esporádicos. Los celos forman parte de todas las relaciones sentimentales que ha tenido el paciente, desde la adolescencia, y han sido motivo de ruptura en las dos relaciones estables previas de 3 años de duración cada una. Aunque no ha vivido ninguna infidelidad en primera persona, ni en su familia de origen, sí que recuerda los rumores en su pueblo durante su infancia de la doble vida de algunos de sus vecinos, hecho que relaciona con su miedo a ser engañado. También refiere algunas decepciones con amistades de la

infancia al llegar a la edad adulta. En cuanto a las relaciones sexuales refiere dificultad en el coito con preservativo aunque no ha supuesto un problema con las anteriores parejas, ya que ellas utilizaban anticonceptivos hormonales.

No refiere problemas en el desarrollo, ni antecedentes psiquiátricos ni psicológicos personales. En cuanto a los antecedentes familiares, refiere un tío paterno con diagnóstico de esquizofrenia. Se observan rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad: necesidad de control, intolerancia a la incertidumbre e hiperresponsabilidad.

El paciente refiere que a raíz de la consolidación de la relación de pareja reaparece miedo a la infidelidad. Acude a consulta en el contexto del inicio de la temporada laboral de ella que implica: (i) horarios extensos e impredecibles, (ii) menor tiempo de ocio juntos, (iii) mayor cansancio físico de ella, (iv) escaso control del paciente del día a día de su pareja y (v) reducción de la frecuencia sexual.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA:

A nivel cognitivo, destacan pensamientos obsesivos centrados en el miedo a que su pareja sea infiel. El paciente los considera egodistónicos, refiere malestar consecuente de la rumia y presenta dificultades para no actuar en base a ellos. Estos pensamientos le impulsan a controlar la vida de la pareja mediante redes sociales, a partir del control de la última hora de conexión de la mensajería instantánea de Facebook y Whatsapp o la petición de fotos del lugar donde se encuentra la pareja para corroborar que no le miente. El control también se extiende al escrutinio visual del piso de la pareja antes de salir, y posterior comprobación del mismo al volver, y en la excesiva interrogación a la pareja ante de cualquier duda o sospecha que le asalte al paciente.

Se detecta, también, que existen escasas habilidades de comunicación entre la pareja, con tendencia a adivinar el pensamiento del otro miembro, hacerse acusaciones y hablar poco de su propia relación. A nivel sexual, el paciente considera escasa la frecuencia de las relaciones íntimas y refiere tener poca satisfacción en el momento actual. Las dificultades para realizar el coito con preservativo suponen en esta ocasión un problema ya que la pareja no desea tomar anticonceptivos hormonales.

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

El tratamiento que se propone es dirigido a reducir el malestar emocional asociado a los celos y mejorar el manejo



de los mismos y su funcionalidad cotidiana. Se pretende disminuir la intensidad de los pensamientos de carácter celoso, evitar su mantenimiento, así como disminuir las conductas impulsadas por éstos.

Además, se pretende conseguir mayor satisfacción en la relación de pareja actual y/o futuras relaciones que pudiera tener. De modo que es objetivo aumentar el disfrute en la esfera íntima y sexual de la pareja y solucionar dificultades asociadas.

Por parte del paciente, su principal meta es mantener la relación actual e irse a vivir juntos, objetivo suficientemente motivador para iniciar la terapia y seguir su asistencia hasta el final de la misma.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Se busca por lo tanto, disminuir la intensidad y frecuencia de los pensamientos obsesivos con el fin de aceptarlos y entenderlos como productos de la mente, asociados a esquemas disfuncionales precoces, y no como realidades, dando la posibilidad de interpretar la situación de manera diferente.

Por otro lado, se busca reducir las conductas impulsadas por la emoción, como las de comprobación y control, e introducir conductas alternativas para el manejo del malestar que eviten el mantenimiento de los celos.

Finalmente, y para mejorar la satisfacción y la relación de la pareja, se pretende aumentar las habilidades de comunicación asertiva en ambos miembros, promocionar el acercamiento y la intimidad, desmitificar la sexualidad y entrenar en el uso del preservativo.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Según la literatura revisada acerca del tratamiento psicológico de los celos, se aplica un tratamiento multicomponente de carácter cognitivo-conductual. Los motivos que impulsan a esta decisión son, tanto el grado de eficacia demostrada en diversos estudios, como por las características propias del paciente. La tendencia del paciente a la racionalidad puede promover una buena adherencia a la técnica de reestructuración cognitiva. Además ésta permitiría aumentar la flexibilidad cognitiva, disminuyendo su tendencia al pensamiento rígido.

Se combinan desde el inicio las siguientes técnicas cognitivo-conductuales: (i) exposición a la incertidumbre, (ii) prevención de respuesta de conductas controladoras, (iii) reestructuración cognitiva de los pensamientos obsesivos

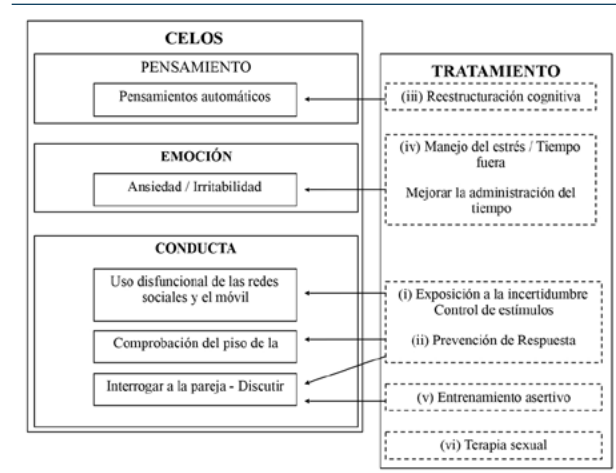


FIGURA 1. Se muestra la conceptualización del caso y el tratamiento para cada uno de los síntomas y signos detectados.

y (iv) regulación emocional del malestar con búsqueda de alternativas al manejo actual. También se realiza (v) entrenamiento asertivo para el conjunto de la pareja, y (vi) psicoeducación sexual, focalización sensorial y acercamiento progresivo al uso del preservativo (Fig. 1).

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA FASE

- Versión reducida de la escala Cartes: Modèles Individuels de Relation (CaMir; Pierrehumbert et al., 1996, adaptado al castellano por: Lacasa, 2004) con el fin de medir las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar. Consta de 32 ítems con respuesta tipo Likert que evalúan siete dimensiones, cinco de las cuáles hacen referencia a las representaciones de apego (dimensiones 1, 2, 3, 6, 7; α de Cronbach de entre 0.60-0.85) y dos a la estructura familiar (dimensiones 4 y 5; α de 0.54 y 0.66) (Tabla I).
- Young Schema Questionnaire-3 (YSQ-3; Young, 2006, adaptado al castellano por: Cid y Torrubia, 2010), para evaluar los esquemas cognitivos e interpersonales. El instrumento consta de 90 ítems con respuesta tipo Likert que evalúan 18 esquemas tempranos desadaptativos (Tabla II).
- Inventario de Comportamientos de la Pareja que Provocan Celos (ICPC) (validación chilena en Fernández, Pávez y Dufey, 2014), para evaluar situaciones provocadoras de celos. El inventario consta de 25 ítems con respuesta tipo Likert y

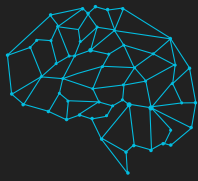


Tabla I. Puntuación cuestionario CaMir-R

DIMENSIONES CAMIR-R	MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA) (BALLUERKA ET AL., 2011)	MEDIA DEL SUJETO	PUNTUACIONES T
Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4.36 (0.56)	4.71	56.5
Preocupación familiar	3.18 (0.69)	2.83	45.0
Interferencia de los padres	2.45 (0.72)	2	43.8
Valor de la autoridad de los padres	4.21 (0.66)	5	62.1
Permisividad parental	1.88 (0.68)	2	51.7
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	2.66 (0.79)	2.5	48.0
Traumatismo infantil	1.68 (0.65)	1.4	45.7

El paciente alcanza el punto de corte (T=50) en el factor Seguridad: disponibilidad y apoyo del CaMir-R, dimensión que informa de un estilo de apego seguro. La dimensión Autoridad de los padres, es típica del apego seguro y hace referencia a la evaluación positiva que hace la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía. Ambos factores se consideran protectores para el paciente (Fig. 2).

Tabla II. Puntuación cuestionario YSQ-3

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN (YOUNG ET. AL, 2003)	ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS (YSQ-3)	PUNTUACIÓN (MAX. 30)
Desconexión y rechazo	Privación emocional	8
	Abandono / Inestabilidad	19
	Desconfianza / Abuso	14
	Aislamiento Social	6
	Imperfección / Vergüenza	10
Trastornos de la autonomía y rendimiento	Fracaso	14
	Dependencia	6
	Vulnerabilidad al Peligro	10
	Apego inmaduro	5
Focalización en los otros	Subyugación	11
	Autosacrificio	8
Hipervigilancia e inhibición	Inhibición emocional	5
	Metas inalcanzables	14
Límites insuficientes	Grandiosidad	8
	Insuficiente autocontrol	11
Focalización en los otros	Búsqueda de reconocimiento	14
Hipervigilancia e inhibición	Negativismo	18
	Castigo	17

Young et al. (2003) sugieren que el cuestionario YSQ-3 no se analice a partir de puntos de corte si no de la evaluación con el paciente de los esquemas más destacados. El paciente presenta esquemas precoces desadaptativos de Abandono e inestabilidad, Negativismo y Castigo. Pese a presentar un apego seguro tiende a la percepción de las relaciones personales como inestables, una tendencia a focalizarse en lo negativo y a la hiperresponsabilidad no permitiéndose errar por miedo a un castigo irremediable. Estos factores se consideran predisponentes para la conducta celosa (Fig. 2).

tres factores: (i) Comportamiento infiel explícito ($\alpha=0,97$), (ii) Comportamiento sospechoso ($\alpha=0,91$), y (iii) Atracción mediática o pornográfica ($\alpha=0,92$). (Tabla III).

- BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva. El instrumento consta de 21 ítems autoinformados de respuesta tipo Likert ($\alpha=0,87$).
- STAI (Spielberger et al., 1970; adaptación española Buela-Casal y Guillén-Riquelme, 2011), evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad con 20 ítems cada uno con respuesta tipo Likert. La ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad estado, $\alpha=0,94$) y como una pensión relativamente estable (ansiedad rasgo, $\alpha=0,90$).

Tanto el Cuestionario BDI, STAI como ICPC se administran al inicio y final del tratamiento, esperando observar una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, y una reducción de las situaciones provocadoras de celos.

Los resultados obtenidos en la fase previa al tratamiento se muestran en las siguientes tablas (Tabla I-III):

El paciente alcanza el punto de corte (T=50) en el factor Seguridad: disponibilidad y apoyo del CaMir-R, dimensión que informa de un estilo de apego seguro. La dimensión Autoridad de los padres, es típica del apego seguro y hace referencia a la evaluación positiva que hace la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía. Ambos factores se consideran protectores para el paciente (Fig. 2).

Young et al. (2003) sugieren que el cuestionario YSQ-3 no se analice a partir de puntos de corte si no de la evaluación con el paciente de los esquemas más destacados. El paciente presenta esquemas precoces desadaptativos de Abandono

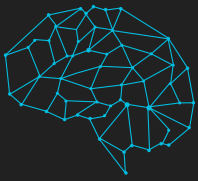


Tabla III. Puntuación inventario ICPC

DIMENSIONES ICPC	MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA) (FERNÁNDEZ ET AL., 2014)	MEDIA DEL SUJETO	PUNTUACIONES T
Comportamiento infiel	4,05 (1,00)	4,81	57,6
Comportamiento sospechoso	4,82 (0,72)	3,55	74,0
Atracción mediática	1,59 (0,83)	2,60	62,2

El paciente muestra puntuaciones por encima de T=50 en las tres subescalas, y de forma significativa (T=70) en la dimensión Comportamiento sospechoso. Esta subescala correlaciona de forma significativa y en mayor medida que las demás con el rasgo de celotipia (0,59) (Dijkstra et al., 2010), por lo que el paciente siente y padece celos ante comportamientos y situaciones que no son explícitamente de infidelidad.

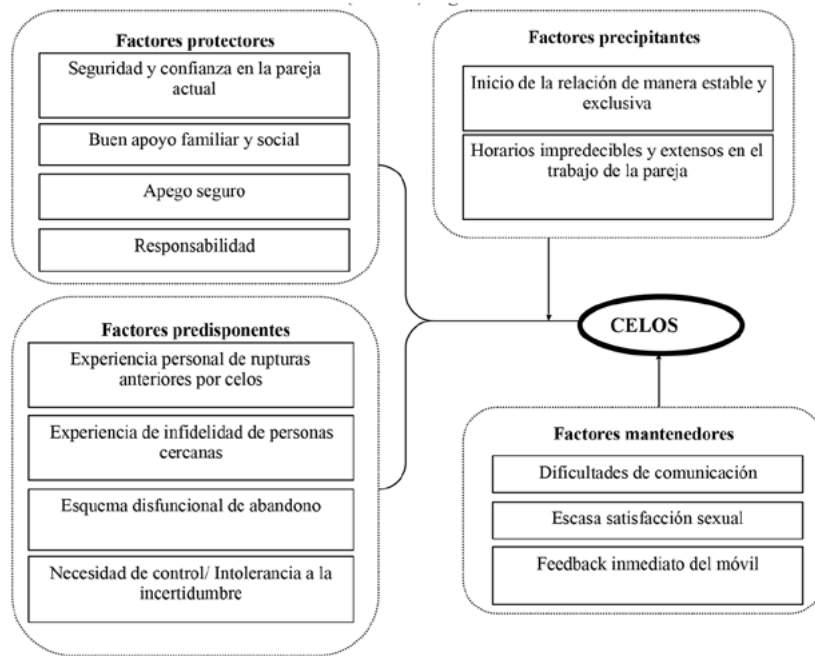


FIGURA 2. Factores protectores, predisponentes, precipitantes y mantenedores del paciente, analizados a partir de la entrevista clínica y los cuestionarios administrados inicialmente.

e inestabilidad, Negativismo y Castigo. Pese a presentar un apego seguro tiende a la percepción de las relaciones personales como inestables, una tendencia a focalizarse en lo negativo y a la hiperresponsabilidad no permitiéndose errar por miedo a un castigo irremediable. Estos factores se consideran predisponentes para la conducta celosa (Fig. 2).

El paciente muestra puntuaciones por encima de T=50 en las tres subescalas, y de forma significativa (T=70) en

la dimensión Comportamiento sospechoso. Esta subescala correlaciona de forma significativa y en mayor medida que las demás con el rasgo de celotipia (0,59) (Dijkstra et al., 2010), por lo que el paciente siente y padece celos ante comportamientos y situaciones que no son explícitamente de infidelidad.

El paciente también obtiene una puntuación en el BDI-II de 15 (T = 57,3), que informa de sintomatología depresiva leve



Tabla IV. Tratamiento psicológico aplicado

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS EMPLEADAS
1	Evaluación del caso	Cuestionarios
2	Establecimiento línea base Disminuir conductas de control	Registro tres columnas Reducción de estímulos
3	Reducir malestar asociado a los pensamientos Disminuir conductas de control	Reestructuración cognitiva. Exposición con prevención de respuesta y uso conductas alternativas.
4	Identificar esquemas cognitivos de base	Flecha descendente y trabajo con esquemas disfuncionales.
5 y 6 (en pareja)	Mejora de la comunicación Mejora de la satisfacción sexual	Entrenamiento asertivo Psicoeducación sexual, focalización sensorial y exposición progresiva al uso del preservativo.
7	Trabajo con esquemas cognitivos de base y malestar emocional.	Identificación de esquemas disfuncionales y reevaluación.
8 y 9	Reevaluación de los pensamientos Aumentar conductas funcionales	Reestructuración cognitiva Conductas alternativas
10	Prevención de recaídas	Alternativas de afrontamiento funcional

Tratamiento aplicado al sujeto, se enumeran las sesiones y se describen los objetivos y las técnicas aplicadas de cada sesión.

(entre 14 y 19 puntos; Beck et al, 1996), destacando irritabilidad, pesimismo y sentimientos de fracaso y de autocrítica. Además, se observa una tendencia elevada a padecer síntomas ansiosos ($T = 68$) junto a una elevada ansiedad en el momento de la evaluación ($T = 62,2$) según el cuestionario STAI.

A partir de la clasificación diagnóstica DSM-5 y la información recogida del caso, se orienta el caso como "Celos Obsesivos" incluidos en la categoría "Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados (300.3)" del DSM-5. El paciente presenta una preocupación no delirante acerca de la infidelidad de su pareja, que deriva en comportamientos que realiza de forma excesiva, con el fin de disminuir la ansiedad derivada de estos pensamientos. Estas conductas están circunscritas al ámbito de los celos y la infidelidad, y causan un malestar subjetivo en el paciente y un deterioro limitado a las relaciones sentimentales. Los celos no forman parte de un delirio de infidelidad, ni un trastorno de la personalidad paranoide, y el paciente reconoce que estos pensamientos es probable que no sean ciertos. Debido a estas circunstancias se decide orientar el caso dentro de la categoría de Celos Obsesivos (300.3) (APA, 2013).

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento cognitivo-conductual aplicado consta de 10 sesiones de terapia de 40 minutos de duración con una

periodicidad quincenal, dos de las cuáles se realizan en pareja (Tabla IV).

Las primeras dos sesiones se centran en la evaluación del caso a partir de los cuestionarios indicados y contrastados con la entrevista clínica. Además, se introduce el registro de los comportamientos disfuncionales del paciente, con el objetivo de establecer una línea base, especificar las conductas problema, y desarrollar capacidad de reflexión sobre las situaciones como alternativa al acto impulsivo. Este registro incluye las conductas de control sobre la pareja (controlar hora de conexión, pedir fotos del lugar, interrogar a la pareja, acusarla de infidelidad, escudriñar el piso de ella, entre otros). A partir del registro de las situaciones provocadoras de celos, se trabaja durante todas las sesiones con el material de cada una de las columnas del mismo (Pensamiento – Emoción – Conducta) introduciendo las técnicas específicas para cada uno de los ámbitos.

A nivel cognitivo, durante la tercera y cuarta sesión se introduce el material sobre reevaluación cognitiva del Manual para el paciente del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de Trastornos Emocionales (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen, y Ehrenreich-May, 2015). Se pretende identificar las evaluaciones automáticas asociadas a las situaciones provocadoras de celos y observarlas como productos de la mente y no necesariamente ligadas a la



realidad. Por otro lado, trata de identificar los errores de pensamiento y practicar la reevaluación cognitiva como una forma de aumentar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones. Finalmente, se introduce la técnica de la flecha descendente para identificar la creencia principal que está impulsando la respuesta emocional. De esta manera y ligando con los esquemas evaluados con el YSQ-3, se introduce en la cuarta sesión el trabajo con los esquemas precoces disfuncionales que pueden estar motivando los celos. Se realiza psicoeducación breve de la Teoría de los Esquemas de Young y se pauta la lectura del libro *Reinventar tu vida* (Klosko y Young 2012).

Paralelamente, a nivel conductual se acuerda con el paciente, desde la segunda sesión, la reducción de estímulos que inciten al control de la pareja mediante redes sociales. En este caso se procede a desinstalar la aplicación móvil de mensajería instantánea Messenger de Facebook y a bloquear la opción de visualizar la hora de última conexión y la confirmación de lectura de los mensajes en la aplicación móvil de Whatsapp. Al mismo tiempo, se introduce la técnica de exposición con prevención de respuesta, y se pacta, desde la tercera sesión, exposición a la duda y prevención de respuestas de control ante situaciones cotidianas, sin provocarlas. Se motiva el uso de actividades alternativas que ayuden a reducir el malestar ante la duda y prevenir la respuesta impulsada por la emoción.

Las sesiones quinta y sexta se realizan en pareja y se centran en la mejora de la comunicación con entrenamiento asertivo y terapia sexual a ambos. En cuanto al entrenamiento en comunicación se instruye en empatía y escucha activa, se incita a expresar lo que uno siente o necesita, a la vez que se evita la adivinación del pensamiento del otro. Por otro lado, se ha sugerido que los celos patológicos pueden surgir como respuesta a una menor frecuencia sexual o capacidad funcional (Cobb y Marks, 1979) y en este caso se introduce la terapia sexual con el objetivo de ajustar expectativas de ambos miembros de la pareja y facilitar el uso del preservativo. A partir de la focalización sensorial de Masters y Johnson (Vallejo, 2012), se ayuda a la comprensión de una sexualidad más amplia no reducida al coito que promueve la intimidad, y siguiendo las mismas líneas terapéuticas, se aplica el acercamiento progresivo al uso del preservativo durante el coito.

Se aprovechan estas sesiones de pareja para realizar, también, psicoeducación explicándole a la pareja las dificultades que presenta el paciente, así como la importancia de no realizar aquellas conductas que retroalimentan las demandas

de control, como evitar enviarle fotos confirmando el lugar donde se encuentra.

La séptima sesión viene marcada por la ruptura temporal de la pareja a raíz de un episodio intenso de celos en contexto lúdico-festivo con consumo de alcohol. Cobb y Marks (1979) consideran que el alcohol exacerba el comportamiento celoso, aunque no suele ser la causa primaria. En este caso, aunque no hay un consumo diario, sí que existe un consumo lúdico-festivo que en más de una ocasión, como la que nos acontece, ha aumentado la rumia y desconfianza derivando en conductas celosas y reproches. Se aprovecha para trabajar sobre lo sucedido y se centra la sesión en el abordaje del miedo al abandono a partir de esquemas precoces desadaptativos que se activan ante esta situación y el manejo del malestar derivado de la misma.

En la octava y novena sesión, la relación de pareja se ha retomado y se continúa con el trabajo individual recuperando los registros, el material sobre reestructuración cognitiva y a nivel conductual se exploran alternativas para el manejo del malestar potenciando actividades de ocio individuales o sociales. Se sigue trabajando en entrenamiento asertivo y terapia sexual a nivel individual.

En la décima sesión se pretende consolidar lo aprendido, valorar los cambios y prevenir recaídas. La visita coincide con el inicio próximo de la temporada laboral de la pareja de manera que se planea con el paciente un afrontamiento funcional de la situación, en comparación al año anterior.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Finalizado el tratamiento, se evalúan los cambios de forma objetiva con los cuestionarios BDI-II, STAI e ICPC (Tabla V).

De forma objetiva, se observa una mejora en la sintomatología ansioso-depresiva y en cuanto al comportamiento celoso destaca una reducción del malestar ante situaciones que generan suspicacia pero que no son esencialmente de infidelidad.

A nivel conductual, se observa en la evolución del registro de tres columnas de los comportamientos celotípicos, una reducción de las conductas de control, por lo que de manera progresiva las expresiones celotípicas van disminuyendo, tanto a nivel conductual como cognitivo. El paciente refiere no controlar a su pareja vía redes sociales ni comprobar su piso, y se reduce el interrogatorio y discusiones ante situaciones que generan pensamientos automáticos de infidelidad. Se reducen, también, el número de pensamientos obsesivos y

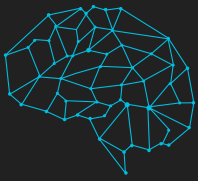


Tabla V. Puntuaciones ICPC, BDI-II y STAI

DIMENSIONES	PUNTUACIONES (PRE)	PUNTUACIONES (POST)
Comportamiento infiel (ICPC)	T = 57,6	T = 55,8
Comportamiento sospechoso (ICPC)	T = 74,0	T = 57,1
Atracción mediática (ICPC)	T = 62,2	T = 64,6
Sintomatología depresiva (BDI-II)	T = 57,3 (leve)	T = 45,6 (mínima)
Ansiedad rasgo (STAI)	T = 68,0	T = 56,0
Ansiedad estado (STAI)	T = 62,2	T = 54,2

Se muestran las puntuaciones de los cuestionarios ICPC, BDI-II y STAI antes y después de la aplicación del tratamiento psicológico. (Puntuaciones T: media 50; desviación típica 10).

estos son menos intensos emocionalmente. Por otro lado, el paciente refiere mantener relaciones sexuales con preservativo.

En síntesis, se observa una reducción del malestar emocional y una mejor funcionalidad en la vida cotidiana del paciente, además de una mayor satisfacción en la pareja.

SEGUIMIENTO

Posteriormente se realiza seguimiento al mes y a los 3 meses para observar el mantenimiento de los cambios. El paciente informa un mes después de la décima sesión que van a ir a vivir juntos, hecho que aumenta la seguridad en la relación por parte del paciente e incluso refiere haber disminuido su exigencia en la esfera sexual y por tanto aumentado su satisfacción en este aspecto. Además, relata una situación que con anterioridad hubiera sido provocadora de celos y que pudo manejar satisfactoriamente.

En la visita a los 3 meses, el paciente describe un mejor manejo durante la temporada laboral de la pareja de la pareja y es capaz de buscar alternativas de ocio individual o social mientras ella trabaja o descansa. En cuanto a los pensamientos de carácter celoso, aparecen de forma muy puntual y los describe como fácilmente reconducibles, sin entrar en discusiones, interrogaciones o conductas controladoras. Aún así, todavía se mantiene cierta suspicacia a ser engañado, coherente con los esquemas de base. En cuanto a la relación de pareja han iniciado la convivencia satisfactoriamente aunque se mantienen dificultades en la comunicación. En la

esfera sexual, a pesar de la reducción de las exigencias, sigue existiendo escaso equilibrio entre las necesidades de ambos miembros de la pareja en éste ámbito y pocos recursos para la vivencia de la intimidad de forma diversificada.

OBSERVACIONES

Los rasgos obsesivos del paciente son mantenedores de algunas conductas impulsadas por los celos y de las cogniciones, relacionadas con la necesidad de control y certeza. Por otro lado, favorecen la asistencia a las sesiones y el cumplimiento de las tareas para casa, implicándose correctamente en su tratamiento y evolución.

DISCUSIÓN

En el presente caso, destaca la presencia de una idea sobrevalorada que causa malestar significativo, y que se pretende controlar a partir de conductas compensatorias, con el fin de disminuir la ansiedad e intentar evitar que suceda aquello que tanto teme, la infidelidad. Esta misma conducta genera malestar en si misma y deteriora la relación sentimental, además de perpetuar la idea de infidelidad. El DSM-5 permite categorizar los celos no delirantes, ni provenientes de un trastorno de personalidad paranoide, como un trastorno relacionado con el TOC, y el presente caso encaja en esta nueva categoría diagnóstica de la quinta edición del DSM, "Otro trastorno compulsivo-obsesivo y trastornos relacionados especificados –Celos Obsesivos (300.3)". El encuadre de este tipo de conductas celotípicas dentro de las obsesiones-compulsiones, permite entender el mantenimiento de estos comportamientos desde un prisma similar al del TOC, y podrían ser subsidiarios a aplicar tratamientos similares.

Tal y como se ha indicado a lo largo de trabajo hay pocos estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de los celos mórbidos no delirantes, aunque la literatura apunta hacia el uso del tratamiento multicomponente cognitivo-conductual (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001; Alario, 2002; Leahy y Tirsch, 2008). En el caso clínico presentado, se observa como las conductas comprobatorias y controladoras impulsadas por pensamientos obsesivos de infidelidad, pueden ser tratadas con exposición con prevención de respuesta (EPR), tal y como ocurre en el TOC, siendo el tratamiento de primera elección para este diagnóstico (Vallejo, 2012). Por otro lado, las técnicas cognitivas empleadas ayudan a integrar la información aportada por la exposición,



estimulan la generalización y minimizan las posibilidades de recaída (Vallejo, 2012). En este caso, la reestructuración cognitiva basada en el Protocolo Unificado de Barlow (2015), permite la identificación de los pensamientos automáticos negativos, la flexibilización de los mismos, y el análisis e identificación de los esquemas desadaptativos precoces que se hallan en la base de las cogniciones obsesivas, interviniendo así, no solo en los pensamientos relacionados con la situación actual, si no, en factores predisponentes y posibles situaciones futuras.

La conceptualización del presente caso como una variante del TOC, acorde a la nueva clasificación del DSM-5, ha permitido la aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales de elección para el TOC de forma eficaz ante los pensamientos y conductas celotípicas no delirantes. Por otro lado, el tratamiento dirigido por sí solo a los pensamientos obsesivos y conductas controladoras no era suficiente, ya que existen factores mantenedores de los celos sobre los que se debe intervenir. En este caso, ha sido de utilidad poder contar con la colaboración de la pareja para trabajar aspectos comunicativos y sexuales, aunque consideramos que ha sido insuficiente para ver una mejoría significativa. De este modo se ha optado por aplicar un tratamiento multicomponente cognitivo-conductual, añadiendo terapia sexual y entrenamiento asertivo, con el fin de complementar el tratamiento de elección del TOC y afrontar diferentes aspectos que repercuten en la sintomatología del paciente.

Las conductas de control del paciente estaban mediadas por el uso de las nuevas tecnologías, haciendo un uso desadaptativo de las redes sociales. La propuesta del control de estímulos al inicio de la terapia fue bien aceptada y ayudó, en gran medida, a evitar control a partir del móvil. El paciente entendía la disponibilidad, la accesibilidad y prontitud en la respuesta como signos de reconocimiento, y su falta, era activadora de los pensamientos obsesivos de infidelidad. Lesán y Casado (2014) entienden que la conceptualización de las nuevas tecnologías como una forma de comunicación instantánea y permanente, se ha convertido en un hábito y por este motivo hace que no se entienda como un control a la pareja si no como transparencia, o simplemente estar conectados, momento en el que se juega el difícil equilibrio entre conexión y control, beneficio y peligro y reconocimiento y dependencia.

Concluimos que, a pesar de que los celos tienen ventajas a nivel evolutivo, asegurando la posesión de un compañero

y la propagación de los propios genes en lugar de los de un rival, cuando la creencia de rivalidad es errónea y se dedica demasiado tiempo y esfuerzo en intentar eliminar esa falsa amenaza, se convierte en patológico y disfuncional (Kingham y Gordon, 2004). En la actualidad, donde los celos se dan en un contexto de "cultura de la separación" y de relaciones personales mediadas por la tecnología, se revela la contradicción: a mayor libertad y comunicación, mayor es el conflicto y el deseo de control y pertenencia (Rodríguez-Salazar y Rodríguez-Morales, 2016).

LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

Creemos que los resultados de este tipo de intervención pueden estar mediados por la confianza depositada en la pareja. Si el paciente es capaz de cuestionarse la realidad de su pensamiento y reconocer el origen infundado de sus sospechas, podrá permitirse realizar una atribución interna de algunas de las situaciones en lugar de externa. Por lo que, también, una baja capacidad autocrítica y de introspección podría ser un impedimento para la aplicación de este tipo de tratamientos, no pudiendo generalizar los resultados de este caso clínico.

Otro impedimento observado para la generalización, es la presencia o no de la pareja en el ámbito terapéutico, y los problemas asociados a la comunicación y la sexualidad. Creemos conveniente conceptualizar el tratamiento para los celos mórbidos no delirantes, como un tratamiento de carácter multicomponente, con posibilidad de incluir a la pareja en el tratamiento.

Finalmente, creemos interesante estudiar cómo afecta el contacto permanente e inmediato de la mensajería instantánea y las redes sociales en las relaciones sentimentales y los celos.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

Este caso clínico no ha sido financiado por ninguna entidad. El primer autor ha contribuido en la evaluación y tratamiento del paciente; el primer y segundo autor han contribuido en el redactado del caso. Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses. Los procedimientos utilizados se han realizado bajo consentimiento informado y se publican manteniendo el anonimato del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA) (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona, España: Masson.
2. Alario, S. (2002). Tratamiento conductual de un trastorno de celos patológicos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 62-63, 83-92. Recuperado de: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=121>
3. Barlow, D. H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., y Ehrenreich-May, J. (2015). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Madrid, España: Alianza Editorial.
4. Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23 (3), 486-494. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3913.pdf>
5. Buéla-Casal, G., y Guillén-Riquelme, A. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515. Recuperado de: <http://www.psicothema.es/pdf/3916.pdf>
6. Carlen, A., Kasanzew, A., y López-Pell, A.F. (2009). Tratamiento cognitivo conductual de los celos en la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (3), 173-186. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num3/Art9Vol12No3.pdf>
7. Chambless, D.L., y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7
8. Cid, J., y Torrubia, R. (2010). Spanish version of the Young Schemas Questionnaire-3. Manuscrito no publicado.
9. Cobb, J. P., y Marks, I. M. (1979). Morbid jealousy featuring as obsessive-compulsive neurosis: treatment by behavioural psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 134, 301-305. doi: 10.1192/bjp.134.3.301
10. Cuesta, M. (2006). Intervención cognitiva en un caso de celotipia. *Acción psicológica*, 4 (1), 71-82. doi: 10.5944/ap.4.1.494
11. Dijkstra, P., Barelds, D. P. H., y Groothof, H. A. K. (2010). An inventory and update of jealousy-evoking partner behaviors in modern society. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 329-345. doi: 10.1002/cpp.668
12. Echeburúa, E., y Fernández- Montalvo, J. (1999). La patología de los celos: análisis descriptivo y propuestas terapéuticas. *Análisis y modificación de conducta*, 25, 99. Recuperado de: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/28055>
13. Echeburúa, E., y Fernández- Montalvo, J. (2001). Celos en la pareja: una emoción destructiva. Barcelona, España: Ariel.
14. Fernández, A.M., Pávez, P., y Dufey, M. (2014). Evaluación chilena del Inventario de Comportamientos de la Pareja que Provocan Celos. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 23 (2), 45-55. doi: 10.5354/0719-0581.2015.36147
15. Hodgson, R.E., Murray, D., y Woods, M.R. (1992). Othello's síndrome and hyperthyroidism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 663-664. doi: 10.1097/00005053-199210000-00010
16. Kingham, M., y Gordon, H. (2004). Aspects of morbid jealousy. *BJPsych Advances*, 10, 207-214. doi: 10.1192/apt.10.3.207
17. Klosko, J.S., y Young, J.E. (2012) *Reinventar tu vida*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
18. Lacasa, F. (2004). Versión española del CaMir. Recuperado de: http://www.sites.google.com/site/bpierreh/home/instruments/camir/camir_sp.
19. Lesán, A., y Casado, E. (2014) *Mediaciones tecnológicas. Cuentos, afectos y subjetividades*, 19-35. Madrid, España: CIS.
20. Leahy, R., y Tirch, D. (2008). Cognitive Behavioural Therapy for Jealousy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1 (1), 18-32. doi: 10.1521/ijct.2008.1.1.18
21. Martínez-León, N., García-Rincón, L., Valencia, D., Barreto, S., Alfonso, A., Quintero, C., y Parra, A. (2016). Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10 (1), 113-123. doi: 10.21500/19002386.2472
22. Morduchowicz, R. (2012). *Los adolescentes y las redes sociales. La construcción de la identidad juvenil en Internet*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
23. Rodríguez Salazar, T., y Rodríguez Morales, Z. (2016). El amor y las nuevas tecnologías: experiencias de comunicación y conflicto. *Comunicación y Sociedad*, 25, 15-41. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n25/n25a2.pdf>
24. Sanz, J., Perdígón, A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14 (3), 249-280. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1806/180617972001/>
25. Vallejo, M.A. (2012). *Manual de terapia de conducta I*. Madrid, España: Dykinson.
26. Young, J.E, Klosko, J.S., y Weishaar, M.E. (2003). *Terapia de esquemas*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 30/01/2018. Aceptado: 29/08/2018

MECANISMOS, DETERMINANTES Y FUNCIONES DE LA IMAGEN Y LA (IN)SATISFACCIÓN CORPORAL

MECHANISMS, DETERMINANTS AND FUNCTIONS OF BODY IMAGE AND BODY (DIS)SATISFACTION

Dra. Elisabet Tasa Vinyals

Médico. Psicóloga. Máster en investigación clínica aplicada. Máster en estudios de género interseccional (*Gender Studies, Intersectionality and Change, Linköpings Universitet, Suecia*). Posgraduada en psicoterapia integradora. Filiación actual: Médico residente. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Osona Salut Mental. Hospital Universitari de Vic.

Correspondencia: Dra. Elisabet Tasa Vinyals. Hospital Universitari de Vic. Servei de Psiquiatria i Salut Mental. Osona Salut Mental. Carrer de Francesc Pla El Vigatà, 1, 08500, Vic (Barcelona), España. Tel. 699 628 980. E-mail: etasa@chv.cat



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:62-77.



RESUMEN

La (in)satisfacción corporal se enmarca en el componente subjetivo valorativo de la imagen corporal. Su estudio tiene una gran importancia en la actualidad dadas las numerosas y prevalentes manifestaciones psicológicas y somáticas de la relación disfuncional con el propio cuerpo. Se analiza aquí el fenómeno de la (in)satisfacción corporal desde una perspectiva sociocultural, cognitivoconductual y feminista. Se pone en relación con los conceptos de atractivo físico y deseabilidad, y se señala la superposición y contaminación mutuas entre el saber médico y los imperativos estéticos, subrayando las connotaciones económicas y políticas de los sistemas de producción y decodificación de significados. Se apunta a un análisis interseccional en el cual el cuerpo funciona como símbolo de pertenencia y adscripción a las normas, privilegios y restricciones. Se discuten variables psicológicas, producto de complejas interacciones entre mecanismos psicobiológicos y derivados de aprendizajes vitales, que son clave para la comprensión de la génesis de la (in)satisfacción corporal en el plano subjetivo individual. Se aborda la (in)satisfacción corporal desde una perspectiva feminista de la mano de conceptos como la conciencia de objetificación corporal o la identidad heterodesignada, y se conceptualiza la relación de la presión estética con otros tipos de opresión machista, proponiéndola como metáfora de lo que ocurre en el espacio público. Se conceptualiza la vivencia de la satisfacción corporal como una experiencia de plenitud y se subraya el inmenso, crucial y tangencial potencial sociopolítico que entraña la relación con el propio cuerpo y con los cuerpos de las demás personas.

Palabras clave: Imagen corporal, Satisfacción corporal, Psiquiatría feminista, Gordofobia.

ABSTRACT

Body (dis)satisfaction is a part of the subjective component of body image. The concept is of great relevance at present, given the numerous and prevalent psychological and somatic manifestations of a dysfunctional relationship with the own body. The phenomenon of body (dis)satisfaction is analyzed here from a sociocultural, cognitive-behavioral and feminist perspective. It is linked to the concepts of physical attractiveness and desirability, in ways that point out the complex intertwining between medical knowledge and aesthetic imperatives and underline the economic and political connotations of systems of production and decoding of meanings. An intersectional analysis in which the body functions as a symbol of belonging and ascription to the norms, privileges and restrictions is proposed. Psychological variables are also discussed and understood as products of complex interactions between psychobiological mechanisms and vital experiences which are key to the understanding of the genesis of body (dis)satisfaction in the individual subject. Body (dis)satisfaction is approached from a feminist perspective via concepts such as objectified body consciousness or heterodesignated identity. There is an emphasis of the link between aesthetic pressure and other types of male supremacist oppression, proposing the body as a metaphor of what happens in the public space. The experience of corporal satisfaction is conceptualized as one of fulfillment. The immense, crucial and tangential sociopolitical potential that emanates from the relationship with one's own body and the bodies of others is underlined.

Keywords: Body image. Body satisfaction. Feminist psychiatry. Fatphobia.



"There is more wisdom in your body than in your deepest philosophy"

Friedrich Nietzsche, Thus Spoke Zarathustra¹

Este artículo se ha estructurado en tres partes, referentes a la perspectiva sociocultural, la perspectiva cognitivoconductual y la perspectiva feminista. Es una de tantas organizaciones posibles. No obstante, quiero remarcar que no deben considerarse como tres perspectivas alternativas, opuestas o mutuamente excluyentes, ni tampoco consecutivas desde un punto de vista histórico o genealógico. Más bien se trata de tres ángulos algo diferentes desde los cuales contemplar el mismo fenómeno. Todo lo que se dirá bajo los tres epígrafes es igualmente verdadero e igualmente relevante: la organización en tridente sólo es un recurso didáctico para hacer más sencilla la comprensión de un constructo complejo.

La (in)satisfacción corporal se enmarca en el componente subjetivo valorativo de la imagen corporal. Su estudio tiene una gran importancia porque, como se ha comentado en un artículo anterior (Tasa-Vinyals, 2018), hoy en día la mayoría de las personas, especialmente las mujeres (de aquí la absoluta necesidad de adoptar una perspectiva explícitamente feminista en el análisis de la imagen corporal), sufren las numerosas manifestaciones psicológicas y somáticas de la insatisfacción corporal, o relación disfuncional con el propio cuerpo. Dichas manifestaciones pueden incluir ansiedad, depresión, preocupaciones, rumiaciones, malestar emocional general, y molestias y dolores de muy variables clases. Todo ello desemboca en un sufrimiento crónico que se puede considerar relacional, si tomamos la insatisfacción corporal, como a mí me gusta hacerlo, como una mala relación con el propio cuerpo. En palabras del médico francés experto en meditación Christophe André (2013):

"El sufrimiento tiende [...] a convertirse en el centro de gravedad de la conciencia, un sol negro alrededor del cual todo va a la deriva. El espacio de la conciencia parece encogerse a su alrededor, solo hay lugar para el dolor, para nada más. Consiste en esto, el sufrimiento: el dolor que ocupa todo el espacio e impide que el resto de sensaciones o de pensamientos se instalen de forma duradera. Toda la energía de

la mente es absorbida y consumida por el dolor: no existe nada más." (André, 2013, p. 204¹).

Este párrafo ilustra especialmente bien las consecuencias de un sufrimiento crónico y difícil de gestionar psicológicamente, por la perversa circunstancia de que el motivo del dolor, la fuente del sufrimiento, es el propio cuerpo, la estructura – la cáscara – en la cual vivimos y de la que no podemos escapar. No obstante, la insatisfacción corporal y las problemáticas de relación con el propio cuerpo no deben entenderse desde una perspectiva únicamente psicológica, individual o personal, puesto que entrañan una dimensión sociopolítica, y juegan un importante papel en la construcción de la salud pública, el bienestar colectivo, el derecho a disfrutar del propio cuerpo y el ejercicio de la ciudadanía sexual de Weeks (1998).

En un artículo precedente ya se han introducido la mayoría de los conceptos clave que vamos a tratar aquí. Por tanto, en este artículo intentaremos dar cuenta, de forma concreta y a menudo ejemplificada, de los mecanismos, factores determinantes y funciones sociopolíticas de la imagen y la (in)satisfacción corporal como fenómenos de crucial importancia en nuestra era.

LA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL: MODELO ESTÉTICO HETEROIMPUESTO, DISCURSO BIOMÉDICO, DESEABILIDAD Y ATRACTIVO FÍSICO

La primera fuente de (in)satisfacción corporal que analizaremos va relacionada con los conceptos de atractivo físico y deseabilidad, su importancia en el contexto sociocultural, y la necesidad sociocultural de lucir un aspecto externo de acuerdo con unos determinados parámetros.

La cultura construye complejos entramados de significados alrededor de la variabilidad natural de morfologías corporales existente, lo cual implica que dichos significados varían geográfica e históricamente. Dichos significados

¹ Traducción del catalán propia de la autora.



están a menudo alejados de hechos médicos o científicos susceptibles de considerarse sólidos, aunque puedan adoptar aspectos formales que les son característicos. Son fundamentalmente promovidos, legitimados y perpetuados por los medios de comunicación y la publicidad, y canalizados durante la socialización (especialmente en las primeras etapas de la vida) a través de agentes como la familia, las amistades, los maestros o los profesionales sanitarios (Toro, 1996; Raich, 2000). No obstante, muchas veces las instituciones comparten, legitiman y mantienen los postulados de la ideología culturalmente dominante acerca del presunto ideal de imagen corporal. Por ello, la dimensión subjetiva de la imagen corporal no puede analizarse prescindiendo del contexto sociocultural del sujeto, el cual comprende la publicidad, la moda y otras formas mercantiles de regulación y promoción del consumo, pero también las instituciones educativas, sanitarias, académicas y políticas.

Conviene aquí remarcar, dado el papel que interpreta la ciencia en los procesos de construcción del corpus de conocimiento colectivo, que los procesos de investigación científica están ubicados en la realidad sociocultural que les es contemporánea, con lo cual existe superposición y contaminación mutua entre el saber médico que se conviene en llamar riguroso (procedente de estudios metodológicamente bien diseñados y acuradamente llevados a cabo) y los imperativos estéticos. El discurso científico biomédico forma parte de la cultura, y por ello es imprescindible tratarlo bajo este epígrafe. Siempre considerando la dependencia de contexto de las conclusiones científicas, podemos afirmar que las conclusiones de la investigación biomédica se entremezclan con creencias de tipo misticoreligioso², como ocurre en el caso de la obesidad y la lipofobia en nuestra cultura.

Existe en la actualidad un consenso científico sólido que conviene en señalar la relación entre la obesidad, especialmente en sus formas más severas, y diferentes formas de morbimortalidad. Así es recogido por las principales instituciones internacionales competentes en materia de sanidad, como la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, la mayoría de las personas corrientes, e incluso muchos profesionales sanitarios, son partícipes en la simplificación y bidimensionalización de la relación existente entre peso corporal y riesgo de morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares o metabólicas, lo cual suele conducir a la asociación directa y simplista de delgadez a salud y no-delgadez³ a enfermedad. Esta asociación es promovida también, generalmente, por los medios de comunicación y la publicidad, pues a menudo los dos entes pretenden apoyar sus discursos propagandísticos en la ciencia.

En este sentido, y sin que ello menoscabe el valor del consenso científico vigente, existe desde hace décadas un cuerpo consistente de literatura que matiza y desnaturaliza la relación entre el peso corporal y la morbimortalidad, siendo numerosos los autores que, en la actualidad, rechazan que se trate de una simple correlación directa o, mucho menos, de una relación etiológica unidireccional (Troiano, Frongillo, Sova y Levitsky, 1996; Raich, 2000; Flegal, Graubard, Williamson y Gail, 2005; McGee, 2005; Orpana, Berthelot, Kaplan, Feeny, McFarland y Ross, 2010; Bacon y Aphramor, 2014). De hecho, ya en los años ochenta del siglo pasado se recomendaba prudencia a la hora de asociar peso corporal con salud y longevidad, alertando de la probable influencia de múltiples variables confusionales en esta relación (Simopoulos y Van Itallie, 1984; Bozorgmanesh, Arshi, Sheikholeslami, Azizi y Hadaegh, 2014). Particularmente, distinción categorial y conceptual entre sobrepeso y obesidad ha sido problematizada por

² Es decir, basadas en prácticas de fe, canonización y satanización más que en un discurso basado en la evidencia. Es propio de los planteamientos postmodernistas, y digno de mención en este punto, el escepticismo o rechazo hacia la idea de una epistemología o un corpus de conocimiento universal, válido y no sesgado, así como la consideración de objetos de investigación estáticos geopoliticotemporalmente: sin embargo, me conviene más adoptar aquí la perspectiva – utilitarista – de la Medicina Basada en la Evidencia (Evidence-Based Medicine, EBM), de las epistemologías más tradicionales – aunque críticas, como la epistemología feminista – o de las perspectivas basadas en el concepto de standpoint.

³ Cuando no me refiero específicamente a la clasificación médica de la población en categorías ponderales (infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad grados I a IV), basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), prefiero hablar de delgadez y no-delgadez, en una línea similar a lo que hacen algunos autores cuando hablan de gordura (fatness) (Bacon y Aphramor, 2014). El movimiento activista antilipofobia da soporte a esta terminología y a menudo adopta la denominación antigordofobia. El motivo de preferir esta terminología es la menos que sólida base científico-médica del sistema categorial anteriormente mencionado, como se verá, y el hecho que las categorías del sistema basado en el IMC medicalizan sin base empírica clara la diversidad corporal existente sin reconocer explícitamente la dimensión política (violencia estructural estética) de la categorización del peso. Sobrepeso y obesidad son términos casi nosológicos, mientras que delgadez y no-delgadez o gordura son términos referentes a la variabilidad ponderal poblacional. En este sentido, mi posición académica es que la medida de parámetros antropométricos, el cálculo del IMC y su uso para la ulterior clasificación de la población en categorías basadas en la relación peso / talla² constituye un Apparatus of Bodily Production [aparato de producción corporal] harawayano (Haraway, 1991a).



TABLA I. Resumen 1

- La cultura construye complejos entramados de significados alrededor de la variabilidad natural de morfologías corporales existente, lo cual implica que dichos significados varían geográfica e históricamente. El discurso científico biomédico forma parte de la cultura, y por ello es imprescindible tratarlo bajo este epígrafe.
- La distinción categorial entre sobrepeso y obesidad ha sido problematizada por numerosos autores, y de forma especialmente interesante desde prismas interseccionales críticos con el eurocentrismo.
- La dimensión subjetiva de la imagen corporal no puede analizarse prescindiendo del contexto sociocultural del sujeto, el cual comprende de la publicidad, la moda y otras formas mercantiles de regulación y promoción del consumo, pero también las instituciones educativas, sanitarias, académicas y políticas.
- Existen enfoques alternativos sólidos, respetuosos con los derechos humanos y probablemente más eficaces en la consecución y mantenimiento de un óptimo estado de salud que la estigmatización de las personas obesas y la presión clínica para que modifiquen sus cuerpos; estos enfoques están basados en una idea afirmativa de la salud de las personas obesas.

numerosos autores, y de forma especialmente interesante desde prismas interseccionales críticos con el eurocentrismo (Misra, 2003). Por ende, en los casos en que los datos en los que se sustenta el consenso científico vigente e imperante se simplifican o universalizan acríticamente, podemos asistir a la génesis y avance de una cruzada proadalgamiento que se convierte más en una guerra contra los cuerpos (y las personas que viven en ellos) que no en una guerra contra la obesidad (Bacon y Aphramor, 2014). En este sentido, además, existen enfoques alternativos sólidos, respetuosos con los derechos humanos y probablemente más eficaces en la consecución y mantenimiento de un óptimo estado de salud que la estigmatización de las personas obesas y la presión clínica para que modifiquen sus cuerpos; estos enfoques están basados en una idea afirmativa de la salud de las personas obesas (Burgard y Lyons, 1996; Tribole y Resch, 2003; Bacon, 2008; Bacon y Aphramor, 2014). En este punto, cabe recordar que entre los objetivos y razones de ser de la medicina se hallan combatir la enfermedad y dignificar vidas humanas, de acuerdo con el compromiso hipocrático que los médicos juramos al finalizar nuestra formación (Tabla I).

Además, el método usado para clasificar las personas en las diferentes categorías de peso se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC), un valor que se obtiene de dividir el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado. Este

indicador dista de ser óptimo porque no discrimina entre los diferentes componentes que contribuyen al peso corporal (numerador), como pueden ser los tejidos conectivo óseo o adiposo, o el tejido muscular, que tienen densidades diferentes. De todos modos, aunque se subsanara este defecto, la relación entre el peso y la altura es un indicador de la morfología corporal, y no un dato médico per se, como pueden ser la tensión arterial o los niveles de glucosa o de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL, Low-Density Lipoproteins) en sangre. Si algunos estudios han hallado relación entre alguno de estos parámetros de salud y la morfología corporal, se trata de una correlación, que es un tipo de relación estadística que no implica causalidad. Ello quiere decir que muchas variables (que los investigadores llamamos variables confusionales) pueden explicar la relación obtenida. Es muy explicativo el siguiente ejemplo obtenido de uno de los libros de la nutricionista y psicóloga Linda Bacon, creadora del innovador concepto y movimiento llamado Health at Every Size [Salud en Todas las Tallas], que intenta devolver la el raciocinio y la cordura a la investigación, las políticas y la clínica médicas en lo que respecta a las conductas de control del peso y la salud (Bacon, 2008; Bacon y Aphramor, 2014). Estadísticamente, existe una correlación clara entre la calvicie y el riesgo de muerte cardiovascular. Sin embargo, hay que conocer que los hombres alopecicos suelen tener mayores niveles de testosterona, puesto que esta molécula hormonal, de tipo lipídico esteroide, se relaciona fisiopatógicamente con la calvicie; pero se pueden presentar niveles elevados de testosterona por cualquier otra causa. Por tanto, son los niveles de testosterona y no la falta de cabello los que configuran el riesgo para la salud. En el caso de la relación entre peso y salud, muchísimos factores presentes con mayor frecuencia entre las personas con mayor IMC, en parte por la propia estructura opresiva y estigmatizadora de la sociedad, pueden explicar el peor estado de salud de estas personas: por ejemplo, el peor estado de salud psicoemocional, la marginalización y estigmatización social que conduce a la precarización de las condiciones de vida, o la falta de conductas de contacto con el propio cuerpo o el menor nivel de conexión con el propio cuerpo (que sirven como señales de alarma o procedimientos de cribado básico en muchas ocasiones) son variables que pueden conducir a una persona a una peor salud y a un contacto menos frecuente y de menor calidad con el sistema sanitario (Crespo, Garcia-Palmieri, Perez-Perdomo, McGee, Smit, Sempes,



Min y Sorlie, 2002; Drury y Louis, 2002; Marmot y Wilkinson, 2003; Lillis, Levin y Hayes, 2011; Bacon y Aphramor, 2014). En este sentido, algunas investigaciones han hallado que el sobrepeso no parece asociar, per se, un peor estado de salud mental (Huang, Frangakis y Wu, 2006).

Si se negligir las idiosincrasias y susceptibilidades individuales, pues, las interpretaciones cognitivo-emocionales que la persona elabore alrededor de su hecho corporal estarán influidas en gran medida por las narrativas socioculturales que se construyan alrededor de una determinada característica corporal, ubicada dentro del espectro de variabilidad poblacional. Por ejemplo, la delgadez se asocia en la cultura occidental contemporánea con profesionalidad y éxito, mientras que la obesidad e incluso el sobrepeso (definido, como hemos visto, de maneras no siempre justificables médicamente) presenta connotaciones de holgazanería, desidia, enfermedad y poco valor personal. En nuestra cultura, actualmente, las prácticas de control del cuerpo han tomado un papel tan relevante en los ámbitos personal y relacional que puede compararse, en cierto sentido con las prácticas religiosas de purificación (Toro, 1996). Los rituales de control del cuerpo, a menudo patológicos como sobreingestas compulsivas y vómitos autoinducidos, se han erotizado hasta llegar a dotar de nuevos sentidos y dimensiones los tradicionales trastornos de la conducta alimentaria (Tasa-Vinyals, 2015b).

Evidentemente, este sistema semiológico tiene claras connotaciones económicas y políticas. Cabe destacar que estos significados están profundamente imbricados en los sistemas socioculturales definidos por los ejes de poder diferencial, como los sistemas de género, etnia, clase social, edad, sexualidad, (dis)capacidad, etc. Por ejemplo, anteriormente en la cultura occidental predominante se consideraba bella la piel blanca porque era indicativa de una posición socioeconómica privilegiada, mientras que la piel oscurecida por el sol era despreciada por ser propia de las personas obreras que trabajaban al aire libre durante largas jornadas. Los ideales estéticos masculino y femenino pueden entenderse como metáforas de las construcciones socioculturales de masculinidad y feminidad: los hombres deben ser fuertes, muscudos y más corpulentos, mientras que las mujeres deben

tener una apariencia débil y enfermiza, menudas, delgadas y con menor estatura (Wolf, 1990; Toro, 1996). En ocasiones, los medios de comunicación de moda han emblanquecido la tez de celebridades de etnia no blanca con el objetivo de aumentar su atractivo (y su valor). Existen también conexiones interseccionales entre, por ejemplo, género y sexualidad, como cuando los hombres y mujeres que se alejan del canon de belleza establecido para su género tienden a ser tildadas de homosexuales ("aspectos" gays o lésbicos, con diferentes subcategorizaciones), o el rechazo que pueden suscitar socialmente los cuerpos sin adscripción al sistema binario de sexo/género (como por ejemplo las presentaciones queer o las poblaciones *Two-Spirit* en Norteamérica⁴). Los sistemas ideológicos derivados de la intersección de los ejes de poder son altamente complejos, pero el cuerpo ha sido y es central en la práctica totalidad de ellos. El cuerpo es símbolo de pertenencia y adscripción a las normas, privilegios y restricciones de un género, una etnia, una clase social, un estado de salud-enfermedad, una religión estética. Un ejemplo interesante, reportado por Carol Smith-Rosenberg (2014), es la constitución sociocultural de la identidad europea en contextos de colonización mediante procesos de racialización y generación de las poblaciones colonizadas, usando para su representación imágenes sexualizadas de mujeres desnudas, en un juego corporal de significados que responde al imaginario fantasioso masculino europeo de que su penetración es bienvenida (Hall, 1995; Morgan, 1997). Este tipo de imágenes del cuerpo femenino sexualizado, en interacción con otras categorías a la periferia del poder (raza no blanca, extrema juventud, lesbianismo o bisexualidad, etc.) siguen a la orden del día y persiguen una clara función política. La función política de la ideología estética se pone de manifiesto en las estrechas conexiones existentes entre la moda y el guión románticopornográfico normativo⁵ (Tabla II).

La cultura, pues, crea un caldo de cultivo para la construcción de la imagen corporal, la relación con el propio cuerpo y las relaciones entre los cuerpos en sentidos determinados con complejos significados sociopolíticos. La investigación centrada en el llamado modelo sociocultural de la imagen corporal enfatiza la existencia de unos ideales sociales de belleza y de-

4 *Two-Spirit* es un término acuñado por los estadounidenses nativos contemporáneos para referirse a individuos en los sistemas socioculturales multigénero amerindios. El término quiere expresar la existencia de un espíritu femenino y uno masculino dentro del mismo cuerpo. Ha estado relacionado con movimientos amerindios LGBT. Para más información, ver Jacobs, Wesley y Lang (1997).

5 Actualmente estoy profundizando en este aspecto en mi trabajo sobre corporeidad y sexualidad en la Linköpings Universitet (Suecia), de próxima publicación.



TABLA II. Resumen 2

- En nuestra cultura, actualmente, las prácticas de control del cuerpo han tomado un papel tan relevante en los ámbitos personal y relacional que puede compararse, en cierto sentido con las prácticas religiosas de purificación.
- Los sistemas ideológicos derivados de la intersección de los ejes de poder son altamente complejos, pero el cuerpo ha sido y es central en la práctica totalidad de ellos. El cuerpo es símbolo de pertenencia y adscripción a las normas, privilegios y restricciones de un género, una etnia, una clase social, un estado de salud-enfermedad, una religión estética.

seabilidad transmitidos mediante una serie de canales socioculturales (fundamentalmente la tríada medios de comunicación, familia y amistades), que son interiorizados por las personas y en base a los cuales, mediante mecanismos psicológicos de comparación y autoevaluación respecto a la norma (mediática, que no estadística), generan la (in)satisfacción corporal. Es importante remarcar que, generalmente, el modelo estético que se pregona socioculturalmente esta considerablemente alejado de la normalidad poblacional⁶, lo cual responde a intereses económicos y políticos y sustenta un estado de crónica insatisfacción corporal colectiva, como evidencian los datos de prevalencia de descontento corporal en la población comentados previamente. Se ha demostrado repetidamente y de casi todas las maneras posibles la influencia de la familia, las amistades y – sobretodo – los medios de comunicación en la imagen corporal. Sabemos, por ejemplo, que los padres pueden transmitir directa o indirectamente sus preocupaciones corporales a la descendencia, que los grupos de amigas presentan generalmente patrones similares de imagen corporal y de restricción alimentaria, y que el consumo asiduo de productos periodísticos reproductores o poco críticos con la ideología estética dominante afecta la imagen corporal, especialmente en edades adolescentes (Thomsen, Weber y Brown, 2002; Utter, Neumark-Sztainer, Wall y Story, 2003; Tiggemann, 2011; Tasa-Vinyals, 2013). Se han propuesto modelos matemáticos integradores de las variables y mecanismos socioculturales hasta aquí mencionados, que parecen exitosos tanto en el modelo estético femenino como en el masculino (Thompson y Stice, 2001).

Sin embargo, es evidente que existen factores personales que modulan el impacto potencialmente devastador de esta

corriente propagandística patógena, puesto que, aunque la insatisfacción corporal es actualmente normativa, se objetiva en muy diferentes grados en personas expuestas de forma similar a los ideales socioculturales, y con características corpomateriales similares. Además, es muy difícil estudiar experimentalmente hasta qué punto la exposición mediática es precedente, y causa o contribuye a, la (in)satisfacción corporal, o si la relación disfuncional con el cuerpo puede aumentar a su vez la exposición mediática mediante mecanismos obsesivo-compulsivos u otros.

LA PERSPECTIVA COGNITIVOCONDUCTUAL

Variables psicológicas individuales, pues, producto de complejas interacciones entre mecanismos psicobiológicos genéticos y derivados de aprendizajes vitales, son clave para la comprensión de la génesis de la (in)satisfacción corporal, y pueden explicar por qué personas con morfologías corporales similares sometidas a influencias socioculturales parecidas pueden filtrarlas de maneras diferentes y presentar imágenes corporales considerablemente diferentes.

Cash (2011) distingue entre factores históricos y proximales a la hora de explicar la modulación cognitivoconductual de la imagen corporal. Los factores históricos incluyen la socialización cultural (por ejemplo, en el seno de la familia o del colegio), las experiencias interpersonales, las características y cambios de la apariencia física personal, y las variables de personalidad. En cambio, los factores proximales constituyen eventos vitales actuales y precipitan o mantienen las influencias ejercientes sobre la imagen corporal; aquí encontramos, por ejemplo, los estilos de procesamiento de la información (estilos cognitivos), las acciones de autorregulación, las emociones relacionadas con el cuerpo, los diálogos internos, etc. Todos estos factores interactúan entre ellos de maneras altamente complejas para generar y mantener la imagen corporal, y lo hacen fundamentalmente concretizando o modulando el entorno sociocultural referido en el anterior apartado. El grado de importancia y credibilidad que las personas concretas de nuestro entorno (como padres, hermanos o amistades) dan a los mensajes mediáticos parece ser clave para el establecimiento de nuestra relación con los mismos. Ejemplos de ello son los comentarios valorativos emitidos por padres,

⁶ Por ejemplo, se estima que el modelo estético femenino actual, difundido en las revistas, televisión, videojuegos, etc., tiene un IMC de 16.3 kg.m⁻² aproximadamente (la convención clínica actual considera normal un IMC entre 20 y 24.9 kg.m⁻²).



TABLA III. Resumen 3

- El grado de importancia y credibilidad que las personas concretas de nuestro entorno (como padres, hermanos o amistades) dan a los mensajes mediáticos parece ser clave para el establecimiento de nuestra relación con los mismos.
- Por otra parte, factores relacionados con la diversidad cognitiva poblacional, como la autoestima, el autoconcepto, los estilos de afrontamiento o la resiliencia, influyen la integración y uso de la información disponible sobre el propio cuerpo.

compañeros de colegio, maestros o hermanos, especialmente en edades vulnerables del desarrollo como la infancia y la adolescencia. De hecho, el bullying por razones de apariencia física no normativa es una experiencia muy habitual en edad escolar, y se ha relacionado significativamente con insatisfacción corporal (Cash, 2011). Es importante insistir aquí en el concepto de facticidades prediscursivas, introducido anteriormente: en efecto, se ha comprobado que las criaturas menos agraciadas según el ideal estético dominante reciben más burlas y peor trato por parte del entorno, incluidos adultos e iguales, y que ello tiene consecuencias traumáticas desde edades muy tempranas. En algunos casos, estas criaturas y adolescentes optan por modificar su aspecto corporal, de formas a veces irreversibles, minando así la corpodiversidad natural que enriquece la población y favoreciendo la unificación bioantropomórfica. Por ejemplo, recientemente ha transcendido el caso de un niño de solamente seis años que se ha sometido a otoplastia para normativizar el aspecto de sus orejas "élficas", incapaz de soportar las burlas de sus compañeros (Telecinco, 2015). (Tabla III).

Además, los cambios inherentes a la corporeidad humana también afectan la imagen corporal, puesto que en general los procesos psicológicos se afianzan de forma gradual y, por tanto, no suelen responder bien a los cambios bruscos. De esta forma, los periodos vitales caracterizados por cambios corporales repentinos, como la pubertad o el embarazo, suelen considerarse etapas críticas para la imagen corporal (Raich, 2000; Cash, 2011). Por otra parte, factores relacionados con la diversidad cognitiva poblacional, como la autoestima, el autoconcepto, los estilos de afrontamiento o la resiliencia, influyen la integración y uso de la información disponible sobre el propio cuerpo. En el ámbito de los factores proximales o desencadenantes, se consideran experiencias más puntuales y cotidianas que, como hemos comentado

anteriormente, suelen precipitar los cambios en la imagen corporal que se observan en las personas más a corto plazo. Ejemplos de estas experiencias pueden ser los comentarios recibidos acerca de la apariencia en un día concreto, la exposición a espejos y otras superficies reflejantes, o eventos psicoemocionales directa o indirectamente relacionados con el cuerpo, como una relación sexual insatisfactoria o una ruptura sentimental.

Nos interesa aquí, pues, la integración cognitiva y conductual de los mensajes sobre el cuerpo y las relaciones inter e intracorporales emitidas en el contexto sociocultural. Para ello, resulta especialmente útil recurrir al modelo cognitivosocial de Bandura (1986), que explica cómo las bases socioculturales, fundamentalmente el modelo estético predominante, fundamentan los sistemas de creencias y conductas de la imagen corporal. Como habitualmente se explican estos procesos en negativo, para dar cuenta de la génesis de las problemáticas de alimentación y relación con el cuerpo, en este apartado trataré de dar la visión complementaria y analizarlo en positivo. La identificación y crítica del modelo estético y sus distintas manifestaciones, el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico alrededor de la dimensión corporal y la estética, el desafío y deconstrucción de los discursos pseudocientíficos y/o estéticos dominantes, el incremento de la autoconfianza y la autonomía, o la mejora de las habilidades comunicativas y de aprendizaje son maneras de modular el efecto objetivable que el contexto sociocultural imprime sobre las personas o los colectivos. Otra forma de expresar esta idea es decir que la potenciación de determinadas habilidades cognitivas y conductuales en los individuos les confiere cierto grado de inmunización contra los efectos potencialmente perniciosos de los discursos mediáticos: en efecto, igual que una vacuna, las intervenciones cognitivoconductuales diseñadas sobre esta base pretenden estimular el sistema inmune (cognitivo) natural, preexistente en la persona, y lograr la movilización de recursos que, a su vez, permitirán el aprendizaje de otros nuevos y la generación de una "cadena de cambio cognitivo" entre el grupo de iguales (Tasa-Vinyals, 2015c). Estos anticuerpos cognitivos han demostrado empíricamente ser capaces de mejorar la imagen corporal de forma mantenida, reduciendo de este modo las probabilidades de padecer problemáticas relacionadas con la alimentación y el peso corporal, así como trastornos de la conducta alimentaria, dismorfofobia y otros relacionados.



La disonancia cognitiva es un concepto acuñado por Festinger (1957) para describir el malestar psicológico que aparece cuando existe discrepancia entre nuestras creencias y nuestras acciones. Esta tensión psicológica tiene el potencial de modificar las creencias y/o las conductas. De este modo, a menudo las cogniciones y conductas de rechazo y deseo de modificación del propio cuerpo se mantienen por la ignorancia de los propios mecanismos sociales, culturales, económicos, políticos y personales que los sustentan. La publicidad y los medios de comunicación lo saben bien, y ello es – sin ir más lejos – lo que motiva la emisión de mensajes confusos o directamente falsos en términos de los supuestos beneficios del ideal corporal para la salud. Sin embargo, todas las características o procesos psicológicos que impliquen el desmantelamiento de tales discursos e ideas, y la puesta de manifiesto de sus consecuencias y su absurdidad, van a aumentar la probabilidad de cambio conductual en el sentido de relación más adaptativa con el propio cuerpo.

Se ha hablado anteriormente de la relativa imposibilidad de imprimir modificaciones sustanciales y duraderas sobre la morfología y características corporales que a menudo preocupan a las personas (peso, silueta, color de piel, tipo y aspecto del cabello, etc.), así como de la mayor importancia del componente perceptivo de la imagen corporal sobre las características antropométricas objetivables en el cuerpo. En este sentido, parece ser que las personas que poseen características psicológicas relacionadas con la aceptación y la celebración del propio cuerpo y de la diversidad corporal existente en la sociedad son menos proclives a la insatisfacción corporal, y por ello, a emprender conductas potencialmente patológicas de control del cuerpo, como las dietas restrictivas o los costosos y a menudo largos y dolorosos procedimientos de cirugía estética (Raich, 2000). Esto ha hecho que, últimamente, las intervenciones psicológicas para la mejora de la imagen corporal se hayan centrado en el concepto de aceptación corporal.

La aceptación, concepto distinto a los de aprobación o resignación, es uno de los pilares de las prácticas meditativas. No es necesario que una idea, persona u objeto nos guste para aceptarlos; aceptar consiste en admitir, con lucidez y serenidad, que tales cosas existen, que ya forman parte del cosmos, y desde esta posición mental, observarlas (André, 2013). Y, por qué no, observarlas críticamente. La aceptación se diferencia de la aprobación porque no implica necesaria-

mente agrado, y de la resignación porque nos prepara para la acción, para actuar desde un estado mental óptimo. El paso cognitivo-emocional previo que supone el instante de aceptación nos pone en la situación de decidir, libremente, entre distintos tipos de acción, incluyendo la no-acción.

La aceptación del propio cuerpo, por tanto, modifica por sí misma la imagen corporal, y por ello encierra un poder de empoderamiento y emancipación importantísimo. La comprensión de la general inutilidad de las conductas de control sobre el propio cuerpo, y del potencial de la aceptación corporal como base de la relación con la propia materialidad constituyente, suele referirse en las narrativas personales como un punto y aparte en el camino hacia la satisfacción corporal y la relación sana, amigable y cómplice con el propio cuerpo, como la que se tiene con un buen amante/compañero. En el fondo, la aceptación es un acto revolucionario de ruptura con la idea de perfección y la lucha incesante y destructiva por la consecución de esta; una lucha desgarradora por un ideal intrínsecamente imposible que mantiene la frustración, el autoodio o el autoamor a medias (en contraposición al autoamor pleno), a menudo durante años e incluso durante vidas enteras.

"Cada vez que abro una revista o enciendo la televisión, sigo recibiendo cientos de mensajes que me dicen que mi cuerpo se está haciendo viejo y que debo dejar de comer lo que me apetece y empezar a estirar, arrancar y rellenar varios centímetros de mi piel para que sea perfecto. Pero, ¿qué es perfecto y por qué debería yo serlo? Yo quiero ser cada día más feliz cuidando de mi cuerpo, no luchando contra él en una guerra sin fin. A pesar de todo lo que me han enseñado, no es mi enemigo. Muy al contrario, es mi campo de paz, mi territorio de amor y libertad." (Amanda A. y Javi [Seudónimos], Proyecto Kahlo, 2015).

LA PERSPECTIVA FEMINISTA

Aproximadamente el noventa por ciento de las personas que luchan contra un trastorno de la conducta alimentaria o viven de forma disonante cuestiones relacionadas con su alimentación e imagen corporal son mujeres (Toro, 1996; Raich, 2000; Ogden, 2005). Como hemos mencionado anteriormente, la insatisfacción corporal y la relación disfuncional con el propio cuerpo (esto es, la concepción del cuerpo como fuente de displacer y no de placer) son normativas entre las



TABLA IV. Resumen 4

- La insatisfacción corporal y la relación disfuncional con el propio cuerpo (esto es, la concepción del cuerpo como fuente de displacer y no de placer) son normativas entre las mujeres en las sociedades occidentales y occidentalizadas.
- Un estudio pretendidamente científico y neutral acerca de la imagen corporal que ignore la realidad de esta estructura, y adopte una perspectiva naïve ante el significado político-opresor del modelo estético impuesto es, precisamente, sesgado, en tanto que asume y legitima la visión de los colectivos dominantes en el marco sociopolítico.

mujeres en las sociedades occidentales y occidentalizadas. Además, las cuestiones de imagen corporal, empezando por el ideal estético, parecen seguir patrones diferentes en mujeres y hombres, puesto que se relacionan muy íntimamente con cuestiones relativas al sistema sociopolítico de género. Por ello, un abordaje explícitamente feminista de la imagen corporal es imperativo. Desde la revolución de la salud de las mujeres (Women's Health Movement) de las décadas de los 60 y los 70 del siglo pasado en Boston, que se materializó en el conocidísimo y tan editado volumen *Our Bodies, Ourselves* (Boston Women's Health book Collective, 2011 [editado originalmente en 1969]), el género y – específicamente – la femineidad se han situado en el centro de las luchas de la corporeidad. Las críticas fundamentales que han matizado este movimiento se han realizado desde posturas interseccionales, especialmente en lo que refiere a la integración de realidades divergentes de colectivos femeninos marcados por factores raciales y de sexualidad (por ejemplo, los feminismos negros y los feminismos lésbicos o los *queerfeminismos*) (Tabla IV).

A pesar de ello, no es mucha la literatura concebida específicamente desde este punto de vista. Aunque la inmensa mayoría de las publicaciones acerca de la imagen corporal reconocen la naturaleza sexuada y generada (así como racializada) de este constructo, son pocos – aunque brillantes – los ensayos explícitamente feministas sobre el tema publicados hasta la actualidad⁷. Curiosamente, uno de los más impactantes fue publicado hace veinte años (Fallon, Katzman y Wooley, 1996), y sus clarividentes análisis siguen totalmente

vigente. No obstante, autores clásicos como Freud o Marcé ya trabajaron en su día con algunos de los que actualmente son principios básicos de la llamada y tan en boga perspectiva de género en salud, por lo que puede considerarse que lo que ha tenido lugar históricamente ha sido un proceso de desenfoque de las cuestiones de género en este ámbito, que actualmente se está intentando revertir desde las instituciones y el activismo (Tasa-Vinyals, 2015a). Actualmente, se habla de una hoja de ruta feminista para avanzar en la investigación y el conocimiento de los asuntos de imagen corporal y trastornos alimentarios (Striegel-Moore, 1996). Sin embargo, no todos los trabajos que se publican bajo el epígrafe del feminismo son realmente transformadores o revolucionarios, puesto que no todos trabajan realmente con una visión positiva y afirmativa de las identidades femeninas, consideran el contexto sociopolítico en el cual las realidades objeto de investigación se enmarcan y cobran sentido, y emiten análisis y conclusiones que faciliten el cambio social efectivo, desafiando el statu quo en las instituciones sociales y académicas.

En cualquier caso, la realidad es que unos determinados colectivos de hombres (habitualmente blancos, de mediana edad o maduros, adinerados, cissexuales⁸ y heterosexuales) siguen detrás de la gran mayoría de corporaciones que controlan los mundos de la moda, los medios de comunicación, la publicidad y la industria de la belleza (Peterson-Withorn [Forbes], 2015). La mayoría de los grandes empresarios en estos ámbitos responden de forma más o menos coherente a este prototipo, y/o defienden ideologías gestadas desde y para posiciones geosociopolíticas afines. Cabe destacar que, en el mundo de la moda, a menudo son hombres homosexuales los amasadores de grandes fortunas y creadores de tendencias, hecho que se ha interpretado de interesantes maneras (Toro, 1996). Un estudio pretendidamente científico y neutral acerca de la imagen corporal que ignore la realidad de esta estructura, y adopte una perspectiva naïve ante el significado político-opresor del modelo estético impuesto es, precisamente, sesgado, en tanto que asume y legitima la visión de los colectivos dominantes en el marco sociopolítico. Un análisis riguroso de la realidad contextual no puede

⁷ Algunos de ellos se incluyen en las referencias de este artículo.

⁸ De forma muy simplificada, la cissexualidad es la condición en la cual el sexo asignado al nacimiento y el género con el cual una persona se identifica coinciden, en el marco del sistema binario de sexo/género; en la transexualidad y otras entidades trans*, en cambio, existen divergencias, ya sea dentro de la norma binaria o bien transgrediéndola.



obviar las características y aprendizajes vinculados al género femenino en el sistema heteropatriarcal (docilidad, baja autoestima, dependencia, baja asertividad, falta de sororidad, conflicto con la competitividad...) y la mayor vulnerabilidad objetiva al maltrato (por parte de parejas, padres, hermanos, jefes...) de las mujeres como colectivo (Tasa-Vinyals, 2015a), y que dichos mecanismos pueden aumentar también la probabilidad de una relación disfuncional con la propia corpomaterialidad. No puede ser de otro modo, en tanto que la corpomaterialidad femenina, y especialmente algunas corpomaterialidades femeninas específicas (por ejemplo, las de las mujeres gordas), ya están desde un buen principio culturalmente marcadas por significados desvalorizantes y esencialistas: el cuerpo de la mujer es campo de batalla no únicamente de forma literal en guerras y otros escenarios, sino también en batallas ideológicas que se lo disputan como objeto decorativo, artefacto sexual, instrumento para la reproducción, y receptáculo de toda clase de significados relacionales con la normatividad masculina (Lykke, 2010).

A juzgar por las estadísticas con las que hemos abierto este apartado, parece ser que las mujeres reciben con mayor intensidad o/y son más vulnerables a las influencias socioculturales y psicosociales que conducen a una imagen corporal negativa. McKinley (2011) habla del concepto de *objectified body consciousness* [conciencia de objetificación corporal] para referirse a la vigilancia corporal (el control del propio cuerpo en términos de cuán atractivo aparece para los demás), internalización de los estándares corporales culturales (la medida en la cual los ideales estéticos culturales parecen emanar de la propia mujer), y creencias de control de la apariencia (la fe en el potencial de modificación voluntaria del propio cuerpo en un sentido deseado). El hecho de que la mayor parte de los mensajes públicos sobre el cuerpo provengan de actores masculinos y se refieran a cuerpos femeninos crea una situación de inequidad política estructural, en la cual las mujeres revisten sus cuerpos de significados cualitativamente diferentes a los de los hombres, y dada la importancia de la imagen corporal en la autoestima y el autoconcepto globales (*body image investment*, ver el inicio de este artículo), esto las sitúa como objetos de procesos de *identidad heterodesignada*, en tanto que son otros colectivos

sociopolíticos quienes establecen en gran medida cual es o debería ser su identidad (Forcades-Vila, 2008). De hecho, la teórica Naomi Wolf (1990) afirma que las llamadas revistas femeninas constituyen lo más próximo a una subjetividad colectiva que las mujeres jamás hayan tenido. La identidad de las mujeres se construye, pues, en mucha mayor medida que la de los hombres, sobre factores corporales. Ello refleja la estructura de pensamiento representativa de la filosofía occidental, en términos de las dicotomías interrelacionadas naturaleza/cultura, emocionalidad/racionalidad, corporalidad/mentalidad, feminidad/masculinidad, y – por qué no – adiposidad/muscularidad (Lykke, 2010). De hecho, el cuerpo femenino se caracteriza biológicamente por un mayor componente graso que el masculino, por razones ligadas fundamentalmente a la función reproductiva; en nuestra sociedad, tanto la lipofobia como la misoginia son normativas, y entre ellas se establecen a veces conexiones mutuamente reforzantes. Tomemos cualquier anuncio publicitario de productos dietéticos como ejemplo. De hecho, se ha propuesto que el prejuicio contra las corporalidades grasas es tan intenso en nuestra cultura que es más útil para estudiar cuestiones relacionadas con prejuicio y discriminación que el sexismo o el racismo (Rothblum, 1996).

El cuerpo femenino, originalmente revestido del carácter sagrado emanante de su capacidad de gestar vida y dar a luz, ha sobrevivido y sobrevive las embestidas del patriarcado, que lo sometió – parece ser – en base a esta misma sacra capacidad reproductiva. La esclavización de la mujer empezando por el cuerpo es, para algunos autores, la base de las formas de esclavitud sistemáticas históricamente subsiguientes (Lerner, 1986), que todavía hoy son profundamente generadas y racializadas (un ejemplo claro de ello es el sistema prostitucional, donde global y transnacionalmente hablando los retratos robot de víctimas y perpetuadores constituyen opuestos en términos de género, origen étnico, y además clase socioeconómica y edad⁹).

La representación del cuerpo femenino ha sido un tema central en el arte y otras producciones esteticoculturales en Occidente desde tiempos antiguos. La posición privilegiada de determinados colectivos masculinos en tanto que potenciales creadores, productores y reproductores de repre-

9 Los estudios sobre el sistema prostitucional establecen que las personas prostituidas son habitualmente mujeres de etnia no blanca procedentes de áreas geopolíticas empobrecidas o en conflicto, mientras que los consumidores son hombres blancos occidentales de clases medias o favorecidas (ver *Ressources Prostitution*, una gran colección francófona de datos sobre este tema [blog anonimizado debido a las amenazas que recibe de la industria prostitucional]).



TABLA V. Resumen 5

- El hecho de que la mayor parte de los mensajes públicos sobre el cuerpo provengan de actores masculinos y se refieran a cuerpos femeninos crea una situación de inequidad política estructural, en la cual las mujeres revisten sus cuerpos de significados cualitativamente diferentes a los de los hombres.
- Las restricciones del cuerpo femenino se relacionan a menudo estrechamente con la represión de su sexualidad, ya sea en forma de imposiciones de castidad o de amoldamiento de la misma a guiones eróticos heteroestablecidos.
- La presión estética se ha relacionado frecuentemente con otros tipos de opresión machista, y se ha concebido como metáfora de lo que ocurre en el espacio público. Mientras los movimientos feministas frecuentemente articulan sus demandas de igualdad de oportunidades en términos de necesitar más espacio social y político, la presión estética es ejercida sobre ellas en el sentido de que deben empequeñecerse, reducir las dimensiones de sus cuerpos.

sentaciones e ideologías, ha mainstreamizado representaciones que podríamos llamar heteropatriarcales del cuerpo de las mujeres, lo cual ha contribuido a su esencialización y subordinación al dominio corpomaterial, pero además ha delimitado las normas de la corpomaterialidad femenina y los confines de la relación de los cuerpos y sus propietarias (Wooley, 1996). El arte, por tanto, en sus funciones estética e ideológica, puede establecer y legitimar lo que es bello o no, lo que es aceptable o no, en relación a las normas corporales; aunque en su potencial revolucionario, el arte también puede cuestionar y deconstruir dichas normas. En las distintas representaciones geohistóricas de los cuerpos de las mujeres se puede trazar un complejo entramado de sexismos hostil y benevolente (Glick y Fiske, 1997; Glick y Fiske, 2001) que en gran medida da cuenta de las vivencias corporales de muchas mujeres de hoy. La idea del *placer/amor que duele*, por ejemplo, vertebrada en un sentido erotizante las experiencias alimentarias patológicas de muchas mujeres (Tasa-Vinyals, 2015b); y repensar la relación con el cuerpo y las prácticas de control sobre el mismo es una frontera especialmente ardua para muchas activistas en sus narrativas feministas personales (Wolf, 1990; Rothblum, 1996; Mas-Maresma, 2014; Femenista [Seudónimo], 2015) (Tabla V).

Las restricciones del cuerpo femenino se relacionan a menudo estrechamente con la represión de su sexualidad, ya sea en forma de imposiciones de castidad o de amoldamiento de la misma a guiones eróticos heteroestablecidos. Por ejemplo, los estudios muestran que la parte de sus

cuerpos con las cuales las mujeres están, generalmente, más descontentas es la comprendida entre la cintura y las rodillas, es decir, la más sexual, la más citada y manipulada en las prácticas publicitarias y la más invadida en ataques sexuales desde tiempos inmemoriales (Wooley, 1996; Raich, 2000). El disgusto con una parte tan central para la vivencia erótica evoca experiencias de displacer sexual, y por tanto de limitación en el potencial de desarrollo ligado a la esfera afectivosexual de la persona. De nuevo, la sexualidad externamente designada ha sido usada por algunos autores en la explicación de las más recientes transiciones en la normatividad estética aplicada a las mujeres; se ha puesto de manifiesto que, de hecho, el inicio de la obsesión por la delgadez en los productos periodísticos y publicitarios dirigidos explícitamente a las mujeres coincide de forma nada inocente con dos eventos: el incremento exponencial de la producción y distribución de pornografía mercantilizada, y la visibilización y explosión del movimiento feminista. Se ha argumentado que la vergüenza que muchas mujeres sienten acerca de sus cuerpos responde al uso pernicioso y obscuro de ellos por parte de la industria pornográfica global, escenario en el cual la delgadez extrema aparecería como tabla de salvación para las mujeres que – tras la incorporación del género femenino al mundo laboral tradicionalmente reservado a los hombres – no podían mostrar sus pornosignificados cuerpos en contextos profesionales (Wooley, 1996).

Asimismo, la presión estética se ha relacionado frecuentemente con otros tipos de opresión machista, y se ha concebido como metáfora de lo que ocurre en el espacio público. Una de mis académicas favoritas, Sharlene Hesse-Biber (1991), señala que mientras los movimientos feministas frecuentemente articulan sus demandas de igualdad de oportunidades en términos de necesitar más espacio social y político, la presión estética es ejercida sobre ellas en el sentido de que deben empequeñecerse, reducir las dimensiones de sus cuerpos. En este sentido, pues, la delgadez es un símbolo de capitulación, de constreñimiento en las normas heteropatriarcales de la feminidad, mientras que los cuerpos grandes o gruesos evocan culturalmente una imagen de fortaleza y poder (como ocurre, por ejemplo, cuando popularmente suele decirse que las mujeres de raza negra o hispánica, habitualmente más corpulentas que las europeas, son más fuertes o tienen más carácter; lo inverso ocurre con las mujeres asiáticas). Muchas reivindicaciones feministas han adoptado como símbolo la resistencia a rituales cor-



porales, como la depilación, el maquillaje o el largo del pelo, lo cual es indicativo del poder y la importancia que tiene la violencia simbólica estética en el mantenimiento del orden sociopolítico heteropatriarcal. Naomi Wolf (1990) evidencia que la insatisfacción corporal de las mujeres evoluciona históricamente de forma inversamente proporcional a su empoderamiento en términos económicos y políticos: esto es, a medida que las mujeres ganan presencia en el ámbito económico, profesional y político, los índices de satisfacción corporal disminuyen, y la presión estética contra el cuerpo femenino se vuelve más fuerte y más perversa. Los cuerpos femeninos, en tanto que cyborgs (Haraway, 1991b), deben entenderse como imbricadas composiciones de materia biológica en crónica interacción con todo tipo de inventos de tecnología estética (ropas, cremas, maquillajes, dispositivos médico-quirúrgicos), marcas culturales de feminidad interseccional, azar, y resistencia.

Por otra parte, cuando una enfermedad o grupo de síntomas afectan mucho más a las mujeres que a los hombres, es frecuente encontrar en la literatura relaciones entre ellos y los roles de género, particularmente los cambios en los mismos. No ocurre tan frecuentemente cuando el género más afectado es el masculino, fundamentalmente debido al estatus androcéntrico de la medicina y del saber (Tasa-Vinyals, 2015a). En este sentido, es interesante remarcar la existencia histórica y geográficamente consistente de una agrupación de síntomas – un síndrome – experimentado generalmente por mujeres, habitualmente de edad joven, confrontadas con los roles de género de forma experimentada como especialmente brusca o traumática, especialmente en relación al choque o disonancia cognitiva entre la autopercepción de sus propias capacidades, experiencias y deseos y las narrativas sobre ellos de la cultura y la sociedad. Como ocurre actualmente con muchas enfermedades patrimonio casi exclusivo de las mujeres (como la fibromialgia o la fatiga crónica), este síndrome se ha venido caracterizando por sintomatología y semiología médicamente inespecífica, destacando anomalías en la conducta alimentaria, depresión, ansiedad, problemas de imagen corporal, disfunción menstrual (amenorrea, hipermenorrea, metrorragia, dismenorrea...), insomnio, mareos, dificultades respiratorias, disfunción sexual (indiferencia sexual, anorgasmia...), etc. Ya la medicina hipocrática describe el siglo IV a.C. una “enfermedad de las mujeres jóvenes”, con características similares a las de la “clorosis” de los siglos XVII y XVIII, la “neurastenia” del siglo XIX, y la clásica “histeria” de los siglos

XIX y XX. Históricamente, se ha descrito que estas problemáticas ocurrían con mayor frecuencia entre mujeres jóvenes con inquietudes o aptitudes intelectuales elevadas que su rol de género dificultaba o impedía satisfacer. Se ha propuesto que el mecanismo etiogénico del síndrome se basaría en la ambivalencia de género, especialmente en la percepción de que ser mujer es algo negativo (Perlick y Silverstein, 1996). Actualmente, aunque la especialización médica ha ocasionado que estos síntomas sean objeto de estudio de especialidades médicas diferentes, los datos epidemiológicos indican que a menudo coexisten en las mismas personas, y en todos los casos sus prevalencias son mayores entre las mujeres que entre los hombres a partir de la adolescencia, edad en la que finaliza el ensayo de los roles de género propio de la infancia y empieza la integración, a menudo brusca, en el teatro de género en su crudeza real. Los problemas con la alimentación, el peso y la imagen corporal, pues, no únicamente están íntimamente ligados entre ellos, sino que quizás deberían considerarse dentro de un marco sintomatológico y semiológico más amplio, en el cual no siempre queda claramente delimitado lo que es médicamente patológico y lo que no. En la actualidad, se posee evidencia clara de la relación entre el sufrimiento motivado por la violencia estética y otras experiencias de violencia de género, como por ejemplo los abusos sexuales (Toro, 1996; Raich, 2000).

Finalmente, algunas reflexiones sobre las conductas de autocontrol corporal y ponderal, entre las cuales la más frecuente es la restricción alimentaria voluntaria. En prácticamente todas las sociedades y culturas, el acto alimentario es sinónimo de placer, y la posesión y disposición de comida lo son de valor social y de poder. En no pocas manifestaciones culturales se establecen paralelismos entre el placer de la ingesta y el de la cópula: la introducción de algo placentero en el propio organismo para el disfrute de los sentidos. El hambre es una experiencia visceralmente desagradable, que precisamente por esto ha sido asociada con rituales religiosos de sacrificio y purificación (Toro, 1996; Wolf, 1996). Sin embargo, muchas veces el seguimiento de una dieta alimentaria restrictiva conlleva una sensación, más o menos crónica o intensa, de hambre. Las personas anoréxicas conviven con el hambre de forma que lo normalizan y glorifican; en otras ocasiones, las personas establecen una relación pendular, de amor-odio, con el hambre, como ocurre a menudo en la bulimia, el trastorno por atracón u otros patrones alimentarios que alternan restricción con sobreingesta (Tasa-Vinyals,



TABLA VI. Conclusiones

- Factores de índole psicológica, sociológica y política subyacen la imagen y satisfacción corporal de las personas, en formas profundamente imbricadas en los sistemas socioculturales definidos por los ejes de poder diferencial, como los sistemas de género, etnia, clase social, edad, sexualidad, (dis)capacidad, etc.
- Los análisis feministas y afirmativos de la diversidad corporal son imprescindibles y sustentan nuevos discursos más críticos y constructivos.

2015b). Lo que posee de erótico el hambre es lo que posee de erótico la abstinencia sexual; el instante álgido antes de la satisfacción del placer anhelado es el más deliciosa y dolorosamente rebotante de privación y necesidad, el que dota de sentido la explosión posterior de los sentidos. Sin embargo, el hambre es semiológico de control, y por tanto garante de la adhesión a unos códigos conductuales y emocionales que van en contra de los intereses carnales y nos desconectan del cuerpo (Gracia y Comelles, 2007). La sensación de hambre con la que conviven muchas personas, sobre todo mujeres, es la guardiana de su pureza moral en la sociedad de la satanización de la adiposidad, y a la vez la guardiana de la respetabilidad de sus cuerpos en la sociedad de la mercantilización y degradación pornográfica del cuerpo femenino. En palabras de Naomi Wolf (1996), "la anorexia era la única forma que veía para mantener en mi cuerpo la dignidad que había tenido como niña, y que iba a perder como mujer"¹⁰. En efecto, las criaturas pueden percibir desde edad muy temprana que el cuerpo de la mujer es menos digno que el del hombre, y por ello querer protegerse de la devaluación y el autoodio mediante el intento de circunscribirse de por vida en un cuerpo afeminado, de duendecillo, que las mantenga a salvo de la objetificación predecible bajo el reino de una sexualidad heteroimpuesta por poderes que a menudo les son del todo

ajenos. Un camino perverso para evitar no solo la agresión sexual, sino la insatisfacción corporal normativa. (Tabla VI)

La vivencia de la satisfacción corporal es una experiencia de plenitud, lo cual no significa obscenidad y exceso, entre las cuales y la restricción oscilan pendularmente los actos corporales de muchas personas. Todo lo dicho en este artículo subraya, o así lo he pretendido, el inmenso, crucial y tangencial potencial sociopolítico que entraña la relación con el propio cuerpo y con los cuerpos de las demás personas. Desde la psicología positiva se remarca a menudo que la ausencia de insatisfacción corporal no equivale a satisfacción corporal; es decir, no tener una mala relación con el propio cuerpo no implica gozar de una buena y placentera relación con el (Tylka, 2011). Muchos eslóganes críticos con el poder establecido han usado el cuerpo como principio y como fin, como metáfora en sí misma; *make love not war* [haz el amor y no la guerra], concluyó el movimiento hippie. La revolución, probablemente, empiece y acabe en el cuerpo.

NOTAS

Una versión simplificada de este artículo ha sido publicada previamente como capítulo en: Tasa-Vinyals, E. (2017). ¿Cuáles son los mecanismos determinantes y las funciones de la imagen y la (in)satisfacción corporal?. En: Raich, R.M. [Ed.]. *La tiranía del cuerpo. ¿Por qué no me veo como soy?*. Barcelona: Siglantana.

La creación y redacción de este artículo y del anterior, publicado en el número 5 de la revista *Psicosomática y Psiquiatría*, fue posible gracias a y en el contexto de mi filiación anterior como investigadora FI-DGR en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193, Cerdanyola del Vallès (Barcelona), España (2014-2017).

¹⁰ "Anorexia was the only way I could see to keep the dignity in my body that I had had as a kid, and that I would lose as a woman" (traducción del inglés propia de la autora).



BIBLIOGRAFÍA

1. Amanda A. y Javi [Seudónimos]. (1 de octubre de 2015). Frente al espejo: de la guerra al amor. Proyecto Kahlo. Recuperado de <http://www.proyecto-kahlo.com/2015/10/frente-al-espejo-la-guerra-al-amor/>.
2. André, C. (2013). Meditar día a día. 25 liçons per viure en mindfulness. Barcelona: Kairós.
3. Bacon, L. (2008). Health at every size. Dallas, TX: BenBella Books.
4. Bacon, L., y Aphramor, L. (2014). Body respect. Dallas, TX: BenBella Books.
5. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
6. Boston Women's Health Book Collective (2011). Our bodies, ourselves. New York, NY: Simon & Schuster.
7. Bozorgmanesh, M., Arshi, B., Sheikholeslami, F., Azizi, F., y Hadaegh, F. (2014). No Obesity Paradox—BMI incapable of adequately capturing the relation of obesity with all-cause mortality: an inception diabetes cohort study. *International Journal of Endocrinology*, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/282089>.
8. Burgard, D., y Lyons, P. (1996). Alternatives in obesity treatment: Focusing on health for fat women. En: Fallon, P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
9. Cash, T. F. (2011). Cognitive-behavioral perspectives on body image. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
10. Crespo, C. J., Garcia-Palmieri, M. R., Perez-Perdomo, R., McGee, D. L., Smit, E., Sempos, C. T., Min, I., y Sorlie, P. D. (2002). The relationship of physical activity and body weight with all-cause mortality. Results from the Puerto Rico Heart Health Program. *Annals of Epidemiology*, 12(8), 543-552.
11. Drury, C. A., y Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(12), 554-61.
12. Fallon, P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
13. Femi nista [Seudónimo]. (23 de octubre de 2015). Cuanto más me pongo a dieta, más asco me da mi cuerpo. *Pikara Magazine*. Recuperado de <http://www.pikaramagazine.com/2015/09/cuanto-mas-me-pongo-a-dieta-mas-asco-me-da-mi-cuerpo/>.
14. Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
15. Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., y Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 293(15), 1861-67.
16. Forcades-Vila, T. (2008). *La teología feminista en la història*. Barcelona: Fragmenta Editorial.
17. Glick, P., y Fiske, S. (1997). Hostile and benevolent sexism. *Psychology Of Women Quarterly*, 21(1), 119-135.
18. Glick, P., y Fiske, S. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist*, 56(2), 109-118.
19. Gracia, M., y Comelles, J. (2007). No comerás: Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio. Barcelona: Icaria Observatorio de la Alimentación.
20. Hall, K. (1995). *Things of darkness: Economies of race and gender in Early Modern England*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
21. Haraway, D. J. (1991a). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. En: Haraway, D. [Ed.]. *Simians, cyborgs, and women. The reinvention of Nature*. New York, NY: Routledge.
22. Haraway, D. J. (1991b). A Cyborg Manifesto: Science, technology and socialist-feminism in the late twentieth century. En: Haraway, D. J. [Ed.]. *Simians, cyborgs, and women. The reinvention of Nature*. New York, NY: Routledge.
23. Hesse-Biber, S. (1991). Women, weight and eating disorders: a socio-cultural and political-economic analysis. *Women's Studies International Forum*, 14, 173-191.
24. Huang, I. C., Frangakis, C., y Wu, A. W. (2006). The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence from a population study in Taiwan. *International Journal of Obesity*, 30, 1250-1259.
25. Jacobs, S. E., Wesley, T., y Lang, S. (1997). Two-spirit people: Native American gender identity, sexuality, and spirituality. Urbana: University of Illinois Press.
26. Lerner, G. (1986). *The Creation of patriarchy*. New York: Oxford University Press.
27. Lillis, J., Levin, M. E., y Hayes, S. C. (2011). Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 722-727.
28. Lykke, N. (2010). *Feminist Studies. A guide to intersectional theory, methodology and writing*. New York, NY: Routledge.
29. Marmot, M., y Wilkinson, R. G. [Eds.]. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization.
30. Mas-Maresma, J. (15 de junio de 2014). Dieta, ni amb tu ni sense tu! Projecte ella [online]. Recuperado de <http://projecteella.org/dieta-ni-amb-tu-ni-sense-tu/>.
31. McGee, D. L. (2005). Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. *Annals of Epidemiology*, 15(2), 87-97.
32. McKinley, N. M. (2011). Feminist perspectives on body image. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
33. Misra, A. (2003). Revisions of cutoffs of body mass index to define overweight and obesity are needed for the Asian-ethnic groups. *International Journal of Obesity*, 27, 1294-1296.
34. Morgan, J. (1997). 'Some could suckle over their shoulder': Male travelers, female bodies, and the gendering of racial ideology, 1500-1770. *William and Mary Quarterly*, 54, 167-192.
35. Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
36. Orpana, H. M., Berthelot, J. M., Kaplan, M. S., Feeny, D. H., McFarland, B., y Ross, N. A. (2010). BMI and mortality: Results from a national longitudinal study of Canadian adults. *Obesity*, 18(1), 214-218.
37. Perlick, D., y Silverstein, B. (1996). Faces of female discontent: Depression, disordered eating, and changing gender roles. En: Fallon, P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
38. Peterson-Withorn, C. [Forbes]. (2 de marzo de 2015). Forbes billionaires: Full list of the 500 richest people in the world 2015. Recuperado de <http://www.forbes.com/sites/chasewithorn/2015/03/02/forbes-billionaires-full-list-of-the-500-richest-people-in-the-world-2015/>.
39. Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
40. Resources Prostitution. Disponible en <https://resourcesprostitution.wordpress.com/>.
41. Rothblum, E. D. (1996). "I'll die for the revolution but don't ask me not to diet": Feminism and the continuing stigmatization of obesity. En: Fallon,



- P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
42. Simopoulos, A. P., y Van Itallie, T. B. (1984). Body weight, health, and longevity. *Annals of Intern Medicine*, 100(2), 285-295.
 43. Smith-Rosenberg, C. (2014). *Bodies*. En: Stimpson, C. R., y Herdt, G. *Critical terms for the study of gender*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
 44. Striegel-Moore, R. H. (1996). A feminist agenda for psychological research on eating disorders. En: Fallon, P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
 45. Tasa-Vinyals, E. (2013). Tratamiento de temas alimentarios en las revistas dirigidas a mujeres: ¿fuente de (des)información? *DietistasNutricionistas.es* [online]. Disponible en <http://www.dietistasnutricionistas.es/tratamiento-de-temas-alimentarios-en-las-revistas-dirigidas-mujeres-fuente-de-desinformacion/>.
 46. Tasa-Vinyals, E. (2015a). Contar los dientes: sesgo y perspectiva de género en medicina. *Rasgo Latente* [online]. Disponible en <http://www.elisabetta-savinyals.cat/2015/09/21/contar-los-dientes-sesgo-y-perspectiva-de-genero-en-medicina/>.
 47. Tasa-Vinyals, E. (2015b). Cuando el DSM se queda pequeño: la erótica del vómito y el atracón. *DietistasNutricionistas.es* [online]. Disponible en <http://www.dietistasnutricionistas.es/cuando-el-dsm-se-queda-pequeno-la-erotica-del-vomito-y-el-atracon/>.
 48. Tasa-Vinyals, E. (2015c). Inmunización contra el modelo estético impuesto: alfabetización en medios y otras perspectivas. *DietistasNutricionistas.es* [online]. Disponible en <http://www.dietistasnutricionistas.es/inmunizacion-contr-el-modelo-estetico-impuesto-alfabetizacion-en-medios-y-otras-perspectivas/>.
 49. Tasa-Vinyals, E. (2018). El espejo subjetivo: ¿Qué es la imagen corporal? | The subjective mirror: What is body image?. *Psicosomática y Psiquiatría*, 5, 54-67.
 50. TeleCinco.es. (10 de octubre de 2015). Un niño de seis años se somete a cirugía plástica para corregir sus 'orejas de elfo'. *Informativos TeleCinco*. Disponible en http://www.telecinco.es/informativos/nino-orejas-de-soplillo-orejas-elfo-operacion-cirurgia-plastica_0_2065350210.html.
 51. Thompson, J. K., y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 181-183.
 52. Thomsen, S., Weber, M. & Brown, L. B. (2002). The relationship between reading beauty and fashion magazines and the use of pathogenic dieting methods among adolescent females. *Adolescence*, 37(145), 1-18.
 53. Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspectives on human appearance and body image. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
 54. Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
 55. Tribole, E., y Resch, E. (2003). *Intuitive eating. A revolutionary program that works*. New York, NY: St. Martin's Press.
 56. Troiano, R. P., Frongillo, E. A., Sobal, J., y Levitsky, D. A. (1996). The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies. *International Journal of Obesity and Related Metabolic*, 20(1), 63-75.
 57. Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
 58. Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. & Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32, 78-82.
 59. Weeks, J. (1998). The sexual citizen. *Theory, Culture and Society*, 15(3-4), 35-52.
 60. Wolf, N. (1990). *The Beauty Myth*. London: Vintage.
 61. Wolf, N. (1996). *Hunger*. En: Fallon, P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
 62. Wooley, O. W. (1996). ...And man created "Woman": Representations of women's bodies in Western culture. En: Fallon, P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press.



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

CIBERNAUTAS ¿CAUTIVOS O LIBRES?

Comentario: Laura Ros

Psiquiatra. HU Parc Taulí. Sabadell
Consejo de Redacción



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:78-79.



He ahí un libro que nos atrapa. Nos ofrece la oportunidad de volver a ser libres proponiéndonos una utilización racional de las nuevas tecnologías.¹

Sus coordinadores, Susana Jiménez-Murcia y Josep María Farré, junto con el resto de autores expertos en adicciones comportamentales, abordan un tema polémico pero muy necesario y actual las tecnologías de la información y la comunicación, las llamadas TICs.

De una manera sencilla, pero veraz y exhaustiva, nos conducen por una revisión que nos pasea desde el juego por internet, a nuevos patrones relacionales establecidos por nuestros jóvenes y adolescentes, pasando por la inmediatez y la fácil accesibilidad a los mismos, características que favorecen la utilidad pero también les da un potencial altamente adictivo.

Sin caer en la tentación de dar una visión completamente alarmista, los autores nos ofrecen datos epidemiológicos que nos muestran una imagen neutra de la situación actual, nos explican los signos de alarma para identificar de manera precoz un posible problema en nuestros allegados y familiares. Además nos ofrecen opciones de tratamiento como pautas conductuales sencillas y claras y un compendio de páginas web y asociaciones donde completar nuestra información y poder conseguir asesoramiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cibernautas. ¿Cautivos o libres?. Susana Jiménez-Murcia y J.M. Farré. Ed. Siglantana (2018).

LA RECOMENDACIÓN

Bajo un sistema ágil y una visión optimista, este libro nos ofrece un repaso global de la situación actual respecto al uso de las TIC, absolutamente recomendable.



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Comentario: Agustina González Fontán

Hospital Universitario Dexeus, Barcelona.

Consejo de Redacción



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:80-71.



Resulta alarmante la frecuencia con la que se dan los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y obesidad en los últimos años -fundamentalmente entre los jóvenes y adolescentes- lo cual representa un grave problema de salud pública en la actualidad. Y no solamente es foco de atención la prevalencia de TCA, sino las graves consecuencias asociadas a estos trastornos a nivel físico, psicológico, educativo y social, sumado a posibles efectos adversos en el entorno de la propia persona, la familia y sus relaciones. Por ello, además de avanzar en las técnicas de tratamiento, los datos epidemiológicos invitan a la formación de programas preventivos que sirvan de factor de protección ante el desarrollo de dichos trastornos. La prevención en los TCA supone una importante área de investigación y el desarrollo de nuevas investigaciones y la creación de programas han sido necesarios debido a la escasez de estrategias efectivas de prevención primaria que existían hasta el momento.

P.M. Ruiz, J.M. Velilla y E. González presentan un manual¹ que recoge los programas de prevención de TCA y obesidad más eficaces en el ámbito español y latinoamericano con un enfoque interdisciplinar, siendo éstos los avances logrados en los últimos años en este ámbito. El libro está dividido en siete partes estructuradas de igual forma, en cada una de

ellas se aborda una modalidad de prevención concreta y se ofrece la guía de aplicación correspondiente a cada ambiente y grupo de personas. La idea que consiguen transmitir los autores es la de implementar un modelo de prevención que empiece en la adolescencia temprana con el fin de modificar los conocimientos, actitudes y conductas en los jóvenes a través de una metodología pedagógica activa, participativa y experiencial. La promoción de la salud en los individuos, grupos y colectividades roba el protagonismo como prevención primaria ante la aparición de TCA, lo que da lugar al ahorro en gastos de tratamiento y mejora la calidad de vida y la salud física y mental. Aun así los programas ofrecidos no se dirigen únicamente a la eliminación de los TCA, sino a reducir la prevalencia de éstos, acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su diagnóstico y la búsqueda del tratamiento; además de reducir las consecuencias del trastorno mediante un tratamiento adecuado capaz de limitar la aparición de secuelas asociadas al trastorno, evitando así su cronificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria. González, E., Ruiz, P.M. y Velilla, J.M. . Ediciones Pirámide. Madrid (2017).

LA RECOMENDACIÓN

He ahí una obra que proporciona una guía completa y extremadamente útil para actuar ante la aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria que recoge los programas más eficaces en los últimos años por parte de los expertos y los grupos de investigación más prestigiosos y reconocidos. Recomendado tanto a profesionales del ámbito, como a pacientes, familiares y profesores, debido al enfoque interdisciplinar desde el que se plantea.



AGENDA

DIARY

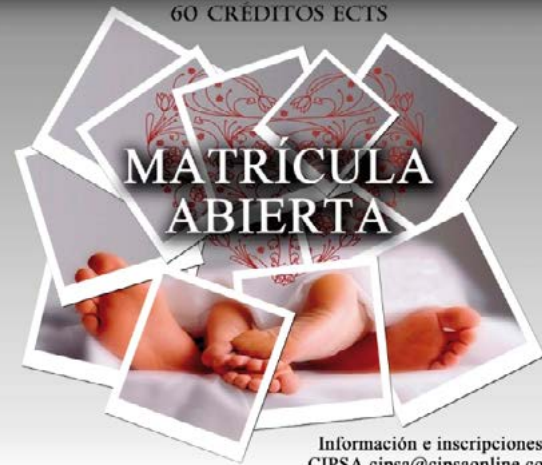
MÁSTER UNIVERSITARIO EN SEXOLOGÍA MÉDICA

TITULACIÓN PROPIA DE LA UNIVERSIDAD
EUROPEA DEL ATLÁNTICO - MÁSTER SEMIPRESENCIAL

Grupos de tutoría on-line con los responsables de las asignaturas durante el periodo de docencia y con los coordinadores del Practicum y del trabajo final en el último semestre del máster.

OCTUBRE DE 2018 ~ FEBRERO 2020

60 CRÉDITOS ECTS



Información e inscripciones:
CIPSA cipsa@cipsaonline.com
Tel. 942.21.30.12

ORGANIZAN:



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:82-83



Jueves 18 de octubre de 2018 a las 20h.	- Seminario I: <i>"Enfermedad y cultura"</i> Ponente: D. Esteban Fernández Hinojosa. Médico Intensivista. Servicio de Cuidados Críticos del H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.
Jueves 15 de noviembre de 2018 a las 20h.	- Seminario II: <i>"La función de las emociones en la vida humana"</i> Ponente: D. Francisco Rodríguez Valls. Doctor en Filosofía. Universidad de Sevilla.
Jueves 17 de enero de 2019 a las 20h	- Seminario III: <i>"Cerebro y libertad"</i> Ponente: D. Juan Arana Cañedo-Argüelles. Catedrático de Filosofía. Universidad de Sevilla.
Jueves 21 de febrero de 2019 a las 20h	- Seminario IV: <i>"El Cuarto Estadio: De la conciencia a la Civilización"</i> Ponente: D. José Manuel González Infante. Catedrático de Psiquiatría. Cádiz.
Jueves 21 de marzo de 2019 a las 20h	- Seminario V: <i>"Fibromialgia, ¿complejidad o misterio?"</i> Ponente: D. Francisco Javier Cano García. Psicólogo. Profesor Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Sevilla.
Jueves 25 de abril de 2019 a las 20h	- Seminario VI: <i>"Del síntoma al universo interior de la persona"</i> Ponente: D. Francisco Campa Valera. Francisco Campa Valera. Médico de Familia. Profesor asociado Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Vocal de la Comisión de Ética y Deontología Médica de RICOMS.
Jueves 23 de mayo de 2019 a las 20h	- Seminario VII: <i>"Sobre la verdad: tu verdad, la mía y de todos"</i> Ponente: Dña. M ^a Carmen Santos Gómez. Prof. De Ética. Facultad de Filosofía de la Universidad de Sevilla.
Jueves 13 de junio de 2019 a las 20h	- Seminario VIII: <i>"La modulación del dolor y el sufrimiento"</i> Ponente: D. Manuel Álvarez Romero. Médico Internista. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

INSCRIPCIÓN:

Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (SAMP)
samp@psicosomatica.net
www.psicomaticaandaluza.org

Entrada libre hasta completar aforo.

RECONOCIMIENTO:

Actividad formativa reconocida por el Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad de Sevilla.



Seminario permanente y Revista "Naturaleza y libertad" de la Facultad de Filosofía de Universidad de Sevilla.