

siglantana

PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

www.psicosomaticaypsiquiatria.com

5

AÑO 2018
ABRIL • MAYO • JUNIO

ISSN 2565-0564
Psicosom. psiquiatr. 2018;5



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

A. Colodrón. Madrid

R. Campos. Zaragoza

J. Deus. Barcelona

F. Fernández. Barcelona

M.A. Fullana. 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. Pamias. 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. 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
HUD Barcelona

N. Fort
(SPMIJ).CSPT. Sabadell

I. Gómez-Reino
*Complejo 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
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
COMPORTEMENTALES/
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 Viú. 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

Es una publicación de Editorial Siglantana S.L.
c/ Tetuan, 16, bx. 1ª Sant Cugat del Vallés 08172 Barcelona
© 2018, Editorial Siglantana, S.L.

ISSN 2565-0564

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



SUMARIO N°5

CONTENTS

EDITORIAL

- Un no parar...** **6**
A non-stop....
J.M. Farré Martí

EDITORIAL INVITADA

- Trabajar e innovar con perspectiva de género** **8**
Work and innovate with a gender perspective
Carlos Chiclana

ARTÍCULOS ORIGINALES/ ORIGINAL ARTICLES

- El empleo maternal, horas de sueño y sobrepeso infantil** **11**
Maternal employment, hours of sleep and overweight childhood
Isaac Amigo-Vázquez
- JB: el caso de toda una vida** **17**
JB: a whole life's case
Helena Paños

ARTÍCULO DE REVISIÓN/REVIEW ARTICLES

- Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático postparto** **29**
Treatment of postpartum post-traumatic stress disorder a systematic review
L. Fernández Clemente, I. Olza Fernández
- Dependencia emocional en mujeres: Una revisión de la literatura empírica** **40**
Affective Dependence in women: A review of the empirical literature
V. Gonzalez-Bueso, J.J. Santamaría, L. Merino, E. Montero, D. Fernández, J. Ribas
- El espejo subjetivo: ¿Qué es la imagen corporal?** **54**
The subjective mirror: what is body image?
E. Tasa Vinyals

ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5

REVISTA CIENTÍFICA SOLO PARA PROFESIONALES
PARA VER EL CONTENIDO ES NECESARIO REGISTRARSE
AQUÍ



COMENTARIO LIBRO/COMMENTED BOOK

Minful Eating	68
Comentario: J. Cobo	
¿Quieres ser feliz?	70
Comentario: Manuel Álvarez	
<i>Psychiatric Interviewing and Assessment</i>	72
Comentario: Sérgio M Martinho	

NOTÍCIAS SALUD MENTAL PERINATAL/PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

VII Jornada de Salud Mental Perinatal	74
--	-----------

AGENDA/DIARY	90
-------------------------------	-----------



EDITORIAL

UN NO PARAR...

A NON-STOP...

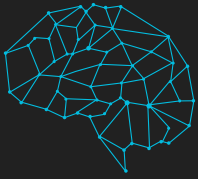
J.M. Farré Martí

Editor



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:6-7.



En poco tiempo vamos a disfrutar de dos reuniones científicas que sentimos como muy próximas. Por una parte en el dorado Septiembre arrancaremos con el "Simposio de Psicossomática y Psiquiatría" que patrocina, entre otras muchas entidades, nuestra Revista. Programa denso y extremadamente atractivo que pueden Uds. consultar en nuestra web, y en el que se pretende discutir las conexiones entre el Género y la Salud Mental - contando con tres representantes de impacto como lo son Lasheras, Subirá y Usall, "discutidas" por un experto de prestigio como lo es Jesús Cobo. No pueden obviarse las interrelaciones entre los diversos modelos de Enlace, la propia PE, pero también la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud. Baillés y Campos se asociarán a Parramón y Pintor para llegar a los necesarios consensos. Valdés y Labad, dos "connaisseurs" de nivel dialogarán con quien firma esta Editorial sobre este eterno viaje entre la biología, el condicionamiento y la clínica por el que circulan los diversos vehículos que transportan el estrés. Nuestro codirector científico defenderá un tema controvertido pero actualísimo, como lo es el Mindfulness en Salud Mental; a Javier García Campayo le discutirá otra gran significativa en el tema, nuestra otra codirectora, Núria Mallorquí. El colofón será la presentación de comunicaciones libres en un formato ágil, atractivo y premiado. Será el 28 de septiembre en Barcelona.

Siguiendo con eventos que nos atañen, el gran festival de la Psicossomática llega de la mano de la SEMP en forma de su XLVII Congreso. La organización, en manos "expertises" como lo son los profesionales de Zaragoza, es una garantía de rigor y excelencia. La mente entusiasta y cordial de Ricardo Campos nos propone un formato proteico en el que pueden ubicarse todas las inquietudes y realidades de los presuntos participantes. Así, bajo el tópico que enmarca la reunión ("Innovación e integración de la Psicossomática y Psiquiatría de Enlace en la Medicina. Retos y dilemas"), los diversos equipos y especialistas podrán acogerse (como participantes/ asistentes) a Sesiones plenarias (a destacar la que celebrará la Sociedad MARES, la otra entidad de la que somos voceros), Talleres, Cursos, Ponencias, Foros de Debate, Revisiones y Actualizaciones, Praxis Clínicas, Encuentros con el experto, Casos Clínicos, Pósters, Máster Classes... El estado actual de la cuestión, los conflictos y sus soluciones, las propuestas para el siglo XXI, las diversas caras del Enlace, la imprescindible Atención Primaria, la Investigación, los aspectos sociales, las diversas morbilidades psíquicas y los mecanismos de afrontamiento, la intervención en Áreas clínicas diversas, las diversas variantes de tratamiento y detección, incluidos los TICs, la necesaria integración Psicofar-

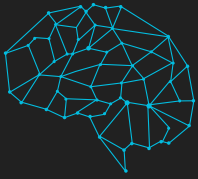
macos- Terapias Psicológicas con evidencias (el Mindfulness también se discutirá) y las guías de aplicación de asociación o adición. Sin obviar los modelos mediacionales y la estructura docente. Todo ello será debatido entre el 28 de Noviembre y el 1 de Diciembre en Zaragoza, lo que es garantía de contar con la protección y sabiduría de Antonio Lobo.

Hemos accedido al programa provisional y les puedo asegurar que el contenido es espectacular: Psiquiatría Perinatal, Psiconeuroinmunología, Sexualidad, Think delirium, Ancianidad, Mindfulness, Docencia e Investigación, Suicidio, Dolor, TCA, Retos en Enlace (desde la Cardiología a las nuevas Tecnologías), 3 encuentros con expertos especialmente atractivos y mucho más. Nuestra Revista será órgano oficial y habrá - por gentileza de los organizadores - un tiempo para hablar de ella.

Como lo fuimos también de la VII Jornada de Salud Mental Perinatal de la MARES que se celebró en Barcelona el 18 de mayo; fruto de lo cual, en este mismo número Uds. pueden disfrutar de los resúmenes de su extraordinario contenido que va desde la bioética hasta el rol de la inflamación en la salud mental Perinatal (con el gran Carmine Pariente) o las investigaciones multidisciplinares. No se lo pierdan.

Y ya puestos, una de nuestras Sociedades corresponsales celebró su IX Reunión Internacional. Hablamos de la AESEXSAME y de Salamanca: del 14 al 16 de Junio y bajo la dirección sin fisuras de su Director Científico, el profesor Montejo, diversos expertos debatieron sobre la influencia de las tecnologías de la información en la sexualidad, tanto en los aspectos negativos como en los positivos. También hubo tiempo para otros tópicos como las Obsesiones sexuales, las sectas coercitivas o la presentación en público de un macroestudio sobre Sexualidad y Adolescentes. A destacar una sensacional comunicación del propio Montejo sobre Sexualidad, amor y vínculos en la enfermedad mental que esperamos poder publicar en Psicossomática y Psiquiatría. Las ponencias podrán consultarse en www.sexualidadysaludmental.com

Esta es una Editorial que me ha provocado el placer de poder constatar el esfuerzo y las horas que se concretan en unas ofertas de reuniones científicas de una gran calidad. Un esfuerzo y un tiempo más meritorio por los momentos muy difíciles desde el punto de vista de los apoyos económicos clásicos. Son de agradecer los ejercicios de imaginación y talento de estos esforzados para llevar a buen puerto unos propósitos importantes. Mi reconocimiento: lanzar su tiempo en un espacio que ha devenido tan difícil, nos da plenitud en el presente y esperanzas para el futuro.



EDITORIAL INVITADA

TRABAJAR E INNOVAR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

WORK AND INNOVATE WITH A GENDER PERSPECTIVE

Dr. Carlos Chiclana

Psiquiatra. MD PhD.
Consejo Asesor



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:8-10.



Desde hace unos años se ha extendido la costumbre de utilizar de modo indistinto "sexo" y "género" (sex /gender). ¿Son realmente intercambiables? La Organización Mundial de la Salud (OMS) define estas variables como diferentes: "Sexo" se refiere a un conjunto de variables biológicas en humanos y animales, que son dependientes de los cromosomas y muestran unos niveles hormonales y una anatomía particular. "Género" se refiere a las atribuciones sobre el sexo, con roles socialmente construidos, expresiones conductuales, identidad, etc.¹

Ante esta tendencia, diferentes investigadores e instituciones han realizado propuestas específicas para promover que el buen hacer científico y académico no dependa de la ideología, las presiones mediáticas y sociales, la moral, la religión o los intereses económicos.² Esto no quiere decir que se ignoren o desprecien las dimensiones antes referidas, sino que se integren en el abordaje clínico o de investigación, como variables que pueden estar influyendo o mediando. Podemos estar o no de acuerdo con los estilos de vida, los modos de entender las relaciones, las conductas, etc., pero si queremos realizar una atención clínica de calidad o investigaciones que aporten conocimiento, es necesario que conozcamos la realidad que estamos atendiendo o investigando, y que utilicemos los términos con precisión.

Algunas diferencias debidas al sexo son "inmunes" a cualquier ideología o interés cultural, porque se rigen por parámetros genéticos determinados biológicamente³. Por ejemplo, considerar que los hombres y las mujeres, como personas que son, son iguales en cuanto a capacidades y posibilidades de desarrollo es acertado desde una perspectiva moral o social, pero si se hiciera esta afirmación desde una perspectiva biológica, desestimaría las particularidades de cada sexo, tan relevantes desde una perspectiva biomédica. Asimismo, suponer que hombres y mujeres están presionados y afectados por las mismas variables socioculturales, puede generarnos un sesgo en el modo de entender a la persona que nos solicita ayuda profesional. Por ejemplo, los factores asociados al género como determinadas ocupaciones laborales, la violencia machista, etc., son raramente considerados como covariantes o moderadores en los estudios de epidemiología o de tratamiento de los trastornos mentales.

En la investigación se pueden producir barreras específicas de sexo y de género para participar en los estudios, como, por ejemplo, mujeres con hijos en edad de crianza son excluidas a menudo de los estudios de biomarcadores y de

los ensayos farmacológicos a causa de los efectos teratogénicos.² Es una cuestión de ética y, a la vez, necesitamos buscar un equilibrio para poder desarrollar estudios inclusivos.

Entender la psicopatología, y la expresión somática de ésta con perspectiva de género, puede ampliar el modo y la profundidad con las que se aborda la realidad de cada persona, al afirmar la riqueza de variables que están influyendo en el modo de enfermar.⁴

Emplear las variables "sexo" y "género" como dimensiones distintas, pero que a la vez se solapan y están relacionadas, permitirá: 1) que la investigación refleje mejor la realidad y mejore la validez de sus resultados; 2) que se favorezca la buena praxis clínica, al incorporar respuestas más adecuadas en función de las particularidades del género y del sexo y 3) aprovechar las oportunidades específicas en función de estas dimensiones de prevención para la salud.

Los roles, estereotipos y mandatos de género, pueden dar lugar a factores que incidan en la salud de las personas (dominancia-sumisión, poder-éxito, sobrecargas laborales y/o psicosociales, exigencias estéticas de belleza-fuerza, etc..) y que influyan en la organización de un sistema sanitario o de investigación desde una perspectiva "gine" o "andro-céntrica", que no tuviera en cuenta la diferente morbilidad, la evolución o la respuesta a tratamientos y que, por lo tanto, generaría sesgos.

El National Institute of Health de EE.UU. indica que se ha de emplear la variable "sexo" como biológica y "género" como psicosocial⁵ y en Canadá, la financiación de estudios exige que se traten las variables sexo y género como distintas. En este sentido, se recomienda emplear el término "sexo" cuando se refiera a factores biológicos, "género" cuando se refiera a factores culturales, psicosociales, o de identidad atribuida; y analizar los datos demográficos y los de evolución por sexo o por género o por ambos⁶.

Es necesario no dejarnos arrastrar por una corriente sociológica imperante, por el "todo vale" o por la ideología a la que estemos adscritos personalmente. Este tipo de sesgos se pueden observar en algunas guías en las que se promueve la incorporación de la variable género en investigación. Es cierto que durante años ha predominado la desigualdad respecto a la mujer, sin embargo, no es menos cierto que al hombre también se le hacen atribuciones de género con implicaciones médicas. Por ejemplo, que tengan que ser fuertes o trabajar mucho o dar seguridad a otros. Hay hombres que no son así y esta exigencia exterior les puede generar patologías mus-



culares, psicológicas o sociales. O, por otro lado, se quejan de que a la mujer se le asocie la maternidad y la lactancia, como si fuera algo "inventado" por los varones, cuando es una pura variable biológica propia de los mamíferos.

Cuando diseñemos y/o revisemos estudios de investigación podemos preguntarnos e incluir hipótesis sobre si existen datos desagregados por sexo disponibles o se pueden generar; si se pueden identificar necesidades, similitudes, diferencias específicas, incidencia o prevalencia diversas en mujeres y hombres, y si se deben a diferencias biológicas, a desigualdades de género o a la influencia de factores sociales, económicos o culturales; e indicar si el estudio se refiere a un solo sexo y por qué.

Para trabajar e innovar con perspectiva de género, es importante tener en cuenta las diferencias de sexo y género para evaluar si son consecuencia de variables biológicas determinadas sexualmente o de variables socioculturales relacionadas con las atribuciones de género.

A continuación, se expone un listado de estrategias que podrían ayudar a implementar esta acción:

- Tratar las variables sexo y género como variables diferentes, no como equivalentes, y tener en cuenta las tasas y distribución de las enfermedades en función de las variables sexo y género.
- Recoger, analizar y comparar los datos según la variable "sexo" y estudiar si las atribuciones de género pueden ser factores de confusión.
- Tener en cuenta las influencias biológicas y las atribuciones, roles, estereotipos de género como variable significativa en el desarrollo, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en las investigaciones científicas.
- Incluir por igual, o de forma equilibrada, a varones y mujeres en los ensayos clínicos que sea oportuno, cuando sea posible desde un punto de vista ético.
- Conocer e identificar aquellas variables que son sensibles al género o específicas de género.
- Desarrollar investigaciones que conjuguen el análisis cualitativo y el cuantitativo, de forma que se facilite la identificación de factores de género y sexo que pueden estar influyendo.
- Atender a los sesgos de género que pueden darse en las preguntas e hipótesis de investigación.
- No reducir los problemas de salud sólo a variables biológicas o sólo a variables socio-culturo-ambientales.

- Reconocer los problemas de salud diferentes en hombres y mujeres, y evitar el "andro-centrismo" o "gine-centrismo" y la "andro-opía" o "gin-opía".
- Reconocer los problemas de salud específicos de cada sexo, sin equipararlos y evitando la atribución masculina o femenina despectiva a determinados problemas de salud.
- Atender las diferencias en el modo de enfermar de cada persona que incluya la perspectiva de género y sexo, con una visión individual y holística.
- Contextualizar los modos de enfermar, de prevenir y de promover salud. Tener en cuenta las variables sociales, ambientales, políticas, de creencias (culturales, religiosas), económicas, etc.
- Evitar las posiciones extremas, que traten a hombres y mujeres como categorías excluyentes, sin características comunes, o que lo hagan con una visión relativista y subjetiva.

Es necesario un debate responsable, calmado y respetuoso, científico, desprovisto de sectarismos, premisas radicales o ideologías no dialogantes.⁷ Mantener un criterio científico y académico independiente de las cambiantes leyes, las corrientes ideológicas sociales o personales, u otras variables que puedan estar influyendo, será de gran ayuda tanto para el avance de la ciencia y de la atención médica, como para el enriquecimiento de las leyes, los avances sociales y los posicionamientos ideológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. The WHO Global Disability Action Plan 2014–2021. www.who.int/disabilities/actionplan/en/
2. Howard LM, Ehrlich AM, Gamlen F, Oram S. Gender-neutral mental health research is sex and gender biased. *The Lancet Psychiatry*, Volume 4, Issue 1, 9-11. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)30209-7.
3. Legato MJ, Johnson PA, Manson JE. Consideration of Sex Differences in Medicine to Improve Health Care and Patient Outcomes. *JAMA*. 2016;316(18):1865-1866. doi:10.1001/jama.2016.13995
4. Saenz-Herrero M (ed). *Psychopathology in women*. Springer, 2015. Doi:10.1007/978-3-319-05870-2
5. <https://orwh.od.nih.gov/sex-gender>
6. Clayton JA, Tannenbaum C. Reporting Sex, Gender, or Both in Clinical Research?. *JAMA*. 2016;316(18):1863-1864. doi:10.1001/jama.2016.16405.
7. Margaret McCartney. Medicine must do better on gender. *BMJ* 2018; 360 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1312>



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 27/12/2017. Aceptado: 03/05/2018

EL EMPLEO MATERNAL, HORAS DE SUEÑO Y SOBREPESO INFANTIL

MATERNAL EMPLOYMENT, HOURS OF SLEEP AND OVERWEIGHT CHILDHOOD

I. Amigo-Vázquez, R. Busto-Zapico, E. Peña-Suárez

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo – España.

Correspondencia: Isaac Amigo. Universidad de Oviedo. Dpto Psicología. Plaza Feijoo s/n. 33003-Oviedo.
Email: amigo@uniovi.es



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:11-16.



RESUMEN

Introducción: El empleo maternal y su relación con el sobrepeso infantil es un asunto a debate. Algunas investigaciones han subrayado que esa relación se observa cuando la actividad laboral de la madre conlleva una reducción de las horas del sueño del niño. **Método:** En este estudio, se elaboró un modelo de regresión lineal múltiple mediante el método stepwise donde la variable criterio fue el Índice de Masa Corporal (IMC) y las variables predictoras fueron la variable de madre con trabajo remunerado, los minutos de sueño diarios y la interacción entre ambas variables. Participaron en la investigación 291 niños de los que se obtuvo su IMC e información, a través de sus padres, sobre las horas de sueño y la actividad laboral de la madre. **Resultados:** Tanto la condición de madre trabajadora como de minutos de sueño diarios resultaron ser estadísticamente significativas ($p < .05$) y ambas predijeron menor IMC. La interacción entre dichas variables predictoras no resultó ser estadísticamente significativa ($p > .05$). **Conclusión:** Estos datos permiten concluir, por una parte, que tanto el empleo maternal como un mayor tiempo de sueño se asocian con un menor IMC. Se discute el papel que podrían tener los horarios laborales en esta relación.

Palabras clave: Empleo, Sueño, Sobrepeso, IMC.

ABSTRACT

Introduction: Maternal employment and its relation to child overweight is a matter for debate. Some research have emphasized that this relationship is observed when the labour activity of the mother entails a reduction of the hours of sleep of the child.

Method: In this study, a multiple linear regression model was developed using the stepwise method where the criterion variable was the Body Mass Index (BMI) and the predictor variables were the variable mother with remunerated job, daily sleep minutes and interaction between both variables. The study involved 291 children whose BMI was calculated and from whom information about the mother's sleep time and work activity was also obtained through their parents. **Results:** Both maternal employment and daily sleep minutes were found to be statistically significant ($p < .05$) and both predicted lower BMI. The interaction between these predictors was not found to be statistically significant ($p > .05$). **Conclusion:** These data allow to conclude, on the one hand, that both maternal employment and a longer daily sleep time are associated with a lower BMI. The role of working hours in this relationship is discussed.

Key words: Employment, Sleep, Overweight, BMI.

INTRODUCCIÓN

En algunos países del mundo desarrollado, el porcentaje de niños que muestran sobrepeso u obesidad está por encima del 30% (Amigo, Busto, Peña, & Fernández, 2013; Ng, et al., 2014; Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2012). Se ha calculado que dos tercios de los niños que hoy son obesos llegarán a ser adultos obesos (Stovitz, Demerath, Hannan, Lytle, &

Himes, 2011). El rápido crecimiento de este desorden parece que solo podría explicarse sobre la base de los cambios en el estilo de vida que se han producido en las últimas cuatro décadas. Dos de esos cambios que se han apuntado en la literatura son: la duración del sueño y el empleo maternal.

Dormir menos de 9 horas diarias se ha relacionado con un incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) en los niños,



que se ha mostrado, incluso, independiente de la actividad física que realizan (Planinsec, & Matejec, 2004). Se ha postulado que dicha relación podría explicarse por los cambios en la regulación de la saciedad y el apetito que provoca la alteración de los niveles leptina y grelina ligados a la falta de sueño (Hart, et al., 2014).

Por otra parte, el empleo maternal y su relación con el sobrepeso infantil es un tema a debate. Diversas investigaciones han señalado que el empleo maternal está relacionado estrechamente con el sobrepeso y la obesidad infantil (Hawkins, Cole, & Law, 2008; Gwozdz, et al., 2013). Sin embargo, otros estudios han obtenido resultados menos concluyentes (Meyer, 2016). Parece que el empleo maternal podría influir sobre el sobrepeso infantil a través de otras variables relacionadas. Así, Speirs, Liechty y Chi-Fan (2014) han sugerido que, solamente cuando concurre un acortamiento de las horas de sueño, se observaría una relación entre el empleo maternal y el IMC infantil. En este sentido, el objetivo de este estudio fue probar si la relación entre el empleo maternal y el sobrepeso infantil está mediado por el acortamiento de las horas de sueño.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra fue extraída de forma aleatoria de la red de centros de enseñanza del Principado de Asturias. Para realizar esta selección se solicitó a la Consejería de Educación del Principado de Asturias (España) un listado de todos los centros educativos públicos de la región donde se impartía 4º curso de Educación Primaria. Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados con objeto de que los resultados fueran representativos y, por lo tanto, generalizables a la población asturiana en este rango de edad. Se definió como conglomerado el centro educativo. Se calculó el tamaño de muestra a priori para obtener tamaños de efecto medios (tamaño del efecto $d=0,5$) (Cohen, 1988) un error tipo I (α err prob=0,05) y una potencia de prueba ($1-\beta$ err prob=0,95) mediante el programa GPower 3 (Faul, 2012). Ello resultó en un tamaño de muestra mínimo de 252 participantes. Se evaluó a 291 niños de un total de 30 centros educativos públicos del Principado de Asturias. El 48,50% de la muestra fueron niñas y el 51,50% fueron niños, cuya media de edad fue de 9,33 años y una desviación típica de 0,55.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en este estudio fueron los siguientes: para el pesaje de los participantes se utilizó una báscula electrónica marca Firstline, modelo FPS4141. Para obtener la talla se utilizó un flexómetro marca Kóndor modelo CF265. A partir de estos dos datos se calculó el IMC.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó a las familias el consentimiento firmado, a través de una carta, para la participación de los niños y las niñas en un estudio sobre hábitos de vida infantiles, que se realizó durante el horario lectivo. Se garantizó siempre la total confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes.

La investigación se llevó a cabo a través de una entrevista individual con cada participante en un despacho del colegio. Todos los niños estuvieron de acuerdo en participar en el estudio. Antes de comenzar la entrevista se obtuvieron 2 parámetros antropométricos de cada participante: el peso y la talla, a partir de los cuales se calculó el IMC, usando la escala de Cole, Bellizzi, Flegal, y Dietz (2000). Esta definición es una referencia internacional que se utiliza en muchos estudios epidemiológicos, lo que facilita las comparaciones directas entre las tendencias de obesidad infantil en todo el mundo.

Cada participante fue pesado y medido descalzo, con ropa ligera, en posición erguida y con la barbilla paralela al suelo. Para verificar la fiabilidad de la medida de la altura, se llevó a cabo una serie de 50 mediciones, comparándolas con otras tomadas por otro evaluador, cuyo índice de concordancia kappa fue bueno (0,75). Además, la concordancia intraobservador fue aún más elevada (0,79).

La información relativa a las horas de sueño de los niños fue proporcionada por las familias junto con el consentimiento informado. Así como el tipo de familia (tradicional, monoparental) en que vivía el niño y la situación laboral de la madre, que se categorizaba de un modo dicotómico: trabaja fuera del hogar (sí/no).

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS IBM V20 para Windows. Se elaboró un modelo de regresión lineal múltiple mediante el método stepwise donde la variable criterio fue el IMC y las variables predictoras fueron: la variable de madre con trabajo remunerado, los minutos de sueño diarios y la interacción entre ambas variables.

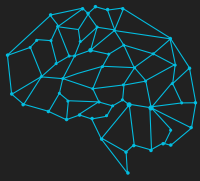


TABLA I. Estadísticos descriptivos de minutos de sueño, índice de masa corporal y madre trabajadora.

	MINUTOS DE SUEÑO DIARIOS	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	MADRE TRABAJADORA
% Madre trabajadora (N)	-	-	68,20 (193)
Media	590,95	19,54	-
Desviación Típica	40,51	3,15	-
Asimetría	-0,33	0,69	-
Error típico de Asimetría	0,14	0,14	-
Curtosis	0,49	0,21	-
Error típico de Curtosis	0,29	0,29	-
Rango	24	18	1

RESULTADOS

En la tabla I se muestran los estadísticos descriptivos de las variables analizadas.

Los resultados indicaron que el modelo explica un 4,1% de la varianza (R^2 corregido=,041) y el modelo propuesto es estadísticamente significativo [$F(2,282)=7,01$ $p=,001$]. Como se muestra en la tabla II tanto la condición de madre trabajadora como de minutos de sueño resultaron ser estadísticamente significativas ($p<,05$) y ambas predicen menos IMC; mientras que la interacción entre dichas predictoras no resultó ser estadísticamente significativa ($p>,05$). Lo que significa que los niños cuyas madres tienen un trabajo fuera de casa tienen un menor IMC; y aquellos niños que tienen un mayor número de minutos de sueño presentan un menor IMC (Fig. 1).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio señalan que los niños que duermen más horas presentan un menor IMC y que los niños cuyas madres trabajan fuera de casa también tienen un IMC más bajo. La relación entre IMC y el número de horas de sueño confirma los resultados de muchas investigaciones que han encontrado sistemáticamente una relación significativa entre ambas variables (Busto-Zapico, Amigo-Vázquez, Peña-Suárez, & Fernández-Rodríguez, 2014; Amigo, Peña,

TABLA II. Modelo de regresión lineal múltiple del IMC con respecto a los minutos de sueño diarios, madre trabajadora y la interacción de ambas.

MODELO	COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS		COEFICIENTES ESTANDARIZADOS		
	B	STD. ERROR	BETA	t	SIG.
(Constante)	29,66	2,85		10,41	0,000
Minutos de sueño diarios	-0,015	0,005	-0,19	-3,19	0,002
Madre trabajadora	-0,905	0,40	-0,13	-2,29	0,023
Interacción			1,12	1,25	0,21
R ²		0,05			

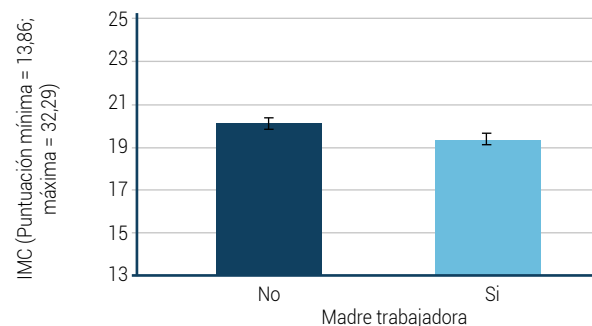
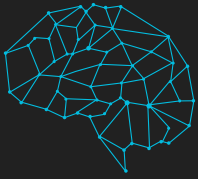


FIGURA 1. Relación entre madre trabajadora e IMC de sus hijos/as.

Errasti, & Busto, 2014; Mullins et al., 2016). Esta relación puede explicarse por el hecho de que la falta de sueño causa una alteración hormonal (Leproult & Van Cauter, 2010). Como han demostrado algunos autores, un aumento en el sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia podría estar relacionado con una disminución generalizada de las horas de sueño en este grupo de población (Matricciani, Olds, & Petrov, 2012). Parecería que una buena higiene del sueño es primordial para desarrollar un estilo de vida saludable. El sueño ordenaría nuestra vida y se constituiría como un punto de partida para el establecimiento de rutinas y para el abandono de hábitos poco adecuados que estarían dificultando el desarrollo de una salud óptima, tanto física como psicológica.



Por el contrario, la naturaleza de la relación entre el trabajo profesional de la madre fuera del hogar y el sobrepeso infantil no parece suficientemente aclarada en la bibliografía previa.

En este estudio se observó una relación inversa entre el empleo maternal y el IMC. En un sentido opuesto, Alberdi, et al. (2016) encontraron, en una revisión de la literatura, que el empleo maternal se asociaba al incremento de riesgo de sobrepeso. Hope, Pearce, Whitehead, y Law (2016) encontraron que sólo el empleo a tiempo completo de la madre se relacionaba con un riesgo de sobrepeso en la infancia, no así el empleo a tiempo parcial. Otros estudios han sugerido que los hijos cuyas madres tienen un mayor nivel de estudios y ocupación (Lamerz, et al., 2005) tienen un menor IMC. Los resultados de este estudio son coincidentes, en la relación hallada entre el empleo maternal y el sobrepeso infantil, con los ya citados de Lamerz, et al. (2005).

Con respecto a la relación entre la falta de sueño y el empleo maternal, algunos estudios han encontrado que el trabajo a tiempo completo de las madres se asocia con la falta de sueño (Magee, Gordon, & Caputi, 2014) mientras que para otros esa relación no aparece de un modo tan claro (Bagley & El-Sheikn, 2013).

En este estudio, la asociación entre la falta de sueño y el empleo maternal no fue significativa, tal y como también habían observado (Taylor, Winefield, Kettler, Roberts, & Gill, 2012) lo cual parece indicar que la relación encontrada entre el empleo maternal y el IMC no está mediada por las horas de sueño (Speirs, Liechty, & Chi-Fan, 2014).

Posiblemente una diferencia en la recogida de datos podría explicar esta contradicción. Estas autoras encontraron que los niños cuyas madres trabajaban a tiempo completo dormían menos horas que los de las que trabajaban a tiempo parcial. Y eran estos últimos precisamente los que mostraban un IMC menor. La codificación que se ha hecho en este estudio de madre trabajadora no ha permitido distinguir entre, por ejemplo, trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial. Este tipo de información sería necesario recogerla de cara a aclarar esta compleja relación. Si el determinante de la influencia del trabajo parental sobre el IMC de los niños fueran los horarios laborales de los padres, por la estrecha vinculación de estos con la duración del sueño de los niños, esto tendría una implicación muy importante en nuestro país.

El horario laboral vespertino finaliza especialmente tarde y, en muchos casos, más allá de las ocho de la noche. Lo que supone que muchos padres y madres, se ven obligados a acostar a sus hijos más tarde de lo que les correspondería por su edad.

LIMITACIONES

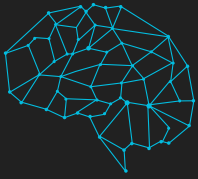
Una de las limitaciones sería el carácter transversal del estudio, lo que podría arrojar dudas sobre cuán importantes son las relaciones que se establecen entre las variables estudiadas. Realizar un estudio de carácter longitudinal que nos permitiera seguir al mismo grupo de sujetos durante un período de tiempo determinado y evaluar el mismo grupo de variables registradas en el estudio presentado, en momentos diferentes en el tiempo, nos permitiría superar la limitación señalada anteriormente sobre el carácter transversal de la investigación y conocer de un modo más profundo la importancia de las relaciones establecidas entre las variables implicadas en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Actualmente se está trabajando en el diseño de un programa de prevención del sobrepeso y la obesidad infantil cuya finalidad es la de promover un estilo de vida saludable y romper con un estilo de vida obesogénico. Se hace indispensable establecer programas educacionales para fomentar un estilo de vida saludable, así como una organización del ocio (tanto del ocio sedentario como de la actividad física), a nivel del centro educativo y a nivel familiar. Crear un modelo holístico de intervención dirigido a la prevención del sobrepeso y la obesidad, donde además de incluir unas pautas alimentarias y de actividad física adecuadas, se tengan en cuenta las variables conductuales y socioeconómicas. La inclusión de éstas nos proporcionará un soporte que ayudará a acercarnos y a conseguir los objetivos propuestos en el tratamiento nutricional, así como a ayudar a que estos objetivos se mantengan a largo plazo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este manuscrito señalan que no existe conflicto de intereses.



BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi, G., McNamara, A.E., Lindsay, K.L., Scully, H.A., Horan, M.H., Gibney, E.R., & McAuliffe, F.M. (2016). The association between childcare and risk of childhood overweight and obesity in children aged 5 years and under: a systematic review. *European Journal of Pediatrics*, 175, 1277-1294. doi:10.1007/s00431-016-2768-9
2. Amigo, I., Busto, R., Peña, E., & Fernández, C. (2013). Prevalencia del sobrepeso y obesidad en los niños de 9 y 10 años del Principado de Asturias: el sesgo de valoración de los padres. [Prevalence of overweight and obesity in 9 and 10 year-old children in the Principality of Asturias: Evaluation bias by parents]. *Anales de pediatría*, 79, 307-311. doi:10.1016/j.anpedi.2013.04.011
3. Amigo, I., Peña, E., Errasti, J., & Busto, R. (2014). Sedentary versus active leisure activities and their relationship with sleeping habits and body mass index in children of nine and ten years of age. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105314556161.
4. Bagley, E., & El-Sheikh, M. (2013). Familial Risk Moderates the Association Between Sleep and zBMI in Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 38, 775-784. doi:10.1093/jpepsy/jst031.
5. Busto-Zapico, R., Amigo-Vázquez, I., Peña-Suárez, E., & Fernández-Rodríguez, C. (2014). Relationships between sleeping habits, sedentary leisure activities and childhood overweight and obesity. *Psychology, Health & Medicine*, 19, 667-672. doi:10.1080/13548506.2013.878805.
6. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
7. Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International Survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240
8. Faul, F. (2012). *G*POWER (Version 3.1.5.) [Computer Program]*. Germany: Universität Kiel.
9. Gwozdz, W., Sousa-Poza, A., Reisch, L. A., Ahrens, W., Eiben, G., Fernández-Alvira J., ... Bammann, K. (2013). Maternal employment and childhood obesity—a European perspective. *Journal of Health Economics*, 32, 728-742.
10. Hart, C. N., Carskadon, M. A., Considine, R. V., Fava, J. L., Lawton, J., Raynor, H.A., Jelalian, E., Owens, J., & Wing, R. (2014). Changes in children's sleep duration on food intake, weight, and leptin. *Pediatrics*, 132(6), 1473-1480. doi:10.1542/peds.2013-1274.
11. Hawkins, S. S., Cole, T. J., & Law, C. (2008). Maternal employment and early childhood overweight: finding from the UK millennium cohort study. *International Journal of Obesity*, 32, 30-38. doi:10.1038/sj.ijo.0803682.
12. Hope, S., Pearce, A., Whitehead, M., & Law, C. (2016). Effects of child long-term illness on maternal employment: longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study. *The European Journal of Public Health*, 27, 48-52. doi: http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw132.
13. Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Wehle, C., Bruning, N., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H., Hebebrand, J., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of 6-year-old children in Germany. *International Journal of Obesity*, 29, 373-380. doi:10.1038/sj.ijo.0802914.
14. Leproult, R., & Van Cauter, E. (2010). Role of sleep and sleep loss in hormonal release and metabolism. *Endocrine Development*, 17, 11-21.
15. Magee, C.A., Gordon, R., & Caputi, P. (2014). Distinct developmental trends in sleep duration during early childhood. *Pediatrics*, 133, 1561-1567.
16. Matricciani, L., Olds, T., & Petkov, J. (2012). In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Review*, 16, 203-11.
17. Meyer, S.C. (2016). Maternal employment and childhood overweight in Germany. *Economics and Human Biology*, 23, 84-102.
18. Mullins, E.N., Miller, A.L., Cherian, S.S., Lumeng, J.C., Wright, K.P., Kurth, S., & Lebourgeois M.K. (2016). Acute sleep restriction increases dietary intake in preschool-age children. *Journal of Sleep Research*. doi: 10.1111/jsr.12450.
19. Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thompson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384, 766-781. doi:10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
20. Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K., & Flegal, K.M. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*, 307(5), 483-490. doi: 10.1001/jama.2012.40.
21. Planinsec, J., & Matejek, C. (2004). Differences in physical activity between non-overweight, overweight and obese children. *Collegium Antropologicum*, 28, 747-754.
22. Speirs, K.E., Liechty, J.M., & Chi-Fan, Wu. (2014). Sleep, but no other daily routines, mediates the association between maternal employment and BMI for preschool children. *Sleep medicine*, 15, 1590-1593.
23. Stovitz, S.D., Demerath, E.W., Hannan, P., Lytle, L., & Himes, J. (2011). Growing into obesity: Patterns of height growth in normal weight, overweight and obese young adults. *American Journal of Human Biology*, 23(5), 635-641.
24. Taylor, A.W., Winefield, H., Kettler, L., Roberts, R., & Gill, T.K. (2012). A population study of 5 to 15 year olds: full time maternal employment not associated with high BMI. The importance of screen-based activity, reading for pleasure and sleep duration in children's BMI. *Maternal and Child Health Journal*, 16(3), 587-599.



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 07/09/2017. Aceptado: 14/05/2018

JB: EL CASO DE TODA UNA VIDA

JB: A WHOLE LIFE'S CASE

Helena Paños Garcia

Psicóloga, prácticas en el Servicio de Salud Mental del CAP de Badía del Vallès.

Correspondencia: helenapanosgarcia@gmail.com



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:17-28.



RESUMEN

La patología dual es una cuestión que afecta a muchos pacientes en salud mental y que añade a las dificultades de las enfermedades mentales, las asociadas al consumo y abuso de sustancias. Además, las teorías etiológicas y las acciones terapéuticas que se le asocian son varias e incompletas, y crean confusión en el abordaje terapéutico. El caso de JB ilustra cómo esta patología tiende a la cronicidad, ya que lleva un recorrido de más de 20 años, de inicio en la juventud, en el que se muestra una clara retroalimentación entre la enfermedad mental y el consumo de alcohol, y también muestra cómo el entorno juega un importante papel. Así, de su caso se pueden extraer varios factores influyentes, así como la dificultad de ajuste terapéutico, que parece quedar aún muy lejos de nuestra realidad asistencial.

Palabras clave: Patología dual; Consumo; Sustancias; Alcohol; Depresión; Caso.

ABSTRACT

Dual pathology is a matter that affects a great amount of mental health's patients, and it adds the difficulties of drugs abuse to those related to the mental illness. Furthermore, etiological theories and its therapeutic actions are varied and incomplete, contributing to the confusion of the therapeutic approach. JB's case illustrates how this pathology tends to become chronic, because it has a 20 years evolution that started at his youth, in which a clear mutual feeding is shown between mental illness and alcohol abuse, and it also shows how the environment plays an important role in the whole process. In conclusion, from his case may be drawn some influential factors, as well as the difficulties in therapeutic adjustment, which seems to be far from our assistance reality yet.

Key words: Dual pathology; Abuse; Drugs; Alcohol; Depression; Case.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales o las problemáticas que afecten a la salud mental tienen importantes efectos sobre la vida diaria de quien las padece, creando dificultades y sufrimientos adicionales a los problemas de la vida cotidiana de cualquier persona. Y cuando a estos trastornos mentales se les añade un problema de adicciones, el sufrimiento es mayor, y la retroalimentación que se da entre trastorno mental y adicción crea un círculo muy difícil de romper. A esta circunstancia se le denomina patología dual y, por desgracia, no es poco frecuente. Hay datos que proponen que un 18,5% de los pacientes usuarios de las redes de salud mental, incluyendo la ambulatoria, se podrían clasificar en patología dual, así como el 34% de pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (Rush B, Koegl C.J., 2008), siendo que los sujetos duales presentan mayor prevalencia de Trastorno de la Personalidad, estadísticamente más frecuentes los diagnósticos de paranoide, esquizoide, antisocial y límite que

en los pacientes con trastornos mentales no duales (Arias, F.; Szerman, N. et al. 2012). No solo esto es preocupante, sino el pronóstico: se ha hallado una mayor asociación, estadísticamente significativa, entre riesgo de suicidio y patología dual: 41,35%, frente a un 13,52% en patología singular (Sociedad Española de Patología Dual, 2017). Además, los profesionales dedicados al tratamiento de la patología dual consideran escasos los recursos sanitarios específicos para esta patología (Vega, P.; Szerman, N.; Roncero, C; et al., 2015).

En cuanto a teorías etiológicas, no ha surgido ninguna que pueda explicar de manera holística la cuestión de la patología dual. Hay tres tipos de teorías: un tipo aboga por reconocer cada problemática como singular y paralela a cualquier comorbilidad, sin relación asociativa entre sí, otro que soporta la idea de que ambas surgen de una problemática común, y un tercer tipo explica una patología como generadora de la segunda, la cual retroalimenta la problemática inicial, creando un círculo vicioso (Fig. 1).

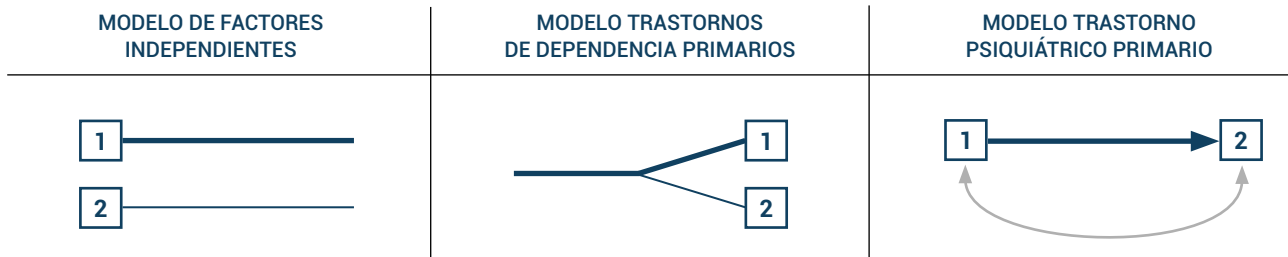


FIGURA 1.

Teniendo en cuenta lo expuesto, por lo tanto, es muy complicado hablar de teorías holísticas, ya que históricamente se ha tendido a considerar cada trastorno por separado y las hipótesis etiológicas tan solo abarcan una parte de la cuestión. Así, se ha olvidado la influencia de la interacción y la inter-relación entre las patologías, relegando del estudio académico la patología dual como una entidad propia, siendo necesarios más estudios longitudinales, por las interacciones complejas en ésta patología (Barea, J.; Benito, A, et al., 2009) Del mismo modo, en el ámbito del tratamiento, es complicado encontrar acciones terapéuticas que abarquen la problemática como una sola. Aun así, existen comunidades terapéuticas donde, como acción primera se encuentra la desintoxicación, con el objetivo de conseguir un estado en el que se pueda trabajar tanto psicológica como conductualmente con el paciente. Entre las acciones más comunes encontramos:

- Activación conductual: encontrar actividades que ocupen el tiempo y el interés de los pacientes, que puedan alejarlos de las ganas de consumir y que les enseñen a gestionar el craving de una manera útil.
- Control de estímulos y contingencias: orientado a la evitación del consumo.
- Terapia de grupo: que ha demostrado elevada eficacia, donde se encuentra apoyo social y se ponen en común dudas y herramientas para gestionar las problemáticas de la patología dual.
- Terapia psicológica personalizada: orientada principalmente, pero no exclusivamente, al tratamiento de la psicopatología que se da con el consumo de sustancias.

Así las cosas, y si se cuenta el rechazo social y familiar que acostumbran a generar este tipo de pacientes en la población general, se propone un marco realmente complicado de asistencia para aquellas personas con patología dual, en el que las dificultades, no solo de diagnóstico sino también de tratamiento, crecen de manera exponencial.

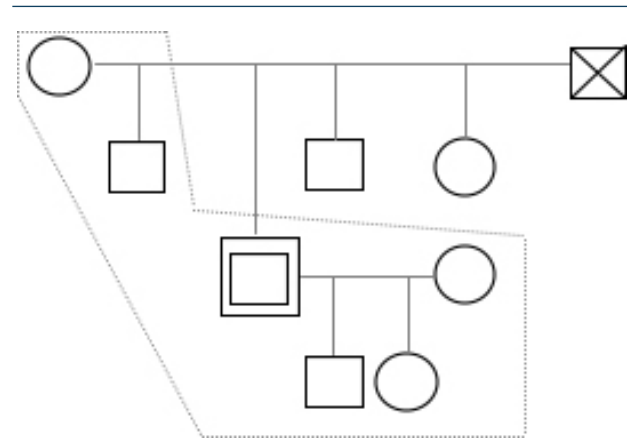


FIGURA 2.

PRESENTACIÓN DEL CASO

PACIENTE

JB es un hombre de más de 50 años, transportista, casado y vecino Badía del Vallès, donde reside actualmente con su familia (Fig. 2).

En el domicilio familiar conviven la familia nuclear, la madre de JB y su hermano mayor, quien tiene una leve minusvalía a raíz de una deficiencia mental. Hasta hace unos meses vivían en otro domicilio, solamente la familia nuclear (JB, mujer y dos hijos, mayores de 20 años). La relación familiar es buena, la mujer y los hijos constituyen para él una red de soporte sólida, aunque la problemática continuada que deriva de la enfermedad de JB ha deteriorado la calidad de las relaciones. En cuanto a su familia extensa, hay buenos vínculos emocionales aunque no exista un contacto intensivo con los hermanos que residen fuera del domicilio.



Más allá del ámbito familiar no cuenta con demasiadas relaciones sociales, a parte de un viejo amigo con el que sale a pasear de vez en cuando. Su tiempo libre lo dedica, cuando su condición psicológica lo permite, a realizar las tareas del hogar, pasear y cuidar de las gallinas que tiene en el patio de su casa.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Los antecedentes médicos relevantes incluyen la muerte del padre a principios de los 1990 debido a un cáncer, y la enfermedad actual de la madre, que también está siendo tratada con radioterapia por un cáncer.

En el área psicológica, simplemente destacar la deficiencia mental leve que sufre el hermano mayor.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Médicos: de entre diversos problemas de salud, algunos superados y otros activos en el presente, el principal y más preocupante es una cardiopatía isquémica que derivó en infarto agudo de miocardio en 2007, del cual se ha recuperado pero que sigue suponiendo un problema potencial de salud. También son de relevancia la hipertensión arterial que sufre desde entonces, la obesidad, hiperuricemia, un trastorno del metabolismo no especificado, lumbago y perforación timpánica de un oído.
- Psicopatológicos: JB ha sido atendido previamente en la misma Unidad de Salud Mental de Badía del Vallès, en el 2001, por el mismo motivo de consulta que refiere en el momento actual, y obtuvo el alta.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta por una problemática crónica: refiere un muy bajo estado anímico, apatía, aislamiento y abuso considerable de bebidas alcohólicas, principalmente cerveza, el cual comporta altos niveles de intoxicación y que interfiere gravemente con la funcionalidad diaria, tanto social, laboral como económica.

JB acude a consulta en junio del 2009 y continúa asistiendo hoy día, abril del 2017. Anteriormente ya había sido atendido por el Servicio debido a su historia de consumo problemático de alcohol y por episodios de Depresión Mayor, que no acaban de presentar una remisión total, lo cual se inició de manera insidiosa en su juventud. Durante estos

episodios depresivos ha realizado dos intentos autolíticos de baja letalidad (sobreingesta medicamentosa con abuso de alcohol), y ha estado ingresado en un centro de desintoxicación etílica, todo lo descrito antes de la visita del 2009.

A los 40 años dejó el consumo de alcohol y se mantuvo abstinentemente durante 5 años, hasta que sufrió el infarto y tuvo que coger la baja médica (trabajaba como camionero para una empresa). Este acontecimiento inesperado le provocó una gran incertidumbre, un empeoramiento del estado anímico y una recaída en el abuso de alcohol como método de controlar la angustia. Esta situación fue agravándose hasta el día de la primera consulta en 2009, dos años después.

En el momento de la primera visita refiere un consumo de entre 4 y 8 cervezas diarias. Su estado anímico es muy bajo, no realiza ninguna actividad placentera, ni siquiera se hace cargo de las tareas del hogar. Presenta ideas de muerte de poca concreción y no organizadas, y realiza un aislamiento voluntario como autocastigo en lo que él denomina "el cuarto oscuro" cuando le surgen ideas de culpabilidad y de inutilidad. No se ha reincorporado al trabajo y está pendiente de que el tribunal médico dicte una resolución respecto a recibir la incapacidad absoluta. Tiene recetada medicación antidepresiva, Fluoxetina y Diazepam, que no toma por el excesivo efecto sedante que percibe durante el día.

Poco después de esta primera visita, en julio del 2009, realiza un nuevo intento autolítico, consistente en una sobreingesta de Fluoxetina y Diazepam en combinación con un consumo elevado de alcohol. La familia decide hacer un esfuerzo económico e ingresarlo en un centro privado para la deshabitación alcohólica, donde pasa mes y medio. Prueba a asistir a Alcohólicos Anónimos pero deja de acudir porque no le gusta el cariz religioso de los encuentros.

Se mantiene abstinentemente durante más de un año, durante el cual le deniegan la incapacidad, en la empresa no quieren volver a contratarlo debido a sus antecedentes cardíacos y no consigue encontrar trabajo. Mantiene un estado de ánimo fluctuante, muy fácilmente afectado por las circunstancias, aunque va realizando algunas actividades como encargarse de la casa y salir a pasear. Es capaz de hacer crítica de su comportamiento alcohólico, tiene una buena consciencia de enfermedad y se siente orgulloso, ya que no acude a la bebida.

En setiembre del 2010 recae en el consumo de alcohol cuando a su madre le detectan un cáncer, y ella se niega a recibir tratamiento. Refiere un consumo de 4-5 cervezas



diarias y un muy bajo estado anímico, muy fluctuante. En octubre del mismo año se estabiliza emocionalmente cuando la madre acepta el tratamiento y deja el consumo de nuevo. Se mantiene abstinente seis meses, con un par de consumos puntuales para "controlar el estrés", según refiere, hasta que le vuelven a denegar la incapacidad que había vuelto a solicitar, y empieza un patrón fluctuante de abstinencia y consumo cada dos o tres semanas, consumo que se va haciendo más frecuente, con muy poca crítica y un estado de ánimo muy bajo.

En junio del 2011 deja de acudir a las visitas y vuelve a presentarse en noviembre del mismo año. Refiere no haber venido por haber estado trabajando de camionero nuevamente, aunque ha continuado con el consumo de alcohol durante todos esos meses, debido al estrés que le provoca el trabajo. Comienza a hacer crítica del poco control que tiene sobre el consumo.

Sigue con el patrón de consumo fluctuante y con una alta labilidad emocional, relacionado principalmente con sentimientos de soledad e inutilidad, y en mayo del 2012 deja de tomar la medicación, incluida la orgánica. La sintomatología depresiva se ha intensificado y el patrón de consumo ha evolucionado hacia la compulsividad, llegando a sufrir diversos episodios de black out. Hacia julio del mismo año parece mejorar y vuelve a la abstinencia, a un patrón de actividad más adaptado, a un adecuado seguimiento de toda la medicación y a una cierta mejoría anímica, que mantiene hasta noviembre cuando le retiran la ayuda económica que recibía. A partir de entonces vuelve a dejar toda la medicación, verbaliza sentimientos de rabia contra la sociedad, se vuelve distante y poco accesible y, como él dice, se "rebela contra el sistema", pero se mantiene abstinente.

En enero de 2013 vuelve a presentar una mejoría general, sigue sin consumir y vuelve a tomar la medicación a raíz de un pequeño episodio cardiovascular. Tras nueve meses de abstinencia vuelve al consumo en abril, unas 4 cervezas diarias, debido a una situación económica familiar tensa, consumo al que no le da importancia. La situación continua y en febrero de 2014 intenta dejar el consumo abruptamente y por cuenta propia, lo cual le causa un síndrome de abstinencia grave, con sensaciones de muerte, temblores, sudoración y palpitaciones, con lo cual sigue bebiendo.

En mayo de 2014 JB provoca un accidente de coche con ideación autolítica, según asegura, desesperado por la situación, e ingresa en el hospital durante un mes. Cuando sale se

mantiene abstinente, con un estado de ánimo más eufímico, aunque refiere encerrarse en casa por miedo a complicaciones médicas en su estado de salud, que se han detectado a raíz del ingreso, y verbaliza un miedo constante a la recaída.

En enero de 2015, aún abstinente, empieza a asistir a una terapia grupal de patología dual en la Unidad de Salud Mental. JB indica que en casa se vive una situación tensa desde unas semanas atrás: se siente presionado y vigilado constantemente, hecho que le provoca una ansiedad que resuelve comiendo grandes cantidades de alimentos con bajo valor nutricional. En diciembre del mismo año le otorgan una incapacidad total pero él no le ve la parte positiva, sintiendo que es una injusticia, e inicia un proceso legal para obtener la incapacidad absoluta, que finalmente obtiene en marzo de 2016.

Se mantiene abstinente hasta junio de 2016, cuando recae, según dice, por no poder gestionar la ansiedad que le produce la nueva situación familiar: han decidido cambiar de domicilio familiar y comprar una vivienda grande a las afueras, para vivir con su mujer, sus hijos, su madre y su hermano mayor con discapacidad psíquica. Se muestra poco crítico y dice que quiere demorar el inicio de la abstinencia hasta cuando se haya solucionado el tema del cambio del domicilio. Mantiene el consumo y, hacia noviembre del mismo año, empieza a incorporar el whisky a sus episodios de abuso y a esconder bebidas alcohólicas en el domicilio familiar.

El 31 de diciembre de 2016 sufre un accidente leve de coche en estado de embriaguez, dando 0,6 mg/l en el control de alcoholemia, sin ideación autolítica. Los Mossos de Escuadra lo llevan a su casa, donde coge dos botellas de vino y sale del domicilio "a caminar", por miedo a los conflictos que tendría cuando llegasen sus familiares a casa. Acaba en una zona boscosa alejada de su domicilio, intoxicado y desorientado. Cuando la familia lo llama por que no se presenta en casa les comenta donde está y que no sabe volver. La policía lo encuentra a las 19 horas y, mientras los servicios sanitarios lo atienden, ingiere a escondidas 10 comprimidos de Diazepam que llevaba encima. Niega ideación suicida concreta, tan solo "quería desconectar". A partir de este episodio se le propone el ingreso en una comunidad terapéutica para la desintoxicación y acepta.

Actualmente se encuentra en trámites para poder ingresar en la comunidad y, aunque le cuesta mantenerse completamente abstinente, refiere ser consciente de que necesita ayuda. A la primera entrevista con el centro acude



JB: el caso de toda una vida

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:17-28.

H. Paños

en un estado de somnolencia parecido al de una intoxicación etílica, pero asegura que es resultado de una ingesta excesiva de Diazepam la noche anterior para poder dormir, y se le programa una segunda entrevista, a la que acude en condiciones óptimas.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA (ANEXO I)

JB se presenta normalmente vestido de manera adecuada y con una higiene correcta. Nunca ha acudido a consulta en estado de embriaguez, siempre ha estado consciente, orientado y con una actitud correcta. La afectividad es lábil, con periodos en los que presenta una hipotimia marcada, aunque en el momento actual se encuentra estable y eutímico.

No presenta síntomas de alteraciones del pensamiento, ni de forma ni de contenido, pero en los momentos en los que la sintomatología depresiva es más grave, refiere ideas sobrevaloradas de inutilidad e injusticia, como si la sociedad o el mundo lo castigara y él fuera un mártir que debe soportar el sufrimiento, llegando en algunas ocasiones a auto-castigarse con un aislamiento físico en el "cuarto oscuro" (una habitación del domicilio familiar que permanece a oscuras, con tan solo una cama, donde puede pasar más de un día, saliendo solamente al baño). No consta que haya alteraciones sensorio-perceptivas, ni síntomas ansiosos actualmente. El sueño es de baja calidad, con dificultad de mantenimiento, y el apetito es fluctuante y altamente dependiente del estado anímico.

EVALUACIÓN

Con tal de obtener la información necesaria para realizar un buen diagnóstico diferencial y para poder ajustar correctamente el tratamiento, se han usado los siguientes instrumentos:

- **Entrevista clínica:** a través de esta, se han aclarado los patrones conductuales, se ha establecido la historia y evolución del problema y se ha obtenido la lista de síntomas y signos que presenta JB.
- **Mini Examen Cognoscitivo** (Lobo, A; Saz, P.; Marcos, G., 2002): se ha usado para comprobar el grado de afectación cognitiva por el consumo de abuso continuado de alcohol, y los resultados entran dentro de lo esperable en un hombre de su edad.
- **Auto-registro de situaciones de consumo:** a través de auto-registros que incluyen antecedentes (situacionales y psicológicos), pensamientos y emociones generadas, y

consecuentes del consumo, se ha podido entender el patrón conductual de consumo y se ha programado el control estimular como medida preventiva de recaídas.

- **Criterios diagnósticos del DSM-5** (American Psychiatric Association, 2013): que se han consultado para comprobar el ajuste diagnóstico, resultando que cumple criterios de Distimia, Depresión Mayor y Trastorno por consumo de Alcohol (Anexo 2).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Dado que JB ya ha asistido previamente a la Unidad de Salud Mental por la misma problemática, ya tiene asignado un diagnóstico: Patología Dual, comorbilidad entre un Trastorno por Consumo de Alcohol y un Trastorno Depresivo Mayor Recidivante. Aun así, la poca evidencia de recuperación interepisódica de este Trastorno Depresivo hace pensar en la posibilidad de la existencia de lo que comúnmente se conoce como Depresión Doble: una Distimia con Episodios Depresivos Mayores intercalados.

Por lo que a diagnóstico diferencial se refiere, hay que remarcar que los episodios anímicos tienen una entidad propia, no son provocados por el consumo de alcohol, ya que a veces surgen antes de las recaídas y en periodos largos de abstinencia, por lo que se descarta un Trastorno del Estado de Ánimo Inducido por Sustancias. En ningún momento JB ha presentado otros síntomas anímicos como hipertimia, grandiosidad u otros síntomas o signos propios de un episodio maníaco, por lo tanto no se trata de un Trastorno Bipolar.

ANÁLISIS FUNCIONAL

CONDUCTAS PROBLEMA

Las principales conductas problema están muy claras. Primeramente, el abuso de bebidas alcohólicas, que no resulta problemático tan solo por su estado psicológico, sino que pone en riesgo su salud orgánica, que ya se encuentra muy deteriorada por otros factores. Por otro lado, existen otras conductas problema relacionadas directamente con la vertiente anímica y los episodios depresivos, como el auto-aislamiento y los intentos autolíticos. Por último, el abandono de la toma de medicamentos durante temporadas irregulares, tanto orgánicos como psiquiátricos, que de nuevo afecta a su salud mental y física (Tabla I).

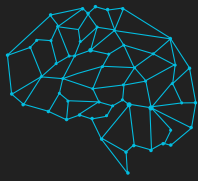


TABLA I.

	ANTECEDENTES	ELEMENTOS	CONSECENTES
Abuso de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de soledad o inutilidad • Estrés • Acontecimientos inesperados • Trabajar de transportista • Frecuentar lugares y personas determinadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de entre 2 y 8 cervezas en un corto periodo de tiempo (entre 1 y 3 horas) • Ingesta de entre 2 y 3 vasos de whisky • Ocultación de bebidas alcohólicas en el domicilio familiar • Ingesta fuera del domicilio o a escondidas de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ansiedad • Disminución de pensamientos negativos • Conflictos familiares • Retirada del dinero por parte de la familia • Accidentes de tráfico • Black outs
Auto-aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de inutilidad, culpabilidad o injusticia • Discusiones familiares donde cree que es culpable • Ser humillado o creer que lo es 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento en el "cuarto oscuro" entre 4 y 24 horas • Pensamientos sobrevalorados de culpabilidad, inutilidad o de muerte. • No ingesta de alimentos ni de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ansiedad • Atención por parte de la familia • Empeoramiento del estado anímico • Empeoramiento de la salud física
Patrón irregular de toma de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de desesperanza, de injusticia o culpabilidad • Pensamientos de muerte • Ideación autolítica • Auto-aislamiento • Aparición de efectos secundarios como somnolencia o reducción del deseo sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono total o parcial de la medicación • Sobreingesta medicamentosa • Toma de fármacos en patrones horarios irregulares • Toma de fármacos solo cuando aparece algún síntoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de libertad • Atención de la familia • Ingreso en centros de desintoxicación etílica • Ingreso hospitalario • Lavados de estómago • Angustia • Empeoramiento de la salud física • Empeoramiento del estado anímico
Intentos autolíticos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de desesperanza, de injusticia, culpabilidad y/o inutilidad • Empeoramiento del estado anímico • Acontecimientos negativos inesperados • Ser humillado o creer que lo es 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreingesta medicamentosa con consumo de grandes cantidades de alcohol • Accidentes de tráfico provocados 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de libertad • Atención de la familia • Ingreso en centros de desintoxicación etílica • Ingreso hospitalario • Lavados de estómago • Empeoramiento de la salud física

OBJETIVOS

CORTO PLAZO

- Conseguir una abstinencia que permita realizar un buen trabajo psicoterapéutico.
- Estabilizar el estado anímico.
- Conseguir una buena adhesión al tratamiento farmacológico.

LARGO PLAZO

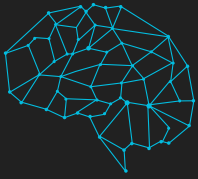
- Conseguir una remisión total del Episodio Depresivo Mayor.
- Abstinencia total y continuada.
- Dotar a JB de recursos psicológicos para gestionar situaciones vitales estresantes y pensamientos automáticos negativos.

- Dotar a JB de recursos conductuales para gestionar el craving cuando aparezca.

PLAN TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN

El caso de JB es un caso con un largo recorrido, que lleva activo desde hace casi diez años, sin contar las ocasiones anteriores al infarto agudo de miocardio, en las que ha sufrido episodios de las mismas características. Así pues, con él se ha intentado implementar todo tipo de terapias, programas y actuaciones en mayor o menor medida, algunas con más efectividad que otras. Las actuaciones terapéuticas han sido las siguientes:

- Programa de beber controlado, que no fue capaz de seguir, acabando siempre en un consumo descontrolado.



- Disminución progresiva de la cantidad de alcohol ingerida, que tampoco se consiguió, acabando también en un consumo descontrolado.
- Vinculación a Alcohólicos Anónimos, que no fue posible debido al cariz religioso del grupo, el cual incomodaba a JB.
- Asistencia a centro de día para adictos al alcohol, el cual no se realizó por falta de los ingresos económicos necesarios.
- Ingreso en comunidad terapéutica, con buenos resultados, siempre seguido de una abstinencia bastante estable y un estado de ánimo mayormente eutímico.
- Vinculación a Terapia de Grupo de Patología Dual, con resultados positivos en la estabilidad anímica y en la abstinencia.
- Tratamiento farmacológico antidepressivo, con resultados aceptables pero insuficientes e inestables, influenciados por la falta de constancia y de adhesión al tratamiento.
- Control de estímulos inductores del consumo, que ha sido útil sólo en los episodios de más estabilidad emocional.
- Seguimiento psicológico el cual ha resultado ser efectivo en cuanto a contención de episodios de consumo, para la aceptación de la problemática y como modulador del estado emocional.
- Activación conductual, muy útil y con efectos positivos en su estado anímico y en el mantenimiento del mismo.

Así, y teniendo en cuenta el momento en el que se encuentra actualmente JB, se opta por repetir las intervenciones que han demostrado ser efectivas en su caso. También se programarán otras nuevas que, por las características del servicio de la Unidad de Salud Mental, en el que hay mucha demanda y poca disponibilidad horaria, y por la poca adecuación del estado de JB, que no ha podido mantener una abstinencia estable, no se han podido poner en marcha antes. Por lo tanto, el plan terapéutico es el que sigue:

1. Conseguir un estado de abstinencia sólido, a través de su ingreso prolongado en una comunidad terapéutica.
2. Reestructuración cognitiva, con la programación de visitas más seguidas y aprovechando el estado idóneo en el que se encontrará JB al salir del centro.
3. Entrenamiento en el control de estímulos para gestionar las oportunidades de consumo.
4. Entrenamiento en solución de problemas, que puede ser una buena herramienta a la que pueda acudir en cuanto aparezca una situación inesperada o generadora de estrés.

Según la evolución que presente, las actuaciones se irán adaptando a las nuevas situaciones y a las dificultades que vayan surgiendo.

CONCLUSIÓN

Tal y como ilustra el caso de JB, los trastornos de patología dual tienden a la cronificación, con periodos de estabilidad más o menos continuados en el tiempo. Resulta muy complicado llegar a un episodio de equilibrio de las dos problemáticas, siendo así difícil tratar el trastorno globalmente y que las acciones terapéuticas lleguen a buen puerto.

La gran prevalencia que presentan estos tipos de trastornos, sobretodo en poblaciones de niveles socio-económicos y asistenciales como Badía del Vallès, plantea el gran impacto que tienen en la población, así como la importancia de seguir estudiando con mayor profundidad las cuestiones que juegan un papel importante en la patología dual: conocer mejor los mecanismos de ésta y los tratamientos efectivos aportaría una mejora en la calidad de vida, no sólo de aquellos que la padecen, sino de las familias de los pacientes y de la población en general.

Así queda patente que este tipo de patologías supone un gran reto para la psicología actual y para la totalidad de la red asistencial.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

- **Financiación:** no ha habido financiación específica para la realización de este estudio.
- **Contribución:** la autora Helena Paños Garcia ha realizado la recopilación de datos, su análisis y la redacción completa del artículo, no habiendo así ningún co-autor.
- **Consentimiento informado:** los procedimientos utilizados se han realizado bajo consentimiento informado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara la ausencia de potenciales conflictos de intereses.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS 5). Virginia: APA.
2. Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías, B.; Basurte, I.; Morant, C.; Ochoa, E. et al. (2012) Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. ADICCIONES, 2013 · VOL. 25 NÚM. 2 · PÁGS. 118-127.
3. Barea, J.; Benito, A.; Real, M.; Mateu, C.; Martín E.; López, N. y Haro, G. (2009) Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. ADICCIONES, 2010 · VOL. 22 NÚM. 1 · PÁGS. 15-24.
4. Lobo, A; Saz, P.; Marcos, G. Grupo de Trabajo ZARADEMP (2002) MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. TEA Ediciones.
5. Rush B, Koegl CJ. Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. Can J Psychiatry. 2008;53(12):810-21.
6. Vega, P.; Szerman, N.; Roncero, C.; Grau-López, L.; Mesías, B.; Barral, C.; Basurte-Villamor, I. et al.. (2015) Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. Sanidad y Ediciones S.L.

ANEXO 1: EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA, EPISODIO ACTUAL

INICIO EPISODIO ACTUAL (Mes/año) _04/2017_____

DESCRIPCIÓN GENERAL

- ASPECTO FÍSICO ____Correcto_____
- CONDUCTA MOTORA ____Normal_____
- LENGUAJE _____Enlentecido_____
- ACTITUD CON ENTREVISTADOR __Correcta_____
- NIVEL DE CONCIENCIA ____Vigil y orientado_____

AFECTIVIDAD

ESTADO DE ÁNIMO

- | | | | | |
|-------------------|----------------------|---------------------------|---------------------|------------------|
| 1. Eutímico | 2. Aumentado | 3. Ligeramente disminuido | 4. Deprimido | 5. Muy cambiante |
| 6. Disfórico | 7. Euforia | 8. Hipertimia | 9. Apatia | 10. Anhedonia |
| 11. Irritabilidad | 12. Ideas Autolítica | 13. Ideas de culpa | 14. Ideas de muerte | |

VARIACIÓN DIURNA

1. Peor por la mañana 2. Peor por la tarde

CURSO DEL PENSAMIENTO

- o Verborrea o Fuga de ideas o Bloqueo o Incoherencia

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Pensamientos automáticos negativos | 2. Pensamientos hipocondríacos |
| 3. P. Obsesivos | 4. Sobrevalorados |
| | 5. Ideas delirantes |

SENSOPERCEPCIÓN

1. Alucinaciones auditivas: _____
2. Alucinaciones visuales: _____
3. Otras alucinaciones _____
4. Pseudo-alucinaciones _____



JB: el caso de toda una vida

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:17-28.

H. Paños

ANSIEDAD

Síntomas fisiológicos

1. Gastrointestinales: _____
2. Cardiovasculares: _____
3. Respiratorios: _____

Síntomas cognitivos

1. Tensión subjetiva / nerviosismo _____
2. Miedo de que pase algo malo ___Miedo a la recaída en el consumo_____
3. Otros:___Ideas sobrevaloradas de inutilidad y culpa_____

Miedo/evitación

Situaciones evitadas:___Ir a bares, relacionarse con bebedores, tener alcohol en casa_____

Interferencia:_____

ALIMENTACIÓN

1. Aumentada
 2. Disminuida
 3. Pérdida de peso ___ kg en ___ Dieta?
- ___Lábil, ha ganado peso, aumenta con la ansiedad, disminuye con síntomas depresivos_

ACTITUDES

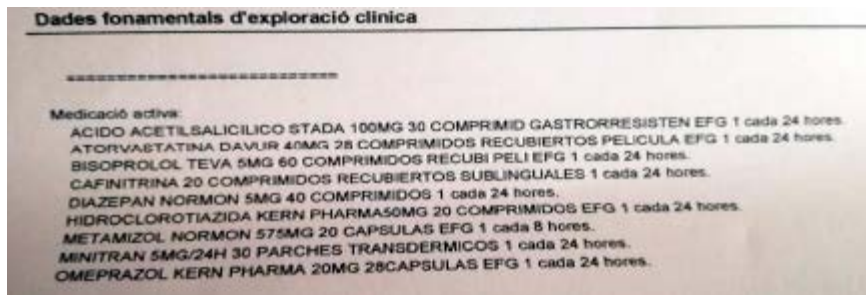
1. Comportamientos anorèxicos
2. Bulímicos

SUEÑO

- 1.I. de conciliación
- 2.I. mantenimiento
- 3.I. de despertar
4. Hipersomnia

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Fármacos y dosis:



TCC

Tipo de terapia y datos de aplicación:

- ___Activación conductual: hacer tareas de casa, salir a pasear una hora al día, cuidar de las gallinas, ir al gimnasio dos veces por semana._____
- ___Programa de beber controlado: consumo de 1 cerveza diaria, por la tarde, en casa.____
- ___Control de estímulos: no poseer bebidas alcohólicas en el domicilio, no frecuentar bares, salir con personas abstemias.



ANEXO 2: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 4. insomnio o hipersomnia casi cada día
 5. agitación o enlentecimiento psic motores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. pérdida o aumento de apetito
 2. insomnio o hipersomnia
 3. falta de energía o fatiga
 4. baja autoestima
 5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 6. sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.



CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

- A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
 5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).
- b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 25/10/2017. Aceptado: 2/05/2018

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO

TREATMENT OF POSTPARTUM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER:
A SYSTEMATIC REVIEW

L. Fernández Clemente, I. Olza Fernández

¹Graduada en Medicina en la Universidad de Alcalá. 650455885, l.fdezcllemente@gmail.com

²Psiquiatra Perinatal. Profesora Asociada departamento Medicina y especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá. lbone.olza@uah.es

Proyecto FILOSOFÍA DEL NACIMIENTO: REPENSAR EL ORIGEN DESDE LAS HUMANIDADES MÉDICAS (FILNAC), FI2016-77755-R, Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Ministerio de Economía y Competitividad, 2016-19, (AEI/FEDER/UE).



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:29-39.



RESUMEN

Introducción: en 1978 se describió el trastorno por estrés postraumático (TEPT) posparto y más tarde se ha reconocido que la experiencia del parto puede actuar como un suceso traumático, al situar a la mujer y a su bebé en una posición de vulnerabilidad desde la que pueden sentir un miedo intenso e indefensión ante una amenaza para su salud. Hasta ahora se han publicado pocos estudios sobre el abordaje terapéutico de este trastorno, por lo que el objetivo de esta revisión es recoger la evidencia actual sobre el tratamiento del TEPT posparto.

Material y métodos: se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Psycinfo y CUIDEN con los términos birth, childbirth y postpartum cruzados con treatment y post-traumatic stress disorder.

Resultados: se incluyeron siete estudios, todos ellos basados en la psicoterapia. La psicoterapia centrada en el trauma parece ser el tratamiento más indicado para el TEPT posparto.

Conclusión: la evidencia actual sobre el tratamiento del TEPT posparto es insuficiente, y para ampliarla es fundamental una labor de concienciación y visibilización de este trastorno.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, Posparto, Psicoterapia.

ABSTRACT

Background: postpartum PTSD (post-traumatic stress disorder) was first described in 1978 and it is now established that women can experience childbirth as a traumatic event as long as the patient and her baby feel vulnerable and undergo an intense fear and helplessness before a threat to their lives. So far few studies have been published on the therapeutic approach to this disorder, so the aim of this review is to collect current evidence on the treatment of postpartum PTSD.

Methods: a bibliographic search was conducted in Pubmed, Psycinfo and CUIDEN databases using the terms treatment and post-traumatic stress disorder crossed with childbirth-related terms (birth, postpartum).

Results: Seven studies, all based on psychotherapy, were included. The results seem to indicate trauma-focused psychotherapy as the most appropriate treatment for postpartum PTSD.

Conclusion: in order to gather consistent evidence on the treatment of postpartum PTSD, it is essential to raise awareness and give visibility to such a disorder.

Key words: Post-traumatic stress disorder, Postpartum, Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El estrés traumático después del parto se describió en 1978 (Bydlowski y Raoul-Duval, 1978) pero hasta la década de los noventa el parto y el embarazo no fueron reconocidos como eventos traumáticos causantes de TEPT (American Psychiatric Association, 1994). Fue a partir de la introducción de la subjetividad de la experiencia vivida como un factor importante en la descripción del DSM-IV del evento traumático, aunque éste no se encontrase fuera del rango de la experiencia humana habitual.

El parto traumático se define como aquel parto en el que hay un peligro real o amenaza vital para la madre o su bebé, provocando un miedo intenso, sensación de indefensión y horror (C. T. Beck, 2004a). Se ha demostrado cómo la percepción de la madre determina lo que supone un riesgo vital para ella y su bebé, por lo que un parto aparentemente normal o sin complicaciones desde el punto de vista obstétrico también puede vivirse como traumático (Maggioni, Margola, y Filippi, 2006).

La revisión más reciente (Grekin y O'Hara, 2014) sitúa la prevalencia global del TEPT posparto completo en el 3,17%

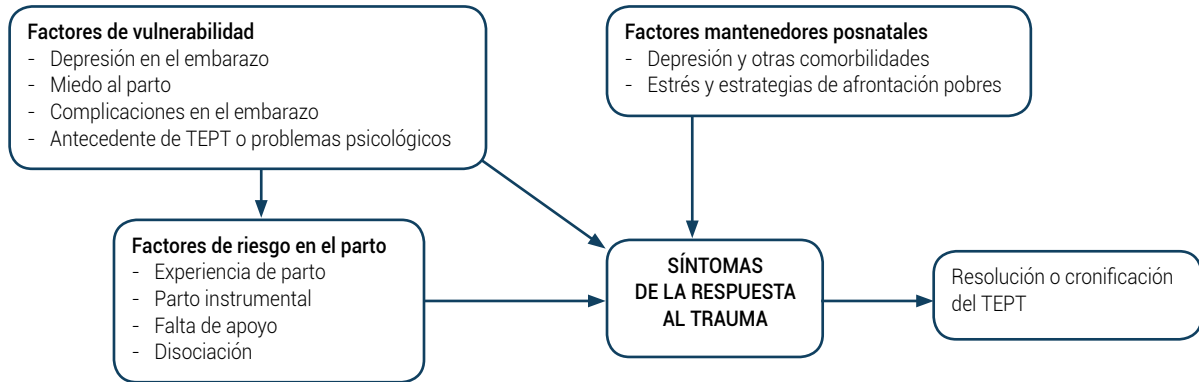
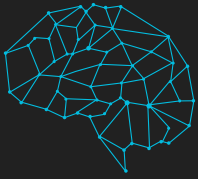


FIGURA 1. Modelo de diátesis-estrés revisado sobre la etiología del TEPT posparto (Ayers et al., 2016).

de la población general, alcanzando un 15,7% en grupos de riesgo, sin diferencias en distintos grupos étnicos o niveles socioeconómicos (Montoya y Alzaga, 2007; Onoye, Goebert, Morland, Matsu, y Wright, 2009). En España no se dispone de datos epidemiológicos hasta ahora. Además, entre un 22-40% de las mujeres experimentan síntomas de estrés postraumático tras el parto, sin cumplir todos los criterios para el TEPT (Ayers, Joseph, McKenzie-McHarg, Slade, y Wijma, 2008). Aunque apenas se conoce su curso natural, hay estudios que indican que las mujeres con TEPT posparto raramente se recuperan espontáneamente. De hecho, en un 1,7% de ellas, los síntomas persisten más allá de once meses tras el parto, considerándose TEPT posparto crónico (Söderquist, Wijma, y Wijma, 2006).

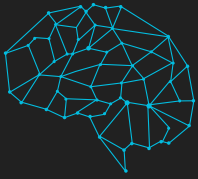
El marco teórico actual de la etiología del TEPT posparto se basa en el modelo de diátesis-estrés (Ayers, Bond, Bertullies, y Wijma, 2016), que propone la existencia de:

- Factores de vulnerabilidad en el embarazo, como antecedentes de experiencias traumáticas previas, problemas de salud mental en el embarazo (sobre todo la depresión y el miedo al parto), ser primípara o disponer de escaso apoyo social.
- Factores de riesgo en el parto, como el tipo de parto (siendo el intervencionismo obstétrico y las complicaciones con el bebé decisivos), falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios, emociones negativas intensas, sensación de amenaza y disociación.
- Factores mantenedores durante el posparto, como estrés adicional, escaso apoyo familiar y reacciones desadaptativas. (Fig. 1)

Respecto a la psicopatología específica del TEPT en el posparto, el trabajo de C. T. Beck (2004b) describe las siguientes características:

- Estado de embotamiento emocional y sensación de desapego de las madres hacia sus seres queridos (incluido su bebé), llegando incluso a presentar amnesia disociativa y despersonalización;
- Se revive el parto traumático noche y día. Por ejemplo, algunas mujeres relatan la aparición de *flashbacks* durante la penetración vaginal;
- Fuerte preocupación por comprender lo ocurrido durante el parto y manifestación de una imperiosa necesidad de hablar sobre el suceso traumático, que se ve frustrada por la falta de concienciación y empatía de su entorno, y genera sentimientos de incompreensión y culpabilidad;
- Ataques de ira dirigidos hacia ellas mismas, sus familias o los profesionales sanitarios, crisis de ansiedad asociadas a las relaciones sexuales o las visitas al hospital, y síntomas depresivos que en ocasiones son graves y llevan a ideas de muerte y suicidio;
- La fertilidad y experiencia de la maternidad se ven negativamente afectadas, ya que se establece una especie de muro entre madres e hijos que les dificulta o impide vincularse.

En ocasiones, el bebé supone para ellas un recordatorio constante de su trauma (Ayers et al., 2016). Igualmente se aíslan del resto de madres que no han vivido un parto traumático. El deseo de un nuevo embarazo se pospone o desaparece ante el miedo intenso a volver a sentir tanto dolor e indefensión en el parto (tocofobia). En otros casos, cuando



se deciden a hacerlo, ese miedo las empuja a solicitar una cesárea electiva (Montoya y Alzaga, 2007; Waldenström, Hildingsson, y Ryding, 2006). Así, las madres expresan una gran dificultad para lidiar con el proceso de lactancia y con la vinculación emocional con sus bebés, dificultades que puede prolongarse varios años. Por último, Grekin y O'Hara (2014) señalan que varios de los síntomas del TEPT se solapan con experiencias que pueden ser esperadas en el posparto, como problemas del sueño o irritabilidad. Sugieren que los pensamientos intrusivos o las pesadillas, pueden ser más representativos que los síntomas de excitación y adormecimiento en estas mujeres.

Existe un gran potencial para prevenir y minimizar la aparición del TEPT posparto. Es importante realizar una buena historia clínica que permita explorar si existen factores de vulnerabilidad en el embarazo (C. T. Beck, 2004b). Varios estudios muestran que muchas mujeres han quedado traumatizadas como consecuencia de las acciones u omisiones del personal sanitario que las atendió (Allen, 1998; Elmir, Schmied, Wilkes, y Jackson, 2010). Manifiestan haberse sentido ignoradas y no tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre su vida y la de su bebé. Describen el trato recibido como deshumanizante, irrespetuoso y degradante (C. T. Beck, 2004b; Kitzinger, 2006; Olza Fernandez, 2013; Thomson y Downe, 2008).

La propia OMS denuncia el maltrato en el parto como un problema importante de salud pública y derechos humanos, y urge a los gobiernos a investigar, reconocer y rectificar el mismo (Organización Mundial de la Salud, 2014). Países como Venezuela, y más tarde Argentina y México, han legislado ya esta forma de violencia contra las mujeres conocida como violencia obstétrica (Asamblea de la República Bolivariana de Venezuela, 2015; Grupo Parlamentario del Partido del Revolución Democrática, 2016; Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2009). En concreto, la "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" la define como "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres".

En consecuencia, se considera esencial la formación y sensibilización de los profesionales que atienden el parto

para reducir las actitudes negativas y fomentar un apoyo y cuidado adecuados (Ayers et al., 2016; Olza Fernández, 2014). Asimismo, se recomienda utilizar el consentimiento informado para todos los procedimientos obstétricos, y aplicar los protocolos de atención basados en el parto humanizado, como la "Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Terán, 2013).

La prevención secundaria pasa por incluir a las mujeres que hayan tenido un parto de riesgo en un protocolo de seguimiento que permita la detección y tratamiento posteriores (Ayers et al., 2016). Se debe emplear una herramienta diagnóstica validada para el TEPT posparto, como el cuestionario de TEPT perinatal (PPQ), o guiarse por el DSM-V (Zauderer, 2014). Pese a que existe una gran comorbilidad entre el TEPT y la depresión durante el embarazo y el posparto (Ayers et al., 2016), debido a que en el posparto solo se realiza un cribado rutinario para la depresión, se estima que hasta un 25% de las mujeres con criterios completos para TEPT posparto quedarían sin detectar (Czarnocka y Slade, 2000).

Las estrategias de *debriefing* (una única sesión estructurada en la que matronas o médicos repasan con la paciente su historia clínica) y *counselling* (asesoramiento basado en una intervención sin estructura fija que pretende ofrecer a las madres un espacio donde poder hablar de su parto) van encaminadas a la prevención y no al tratamiento del trastorno, y las conclusiones sobre su efectividad son contradictorias (Ayers, McKenzie-McHarg, y Eagle, 2007; Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg, y Bick, 2015; Horsch, 2009; Lapp, Agbokou, Peretti, y Ferreri, 2010).

En resumen, los factores epidemiológicos del TEPT posparto se han descrito de forma bastante completa, se ha propuesto un marco teórico para explicarlo y desarrollado diferentes estrategias de prevención. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en su abordaje terapéutico, y no existe un protocolo de intervención estandarizado y con probada efectividad (Lapp et al., 2010), por lo que el objetivo de esta revisión es recoger la evidencia actual sobre el tratamiento del TEPT posparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos



sobre el tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto. La búsqueda se ha realizado en marzo de 2017, en las bases de datos Pubmed, Psycinfo y CUIDEN cruzando los términos en inglés PTSD (*post-traumatic stress disorder, treatment*) y términos asociados al parto (*childbirth, birth, postpartum*) unidos mediante el operador AND. Otros artículos han sido localizados mediante búsqueda manual. La selección ha seguido los estándares PRISMA(Liberati et al., 2009).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se han incluido los estudios sobre el tratamiento del TEPT posparto completo o parcial, o del trastorno de estrés agudo posparto, cuya intervención terapéutica haya sido llevada a cabo durante el periodo posnatal.

Se han excluido los estudios centrados en la prevalencia, factores de riesgo o prevención del TEPT posparto, así como los que incluían casos de TEPT posparto y duelo perinatal. Los estudios sobre el TEPT en personal sanitario como consecuencia de la atención a un parto traumático y los estudios sobre depresión posparto y otros trastornos psiquiátricos en el puerperio también han sido excluidos. El procedimiento se describe en la figura 2.

CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

La calidad de los estudios se ha evaluado mediante el CTAM (*Clinical Trial Assessment Measure*)(Tarrier y Wykes, 2004), y analizando la posición de las revistas en el ranking realizado por JCR (*Journal Citation Reports*) a través de la plataforma InCites™.

RESULTADOS

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

De un total de 1174 publicaciones, de las cuales 4 fueron localizadas a través de búsqueda manual, 1137 fueron excluidas en base al título, por no estar relacionados con el TEPT posparto o con su tratamiento. Se examinaron 37 resúmenes, excluyéndose 18. Aplicando los criterios de inclusión sobre los 19 artículos leídos al completo, 7 han sido seleccionados.

CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

Solo dos estudios (Borghini et al., 2014; Nieminen et al., 2016) eran aptos para aplicar el CTAM, con 52 y 68 puntos

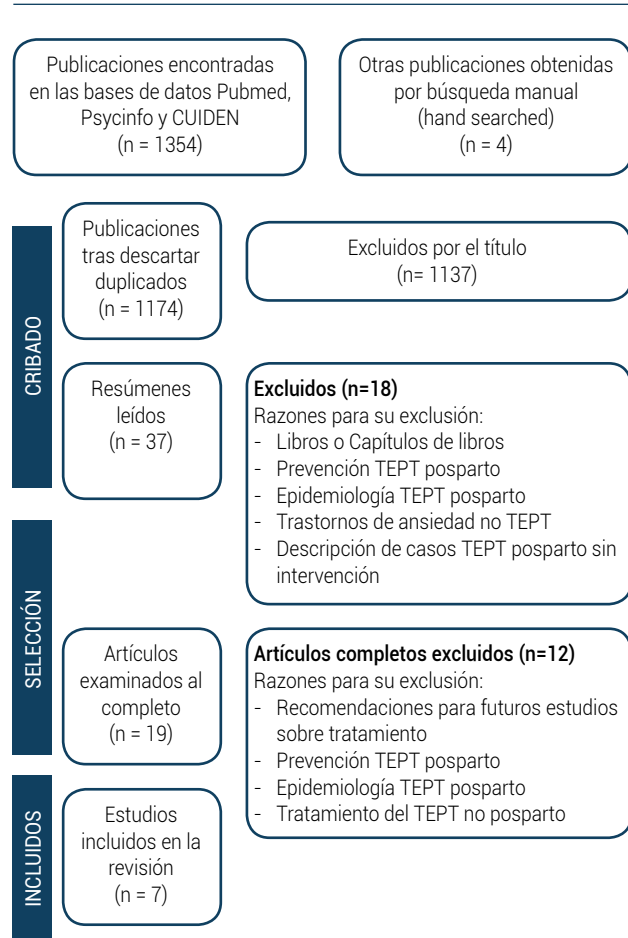


FIGURA 2. Diagrama de flujo con el proceso de selección de estudios(Liberati et al., 2009).

sobre 100, respectivamente. De las seis categorías, la evaluación de resultados es la peor puntuada en ambos, ya que no incluyen en su metodología el enmascaramiento (Tabla I).

RESUMEN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Dos de los estudios se realizaron en Estados Unidos, y el resto en Europa. Todos ellos llevaron a cabo intervenciones psicoterapéuticas.

La muestra total cuenta con 153 mujeres y 78 bebés, variando el rango de participantes por estudio de 1 a 156. La edad de las mujeres comprende de los 21 a los 45 años,

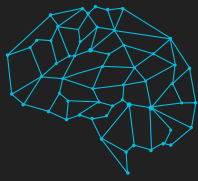


TABLA I.

ARTÍCULO	REVISTA	CATEGORÍA	FI	RANKING	CUARTIL
Sorenson, DS (2003)	Archives of psychiatric nursing	Nursing PSY	1,217	44/116 108/142	Q2 Q4
Sandström et al (2008)	Midwifery	Nursing	1,861	13/116	Q1
Ayers et al (2007)	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology	OBS PSY	1,065	68/80 112/142	Q4 Q4
Stramrood et al (2012)	Birth: Issues in Perinatal Care	Nursing OBS	1,867	12/116 39/80	Q1 Q2
Borghini et al (2014)	Infant Behaviour & Development	Developmental psy- chology	1,515	41/69	Q3
Zauderer, CR. (2014)	The Nurse Practitioner	-	-	-	-
Nieminen et al (2016)	Cognitive Behaviour Therapy	Clinical psychology	2,129	44/122	Q2

Ranking del JCR de las revistas seleccionadas.

Resumen de datos del año 2015 extraídos del ranking del JCR de las revistas a las que pertenecen los artículos revisados. FI: factor de impacto; OBS: Obstetrics & Gynaecology; PSY: psychiatry; Fuente InCites™

TABLA II. Características y resultados de los estudios seleccionados en la revisión.

ESTUDIO	PARTICIPANTES	DISEÑO	DIAGNÓSTICO TEPT POSPARTO	INTERVENCIÓN	RESUMEN DE RESULTADOS	COMENTARIOS
Sorenson, DS (2003)	9	Quasi-experimental, mediciones pre y post intervención	PTCS inventory	TCC grupal	Menor ansiedad, depresión y soledad. Mejor autoestima	No se repitió el PTCS inventory
Sandström et al (2008)	4	Estudio piloto, mediciones pre y post intervención	TES	EMDR	Sin criterios de TEPT posparto. Estables en seguimiento	TEPT crónico
Ayers et al (2007)	2	2 casos	No especificado	TCC	No síntomas de estrés posttraumático	
Stramrood et al (2012)	3	3 casos	No especificado	EMDR	Reducción de estrés y síntomas de TEPT. Experiencia positiva en siguiente parto	TEPT crónico
Borghini et al (2014)	78 (bebés y madres)	Ensayo controlado aleatorizado	PPQ	Teoría sistémica y preventiva transaccional 3 fases Serotonina 25-100 mg/día	Mejoría de síntomas de TEPT posparto entre las 42 semanas y los 12 meses	Mayor sensibilidad materna y cooperación del niño
Zauderer, CR. (2014)	1	Estudio de un caso	No especificado	Psicoterapia Otros (NURSE, terapias alternativas)	Mejoría en el sueño y menos síntomas de TEPT posparto	Trastorno por estrés agudo posparto Sin mediciones objetivas
Nieminen et al (2016)	56	Ensayo controlado aleatorizado, mediciones pre y post intervención	IES-R TES	TCC-CT vía internet	Reducción de síntomas de TEPT posparto, ansiedad y depresión. Menor % mujeres con criterios de TEPT posparto	Muestra para potencia aceptable = 40

TCC: terapia cognitivo conductual; TES: Traumatic Event Scale; PPQ: perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire; NURSE: nutrición y necesidades, comprensión, descanso, espiritualidad y ejercicio; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview.



excepto en los estudios aleatorizados cuya media de edad es de 33 y 34,6 años, respectivamente.

La tabla II recoge las características y principales hallazgos de los estudios incluidos en la revisión.

RESULTADOS

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

Tres estudios empleaban la TCC como tratamiento para el TEPT posparto. En dos de ellos los síntomas de estrés postraumático mejoraban tras el tratamiento. En el ensayo controlado aleatorizado (Nieminen et al., 2016) se proporcionaba tratamiento a dos grupos de 28 madres a través de una plataforma virtual. Se evaluaron las comorbilidades con la entrevista MINI vía telefónica al comenzar y una vez finalizados los tratamientos de cada grupo. También se midieron los niveles de ansiedad con el BAI (A. T. Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988), de depresión con el BDI-II (A. T. Beck, Steer, y Brown, 1996), y el PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001), y la calidad de vida autopercibida mediante el QOLI (-Frisch, Cornell, Villanueva, y Retzlaff, 1992) y el EQ5D (Euro-Qol Group, 1990) al inicio y durante el tratamiento. Con un retraso de cinco meses con respecto al otro grupo, el grupo control recibió la misma intervención. Para los síntomas de TEPT, la diferencia entre grupos tras el tratamiento medida con el IES-R (Weiss, 2007) era estadísticamente significativa ($p < .0001$) y el tamaño de efecto, grande ($d = .82$). En cuanto a los síntomas de depresión medidos con el PHQ-9 la diferencia entre grupos era estadísticamente significativa ($p = .02$) con un tamaño de efecto pequeño ($d = .20$).

En el artículo de Ayers et al. (2007), se presentaban dos casos de mujeres con TEPT posparto. Como en una de ellas predominaba un miedo intenso derivado de la interacción con la matrona que atendió su parto, además de la TCC se incluyó una técnica de role-play y se diseñó un experimento conductual para modificar las creencias negativas que la paciente tenía sobre sí misma. En el otro caso, la madre sufría además depresión posparto y predominaban los sentimientos de vergüenza y culpa hacia ella misma y su pareja, por lo que incorporó ejercicio físico a la rutina y terapia de pareja. Los síntomas de estrés postraumático desaparecieron en ambas mujeres tras la intervención, aunque no se aclaraba el método de evaluación. En uno de los casos, la paciente también experimentaba mejoría con respecto a su depresión

posparto y su relación de pareja, mientras que la otra mujer cambió las creencias negativas sobre sí misma.

D. S. Sorenson (2003) tomó como referencia la Teoría Interpersonal (Peplau, 1952), que remarca la necesidad de un proceso interpersonal terapéutico significativo para satisfacer la percepción de objetivo del individuo. Siguiendo un manual para la depresión en mujeres compatible (Gordon y Tobin, 2002), se programaron sesiones en grupo de TCC. Se completaron los cuestionarios de evaluación al inicio y al final de la intervención, que medían la autoestima (CSE) (Cooper-smith, 1981), la depresión (BDI-II), y los niveles de ansiedad (STAI) (Spielberger y Gorsuch, 1983) y soledad (UCLA LS-III) (Russell, 1996). Al principio del estudio, se midieron los síntomas de estrés postraumático (PTCS Inventory) (D. Sorenson, 2000a), la calidad de la interacción con el personal sanitario (QPI) (D. Sorenson, 2000b) y la percepción del parto (BPR). Las mediciones realizadas tras la TCC revelaban, de forma estadísticamente significativa, menores niveles de ansiedad, depresión y soledad, y una mayor autoestima, mostrando una marcada mejoría en el funcionamiento psicológico de las mujeres. Sin embargo, no se realizó una evaluación de los síntomas de estrés postraumático tras la intervención.

EMDR

En dos estudios la terapia con desensibilización y re-procesamiento por movimientos oculares, o EMDR (Shapiro, 2001), redujo los síntomas de estrés postraumático posparto. En este estudio piloto (Sandstrom, Wiberg, Wikman, Willman, y Hogberg, 2008), las cuatro participantes cumplían inicialmente los criterios diagnósticos para el TEPT posparto crónico. Después del tratamiento, ninguna de ellas los cumplía, el número de ítems considerados como estresantes era menor (la media había bajado de 6,7 a 0,3), la puntuación media de los 17 síntomas evaluados había pasado de 52,7 a 33,5, los síntomas restantes no causaban un sufrimiento o impacto significativo en su vida diaria (descenso de SUD (Wolpe, 1990) de 10 a 1-2). En el seguimiento de uno a tres años después, tres de ellas se encontraban estables, mientras que la cuarta había recaído y mostraba las mismas puntuaciones en la escala TES (Wijma, Söderquist, y Wijma, 1997) que al comienzo.

En estos tres casos (Stramrood et al., 2012), se continuó con el tratamiento hasta que la puntuación de las escalas SUD (subjective units of distress) y VoC (Validity of Cognition) fue de cero y siete, respectivamente. Las pacientes refirieron menores síntomas de estrés postraumático y ansiedad, así



como una mejoría en su disposición y confianza en sí mismas con vistas al próximo parto. Durante el seguimiento, las tres consideraban el segundo parto como una experiencia positiva, a pesar de las complicaciones sufridas. Estos resultados no se evaluaron objetivamente.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Borghini et al. (2014) propusieron esta intervención para aliviar los síntomas de estrés postraumático posparto y mejorar la calidad de las interacciones madre-hijo. El programa sigue un modelo de tratamiento (McDonough, 2005) que incorpora principios de la teoría sistémica familiar en una intervención preventiva transaccional. Se estructuró en tres fases en forma de sesiones individuales guiadas por un terapeuta en las semanas 33 y 42, y a los cuatro meses de edad corregida de los niños. Los resultados ponían de manifiesto que las madres de los bebés prematuros de ambos grupos mostraron significativamente más síntomas de estrés postraumático que las madres de los bebés nacidos a término en la evaluación de la semana 42. Los síntomas de estrés postraumático disminuyeron entre las 42 semanas y los 12 meses en las madres de los bebés prematuros que recibieron la intervención. Además, en este mismo grupo se observó un aumento de la sensibilidad materna y de la cooperación del niño durante sus interacciones a los cuatro meses de edad.

OTRAS

Zauderer (2014) describe el tratamiento aplicado a una mujer con síntomas de estrés agudo posparto, empleando un antidepresivo, psicoterapia semanal sin especificar y cambios en el estilo de vida, como higiene del sueño o el programa NURSE. La paciente experimentó una mejoría del sueño y de los síntomas de estrés agudo tras la administración de sertralina a una dosis de 100mg/día. No se aportaron datos objetivos sobre su evolución clínica.

DISCUSIÓN

Todos los estudios coinciden en la necesidad de ampliar el número y la calidad de estudios que evalúan las intervenciones para tratar el TEPT posparto. Hasta el momento, se han realizado aproximaciones cuyos resultados son prometedores, aunque dadas las limitaciones de los estudios, ninguno es totalmente concluyente al respecto.

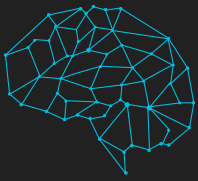
De acuerdo con la presente revisión, la TCC-CT y el EMDR podrían tener un papel central en el tratamiento del TEPT posparto. Por un lado, actualmente la guía NICE (National Collaborating Centre for Mental Health y NICE, 2005) recomienda la psicoterapia centrada en el trauma (TCC-CT y EMDR) a todos los pacientes adultos con TEPT. Además, recomienda no utilizar medicamentos como tratamiento de primera línea de forma rutinaria, aunque de ser necesario, debe considerarse la paroxetina o la mirtazapina, y la amitriptilina o fenelazina bajo la supervisión de un especialista. Esta revisión (Hetrick, Purcell, Garner, y Parslow, 2010) concluía que no había suficiente evidencia para recomendar el uso combinado de psicoterapia y farmacoterapia frente a su utilización por separado.

Siguiendo el modelo de diátesis-estrés (Ayers et al., 2007), el TEPT posparto y el TEPT no relacionado con el embarazo y parto comparten una etiología similar, lo que sustenta el uso de la TCC-CT como tratamiento para el TEPT posparto.

El programa de intervención temprana (Borghini et al., 2014) ha sido diseñado para familias en las que la prematuridad del bebé juega un papel importante en el desarrollo del TEPT posparto materno, por lo que su aplicación quedaría restringida a estos casos.

El hecho de que el TEPT posparto en ocasiones pase desapercibido hasta el siguiente embarazo y se reagudice durante el mismo (C. T. Beck y Driscoll, 2006), supone que el tratamiento en estas mujeres deba llevarse a cabo en un periodo en el que lo más aconsejable es evitar el uso de fármacos por el riesgo de teratogenia, lo que apoya todavía más la indicación de utilizar la psicoterapia como primera línea. Si bien en el caso del EMDR se recomienda precaución por la posibilidad de desencadenar reacciones de estrés e hiperexcitación que podrían afectar negativamente al feto (Shapiro, 2001), presenta como ventaja la breve duración de la intervención y su efecto inmediato, ambos factores clave para mejorar los síntomas antes del siguiente parto.

Sin embargo, no resultaría efectivo aplicar los protocolos existentes para el TEPT en adultos sin atender a las características específicas de este trastorno en el posparto. Las pacientes que han vivido el contacto con el personal sanitario como traumático tienen dificultades para relacionarse de nuevo con ellos, por lo que evitan recurrir a los recursos de salud. Es necesario tenerlo en mente ya que condiciona las estrategias de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Además, para atender las necesidades del bebé, amamanten o no, muchas madres



necesitan poder llevarlo con ellas a la consulta. También se debe explorar cómo afecta a la esfera sexual y/o a la pareja para trabajarlo en la psicoterapia. Por último, hay que tener en cuenta de cara al tratamiento que la presentación clínica puede variar, de forma que hay mujeres en las que predomina el sentimiento de vergüenza o culpa, y otras en las que impera el miedo. De lo que se extrae que los protocolos de TCC-CT deberían individualizarse para cada mujer.

Finalmente, ya que cada vez existe una mayor evidencia sobre las consecuencias que la violencia obstétrica acarrea en la salud física y mental de las pacientes, se considera fundamental la toma de conciencia al respecto, así como un compromiso de mejora.

Estamos ante una problemática de carácter social y global, dado que frecuentemente la medicina se ejerce dentro de la lógica del orden patriarcal, cuya máxima expresión de subordinación consiste en la medicalización de los procesos naturales de las mujeres, especialmente de aquellos en los que éstas se encuentran más vulnerables, como son el embarazo y el parto (Villegas Poljak, 2009).

Desde la segunda mitad del siglo XX, se ha estudiado cómo el no incluir la perspectiva de género en la investigación científica produce un conocimiento sesgado (Díaz Martínez y Dema Moreno, 2013). Así, la falta de visibilización del TEPT posparto y de investigación sobre su tratamiento, está es-

trechamente relacionada con que afecte fundamentalmente a las mujeres, y respondería, siguiendo el análisis de Eichler (1991), a una trivialización de sus intereses por parte de un modelo científico androcéntrico.

Una práctica médica ética se acompaña entonces de una reflexión acerca de la validez del conocimiento producido por el paradigma científico actual y de su cuestionamiento sistemático en pos de una atención sanitaria igualitaria.

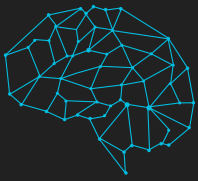
CONCLUSIONES

Los resultados más prometedores apuntan hacia la psicoterapia centrada en el trauma como tratamiento de primera línea, aunque se requieren estudios más consistentes metodológicamente para probarlo. De los siete estudios analizados, cinco constatan una mejoría de los síntomas de estrés postraumático de las participantes, aunque solo tres (Borghini et al., 2014; Nieminen et al., 2016; Sandstrom et al., 2008) aportan mediciones objetivas, por lo que se puede concluir que la evidencia sobre el tratamiento del TEPT posparto es escasa. La visibilización del TEPT posparto y su prevención por parte de los profesionales de la salud tienen un papel central en el abordaje de este trastorno.

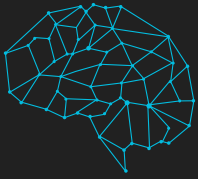
Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

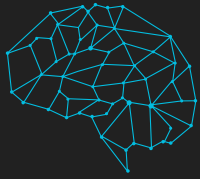
1. Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 107-131.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (Fourth edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
3. Asamblea de la República Bolivariana de Venezuela. (2015). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Retrieved from <http://www.minmujer.gob.ve/?q=descargas/leyes/ley-organica-sobre-el-derechos-de-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia>
4. Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(06), 1121-1134.
5. Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., y Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), 240-250. 10.1080/01674820802034631 [doi]
6. Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., y Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: Case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 177-184. 779653414 [pii]
7. Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., y Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Library*.
8. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.
9. Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-II*. San Antonio, 78(2), 490-498.
10. Beck, C. T. (2004a). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
11. Beck, C. T. (2004b). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
12. Beck, C. T., y Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide* Jones & Bartlett Learning.



13. Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., y Muller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior & Development*, 37(4), 624-631. 10.1016/j.infbeh.2014.08.003 [doi]
14. Bydlowski, M., y Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328.
15. Coopersmith, S. (1981). SEI, self-esteem inventories. Consulting Psychologist Press.
16. Czarnocka, J., y Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51.
17. Díaz Martínez, C., y Dema Moreno, S. (2013). Metodología no sexista en la investigación y producción del conocimiento. *Sociología Y Género/Coord. Por Capitolina Díaz Martínez Árbol Académico, Sandra Dema Moreno*.
18. Eichler, M. (1991). *Nonsexist research methods*. Londres: Routledge.
19. Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., y Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153.
20. EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199-208.
21. Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., y Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92.
22. Gordon, V., y Tobin, M. (2002). *Insight: A cognitive enhancement program for women. facilitator's manual*. University of Minnesota School of Nursing, Minneapolis.
23. Grekin, R., y O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401.
24. Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática. (2016). *Reforma del artículo 60 de la ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de México*. Retrieved from http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/04/asun_3355435_20160405_1459875987.pdf
25. Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., y Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *The Cochrane Library*.
26. Horsch, A. (2009). Post-traumatic stress disorder following childbirth and pregnancy loss. *Clinical psychology in practice* (pp. 274-287, Chapter xiv, 385 Pages) Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622112529?accountid=14475>
27. Kitzinger, S. (2006). Birth as rape: There must be an end to just in case obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 544-545.
28. Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The patient health questionnaire-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
29. Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C. S., y Ferreri, F. (2010). Management of post-traumatic stress disorder after childbirth: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(3), 113-122. 10.3109/0167482X.2010.503330 [doi]
30. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med*, 6(7), e1000100.
31. Maggioni, C., Margola, D., y Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90.
32. McDonough, S. (2005). Interaction guidance: Promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 79-96). New York: Guilford Press.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud*.
34. Montoya, J. S., y Alzaga, G. P. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Profesión*, (1), 12-19.
35. National Collaborating Centre for Mental Health, y NICE. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. . Leicester (UK): The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. NBK56494 [bookaccession]
36. Nieminen, K., Berg, I., Frankenstein, K., Viita, L., Larsson, K., Persson, U., Wijma, K. (2016). Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth-a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(4), 287-306. 10.1080/16506073.2016.1169626 [doi]
37. Olza Fernández, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, (111), 79-83.
38. Olza Fernandez, I. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today with International Midwife*, (105), 48-9, 68.
39. Onoye, J. M., Goebert, D., Morland, L., Matsu, C., y Wright, T. (2009). PTSD and postpartum mental health in a sample of caucasian, asian, and pacific islander women. *Archives of Women's Mental Health*, 12(6), 393-400.
40. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.
41. Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. *The American Journal of Nursing*, 52(6), 765.
42. Russell, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
43. Sandstrom, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K., y Hogberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, 24(1), 62-73. S0266-6138(06)00098-2 [pii]
44. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Retrieved from https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf
45. Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: The Guilford Press.
46. Söderquist, J., Wijma, B., y Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 113-119.
47. Sorenson, D. (2000a). *Post-traumatic stress disorder inventory*. Brookings, SD: South Dakota State University (Unpublished).
48. Sorenson, D. (2000b). *Quality of provider interactions inventory*. Brookings, SD: South Dakota State University (Unpublished).



49. Sorenson, D. S. (2003). Healing traumatizing provider interactions among women through short-term group therapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(6), 259-269. S0883941703001304 [pii]
50. Spielberger, C. D., y Gorsuch, R. L. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y)*. Consulting Psychologists Press, Inc.
51. Stramrood, C. A., van der Velde, J., Doornbos, B., Marieke Paarlberg, K., Weijmar Schultz, W. C., y van Pampus, M. G. (2012). The patient observer: Eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth (Berkeley)*, 39(1), 70-76. 10.1111/j.1523-536X.2011.00517.x [doi]
52. Tarrier, N., y Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1377-1401.
53. Terán, P. (2013). Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias. *Revista De Obstetricia Y Ginecología De Venezuela*, 73(3), 171-180.
54. Thomson, G., y Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273.
55. Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana De Estudios De La Mujer*, 14(32).
56. Waldenström, U., Hildingsson, I., y Ryding, E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646.
57. Weiss, D. S. (2007). *The impact of event scale: Revised. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219-238) Springer.
58. Wijma, K., Söderquist, J., y Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587-597.
59. Wolpe, J. (1990). *The practice of behaviour therapy* (4th edition) Pergamon.
60. Zauderer, C. R. (2014). PTSD after childbirth: Early detection and treatment. *The Nurse Practitioner*, 39(3), 36-41. 10.1097/01.NPR.0000425827.90435.e1 [doi]



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 13/03/2018. Aceptado: 6/05/2018

DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MUJERES: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA EMPÍRICA

AFFECTIVE DEPENDENCE IN WOMEN: A REVIEW OF THE EMPIRICAL LITERATURE

V. Gonzalez-Bueso¹, J.J. Santamaría¹, L. Merino¹, E. Montero¹, D. Fernández², J. Ribas¹

¹Atención e Investigación en Socioadicciones, Mental Health, and Addictions Network. Generalitat de Catalunya (XHUB), Barcelona, Spain. ²Research and Development Unit, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Fundació Sant Joan de Déu CIBERSAM, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. ³School of Mathematics and Statistics, Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.

Correspondencia: Vega González-Bueso. AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones). C/ Forn 7-9 Local. CP. 08014, Barcelona, Cataluña, Spain.
Tel. +34 93 301 30 24, fax: +34 93 301 87 44. E-mail: vgonzalez@ais-info.org



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:40-53.



RESUMEN

Introducción: actualmente existe un debate sobre si la "Dependencia Emocional" constituye un trastorno real, el aumento de las publicaciones sobre este tema en los últimos años parece reflejar el interés por este problema. El objetivo de esta revisión es proporcionar una visión general completa de los estudios empíricos actuales sobre la dependencia emocional desde una perspectiva integradora. **Método:** se llevó a cabo una revisión de la literatura para (i) identificar estudios empíricos que evalúen la dependencia emocional en mujeres (ii) revisar el concepto, su definición, identificación y aspectos asociados y (iii) presentar, relacionar y discutir los resultados. **Resultados:** la revisión sistemática de la literatura identificó 19 estudios relevantes. Los estudios incluidos utilizaron muestras clínicas y de población general (menores, adolescentes y adultos) y se centraron en las características de las personas afectadas por el problema. Los trabajos se focalizaron en (1) la validación de instrumentos de medida; y (2) estudios descriptivos o correlacionales. **Discusión:** es necesario un consenso con respecto a la definición y al diagnóstico de la dependencia emocional. Existe una necesidad de mayor consistencia y estandarización en esta área. Es vital un esfuerzo internacional para comprender la psicopatología del problema y desarrollar mejores prácticas en el tratamiento.

Palabras clave: Dependencia emocional, dependencia afectiva, trastornos adictivos no relacionados a sustancias, revisión, literatura empírica.

ABSTRACT

Introduction: there is an ongoing debate on whether the "emotional dependency" constitutes a real disorder, the increase in publications in this area in the last years seems to reflect the interest for this problem. The objective of this review is to provide a complete overview of current empirical studies on emotional dependence from an integrative perspective. **Method:** a review of the literature was carried out (i) to identify empirical studies that assess emotional dependence in women (ii) to review the concept, its definition, identification and associated aspects and (iii) to present, link and discuss the results. **Results:** the systematic review of the literature identified 19 relevant studies. The included studies used clinical and general population samples (minors, adolescents, and adults) and focused on the characteristics of the people affected by the problem. The research was focused on (1) the validation of measuring instruments; and (2) descriptive or correlational studies. **Discussion:** a consensus is needed regarding the definition and diagnosis of emotional dependence. There is a need for greater consistency and standardization in this area. An international effort is vital to understand the psychopathology of the problem and develop best practices in the treatment.

Keywords: Affective dependence, emotional dependence, behavioral addictions, review, empirical literature.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha abierto un debate sobre si la "Dependencia Emocional" constituye un trastorno real y si debería ser por tanto incluido en los diferentes manuales diagnósticos. Algunas personas sufren dificultades para mantener relaciones sentimentales sanas, lo que les desencadena problemas de salud mental y buscan ayuda profesional para resolverlos. Esto sugiere que, en el contexto clínico, la depen-

dencia emocional puede ser considerada como un trastorno mental (Castelló, 2000, 2005).

El incremento de las publicaciones sobre el tema a lo largo del tiempo parece reflejar el interés de la comunidad científica en estudiar este fenómeno, tanto a nivel conceptual (Camarillo Gutiérrez, 2016; Izquierdo-Martínez & Gómez-Acosta, 2013), como su relación con otros aspectos cognitivos, de relación, de personalidad o de salud mental.



Aun así, los diversos términos y definiciones que utilizan los autores para la problemática son muchas veces distintas al constructo dependencia emocional (adicción al amor, amor romántico, dependencia interpersonal, etc.). Algunas de las definiciones utilizadas en estos trabajos varían desde un trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón crónico y estable a lo largo de la vida con síntomas como trastornos obsesivos o síndromes desadaptativos (Echeburúa & Del Corral, 1999), a un trastorno adictivo (Riso, 2003), en el que el objeto de adicción es la relación de pareja.

En los últimos años, la conceptualización del problema empieza a ser consensuada, definiendo la dependencia emocional (DE) como un patrón de comportamientos desadaptativos y estables de subordinación, asimetría y búsqueda de atención que afectan a las relaciones de pareja de una persona (Izquierdo-Martínez & Gómez-Acosta, 2013). Debido a estos patrones, la persona afectada evita algunos aspectos relacionales que valora de forma negativa y termina siendo controlada por la necesidad de permanecer con la otra persona y por los pensamientos y emociones asociados a la posible pérdida de la relación, aun soportando todo tipo de consecuencias negativas. Los profesionales de la salud mental que tratan con este problema indican que los síntomas que se experimentan son similares a los provocados por las adicciones comportamentales (Camarillo Gutiérrez, 2016).

Es sobre esta conceptualización donde centramos la revisión actual. Hasta la fecha, no se han publicado evaluaciones críticas o revisiones sistemáticas de la DE. Desde la perspectiva de un investigador o de un profesional de la salud mental, esto puede obstaculizar el desarrollo de una visión compartida de la problemática y su clasificación. El objetivo de este estudio es presentar una revisión actual de la literatura empírica publicada sobre la problemática en mujeres. Con el objetivo de evitar al máximo las ambigüedades en la conceptualización del problema y la consecuente limitación respecto a validez y fiabilidad, analizaremos artículos donde el concepto de DE se evalúa como un problema con entidad propia. El objetivo principal por tanto es obtener una visión inclusiva de los aspectos relacionados con el problema.

PROCEDIMIENTO

Entre octubre y diciembre de 2017 se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsychINFO, ScienceDirect, Web of Science, y Google Scholar, utilizando los siguientes

términos en título, resumen o palabras clave: "emotional dependence", "emotional dependency", "dependencia emocional", "dependencia afectiva". Estos parámetros de búsqueda proporcionaron un total de 239 resultados, que incluyeron los siguientes resultados para cada base de datos: PubMed (15 resultados), PsychINFO (4 resultados), ScienceDirect (20 resultados), Web of Science (27) y Google Scholar (173). Se revisaron también las referencias de los artículos seleccionados. Los estudios fueron sistemática e independientemente revisados por los autores, prestando atención a la tipología, la población analizada, la metodología, los resultados obtenidos y su interpretación. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Datos recogidos empíricamente
2. Evaluación de la dependencia emocional o afectiva de alguna forma específica para el constructo.
3. Que se incluyeran mujeres en la muestra.
4. Disponibilidad del texto completo
5. Publicado después del año 2000,
6. Escrito en inglés o en español
7. Artículo publicado en una revista con revisión por pares.

Los artículos fueron excluidos si no presentaban datos recogidos empíricamente o si los autores no proporcionaban una definición de la DE o no utilizaban un instrumento específico para medirla.

Un total de 19 estudios fueron seleccionados mediante este procedimiento de revisión. (Fig. 1).

RESULTADOS

La tabla 1 presenta un resumen de las características clave de los diecinueve estudios incluidos.

DISEÑO DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Tres de los diecinueve estudios fueron trabajos de validación de instrumentos psicométricos para DE (Aiquipa, 2012; Lemos-Hoyos & Londoño-Arreondo, 2006; Urbiola, Estévez-Gutiérrez, Iraurgi-Castillo, Estévez, & Iraurgi, 2014). El resto de los trabajos incluidos fueron descriptivos o correlacionales (Aiquipa-Tello, 2015; Alonso-Arbiol, Shaver, & Yarnoz, 2002; de la Villa & Sirvent, 2009; González-Bueso

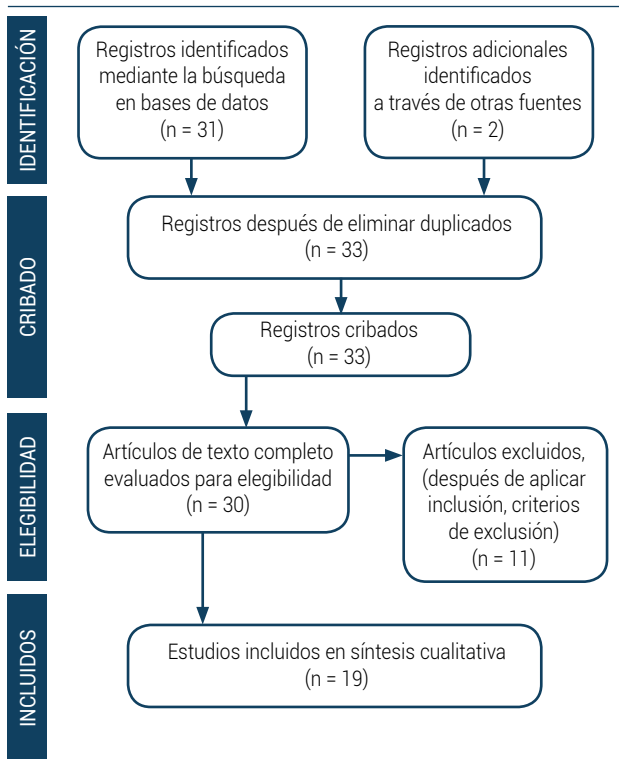
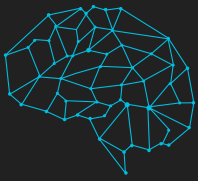


FIGURA 1. Diagrama de flujo PRISMA 2009 (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009).

et al., 2016; González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014; Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009; Kemer, Çetinkaya Yıldız, & Bulgan, 2017; Laca-Arocena & Mejía-Ceballos, 2017; Lemos-Hoyos, Jaller-Jaramillo, González-Calle, Díaz-León, & De la Ossa, 2012; Lemos-Hoyos, Lodoño-Arredondo, & Zapata-Echavarría, 2007; Momeñe, Jáuregui-Bilbao, & Estévez-Gutiérrez, 2017; Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015; Petruccelli et al., 2014; Sanathara, Gardner, Prescott, & Kendler, 2003; Santamaría et al., 2015; Urbiola, Estévez, Iruarrizaga, & Jauregui, 2017). Solamente un estudio incluyó un grupo control de sujetos sanos (de la Villa & Sirvent, 2009). Los artículos fueron realizados, ordenados según la cantidad de estudios por país, en España (7), Colombia (5), Perú (2), Italia (1), Turquía (1) y México (1). El contexto de los lugares donde se realizaron los estudios fue variado, la mayoría lo fueron en centros universitarios (Aiquipa, 2012; Alonso-Arbiol et al., 2002; González-Jiménez & Hernández-Romera,

2014; Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009; Kemer et al., 2017; Laca-Arocena & Mejía-Ceballos, 2017; Lemos-Hoyos et al., 2012, 2007; Lemos-Hoyos & Londoño-Arredondo, 2006; Momeñe et al., 2017; Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015; Petruccelli et al., 2014; Sanathara et al., 2003; Urbiola et al., 2014, 2017). Tres estudios fueron llevados a cabo por centros proveedores de atención psicológica (de la Villa & Sirvent, 2009; González-Bueso et al., 2016; Santamaría et al., 2015) y uno en contexto hospitalario (Aiquipa-Tello, 2015).

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS UTILIZADAS

Los 19 estudios contaron con un total de 17.307 participantes. De estos, y teniendo en cuenta aquellos donde no se informa de la proporción por sexos, 5.858 fueron mujeres (un 61,52% del total). El número de participantes varió de 33 a 7.174 (M=865,35, DT: 1654,01). Tres estudios fueron realizados sólo con población femenina (Aiquipa-Tello, 2015; González-Bueso et al., 2016; Santamaría et al., 2015), y en dos de las publicaciones no se informó sobre el porcentaje o número de hombres y mujeres de la muestra (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014; Sanathara et al., 2003).

La mayoría de los trabajos contaron con población universitaria (Aiquipa, 2012; Alonso-Arbiol et al., 2002; Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009; Lemos-Hoyos et al., 2012; Lemos-Hoyos & Londoño-Arredondo, 2006; Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015; Urbiola et al., 2014; Urbiola & Estévez, 2015). Una de las publicaciones fue la única que se realizó con participantes menores de edad, procedentes de Institutos de educación secundaria (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014). En cinco de los trabajos se informa de que se utilizó población general mediante diversos tipos de recogida de información, como encuestas, llamadas telefónicas,... (Kemer et al., 2017; Laca-Arocena & Mejía-Ceballos, 2017; Lemos-Hoyos et al., 2007; Momeñe et al., 2017; Sanathara et al., 2003). Cabe destacar que Sanathara y sus coautores realizaron su investigación utilizando parejas de gemelos (tanto mujer-mujer, como hombre-hombre y hombre-mujer). Por último, sólo en uno de los estudios se menciona que la muestra de población se seleccionó mediante randomización simple (Petruccelli et al., 2014).

Un total de cuatro de los ensayos se basaron en población clínica; esta muestra estuvo formada por pacientes que buscaron tratamiento en servicios de salud mental (Aiquipa-Tello, 2015; de la Villa & Sirvent, 2009; González-Bueso et al., 2016; Santamaría et al., 2015). De estos proyectos, uno

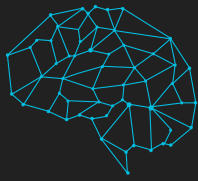
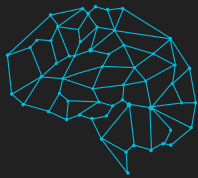
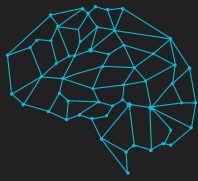


Tabla I. Características seleccionadas de estudios empíricos sobre Dependencia Emocional por año de publicación

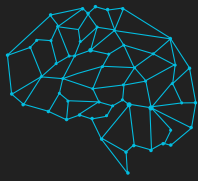
AUTORES/AÑO/PAÍS	OBJETIVOS	MUESTRA (N) Y DISEÑO	MEDIDA DE DE*	OTRAS MEDIDAS	PREVALENCIA ENCONTRADA	RESULTADOS
Alonso-Arbiol. I. Shaver, P.R. Yarnoz, S. 2002 España	(i) Explorar la relación entre género y DE. (ii) Explorar la relación entre apego y DE.	602 participantes 291 mujeres (48.3%) 311 hombres (51.7%) Estudiantes universitarios de España.	Subescala Emotional Reliance on Another Person del Interpersonal Dependency Inventory (IDI)	Subescala Lack of Social Self-Confidence del IDI Bem Sex Role Inventory (BSRI) Experiences in Close Relationships (ECR)	N.P.*	(i) Las mujeres fueron más emocionalmente dependientes que los hombres. (ii) El apego ansioso y la preocupación correlacionaron con la DE. (iii) La varianza de la DE era parcialmente explicada por los roles de género.
Sanathara, V.A. et al. 2003 EUA	(i) Explorar la relación entre DE y depresión mayor en mujeres (ii) Explorar las diferencias en esta relación en hombres y en mujeres	7174 participantes No se informa de la proporción de cada sexo Edad media: no se informa Parejas de gemelos: mujer-mujer, hombre-hombre y mujer-hombre	The Interpersonal Dependency Inventory (IDI)	Entrevista clínica estructurada basada en SCID	N.P.*	(i) La DE se asocia a mayor riesgo de sufrir depresión mayor. (ii) Las mujeres presentaron mayores puntuaciones en DE que los hombres.
Lemos-Hoyos, M. Londoño-Arredondo, N.H. 2006 Colombia	(i) Construir y validar un instrumento para evaluar DE	815 participantes 506 mujeres (62.1%) 309 hombres (37.9%) Edad media: 24.1 años Estudiantes universitarios y otros empleados de Colombia.	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)	-	N.P.*	(i) Los indicadores de confiabilidad ($r = 0.950$) y de validez de constructo fueron adecuados.
Lemos-Hoyos, M. Londoño-Arredondo, N.H. Zapata-Echavarría, J. 2007 Colombia	(i) Establecer las distorsiones cognitivas que mejor discriminan las personas con DE	116 participantes 59 mujeres (50.9%) 57 hombres (49.1%) Edad media: 30.84 años Adultos laboralmente activos de Colombia.	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)	Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)	38.12% en la muestra total 13.56% en mujeres 24.56% en hombres	(i) Las personas con DE tuvieron un mayor número de distorsiones cognitivas. (ii) Dos variables significativas: la distorsión cognitiva Deberías y la Falacia de control.
de la Villa, M. Sirvent, C. 2009 España	(i) Comparar las características definitorias de DE (ii) Analizar las diferencias con población general (iii) Analizar las diferencias inter-género	78 participantes 57 mujeres (73%) 21 hombres (27%) Edad media: 38.9 años Pacientes diagnosticados con DE 311 participantes como grupo control mujeres 206 (66%) hombres 105(34%) Edad media: 36.1 años	Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100)	Entrevista clínica semiestructurada	N.P.*	(i) Los dependientes afectivos experimentan posesividad, craving y abstinencia, sentimientos negativos (culpa, vacío emocional, miedo al abandono), inescapabilidad emocional, conflictos de identidad y locus de control externo. (ii) Los hombres son más buscadores de sensaciones y se muestran más inflexibles (iii) Las mujeres emplean más mecanismos de negación y no afrontamiento, con conciencia de problema nula o distorsionada.
Jaller-Jaramillo, C. Lemos-Hoyos, M. 2009 Colombia	(i) Identificar los esquemas desadaptativos tempranos en personas con DE	569 participantes 386 mujeres (67.84%) 183 hombres (32.16%) Edad media: 19.9 años Estudiantes universitarios de Colombia	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)	Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2)	24.6% en la muestra total 18.45% en mujeres 6.15% en hombres	(i) Se encontraron esquemas desadaptativos tempranos de desconfianza/abuso e insuficiente autocontrol



AUTORES/AÑO/PAÍS	OBJETIVOS	MUESTRA (N) Y DISEÑO	MEDIDA DE DE*	OTRAS MEDIDAS	PREVALENCIA ENCONTRADA	RESULTADOS
Aiquipa, J 2012 Perú	(i) Construir y validar un instrumento psicométrico para medir la DE	757 participantes 398 mujeres (53%) 359 varones (47%) Edad media: 22,8 años Estudiantes universitarios y otros empleados de Perú, no se indica procedencia concreta.	Inventario de Dependencia Emocional (IDE)		N.P.*	(i) Los indicadores de confiabilidad ($r = 0.91$) y de validez de constructo fueron adecuados
Lemos-Hoyos, M. et al. 2012 Colombia	(i) Identificar el perfil cognitivo de persona con DE	569 participantes 386 mujeres (67,8%) 183 hombres (32,2%) Edad media: 19,89 años Estudiantes universitarios y otros empleados de Colombia	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)	Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP) Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Modificado	24,6% en la muestra total 18,28% en mujeres 6,32% en hombres	(i) Se identificó un perfil cognitivo caracterizado por: esquema desadaptativo temprano de "desconfianza/abuso", creencias centrales "paranoides" y "dependientes", y distorsión cognitiva de "falacia de cambio" y "autonomía".
González-Jiménez, A.J. Hernández-Romera, M. 2014 España	(i) Encontrar los esquemas desadaptativos tempranos (ii) Establecer las posibles diferencias en DE basadas en género.	238 participantes No se informa de la proporción de cada sexo. Edad media: 17 años Estudiantes de educación secundaria de España	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)		18,1% en la muestra total 6,72% en mujeres 11,34% en hombres	(i) No hay diferencia en DE respecto al género. (ii) Hay un porcentaje mayor de hombres con DE.
Petrucci, F. et al. 2014 Italia	(i) Explorar la correlación entre la DE y la agresión reactiva/proactiva (ii) Evaluar las diferencias individuales como factores predisponentes de comportamiento agresivo y DE	3375 participantes 1698 mujeres (50.3%) 1667 hombres (49.7%) Edad media: 28.64 años Muestra randomizada, condición de haber tenido al menos una pareja	Spouse-Specific Dependency Scale (SSDS)	Reactive Proactive Questionnaire (RPQ)	N.P.*	(i) Correlación positiva entre la DE y la agresión proactiva. (ii) La DE en hombres tiende a crecer con la edad
Urbiola, I. Estévez, A. Iraurgi, I. 2014 España	(i) Desarrollar un instrumento de DE	1047 participantes 697 mujeres (66.6%) 350 hombres (33.4%) Edad media: 18.63 Estudiantes universitarios de España	Dependencia Emocional en el Noviazgo en Jóvenes (DEN)		N.P.*	(i) El inventario mostró una adecuada convergencia con otros instrumentos de DE y otros constructos afines.



AUTORES/AÑO/PAÍS	OBJETIVOS	MUESTRA (N) Y DISEÑO	MEDIDA DE DE*	OTRAS MEDIDAS	PREVALENCIA ENCONTRADA	RESULTADOS
Aiquipa, J 2015 Perú	(i) Identificar la relación entre DE y violencia de pareja	51 mujeres 25 víctimas de violencia de pareja (49%) 26 sin violencia de pareja (51%) Edad media: 32.2 años Usuarías del servicio de psicología de un hospital de Perú.	Inventario de Dependencia Emocional (IDE)	"Ficha de Tamizaje de la Violencia Basada en Género" (Anexo A) "Ficha Multisectorial Violencia Familiar" (Anexo B)	96% en el grupo de violencia de pareja 19% en el grupo sin violencia de pareja	(i) Existe relación entre la DE y violencia de pareja. (ii) Dimensiones más relacionadas: miedo a la ruptura, prioridad de pareja y subordinación y sumisión.
Niño-Rodríguez, D.C. Abaunza-León, N. 2015 Colombia	(i) Identificar la relación entre DE y estrategias de afrontamiento	110 participantes 76 mujeres (69.1%) 34 hombres (30.9%) Edad media: no especificada Estudiantes universitarios de Colombia	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)	Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)	25% en la muestra total No se especificó por sexos	(i) Relación positiva entre DE y reacción agresiva. (ii) Relación negativa DE y solución de problemas y reevaluación positiva.
Santamaría, J.J. et al. 2015 España	(i) Determinar el perfil psicopatológico de mujeres con DE (ii) Estudiar la relación entre autoestima y síntomas psicopatológicos	33 mujeres Edad media: 39,67 años Pacientes demandando atención en una unidad de atención psicológica de España	Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100)	Symptom Checklist-90 items Revised (SCL- 90-R) The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) Entrevista semiestructurada	N.P.*	(i) Las pacientes presentaban elevada obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y una autoestima baja. (ii) La autoestima correlacionó de manera negativa con somatización, obsesión-compulsión, depresión y hostilidad.
González-Bueso, V. et al. 2016 España	(i) Evaluar las características clínicas en mujeres con DE, con y sin consumo de drogas ilegales (ii) Caracterizar las diferencias entre los dos grupos, en variables socio-demográficas y clínicas	40 mujeres con dependencia emocional 28 sin consumo de drogas (70%) 12 con consumo de drogas (30 %) Edad media: 42.5 años Pacientes demandando atención en una unidad de atención psicológica de España	Test de Dependencias Sentimentales (TDS- 100)	Symptom Checklist-90 items-Revised (SCL- 90-R) The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) Entrevista clínica semiestructurada	N.P.*	El grupo con consumo ocasional presenta: (i) Mayor gravedad en la escala de Acomodación. (ii) Puntuaciones más altas en Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Hostilidad, Ideación paranoide, Psicoticismo y GSI. (iii) Puntuaciones más altas en la subescala Impulsividad Motora.
Kemer, G. Çetinkaya-Yıldız, E. Bulgan, G. 2016 Turquía	(i) Examinar el papel de la DE y las creencias disfuncionales sobre las relaciones, en la predicción de la satisfacción con la relación	384 participantes 203 mujeres (52.9%) 181 hombres (47.1%) Edad media: 35.98 años Personas casadas de Turquía, sin especificar procedencia concreta	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)	Relationship assessment scale (RAS) Interpersonal cognitive distortions scale (ICDS)	N.P.*	(i) El sexo y la duración del matrimonio representaron una parte de la varianza de la satisfacción con la relación. (ii) Controlando estas dos variables, la DE, rechazo interpersonal, expectativas irreales, y la percepción errónea interpersonal representaron una porción relativamente grande de la varianza.



AUTORES/AÑO/PAÍS	OBJETIVOS	MUESTRA (N) Y DISEÑO	MEDIDA DE DE*	OTRAS MEDIDAS	PREVALENCIA ENCONTRADA	RESULTADOS
Laca-Arocena, F.A. Mejía-Ceballos, J.C. 2017 México	(i) Realizar un análisis descriptivo-comparativo y un análisis correlacional por género de la DE, el mindfulness y los estilos de mensajes en el manejo del conflicto	200 personas 93 mujeres (46.5%) 107 hombres (53.5%) Edad media: 22 años Personas de México, recogidos a pie de calle	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)	Inventario Friburgo de Mindfulness (FMI) Estilos de Mensajes en el Manejo del Conflicto (CMMS)	N.P.*	(i) Los hombres manifiestan más ansiedad de separación y búsqueda de atención. (ii) Las mujeres utilizan más expresiones límite con su pareja. (iii) La mayoría de los factores de la DE se relacionan con los estilos de comunicación: Centrado en la otra parte y Centrado en uno mismo.
Momeñe, J. Jáuregui, P. Estévez, A. 2017 España	(i) analizar la relación entre DE, abuso psicológico, regulación emocional, y las diferencias en función del sexo (ii) estudiar el papel predictor del abuso psicológico y las dificultades en regulación emocional en la DE	303 participantes 232 mujeres (76.6%) 71 hombres (23.4%) Edad media: 25.93 años No se indica procedencia concreta	Dependencia Emocional en el Noviazgo en Jóvenes (DEN)	Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale (SOPAS) Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	N.P.*	(i) El abuso psicológico y la DE correlacionan positivamente. (ii) Las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en dificultades de regulación emocional. (iii) El abuso psicológico y dificultades de regulación emocional son predictoras de la DE en las relaciones de pareja.
Urbiola, I. et al. 2017 España	(i) analizar la DE en jóvenes con y sin pareja (ii) analizar las diferencias por género en DE (iii) evaluar la relación de la DE con la autoestima y la sintomatología ansiosa y depresiva	535 participantes 446 mujeres (83,4%) 89 hombres (16,6%) Edad media: 21,15 años Estudiantes universitarios de España	Dependencia Emocional en el Noviazgo en Jóvenes (DEN)	Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) Symptom Checklist-90 items-Revised (SCL- 90-R)	N.P.*	(i) Correlación positiva entre DE y sintomatología ansioso-depresiva. (ii) Correlación negativa entre DE y autoestima. (iii) La subescala Evitar estar solo y la variable Tener pareja fueron predictoras de sintomatología ansiosa. (iv) Las subescalas Necesidad de agrandar y Evitar estar solo fueron predictoras de la autoestima.

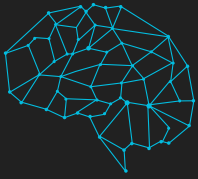
comparó mujeres usuarias de un servicio de Psicología con y sin episodios de violencia de pareja (Aiquipa-Tello, 2015). En el resto, se ensayó con pacientes diagnosticados de dependencia emocional. de la Villa y Sirvent estudiaron una muestra de mujeres y hombres y fueron los únicos autores que utilizaron un grupo control de comparación.

DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

Todos los estudios analizados hacen referencia a las características negativas asociadas a la dependencia emocional en sus apartados introductorios. Pero la definición operacional del concepto varía de unos trabajos a otros, así como los

términos utilizados para la problemática (Dependencia Emocional, Dependencia Afectiva y Dependencia Interpersonal).

Aun así, la mayoría de los autores (Aiquipa-Tello, 2015; Aiquipa, 2012; de la Villa & Sirvent, 2009; González-Bueso et al., 2016; González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014; Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009; Lemos-Hoyos et al., 2012, 2007; Lemos-Hoyos & Londoño-Arreondo, 2006; Momeñe et al., 2017; Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015; Santamaría et al., 2015; Urbiola et al., 2014, 2017) hacen referencia a las definiciones de Castelló (Castelló, 2000, 2005) y de la Villa y Sirvent (de la Villa & Sirvent, 2008, 2009). Esta descripción aborda la dependencia emocional como un "patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas



que se intentan cubrir de manera desadaptativa con otras personas” o de manera similar como “trastornos relacionales caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente en relación con el sujeto del que se depende. Toda dependencia afectiva supone un comportamiento desadaptativo contingente a una interrelación afectivo-dependiente”.

Otros autores (Alonso-Arbiol et al., 2002; Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009; Kemer et al., 2017; Lemos-Hoyos et al., 2012; Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015; Sanathara et al., 2003; Urbiola et al., 2014) utilizan definiciones más clásicas, aunque similares a las de Hirschfeld (Hirschfeld et al., 1977), Lvinger (Lvinger, 1976), Rusbult (Rusbult, 1983), Birtchnell (Birtchnell, 1988) o Schaeffer (Schaeffer, 1998), que hacen también referencia al exceso de actitud dependiente respecto a la pareja u a otros, que afectan tanto a la percepción de uno mismo como al tipo de relación que se mantiene con los demás.

Algunos investigadores hacen hincapié en diferenciar la problemática de DE de otros trastornos similares como la Personalidad Dependiente. Pero dos autores (Alonso-Arbiol et al., 2002; Laca-Arocena & Mejía-Ceballos, 2017) hacen referencia en su definición, al “desorden de personalidad dependiente”, incluido tanto en el DSM-IV (APA, 1994) como en el más actual DSM-V (APA, 2013).

La herramienta de diagnóstico de la DE también varió entre los estudios.

En términos de medidas psicométricas, la mayoría, siete estudios (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014; Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009; Kemer et al., 2017; Laca-Arocena & Mejía-Ceballos, 2017; Lemos-Hoyos et al., 2012, 2007; Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015) utilizaron el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE): construido y validado por Lemos y Londoño (Lemos & Londoño, 2006), que evalúa seis factores de la dependencia emocional (Ansiedad de separación, Expresión afectiva de la pareja, Modificación de planes, Miedo a la soledad, Expresión límite, Búsqueda de atención). El resto de estudios utilizaron herramientas como el Inventario de Dependencia Emocional – IDE (Aiquipa, 2012), conformado por 49 ítems agrupados en siete factores (Miedo a la ruptura, Miedo e Intolerancia a la soledad, Prioridad de la pareja, Necesidad de acceso a la pareja, Deseos de exclusividad, Subordinación y Sumisión, Deseos de control

y dominio); el Interpersonal Dependency Inventory (IDI) (Hirschfeld et al., 1977)⁵. De este cuestionario se utilizó la subescala Dependencia Emocional a Otra Persona; el Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100) (Sirvert, Moral, Sivert, & de la Villa, 2005), test autoaplicado que discrimina entre 4 tipos de dependencia sentimental: Relacional, Afectiva, Co-dependencia y Bi-dependencia; el *Spouse-Specific Dependency Scale* (SSDS) (Rathus & O'Leary, 1997), una escala autoadministrada que evalúa el apego ansioso, la dependencia exclusiva y la dependencia emocional en la pareja; y la Escala de Dependencia Emocional en el Noviazgo de Jóvenes y Adolescentes (DEN) (Momeñe et al., 2017; Urbiola et al., 2014), que mide un constructo general de dependencia emocional y 4 dimensiones específicas: evitar estar solo, necesidad de exclusividad, necesidad de agradar y relación asimétrica.

La realización de entrevistas clínicas para complementar el diagnóstico, solo se mencionó explícitamente en cuatro artículos (de la Villa & Sirvent, 2009; González-Bueso et al., 2016; Sanathara et al., 2003; Santamaría et al., 2015).

PREVALENCIA

Los resultados epidemiológicos reportados en los artículos incluidos pueden consultarse en la Tabla 1. Basados en el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) (Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009; Lemos-Hoyos et al., 2012, 2007; Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015), en población general adulta (estudiantes universitarios o trabajadores), los autores han encontrado prevalencias que van desde el 24,60% al 38,12% (M = 28,08; DT: 6,70). Separando por sexos, en mujeres se han encontrado prevalencias que van desde el 13,56% al 18,45% (M = 16,76; DT: 2,77), y en hombres que van desde el 6,15% al 24,56% (M = 12,34; DT: 10,58).

Utilizando el mismo cuestionario y en población menor de edad, González-Jiménez y Hernández-Romera (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014) encontraron una prevalencia total en mujeres del 6,72% y en hombres del 11,31%. Además de este trabajo, solamente otro encontró una prevalencia de DE mayor en hombres que en mujeres (Lemos-Hoyos et al., 2007).

Finalmente, Aiquipa (Aiquipa-Tello, 2015) utilizando el Inventario de Dependencia Emocional (IDE) en población clínica de un servicio de psicología, encontró una prevalencia de DE del 96% en mujeres con episodios de violencia de pareja y del 19% en mujeres sin estos episodios.



DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

Siete de los diecinueve artículos exploraron la comorbilidad psiquiátrica presente en mujeres con Dependencia Emocional.

Basado en los resultados del cuestionario *Symptom Checklist-90-Revision* (Derogatis, 1990), se encontró que las pacientes mujeres con DE presentaron puntuaciones elevadas en las escalas "obsesión-compulsión", "sensibilidad interpersonal", "depresión", "ansiedad", "hostilidad", "ideación paranoide" y "psicoticismo" (Santamaría et al., 2015), y que a mayor puntuación en los cuestionarios de DE, las personas de ambos sexos afectadas presentaban mayor sintomatología ansioso-depresiva (Urbiola et al., 2017). Estos mismos autores señalan que en el caso de la ansiedad, la variable predictora estadísticamente significativa fue "evitar estar solo"; en el caso de la autoestima, las variables predictoras estadísticamente significativas fueron la subescala "evitar estar solo" y la variable "tener pareja". Finalmente, un estudio analizó las diferencias psicopatológicas en pacientes mujeres con y sin consumo de drogas asociado (González-Bueso et al., 2016), encontrando que la media en las puntuaciones de las pacientes de ambos grupos fueron más elevadas que en población general normativa en todas las escalas sintomáticas del SCL-90-R. Sumado a esto, el grupo de mujeres con un consumo ocasional de drogas presentó puntuaciones más altas en "sensibilidad interpersonal", "ansiedad", "hostilidad", "ideación paranoide", "psicoticismo" y "severidad global". Este trabajo incluyó también una medida de impulsividad el Barratt Impulsiveness Scale (Patton, Stanford, & Barratt, 1995), encontrando puntuaciones elevadas de impulsividad en las mujeres con DE y mayor "impulsividad motora" en mujeres con consumo de drogas asociado.

Otros autores analizaron la relación entre historia de Depresión Mayor, medida mediante una entrevista estructurada basada en SCID (Spitzer & Williams, 1985), a lo largo de la vida y DE en gemelos de ambos sexos (Sanathara et al., 2003), encontrando que en las parejas femeninas de gemelas la DE estaba fuertemente asociada con historia de Depresión Mayor a lo largo de la vida.

En cuanto a la autoestima de estas mujeres, dos trabajos (Santamaría et al., 2015; Urbiola et al., 2017) la analizaron utilizando el Rosenberg Self-Esteem Scale (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007), encontrando una autoestima baja y una correlación negativa entre las puntuaciones de dependencia y de autoestima, es decir, a mayor presencia de dependencia emocional, menor autoestima.

Finalmente, en dos estudios se examinó la presencia de distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos en personas con DE (Lemos-Hoyos et al., 2012, 2007). Los resultados mostraron que las personas de ambos sexos con problemas de DE tenían un mayor número de distorsiones cognitivas, entre ellas: Filtraje, Pensamiento polarizado, Sobregeneralización, Interpretación del pensamiento, Visión catastrófica, Falacia de control, Falacia de justicia, Razonamiento emocional, Falacia de cambio, Deberías, Falacia de razón y Falacia de recompensa divina. Las dos distorsiones que presentaron un mayor poder discriminante entre personas con y sin la problemática fueron los deberías y la falacia de control. En un estudio posterior (Lemos-Hoyos et al., 2012) estos autores encontraron que la distorsión cognitiva de "falacia de cambio" formaba parte del perfil cognitivo de las personas de ambos sexos afectadas.

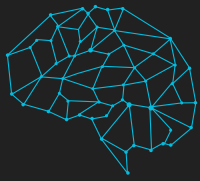
OTROS RESULTADOS RELEVANTES

En los diversos trabajos se ha encontrado que la DE emocional en mujeres correlaciona con varios aspectos, entre ellos: el apego ansioso, la preocupación (Alonso-Arbiol et al., 2002), sentimientos negativos (culpa, vacío emocional y miedo al abandono), locus de control externos, mecanismos de negación, no afrontamiento de problemas (de la Villa & Sirvent, 2009), insuficiente autocontrol, desconfianza (Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009), insatisfacción con la relación sentimental (Kemer et al., 2017), expresiones límite (Laca-Arocena & Mejía-Ceballos, 2017) y reacciones agresivas (Niño-Rodríguez & Abaunza-León, 2015; Petruccelli et al., 2014).

A destacar los ensayos centrados en el análisis de la relación entre la DE y la violencia de pareja y el abuso psicológico (Aiquipa-Tello, 2015; Momeñe et al., 2017). En ellos se encuentra una correlación entre la DE en mujeres y sufrir violencia de pareja (de tipo físico), siendo las participantes que viven o han vivido violencia de pareja las que obtuvieron puntuaciones más elevadas de dependencia emocional. También se identifica una relación entre el abuso psicológico y la DE, así como que éste y las dificultades de regulación emocional son predictoras de la dependencia emocional en las relaciones de pareja.

DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática ha intentado proporcionar una visión general de la investigación empírica disponible actualmente sobre la dependencia emocional en mujeres,



utilizando una perspectiva holística. Se han incluido estudios sobre la dependencia emocional y la afectiva para ofrecer una visión completa de la investigación relevante hasta la fecha. Se identificaron un total de 19 estudios clínicos empíricos, que se centraron en las correlaciones de la DE con otros factores psicológicos y en las características de las personas afectadas.

Actualmente existe un debate sobre si la DE constituye un verdadero trastorno mental. Como queda reflejado en esta revisión, parecer ser que existe un número significativo de individuos que informan sobre problemas psicológicos asociados a una dependencia excesiva en sus relaciones sentimentales. Aun así, la extensión y severidad de estos problemas no queda clara debido a la escasez de publicaciones en este sentido y a las metodologías utilizadas en los existentes, ya que la gran mayoría de los trabajos encontrados en esta área han sido enfocados en examinar las características generales y las correlaciones de la DE.

Respecto a las muestras utilizadas, aunque el número de participantes ha sido amplio, la falta de informaciones relevantes en muchos estudios dificulta la generalización de los resultados. Por ejemplo, aunque la DE parece ser un trastorno que afecta de manera diferente a hombres y a mujeres (de la Villa & Sirvent, 2009), muchos autores incluidos en esta revisión, no informan sobre la proporción de mujeres y hombres de sus muestras, o informan de los resultados sin separar por sexos. Sumado a esto, son pocos los estudios analizados que informan sobre el periodo de tiempo en el que se recogieron las muestras, la procedencia, los criterios de inclusión y exclusión o las comorbilidades presentes que pudieran afectar a los análisis. Todo estos aspectos se consideran indispensables para facilitar la generalización de los resultados (Des Jarlais, Lyles, Crepaz, & TREND Group, 2004). Sumado a esto, solamente uno de los estudios incluyó un grupo control de comparación, dificultando determinar si los perfiles y correlaciones establecidos están relacionados con la DE o con otros factores no específicos.

Se observaron algunas diferencias en la definición de la dependencia emocional en los diecinueve estudios. La revisión de la literatura revela que, aunque las definiciones más comunes utilizadas son las de Castello (Castelló, 2005) y las de de la Villa y Sirvent (de la Villa & Sirvent, 2008, 2009), el trastorno propuesto a menudo se conceptualiza de maneras diferentes, como las que configuran el trastorno de personalidad dependiente. Sin embargo, existe un acuerdo evidente en

la existencia de unas características comunes de la persona dependiente (miedo a la soledad, miedo a la separación o a la pérdida de la relación, demanda de disponibilidad continua de la presencia de la otra persona, expectativas irreales sobre las relaciones de pareja, sometimiento o subordinación a la pareja) y en que las consecuencias negativas de la dependencia excesiva en las relaciones de pareja deben estar presentes para indicar la presencia del trastorno.

No parece haber una herramienta de diagnóstico utilizada y reconocida de manera general para evaluar el alcance y la gravedad de la dependencia emocional. Sumado a esto, algunos autores (Castelló, 2005; Lemos & Londoño, 2006) han resaltado la inexactitud de algunos de los instrumentos utilizados en varios de los estudios analizados (IDI y SSDS), ya que esas pruebas son útiles para medir el trastorno de personalidad por dependencia referida en el DSM-IV-TR (APA, 1994), pero no miden específicamente la DE. Así, las inconsistencias en la evaluación del problema suscitan preocupaciones significativas sobre la comparabilidad del trabajo clínico realizado en esta área.

En estos estudios, encontramos que la dependencia emocional fue prevalente en Europa, Sudamérica y Norteamérica. Esto posiblemente indica que se trata de un problema globalizado que requiere más atención. Además, la DE ha sido informada en adolescentes (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014), estudiantes universitarios (Jaller-Jaramillo & Lemos-Hoyos, 2009) y adultos (Kemer et al., 2017). Sin embargo, la mayoría de los trabajos se centraron en grupos de adultos jóvenes: donde las relaciones sentimentales suelen ser menos maduras y ser la causa de estados emocionales muy fuertes, tanto positivos, como negativos (Wilson-Shockley, 1995), esta labilidad e intensidad emocional podría ser un factor importante asociado a la DE detectada.

La DE se ha definido tradicionalmente como un trastorno más asociado a las mujeres, y algunos autores defienden que pertenecer al género femenino pudiera ser un factor de riesgo para la dependencia emocional. Los resultados de esta revisión no son completamente unánimes en este punto. En dos de los estudios se han encontrado prevalencias mayores del problema en hombres (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014; Lemos-Hoyos et al., 2007). Así mismo al analizar específicamente la relación entre género y DE, los resultados han sido contradictorios, mostrando simultáneamente que la varianza de la dependencia emocional está parcialmente explicada por los roles de género (Alonso-Arbiol et al., 2002), y no encon-



trando diferencias en dependencia emocional con respecto al género (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014).

Aunque la mayoría de los trabajos no proporcionan resultados separados por sexo, parece ser que existen aspectos asociados al problema que difieren entre hombres y mujeres. A parte de presentar mayores puntuaciones de la problemática, a diferencia de en hombres, en ellas la DE correlacionó con mecanismos de negación, no afrontamiento, expresiones límite y mayores dificultades en regulación emocional. Por lo tanto, en futuras investigaciones sería útil informar sobre los diversos perfiles asociados a los diferentes sexos.

Respecto a la comorbilidad del problema, se ha encontrado que las mujeres afectadas tienen puntuaciones mayores en sintomatología obsesivo-compulsiva y ansioso-depresiva, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo, así como menor autoestima y mayor riesgo de sufrir depresión mayor. Por lo tanto, cuando se tratan sujetos con DE, estos trastornos deberían evaluarse y tratarse adecuadamente al mismo tiempo. Como en el caso anterior, serían necesarias más investigación centradas en los mecanismos de la comorbilidad de la dependencia emocional.

Un aspecto a destacar es la asociación de la problemática de dependencia con el riesgo de sufrir violencia de pareja (tanto física como psicológica). Aunque en los trabajos no queda suficientemente clara la direccionalidad de ambos efectos. Por un lado, la dependencia emocional podría provocar el mantenimiento de las relaciones tóxicas que desemboquen en este tipo de abusos. Por otro lado, el tipo de relación y las actuaciones generadas por la pareja abusadora podrán favorecer la aparición de la DE. Aun así, sería importante prestar atención a la dependencia emocional cuando se trata a personas que han sufrido violencia psicológica o física y evaluar la presencia de violencia de pareja en personas que consultan por DE.

CONCLUSIONES

La evidencia disponible sugiere que existen personas con este tipo de problemas relacionales que buscan y reciben tratamiento en centros de salud mental u otros servicios sociales y médicos. Sin embargo, no hay disponibles estudios actuales que analicen la efectividad de los tratamientos aplicados. Este aspecto debería ser investigado en el futuro. Además, sugerimos que, para permitir futuros avances en el desarrollo y prueba de intervenciones para problemas relacionados con la dependencia emocional, debe haber cierto

consenso entre los profesionales e investigadores en cuanto a la clasificación precisa de este problema. Puede ser útil delimitar más los tipos de dependencia emocional y sus síntomas, o identificar conductas de dependencia particulares.

Finalmente, para investigaciones futuras, es necesario destacar la necesidad de reducir la variación en los instrumentos de medida del problema y en las diferencias en la propia definición del constructo. Actualmente, los criterios de diagnóstico utilizados para identificar el trastorno potencial no se han acordado globalmente. Se recomienda a los investigadores que establezcan un consenso sobre los criterios y medidas de diagnóstico con el fin de mejorar la interpretación entre los estudios. Esto contribuirá a destacar la problemática y favorecer que las políticas públicas y los proveedores de servicios de salud ofrezcan soluciones a quienes necesitan ayuda profesional.

LIMITACIONES

Esta revisión presenta algunas limitaciones, las restricciones aplicadas al idioma de los artículos suponen un riesgo potencial a que se haya perdido algún artículo relevante. Sin embargo, se incluyeron en la revisión los artículos escritos en otras lenguas cuyo resumen estaba escrito en inglés. Existe una heterogeneidad en la definición y diagnóstico de la DE, así como en los instrumentos psicométricos de medida del problema, esto supone una limitación potencial en las comparaciones transnacionales.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

Este estudio ha sido financiado por un proyecto interno de AIS (Atención e Investigación en Socioadicciones). Financiación parcial para la realización de este artículo fue recibida de la beca Marsden número E2987-3648 (Royal Society of New Zealand). Este financiador parcial no ha estado involucrado directamente en la redacción e interpretación de los resultados.

Todos los autores contribuyeron al diseño del artículo. VG, JS, LM y EM colaboraron en la búsqueda y revisión de los artículos incluidos. VG y JS redactaron el artículo. Todos los autores revisaron el trabajo sobre contenido intelectual importante, comentaron y aprobaron la versión final del manuscrito y son responsables de todos los aspectos del trabajo.

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.



BIBLIOGRAFÍA

1. Aiquipa-Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411–437. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200007&script=sci_arttext
2. Aiquipa, J. T. (2012). Diseño y validación del inventario de dependencia emocional – IDE. *Revista de Investigación En Psicología*, 15(1), 133. <http://doi.org/10.15381/rinvp.v15i1.3673>
3. Alonso-Arbiol, I., Shaver, P. R., & Yarnoz, S. (2002). Insecure Attachment, Gender Roles, and Interpersonal Dependency in the Basque Country. *Personal Relationships*, 9(4), 479–490. <http://doi.org/10.1111/1475-6811.00030>
4. APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. (American Psychiatric Association, Ed.). Washington, DC.
5. APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. (American Psychiatric Association, Ed.). Washington, DC.
6. Birtchnell, J. (1988). Defining dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 61(2), 111–123. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02770.x>
7. Camarillo Gutiérrez, L. (2016). Dependencia emocional: un nuevo reto para la patología dual en el trastorno límite de personalidad. *Revista de Patología Dual*, 3(1). <http://doi.org/10.17579/RevPatDual.03.3>
8. Castelló, J. (2000). Análisis del concepto "dependencia emocional." I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo; Conferencia 6-CI-A: [52 Pantallas]. Retrieved from http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm
9. Castelló, J. (2005). Dependencia emocional: características y tratamiento. (Alianza, Ed.). Madrid, España.
10. de la Villa, M., & Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150–167. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/22382>
11. de la Villa, M., & Sirvent, C. (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 230–240. Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=28412891004>
12. Derogatis, L. R. (1990). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore, MD.
13. Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & TREND Group, the T. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94(3), 361–6. <http://doi.org/10.2105/AJPH.94.3.361>
14. Echeburúa, E., & Del Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 25(102), 585–614.
15. González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Cano-Vega, M., & López-Fernández, O. (2016). Diferencias psicopatológicas en mujeres con Dependencia Emocional con y sin uso de sustancias ilegales comórbido. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, 117(1), 39–46. Retrieved from http://www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=729&t=cuadernos&y=2016&m=Enero-Febrero-Marzo2016&num=117
16. González-Jiménez, A. J., & Hernández-Romera, M. del M. (2014). Emotional Dependency Based on the Gender of Young Adolescents in Almería, Spain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 527–532. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.348>
17. Hirschefeld, R. M. A., Klerman, G. L., Gouch, H. G., Barrett, J., Korchin, S. J., & Chodoff, P. (1977). A Measure of Interpersonal Dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610–618. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa4106_6
18. Izquierdo-Martínez, S. A., & Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 7(1), 81–91. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862013000100008&script=sci_arttext&tlng=en
19. Jaller-Jaramillo, C., & Lemos-Hoyos, M. (2009). Esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con dependencia emocional. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 77–83.
20. Kemer, G., Çetinkaya Yıldız, E., & Bulgan, G. (2017). Emotional Dependency and Dysfunctional Relationship Beliefs as Predictors of Married Turkish Individuals' Relationship Satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, 19, E72. <http://doi.org/10.1017/sjp.2016.78>
21. Laca-Arocena, F. A., & Mejía-Ceballos, J. C. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 22(1), 66–75. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/292/29251161006/>
22. Lemos-Hoyos, M., Jaller-Jaramillo, C., González-Calle, A. M., Díaz-León, Z. T., & De la Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(2), 395–404. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/647/64723241004.pdf>
23. Lemos-Hoyos, M., Londoño-Arredondo, N., & Zapata-Echavarría, J. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9(9), 55–69. Retrieved from <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1707>
24. Lemos-Hoyos, M., & Londoño-Arredondo, N. H. (2006). Design and validation of the emotional dependence questionnaire in Colombian population. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127–140. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
25. Lemos, M., & Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. Universidad Católica de Colombia. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2263254&info=resumen&idioma=SPA>
26. Levinger, G. (1976). A Social Psychological Perspective on Marital Dissolution. *Journal of Social Issues*, 32(1), 21–47. <http://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1976.tb02478.x>
27. Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*. Retrieved from <http://www.giulpgc.es/gem/index.php/publicaciones/articulos/18-the-rosenberg-self-esteem-scale-translation-and-validation-in-university-students>
28. Momeñe, J., Jáuregui-Bilbao, P., & Estévez-Gutiérrez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Psicología Conductual, Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica Y de La Salud*, ISSN 1132-9483, Vol. 25, No. 1, 2017, Págs. 65–78, 25(1), 65–78. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6001425>



29. Niño-Rodríguez, D. C., & Abaunza-León, N. (2015). Relación entre dependencia emocional y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Psychoex*, 7(10), 1–27. Retrieved from <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/23127>
30. Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8778124>
31. Petruccelli, F., Diotaiuti, P., Verrastro, V., Petruccelli, I., Federico, R., Martinnotti, G., ... Janiri, L. (2014). Affective dependence and aggression: an exploratory study. *BioMed Research International*, 2014, 805469. <http://doi.org/10.1155/2014/805469>
32. Rathus, J. H., & O'Leary, K. D. (1997). Spouse-Specific Dependency Scale: Scale Development. *Journal of Family Violence*, 12(2), 159–168. <http://doi.org/10.1023/A:1022884627567>
33. Riso, W. (2003). *Amar o depender? : cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable*. Bogotá Colombia: Grupo Editorial Norma. Retrieved from <http://www.worldcat.org/title/amar-o-depender-como-superar-el-apego-afectivo-y-hacer-del-amor-una-experiencia-plena-y-saludable/oclc/56555456>
34. Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 101–117. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.45.1.101>
35. Sanathara, V. A., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2003). Interpersonal dependence and major depression: aetiological inter-relationship and gender differences. *Psychological Medicine*, 33(5), 927–931. <http://doi.org/10.1017/S0033291703007542>
36. Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, P., ... González-Bueso, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, 116(4), 35–46. Retrieved from http://www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=710&t=cuadernos&y=2015&m=Octubre-Noviembre-Diciembre 2015&num=116
37. Schaeffer, B. (1998). *¿Es Amor o es adicción? (Apóstrofe, Ed.)*. Barcelona.
38. Sirvert, C., Moral, M. V., Sivert, C., & de la Villa, M. (2005). *Test de Dependencias Sentimentales TDS-100*. (F. I. Spiral, Ed.). Oviedo, España: Fundación Instituto Spiral.
39. Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1985). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. New York, USA: Department, Biometrics Research York, New York State Psychiatric Institute.
40. Urbiola, I., Estévez-Gutiérrez, A., Iraurgi-Castillo, I., Estévez, A., & Iraurgi, I. (2014). Dependencia Emocional en el Noviazgo de Jóvenes y Adolescentes (DEN): Desarrollo y validación de un instrumento. *Ansiedad Y Estrés*, 20(2–3), 101–114. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4918808>
41. Urbiola, I., & Estévez, A. (2015). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos en el noviazgo de adolescentes y jóvenes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(3), 571–587. Retrieved from <https://search.proquest.com/openview/e40a3a4f288a6552f6d84f2c771bca4f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
42. Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I., & Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *Ansiedad Y Estrés*, 23(1), 6–11. <http://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.11.003>
43. Wilson-Shockley, S. (1995). *Gender Differences in Adolescent Depression: The Contribution of Negative Affect*. (University of Illinois at Urbana-Champaign, Ed.). Illinois: University of Illinois at Urbana-Champaign. Retrieved from https://books.google.es/books/about/Gender_Differences_in_Adolescent_Depress.html?id=eJXNtgAACAAJ&redir_esc=y



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 30/01/2018. Aceptado: 18/04/2018

EL ESPEJO SUBJETIVO: ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?

THE SUBJECTIVE MIRROR: WHAT IS BODY IMAGE?

E. Tasa Vinyals

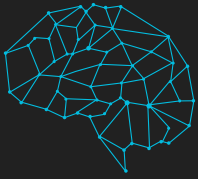
Médico residente. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari de Vic. Psicóloga. Investigadora FI-DGR. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona

Correspondencia: Hospital Universitari de Vic. 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;5:54-67.



RESUMEN

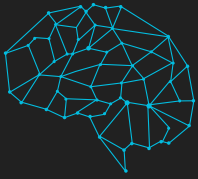
La imagen corporal es un constructo complejo que consta, fundamentalmente, de tres dimensiones: perceptiva, cognitiva-afectiva y conductual. Los estudios psicológicos actuales estiman que la imagen corporal comienza a formarse en edades tempranas, y lo hace de formas diferentes en función del género, la etnia, la sexualidad y el grado de (dis)capacidad, entre otras variables. La importancia del concepto de imagen corporal estriba en su gran relevancia en la autoestima y en la génesis de problemáticas, muy incapacitantes y generadoras de gran sufrimiento, de la relación con el cuerpo y con la comida. Ello no incluye únicamente los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia o la bulimia nerviosas, u otras entidades nosológicas como el trastorno dismórfico corporal, sino un rango mucho más amplio y prevalente de problemas psicológicos causantes de gran malestar en la población y que tienen en común sentimientos de desagrado hacia el propio cuerpo y alteraciones en la relación emocional con la comida y con el propio cuerpo. La psicología ha demostrado la eficacia de determinadas intervenciones cognitivo-conductuales para la modificación en positivo de la imagen corporal, que además se ha logrado mantenido a largo plazo. Se discute el concepto de imagen corporal en relación con posturas ontológicas y epistemológicas diversas, incluyendo postulados (pos) construccionistas. Se propone una aproximación al intervencionismo en imagen corporal caracterizado por la normalización e higienización la relación que se tiene con el propio cuerpo, lo cual es entendido como una fuente de empoderamiento en el plano sociopolítico.

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

ABSTRACT

Body image is a complex construct that consists fundamentally of three dimensions: perceptive, cognitive-affective and behavioral. Current psychological knowledge considers that body image construction begins at an early age, and that it develops in different ways depending on gender, ethnicity, sexuality and the degree of (dis)ability, among other variables. The importance of the concept of body image lies in its great relevance in self-esteem and its implication in the genesis of problematic, very disabling conditions that have to do with one's relationship with their own body and with food. This does not only include eating disorders, such as anorexia (AN) or bulimia nervosa (BN), or other nosological entities such as body dysmorphic disorder (BDD), but a much broader and more prevalent range of psychological problems that cause great discomfort in the population and that are related by displeasing feelings towards the own body and a dysfunctional emotional relationship with food and with the body. Psychology has proved the effectiveness of certain cognitive-behavioral interventions for the improvement of body image, with effects that seem to be maintained in the long term. The concept of body image is discussed in relation to diverse ontological and epistemological positions, including (post)constructionist postulates. It is argued that an approach to interventionism in body image should be characterized by the normalization and hygienization of one's relationship with the own body and understood as a source of empowerment in the sociopolitical plane.

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



Sous les pavés, la plage

Anónimo; eslogan del Mayo Francés de 1968

La imagen corporal es un constructo complejo que consta, fundamentalmente, de tres dimensiones: perceptiva, cognitiva-afectiva y conductual. Una definición básica de la imagen corporal podría equipararla a la imagen mental o fotografía interna de nuestro propio cuerpo, tanto de su aspecto general como de cada una de sus partes, que las personas tenemos en nuestra mente. Sin embargo, este símil recoge únicamente la primera de las dimensiones del constructo enumeradas hace un momento: es decir, la perceptiva. La imagen corporal es mucho más que la propia fotografía mental que albergamos en nuestra conciencia: también los pensamientos y las emociones que nos suscita dicha imagen, y que a menudo son difícilmente dissociables de ésta, forman parte de la imagen corporal. Los comportamientos derivados de estas cogniciones y afectos conforman el último componente. Todos estos fenómenos cognitivo-conductuales en relación a la conciencia y la vivencia del propio cuerpo pueden resultar, globalmente hablando, positivos o negativos para la persona; rara vez serán realmente neutrales, especialmente en una cultura como la nuestra, que otorga una suprema importancia a la imagen y al cuerpo. La percepción corporal puede dar lugar a sentimientos de ansiedad, de orgullo, de tristeza, de satisfacción, etc., y el hecho cognitivo-afectivo puede derivar en comportamientos adaptativos o desadaptativos, beneficiosos o perjudiciales para el individuo. En este sentido, para Rosen (1993), la imagen corporal es la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Dicho en otras palabras, podríamos decir que es la relación que una persona tiene con su cuerpo.

Procedamos a continuación a dar cuenta, con mayor detalle, de las tres dimensiones fundamentales de la imagen corporal:

La dimensión perceptiva. Hace referencia a las imágenes mentales acerca del tamaño y la forma de la totalidad o de partes del cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990). En otras palabras, vendría a ser la precisión con la que se percibe el propio tamaño y morfología corporales, respecto a me-

didias objetivas obtenidas en unidades del sistema métrico, como centímetros o kilogramos. La alteración de este componente da lugar a los fenómenos de sobreestimación y subestimación de segmentos corporales o del cuerpo en su conjunto (Thompson, 1990). Por ejemplo, uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa es la existencia de una alteración perceptiva, en términos de sobreestimación, en la imagen corporal de la persona. De este modo, aunque puedan hallarse objetivamente hablando en extremo infrapeso, muchas veces las pacientes se perciben gruesas cuando se miran, se palpan o incluso en el modo en que sienten su propio cuerpo (propiocepción). La dimensión perceptiva incluye asimismo la conciencia del movimiento y de los límites del cuerpo, este último aspecto íntimamente relacionado con la silueta corporal. El hecho de percibir los movimientos del propio cuerpo como más o menos habilidosos, elegantes o gráciles también formaría parte de este componente. También la percepción y conciencia de los órganos internos podrían englobarse bajo este epígrafe, como por ejemplo la característica experiencia de la matriz que muchas veces se percibe al inicio del periodo menstrual.

El componente perspectivo de la imagen corporal se mide habitualmente usando los métodos de estimación corporal global o de partes corporales (Raich, 2000). Ello permite la comparación de la estimación perceptiva con medidas antropométricas objetivables¹.

Es de vital importancia remarcar aquí que la autopercepción sobre el cuerpo, la forma y tamaño que estimamos o consideramos que tiene nuestro cuerpo, es mucho más relevante en psicología que la forma y tamaño que realmente tiene. Un ejemplo de ello es el hecho que muchísimas personas consideren que su cuerpo es demasiado grueso, desproporcionado, feo o grotesco cuando en realidad sus medidas están situadas dentro de la más estricta normalidad poblacional. Otra muestra son las numerosas ocasiones, en la vida diaria, en las que las consideraciones de una perso-

1. Para mayor detalle acerca de instrumentos perceptuales de medida de la imagen corporal existentes y su uso, ver Gardner (2011).



na sobre su propia imagen no concuerdan en absoluto con las apreciaciones de su entorno, y aun así las percepciones distorsionadas se mantienen por largo tiempo y son justificadas mediante costosos recursos cognitivos (por ejemplo, pensar que las personas cercanas no dicen la verdad sobre la fealdad de uno porque le quieren bien o le tienen lástima).

Por último, cabe resaltar que la mayor importancia de las autopercepciones sobre el propio cuerpo respecto a las características objetivables del mismo es un fenómeno que ocurre en todas las personas, y ni mucho menos es exclusivo de gente con trastornos alimentarios o con problemas de insatisfacción corporal. Todos preferimos acudir a una cita romántica con ropa y un peinado que nos favorezca, puesto que sabemos (inteligencia emocional) que modificará nuestro estado de ánimo, y éste nuestro desempeño a nuestro favor; y que ello será bien recibido por la otra persona (inteligencia social). Muchas personas se visten de una determinada manera, más formal, cuando tienen que acudir a importantes reuniones de trabajo. El peinado que elegimos o los colores de la ropa que nos compramos están también muchas veces influidos por la voluntad de modificar nuestra apariencia física, pero sobretudo, nuestra imagen corporal, haciendo que nos percibamos de una manera más beneficiosa para la consecución de nuestros objetivos. Por ello, la vestimenta, el peinado, el maquillaje, la bisutería, el afeitado, etc. son aspectos definidores de la identidad y canales de expresión, como se hace patente con los ejemplos de los tatuajes, las modas o las tribus urbanas (Kent, 2011).

La dimensión subjetiva (cognitivo-afectiva). Algunos autores diferencian estos dos componentes y hablan de una dimensión cognitiva (referente a los pensamientos) y una dimensión afectiva (referente a las emociones) de la imagen corporal. Por motivos de rechazo a los dualismos estructuralistas del pensamiento occidental tradicional, y para permanecer fidedigna a las direcciones a las cuales los últimos avances científicos parecen señalar, en este libro he optado por unificar el hecho cognitivo-afectivo, en el plano actitudinal, puesto que no existe en neurociencia barrera anatómica, fisiológica o psicológica entre las funciones racional y emotiva del cerebro que justifiquen su concepción como polos opuestos (Morgado, 2010).

Hecha esta aclaración, el componente subjetivo de la imagen corporal comprende actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que generan el cuerpo y la experiencia corporal. Términos clave en esta dimensión son valoración e

interpretación. La persona otorga un valor a sus percepciones acerca del propio cuerpo mediante procesos más o menos conscientes de evaluación y comparación con modelos interiorizados, valores, expectativas, contingencias ambientales, etc., que interactúan con su temperamento, sus tendencias naturales a pensar y sentir de una determinada manera. Dicho de otra manera, la persona compara su percepción corporal con aquellos materiales que configuran su marco cognoscitivo, en relación al ideal corporal o a aquello que (se) considera aceptable, bello, reprochable o feo.

Así pues, el componente subjetivo de la imagen corporal se compone de cogniciones interpretativas y valorativas sobre las autopercepciones corporales (por ejemplo, "que guapo me veo hoy" o "seguro que todo el mundo piensa que mis piernas son repulsivas") y de experiencias afectivas de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción. Ello es de vital importancia, puesto que estos elementos tendrán su correlato en forma de comportamientos.

Existe una gran variedad de instrumentos psicométricos para medir el componente subjetivo de la imagen corporal. Algunos de ellos son el BPSS (Body Parts Satisfaction Scale), la subescala de Insatisfacción Corporal del EDI (Eating Disorders Inventory) (Garner, Olmstead y Polivy, 1983) y la entrevista BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination) (Rosen y Reiter, 1996). Muchos otros pueden encontrarse en la extensa recopilación desarrollada por Menzel, Krawczyk y Thompson (2011), que incluye también instrumentos para medir el componente conductual de la imagen corporal.

La dimensión conductual. Finalmente, este componente de la imagen corporal hace referencia a todas aquellas manifestaciones conductuales que la percepción y la subjetividad acerca del propio cuerpo suscitan. Estos comportamientos pueden entenderse como estrategias de la persona para responder de la manera que cree más conveniente a los significados personales de su imagen corporal. Ejemplos de ello pueden ser conductas de exhibición (para conseguir atención, con finalidad afirmativa o reivindicativa, etc.) o de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a uno mismo (evitar pesarse, no mirarse nunca desnudo al espejo, no acariciarse, etc.) o a las demás personas (vestir con ropas largas u holgadas, no usar determinadas prendas, evitar las salidas a la playa o la piscina, evitar las situaciones sociales en general, evitar el contacto sexual, etc.).

El componente conductual tiene gran importancia porque constituye la parte visible de la imagen corporal, y tam-



bién porque estos comportamientos son los que muchas veces mantienen la (in)satisfacción corporal. Es lo que en psicología se denomina la teoría de la profecía autocumplida. Lo entenderemos enseguida con un ejemplo. Si una persona piensa que su cuerpo es horrible y por ello evita las situaciones sociales en las cuales alguien pueda reparar en él, restringirá significativamente el número de potenciales ocasiones en las cuales podría entablar contacto con otras personas que expresaran un juicio alternativo acerca de su cuerpo, y por tanto las probabilidades de confrontación de su hipótesis inicial disminuirán. Pongamos el caso de una chica acomplejada porque su cuerpo tiene un tamaño y morfología poblacionalmente normales (pongamos, en el percentil 60 de la curva de normalidad²), y no excepcionalmente reducidas, como dictan algunas modas. Por ello, habitualmente se viste de la forma menos llamativa posible (aun cuando le gustan mucho los colores) para que su cuerpo pase más desapercibido, casi siempre rechaza las invitaciones para salir – mucho más si vienen del sexo que la atrae – porque cuando está en compañía de otras personas siente que observan y juzgan negativamente su cuerpo, y evita a toda costa cualquier contacto sexual. Veamos qué consecuencias pueden tener estas conductas. Al no ponerse los vestidos coloridos que le gustarían, restringe la posibilidad de que otras personas le hagan notar que le sientan bien, y sigue pensando – por defecto – que le sientan mal. Al no salir con amigos y amigas, puede reforzar su interpretación cognitiva de que es rechazada y se siente sola por culpa de su físico, cuando en realidad ni siquiera ha dado a las demás personas la oportunidad de conocerla. Al rechazar el contacto sexual, refuerza las concepciones negativas acerca de su cuerpo, como pueden ser que no es sexualmente atractivo, que no es apto para el placer sexual o que no puede resultar fuente de placer para otra persona. Se restringe, pues, el acceso a todo el potencial sexual de su cuerpo, que probablemente se halla entre las funcionalidades corporales más importantes para el desarrollo del self, y autocensura su propio derecho al placer. Lo paradójico es que, a ojos propios y de la sociedad,

esta persona estará confirmando algunos de los estereotipos que pesan sobre las mujeres no delgadas: que son amargadas, que no tienen buen gusto estético para la ropa y los complementos, que no tienen buenos o muchos amigos y amigas, que no resultan atractivas sexualmente y que con frecuencia no encuentran pareja. El sistema ideológico es guardián de sí mismo.

La dimensión conductual de la imagen corporal se puede objetivar con el cuestionario BIAQ (*Body Image Avoidance Questionnaire*) (Rosen, Srebnik, Salzberg y Went, 1991), con la entrevista BDDE previamente mencionada (Rosen y Reiter, 1996), o bien mediante técnicas de observación y autoregistro (Raich, 2000).

LA CÁSCARA DEL HUEVO Y LA MATERIA FLUIDA Y AGENTE

Las personas, pues, poseemos un cuerpo que constituye nuestro dispositivo de contacto y relación con el exterior. El cuerpo es parte de nosotras, forma parte de nuestra identidad, igual que la cáscara es una parte del huevo. No se puede concebir un huevo sin su cáscara, puesto que si ésta se rompe, el contenido fluido del interior se esparce por el medio y el huevo como tal deja de existir. La mente se desintegra sin el cuerpo.

Todo lo dicho hasta aquí debe ser matizado con dos importantes consideraciones. En primer lugar, la imagen corporal no es algo estático, estable ni mucho menos inherente a la persona. Los estudios psicológicos actuales estiman que la imagen corporal comienza a formarse en edades tempranas, y lo hace de formas diferentes en función del género (Murnen, 2011; Ricciardelli y McCabe, 2011; Wertheim y Paxton, 2011), la etnia (Franko y Roehrig, 2011; Kawamura, 2011; Schooler y Lowry, 2011), la sexualidad (Morrison y McCutcheon, 2011) y el grado de (dis)capacidad (Rumsey y Harcourt, 2011), entre otras variables. Hacia la edad de dos años, la mayoría de los niños y niñas son capaces de reconocer la propia imagen en un espejo, con lo cual se puede considerar que existe ya,

2. La curva de normalidad o campana de Gauss, por el matemático alemán Johann Carl Friedrich Gauss (1777-1855), expresa en el eje de las abscisas la variable cuantitativa que se quiere considerar en orden creciente (por ejemplo el peso, la talla, o el cociente de inteligencia), y en el de las ordenadas la proporción de individuos que presentan la característica en una medida determinada en la población. La mayoría de las variables siguen una distribución normal, con proporciones bajas de la población situadas en los extremos izquierdo y derecho (personas que presentan valores muy bajos o muy altos en la magnitud considerada) y una gran mayoría de la población situada en el área central (personas que presentan valores intermedios, moderados, en la magnitud considerada). La mayoría de las personas tienen una talla y una inteligencia medias: una minoría poblacional tiene una talla excepcionalmente baja u alta, o es excepcionalmente poco o muy inteligente.



para entonces, una primera aproximación a la propia imagen corporal (Raich, 2000). No obstante, la imagen corporal comprende la representación mental de partes específicas del cuerpo cuya visualización no requiere necesariamente de una superficie reflejante, como pueden ser las partes distales de las extremidades o el abdomen. La imagen corporal es un constructo fluido y dinámico que se modifica a lo largo del desarrollo evolutivo de las personas, fundamentalmente durante la infancia, adolescencia y primera juventud, coincidiendo con: a) La época de mayores cambios objetivos en los parámetros somáticos (crecimiento, pubertad, etc.), lo cual favorece una mayor atención cognitiva en el cuerpo, y b) Las etapas psicoevolutivas de formación básica del self y de la personalidad, momentos en los cuales los efectos de las influencias externas son máximos (siendo tristes ejemplos de ello las devastadoras consecuencias que tienen los discursos opresivos de la violencia estética en las muchachas preadolescentes y adolescentes en términos de desarrollo de trastornos alimentarios, por ejemplo).

No obstante, la imagen corporal de una persona puede variar a lo largo de toda su vida, ya sea de forma espontánea en respuesta a cambios cognitivo-afectivos evolutivos o como respuesta a intervenciones externas más o menos específicas. Ejemplos de intervenciones externas potencialmente modificadoras de la imagen corporal pueden ser las intervenciones no formales de los medios de comunicación promotores del body-shaming [vergüenza del propio cuerpo], en su connivencia con el orden estético dictado por los grandes lobbies de la industria del control corporal (dietas, ejercicio, moda, remedios de belleza, etc.). También pueden serlo, sin embargo, las intervenciones preventivas y psicoterapéuticas diseñadas para mejorar la imagen corporal y construir relaciones más saludables con el propio cuerpo. La psicología ha demostrado la eficacia de determinadas intervenciones cognitivo-conductuales para la modificación en positivo de la imagen corporal, que además se ha logrado mantenido a largo plazo (Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997). Además, pero, la imagen corporal no únicamente cambia a lo largo de la vida, sino que suele experimentar variaciones dentro de

cortas escalas de tiempo, a veces incluso de forma ultradiana (varias veces en un mismo día). Es frecuente que las personas refieren sentirse más delgadas o ligeras después de unas cuantas horas de ayuno, como por ejemplo por la mañana al levantarse; por lo contrario, el hecho de comer más de lo habitual, de no ejercitarse si uno está acostumbrado a ello, o la comparación con modelos sociales (reales o presentados y purificados por los medios, según conceptos de traducción y purificación de Latour³) ha demostrado poder modificador de la imagen corporal a corto plazo (Raich, 2000).

En segundo lugar, no se debe caer en el error de considerar a la persona como objeto pasivo, como *tabula rasa* sobre la cual operan todos los mecanismos (los que hemos sugerido hasta aquí y los que vamos a detallar posteriormente) generadores y mantenedores de la imagen corporal. En la línea de los planteamientos postconstruccionistas o corpomaterialismos (especialmente los feministas, como los de Donna Haraway o Karen Barad), debemos considerar como central en nuestras teorizaciones de la imagen corporal la capacidad de la materia agente de interactuar con las performatividades discursivas que sobre ella se imprimen, de forma que a menudo se producen resignificaciones tanto a nivel personal como colectivo. En palabras de la física teórica norteamericana Karen Barad en su interpretación de la obra de Judith Butler, existe una intra-acción recíproca entre las prácticas citacionales discursivo-materiales y las formas, múltiples y activas, en las que el cuerpo responde o protesta (*kicks back*). Es lo que se ha venido a llamar la resistencia de la materia (Barad, 1998; Lykke, 2010). La edificación y evolución de la imagen corporal, pues, debe considerarse como un proceso activo y dinámico.

La importancia del concepto de imagen corporal estriba en su gran relevancia en la autoestima y en la génesis de problemáticas, muy incapacitantes y generadoras de gran sufrimiento, de la relación con el cuerpo y con la comida. Ello no incluye únicamente los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia o la bulimia nerviosas, u otras entidades nosológicas como el trastorno dismórfico

3. Bruno Latour utiliza los conceptos de *translation* [traducción] y *purification* [purificación] en su trabajo sobre la construcción de la modernidad, en forma de hechos verdaderos (*true facts*), mediante la herencia cultural. Aunque su obra escapa del alcance de este capítulo, remito a las personas lectoras a la consulta de la misma (Latour, 1993). Por su parte, la investigadora sueca y exprofesora mía en la Linköpings Universitet, Wera Grahn, ha elaborado interesantes interpretaciones interseccionales a partir del trabajo de Latour, en las cuales discute los sistemas de sexo/género, etnia, (dis)capacidad, sexualidad y ageism, entre otros. Alguno de ellos se puede consultar en inglés (Grahn, 2011).



corporal, sino un rango mucho más amplio y prevalente de problemas psicológicos causantes de gran malestar en la población y que tienen en común sentimientos de desagrado hacia el propio cuerpo y alteraciones en la relación emocional con la comida y con el propio cuerpo. La importancia de la imagen corporal en la autoevaluación global se denomina *body image investment* [inversión de/en imagen corporal] (Cash, 2011); en estudios realizados con población sana, se ha hallado que entre una cuarta parte y un tercio de la autoestima personal corresponde a la imagen corporal (Raich, 2000; Tiggemann, 2011). Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno dismórfico, por largo tiempo se consideró que la distorsión perceptiva que existe en estas pacientes (es decir, la incapacidad de percibir las dimensiones del propio cuerpo de forma correcta, habitualmente sobreestimando sus medidas reales) era el componente principal y por ello debía ser la piedra angular de la psicoterapia. Actualmente se sabe que la insatisfacción corporal es una variable mucho más importante, y las intervenciones preventivas o terapéuticas que se basan en la modificación de la imagen corporal y de su componente afectivo (insatisfacción) se han mostrado eficaces en la resolución de estos problemas, tanto mediante aproximaciones clásicas como en algunas innovadoras en forma de tecnología, intervención ecológica o dramaturgia (Rabak-Wagener, Eickhoff-Shemek y Kelly-Vance, 1998; Conard y Asher, 2000; Raich, 2000; Stice y Presnell, 2007; Stice, Shaw y Marti, 2007; Jarry y Cash, 2011; O'Dea y Yager, 2011; Piran y Mafirci, 2011; Rabinor y Bilich, 2011; Weisman, Bailey, Winzelberg y Taylor, 2011; Raich-Escursell, Mora-Giral, Tasa-Vinyals y Munguía, 2014; Tasa-Vinyals, 2015b).

Como apuntábamos antes, estos hallazgos han fundamentado la necesidad de considerar también situaciones no definidas estrictamente en los manuales de psicopatología, pero causantes de gran malestar y muy prevalentes en la población, como problemáticas psicológicas susceptibles de ser abordadas psicológica y socialmente. Es lo que se conoce bajo el término paraguas de problemáticas relacionadas con el peso y la alimentación, o problemáticas relacionadas con la imagen corporal. Esta forma de proceder va en la línea de quienes pensamos que los sistemas dimensionales, basados en espectros de normalidad y sus extremos, son más útiles que los sistemas categoriales, basados en definiciones de categorías patológicas rígidas a partir de la enumeración de criterios, para estudiar normalidad y patología psicológi-

ca y biomédica. Los problemas relacionados con la imagen corporal, en un sentido amplio, también son tributarias de prevención, puesto que pueden constituir una puerta de entrada a trastornos como la anorexia, la bulimia o el trastorno dismórfico.

La insatisfacción corporal es muy frecuente en la población, hasta el punto que algunos estudios han hallado que un ochenta por ciento de las mujeres jóvenes sanas presentan desagrado para con su cuerpo en grados variables (Raich, 2000; Tiggemann, 2011; Raich-Escursell [entrevistada por Tasa-Vinyals], 2014). Por ello, actualmente se habla de descontento normativo en referencia a la relación poblacional femenina con el propio cuerpo. Asimismo, existe evidencia de descontento corporal creciente entre los hombres, en este caso caracterizado en líneas generales por el deseo de un cuerpo más musculado y no más delgado como en el caso de las mujeres, aunque de momento las cifras masculinas de insatisfacción corporal son, afortunadamente, menores que las femeninas (Raich, 2000; Tiggemann, 2011). Dada la limitada posibilidad de imprimir cambios significativos y duraderos en el propio cuerpo (en la cual profundizaremos más adelante), y el gran gasto en términos de recursos económicos y personales que intentarlo supone, sin lugar a dudas estas problemáticas tienen que convertirse en una prioridad en las políticas de salud pública (Paxton, 2011).

VIVIR EN UN CUERPO, SER UN CUERPO: INTERACCIONES ENTRE MATERIA Y DISCURSO

Es muy importante tener en cuenta que los procesos de construcción de identidad se producen en el contexto de un cuerpo, entendido este como receptáculo vivo y agente que conecta al *self* con el mundo externo, y enmarcados en procesos relacionales y contingentes (Fuchs, Sattel y Henningsen, 2010). Eso es, para la mayoría de los autores, el *self* se desarrolla de una forma dependiente del contexto, mediante las interacciones cotidianas con las demás personas, con agentes sociales e instituciones, y mediante el diálogo interno. Como estos procesos están mediados por el cuerpo, en tanto que entidad que nos conecta físicamente con el entorno, la dimensión corporal es central e indisociable en ellos. Asimismo, es importante evitar caer en concepciones dualistas, estructuralistas al modo de las bipolarizaciones asimétricas⁴ características del pensamiento occidental

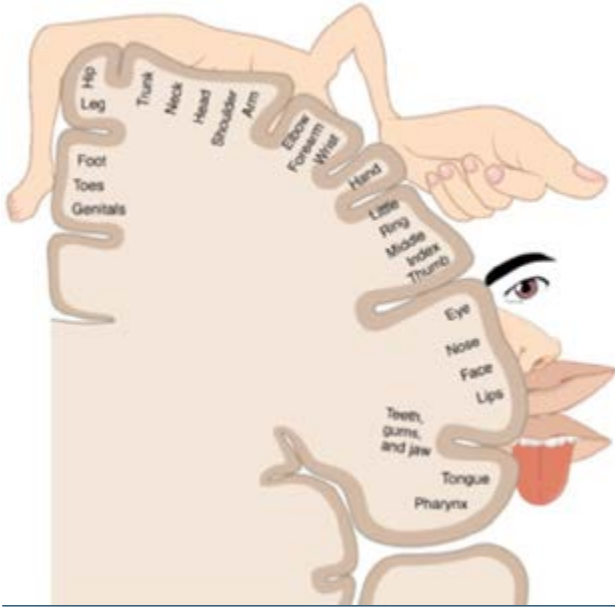


FIGURA 1. Homúnculo de Penfield. Fuente: https://en.wikipedia.org/wiki/Cortical_homunculus (Imagen con permiso de reutilización).

(femenino/masculino, emocionalidad/racionalidad, cuerpo/mente, hetero/homosexualidad, sexo/amistad-cariño, placer/salud, etc.), puesto que facilitan las posturas esencialistas y reduccionistas (Lykke, 2010). Aunque referirse a cuerpo y mente como entidades diferenciadas puede ser útil para explicar algunos conceptos, como hemos hecho al principio de este capítulo al intentar dar cuenta de la imagen corporal, debemos tener en cuenta que no existe una diferencia real, en el sentido de cualitativa, entre los dominios psicológico y somático (Morgado, 2010). Lo entenderemos enseguida si analizamos brevemente como el cerebro percibe el propio cuerpo y conjuga informaciones propioceptivas y externas,

procedentes de las vías primarias y del neocórtex, para generar la imagen corporal.

En términos neurológicos, la imagen corporal se puede definir como la representación de las distintas partes del cuerpo que se alojan en las áreas somatosensoriales y motoras de nuestro córtex cerebral. La representación de cada una de las partes del cuerpo en el córtex no es proporcional al tamaño del segmento corporal en cuestión, sino que existen importantes variaciones en función, por ejemplo, de la sensibilidad. El área de la corteza somatosensorial dedicada a los labios o al clítoris, por ejemplo, es mucho mayor que el área dedicada a la espalda. También el grado de desarrollo o la funcionalidad de una determinada parte del cuerpo en una persona determinada pueden condicionar variaciones, como por ejemplo los músculos de las extremidades inferiores en futbolistas o los dedos de las manos en pianistas profesionales. La representación gráfica (en muchos libros representada de modo androcéntrico, por cierto) del cuerpo humano una vez reestimados los tamaños proporcionales de cada una de sus partes en función de la superficie dedicada a cada una en la representación corporal de las cortezas somatosensorial y motriz se conoce como el homúnculo de Penfield (Fig. 1), y da una primera idea de la traducción psicológica del cuerpo material.

Asimismo, la información sensorial que llega al cerebro a las respectivas áreas sensoriales primarias (somatosensorial en el lóbulo parietal, auditiva en el temporal, visual en el occipital) es posteriormente procesada en otras áreas próximas, dando a la información grados de complejidad creciente. La percepción puede operar también de forma más o menos consciente, lo cual se cree que depende en gran medida de las vías de procesamiento que se sigan, y particularmente su paso por determinados núcleos a nivel del tálamo. Existen en el cerebro complejos entramados neuronales que operan sobre la información psicológica resultante de la traducción

4. El pensamiento occidental se ha caracterizado por estructurar frecuentemente la realidad en forma de categorizaciones bipolares, que llamamos asimétricas porque contienen una carga valorativa y por tanto no son neutras desde un punto de vista político. Estas dualidades suelen conceptualizarse como mutuamente excluyentes, y además guardan conexiones entre sí. Tomemos como ejemplo la dualidad feminidad/masculinidad: tradicionalmente se conciben como polos antagonicos, de forma que la feminidad es deseable en una mujer y censurable en un hombre, y viceversa; la coexistencia de la feminidad y la masculinidad, por ende, se percibe como problemática. Algunas teorías clásicas de la personalidad incluían la feminidad/masculinidad como dimensiones, y en respuesta a la visión restrictiva de la realidad que proponen, surgieron posteriormente modelos y rasgos como la androginia. La dualidad emocionalidad/racionalidad se relaciona estructuralmente con la primera, pues las mujeres se suelen considerar más "emocionales" y los hombres más "racionales"; lo mismo ocurre con el binomio cuerpo/mente, pues se ha considerado el cuerpo como un reino feminizado y la mente como un reino masculinizado. Estas bipolarizaciones, como veremos, también se han mostrado problemáticas, principalmente por su limitada capacidad de dar cuenta de los fenómenos observables en el mundo natural de forma satisfactoria y completa. Todas estas dicotomías simplifican la realidad y contribuyen al mantenimiento de matrices de significados sociopolíticos.

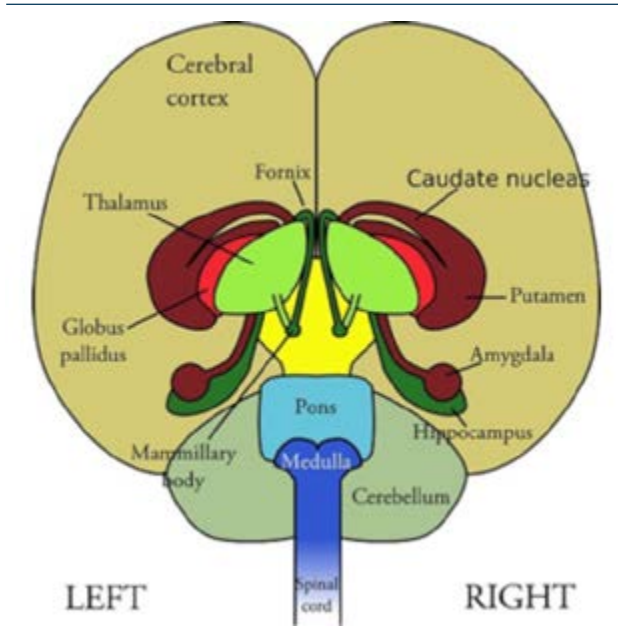


FIGURA 1. Estructura básica del Sistema Nervioso Central (sin meninges). Fuente: <http://www.federicobaranzini.it/nuove-scoperte-in-merito-al-ruolo-dellamigdala-nell-insorgere-degli-attacchi-di-panico/> (Imagen con permiso de reutilización).

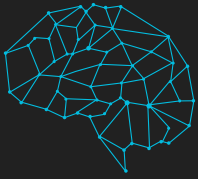
y procesamiento de las señales nerviosas originales procedentes de los órganos sensoriales (que también incluyen los propioceptivos, encargados de captar y transmitir información sobre el estado del propio cuerpo; por ejemplo, la posición de las articulaciones, el dolor visceral, la tensión muscular, etc.) (Fig. 2).

Una de las características distintivas del tejido nervioso (aunque lo cierto es que se puede encontrar también en otros tipos histológicos) es lo que se denomina plasticidad sináptica o plasticidad neuronal. Básicamente, este es el proceso por el cual las células y el tejido nervioso cambian físicamente para acomodar los fenómenos psicológicos del aprendizaje y la experiencia. Estos factores interactúan con la estructura genética básica del individuo (epigenética⁵), de forma que en un punto cualquiera de nuestras vidas nuestras configuraciones

neurofisiopsicológicas son considerablemente distintas e idiosincráticas. No es ningún secreto que las personas podemos pensar, sentir y actuar de formas muy diferentes ante unas circunstancias muy parecidas. Factores ligados a la predisposición genética (el temperamento), los aprendizajes adquiridos a lo largo de nuestras vidas en entornos micro (familia, colegio, amistades) y macro (medios de comunicación, sociedad, cultura), circunstancias individuales puntuales (cansancio, estado alimentario, experiencias inmediatas, etc.) y un componente de azar determinan tales diferencias.

A lo largo de nuestra vida, pues, los aprendizajes que hemos ido incorporando se han adscrito en nuestro sistema nervioso central, interactuando con factores genéticos y biológicos, y lo hacen cada vez más distinto del de otros seres humanos cuyas experiencias vitales distan de las nuestras. Los aprendizajes acerca del cuerpo, la imagen y la estética, que son muchos, cotidianos y prácticamente constantes a lo largo de la vida, no son excepción. Las experiencias emocionales que hemos vivido en relación al propio cuerpo y al de los demás también se adscriben en el tejido cerebral en forma de aprendizajes emocionales, que los psicólogos sabemos que se hallan entre los tipos de aprendizaje más potentes que existen (Morgado, 2010). Piense, por ejemplo, que estaba haciendo usted un día cualquiera por la tarde, y que estaba haciendo el día que le comunicaron una impactante noticia o le sucedió un acontecimiento relevante, como la caída de las Torres Gemelas en Nueva York o el nacimiento de su hija o hijo. Recuerda mejor los episodios que fueron marcados por una fuerte activación emocional, que en términos bioquímicos se traduce en una cascada de neurotransmisores y hormonas activadoras en el sistema nervioso central y en el torrente sanguíneo. Por ello, los aprendizajes vivenciales suelen ser más efectivos, en educación, que los puramente memorísticos. La mayoría de los aprendizajes no académicos, es decir, aprendizajes socioculturales, son aprendizajes vivenciales y se adquieren en la comunidad, con lo cual la persona otorga un sentido relacional a la experiencia y la integra como parte del código de conducta de la sociedad de la cual forma parte y en la cual tienen lugar sus relaciones interpersonales.

5. La epigenética es la herencia de patrones de expresión de genes que no vienen determinados por la secuencia genética. Esta herencia alternativa viene fijada porque los genes se expresan o no dependiendo de ciertas condiciones bioquímicas como lo es la metilación del ADN o de las histonas, o bien la forma de la cromatina, y otras causas que aún no conocemos.

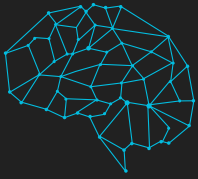


Las connotaciones negativas acerca del propio cuerpo que presentan muchas personas han sido adquiridas en contextos concretos en los que ha tenido lugar una activación emocional – por desgracia, habitualmente negativa – y ello ha facilitado la consolidación especialmente profunda del aprendizaje. Voy a tomar un ejemplo de la novela *Bitllet d'anada i tornada* [Billete de ida y vuelta], de Gemma Lienas (1999): Marta, la protagonista, entra a una tienda de ropa con su amiga británica, Bes. Bes es una chica muy escuálida y encuentra un montón de ropa para probarse y escoger cual se queda. Marta ve muchas piezas que le gustan, pero enseguida se da cuenta que la talla más grande que tienen es una versión adulterada de la cuarenta y dos, que es su talla teórica. Desplegando unos pantalones ya ve que aquella talla cuarenta y dos es demasiado pequeña para ella, con lo que pide a una dependienta una talla mayor. La dependienta la mira con desprecio y le dice que no tienen "tallas tan grandes". Marta se dirige cabizbaja a los probadores e intenta embutirse en la presunta cuarenta y dos de los tejanos que le gustan. Tiene dificultades para hacerlos pasar por las caderas y no puede cerrar la cremallera. De esta guisa, se mira al espejo y se ve como una butifarra. Al salir de los probadores, acompaña a Bes a la caja a pagar sus nuevas adquisiciones. Marta siente vergüenza, tristeza y rabia. Le dan ganas de castigar a su cuerpo por ser tan asqueroso y grotesco. Se siente como una vaca, como un animal de feria. En esta situación, Marta realiza una serie de aprendizajes emocionales intensísimos sobre su propio cuerpo: que no es normal, que es demasiado gordo, que a la gente no le gustan los cuerpos como el suyo, que no se puede vestir con la ropa de moda que a ella le gusta, que se ve ridículo con determinadas prendas de ropa, que suscita asco, reprobación y burla, que ella vale menos que una chica delgada, y que su cuerpo tal y como es le va a traer problemas. Esta experiencia modifica la configuración neurofisiológica y la estructura cognitiva de Marta. No es poco.

Además de experiencias como la de Marta, muchas veces los medios de comunicación, la publicidad, e incluso determinados documentos académicos e institucionales lanzan mensajes lingüísticos directos a la población, que son interiorizados formando parte del sistema cognitivo de la persona. Ejemplos de ello pueden ser exhortaciones directas a perder peso o a modificar el cuerpo de alguna otra manera (por ejemplo con maquillajes, tintes, cremas, etc.). No siempre estos mensajes están expresados de forma puramente verbal:

los elementos paratextuales, como por ejemplo imágenes, colores, signos de interrogación, etc. también contienen parte del mensaje, y no pocas veces incurren en contradicción entre ellos ("restringe tu alimentación porque te quieres a ti misma"), lo cual empeora el impacto negativo que la exposición recurrente a este tipo de mensajes ha demostrado tener en las personas, especialmente las más jóvenes (Thomsen, Weber y Brown, 2002; Barker y Galambos, 2003; Utter, Neumark-Sztainer, Wall y Story, 2003; Tasa-Vinyals, 2013b).

Por cualesquiera canales de penetración que utilicen, los mensajes transmisores de significados socioculturales referentes al cuerpo y a aquello relacionado con él (comida, bebida, actividad física, sexo, estética, etc.) se integran en la estructura cognitiva de la persona, entendida como versión de la estructura psicosocial de la cultura donde vive, y conforman una narrativa más o menos coherente acerca de lo que es o no aceptable, esperable, deseable, bueno, saludable, etc. corporalmente hablando. En términos psicodinámicos, esto sería el equivalente de la estructura del superego, pero interesantemente se está legislando sobre el ello o id, la fuerza pulsional emanante de, canalizada por y en íntimo y constante contacto con el cuerpo. Al ver a una persona gorda, la percepción no se restringe a "un individuo de tamaño grande", sino que automáticamente conecta con significados aprendidos como fealdad, desidia, desvalor, marginalidad, holgazanería, etc. que generan reacciones emocionales específicas, como asco, desprecio, rabia o vergüenza. Si esta persona gorda es uno mismo, aparecen también sentimientos de culpa y autodesprecio, que pueden llegar a impulsos autolíticos o incluso suicidas, y que tienen un impacto negativo sobre la autoestima. Todo ello se materializa en el cuerpo mediante rutas bioquímicas y metabólicas específicas. Sin embargo, los factores socioculturales no únicamente se transducen en señales materiales, sino que interactúan con configuraciones genéticas y fisiológicas preexistentes en la persona. Las vías y áreas nerviosas que hemos comentado anteriormente, las rutas bioquímicas mediante las cuales funcionan y por tanto la forma de trabajar con la información, pueden presentar variaciones significativas en la población. De hecho, los estudios genéticos han hallado una heredabilidad de alrededor del cincuenta por ciento para la imagen corporal, aunque los estudios realizados hasta el momento incluyen únicamente subpoblaciones específicos y no son de tipo prospectivo (Suisman y Klump, 2011). Por tanto, parece ser que los factores de índole biológica, si tomamos el dualismo



nature versus culture para intentar dar cuenta de la imagen corporal, jugarían un papel nada despreciable en la génesis de la imagen corporal. De todos modos, el rol de los factores genéticos y socioculturales en la formación y evolución de este constructo psicológico no está claro, y es actualmente objeto de notable controversia.

A lo largo del siglo pasado, numerosos teóricos han defendido posturas construccionistas para dar cuenta de los fenómenos del mundo, entre los cuales podría contarse la imagen corporal. El construccionismo considera el papel de los discursos como constructores de realidad, y generalmente ignoran o rechazan la corporeidad o el mundo material. Ejemplos de planteamientos construccionistas, muy acertados, son los de Judith Butler cuando afirma que el género es performativo (Butler, 1997), o los de Michel Foucault y la biopolítica, incluyendo el desenmascaramiento de los objetos científicos como no preexistentes sino creados mediante discursos científicos e institucionales (Foucault, 1978). Algunas autoras han criticado estas conductas evitativas para con la corpomaterialidad, perpetuadas sobre todo por pensadores procedentes del ámbito de las humanidades y las ciencias sociales (Lykke, 2010), en mi opinión consecuencia del miedo casi ancestral que se inculca desde algunos sistemas educativos tradicionales al pensamiento científico, pragmático y matemático, y a la preponderancia desproporcionada que dichos sistemas educativos elementales otorgan a las disciplinas lingüísticas y humanísticas, relegando los saberes científicotécnicos a las universidades. Sea como fuere, en contraposición, desde el postconstruccionismo se repara en el hecho crucial que los discursos actúan a menudo sobre realidades materiales preexistentes. Por ejemplo, Haraway (1991) señala que en los enfoques construccionistas el cuerpo sexuado queda reducido a poco más que una tabula rasa para las inscripciones sociales; es decir, denuncia que los enfoques construccionistas, que se centran en la elaboración sociocultural de los objetos (los hombres, las personas ancianas, las comunidades trans, las personas obesas, etc.), ignoran la existencia de realidades corporales materialmente diferenciadas, que determinan e interaccionan con dichos discursos. El hecho de poseer una biología considerada masculina o femenina, por ejemplo, determina nuestra construcción sociocultural como sujetos. Por ello, un enfoque puramente construccionista es problemático en tanto que negligencia las realidades concretas y diferenciales que muchas veces, en efecto, existen antes del discurso (lo

que en la academia se llama *facticidades prediscursivas*), lo cual es especialmente relevante cuando hablamos de constructos y sistemas ligados a la corporalidad, como por ejemplo el género, la sexualidad, la etnia, la (dis)capacidad, la salud/enfermedad, o la propia imagen corporal. Luce Irigaray (1974), conocida por el concepto de *indifférence sexuelle* [indiferencia sexual] (que, a mi parecer, es más explicativo si se enuncia como androcentrismo sexual), habla de las cualidades no deterministas pero irreductibles de los cuerpos y su morfología, de un modo que podemos extrapolar más allá de lo sexual (a pesar de la estrecha relación entre los sexos biológicos y las morfologías corporales), y pone de manifiesto la existencia de morfologías privilegiadas en el sistema, que ella denomina falogocentrismo (del latín *phallus*, pene, y *logos*, en este caso racionalismo o racionalidad). Es decir, lo que esta autora pone de manifiesto es que existen unas cualidades físicas en los cuerpos, como pueden ser las diferencias sexuales, que existen, no pueden obviarse, y si bien no determinan nada acerca de las personas que las poseen, las sitúan en posiciones diferentes en las estructuras de poder socioculturales clásicas. En nuestra cultura, el hecho de nacer hombre (poseer un pene) y ser percibido como ser racional sitúa a los individuos en una posición de ventaja, de privilegio. Así pues, muchos académicos reivindican las *facticidades prediscursivas* de los cuerpos marcados por el sexo, el género, la raza o etnia, la morfología corporal, la (dis)capacidad, la histopatología, etc. En este sentido, por ejemplo, Rosi Braidotti (1994) remarca los modos en que los procesos de subjetivación se hallan íntimamente relacionados con el desarrollo de nuestra identidad corporal y sexual. Ello quiere decir, fundamentalmente, que no es lo mismo vivir en un cuerpo situado en uno u otro punto de los espectros de la diferencia sexual, dermatocromática o antropomórfica. En pocas palabras, no es lo mismo vivir en un cuerpo de hombre que de mujer, en un cuerpo blanco que en un cuerpo negro, en un cuerpo delgado de metro ochenta que en uno gordo de metro cincuenta. Las experiencias vitales y la exposición a determinados elementos de la realidad (burlas, insultos, acceso al trabajo y a los recursos comunitarios, etc.) no son las mismas. Y la base para estas diferencias está presente de forma tangible y objetivable en forma de realidades que, para muchos autores, anteceden al discurso. En resumen, pues, aunque sin duda la cultura construye realidad a partir del discurso, lo hace en íntima e indisoluble interacción con cuerpos que están configurados de diferentes maneras y



que presentan diferentes aspectos externos, los cuales se significan de forma muy distinta en el plano sociocultural.

Además, la modificación material de estas realidades corporales es a menudo imposible o muy difícil, a pesar de la existencia de numerosas y poderosas creencias populares e institucionales, especialmente en el campo de la morfología corporal y de la salud. Muchas personas piensan que es posible o incluso fácil modificar el peso o la silueta corporales mediante intervenciones dietéticas, deportivas, estéticas, etc. Tal es el poder de la publicidad y los medios de comunicación de masas, que dichas creencias se mantienen a pesar de la experiencia directa, diaria y tangible, al alcance de prácticamente cualquier ciudadano – sea en carnes propias o de algún conocido o amigo – que evidencia que en la inmensa mayoría de los casos las dietas, planes de ejercicio, cremas, etc. bien no funcionan, bien no tienen un efecto duradero, bien pueden en ocasiones incluso resultar perjudiciales a largo plazo. Los estudios metabólicos, pero, han demostrado que aproximadamente el ochenta por ciento de los factores que controlan el peso (igual que la altura u otros parámetros antropométricos) son genéticos, con lo cual las posibilidades reales de imprimir grandes cambios sobre el cuerpo son escasas (Toro, 1996; Raich, 2000; Bacon, 2008; Tasa-Vinyals, 2013a; Bacon y Aphramor, 2014). No es ninguna sorpresa que así sea, puesto que el mantenimiento del peso se basa en rutas metabólicas altamente sofisticadas que han evolucionado para garantizar la homeostasis ponderal en condiciones ambientales cambiantes, especialmente en condiciones adversas o de hambruna.

Las dificultades objetivas para modificar el cuerpo, que a menudo se intentan obviar al tiempo que se exageran los potenciales de dietas, gimnasios, liposucciones y cremas, constituyen una pieza clave en el entramado corporativo del negocio de la belleza y la moda. El motor de un negocio que en ocasiones parece perpetuo se basa en crear una perenne insatisfacción, para que la frustración sin fin mantenga la conducta de búsqueda y consumo de soluciones que logren maquillar los supuestos defectos del cuerpo. En línea con esto, las intervenciones de mejora de la imagen corporal que se fundamentan en modificar el cuerpo no han demostrado eficacia alguna en los estudios controlados (Raich, 2000). En cambio, las intervenciones dirigidas a modificar los componentes psicológicos de la imagen corporal (perceptivo, cognitivo-emocional, y conductual) son, hasta la fecha, las únicas que han demostrado resultados prometedores y duraderos. Cambiar la imagen corporal, por tanto, no implica cambiar el cuerpo, sino normalizar e higienizar la relación que se tiene con él, lo cual constituye una fuente de empoderamiento en el plano sociopolítico (Steiner-Adair, 1996; Wolf, 1990; Tasa-Vinyals, 2015a; Tasa-Vinyals, 2015b).

NOTA

Una versión simplificada de este artículo ha sido publicada previamente como capítulo en: Tasa-Vinyals, E. (2017). El espejo subjetivo: ¿Qué es la imagen corporal?. En: Raich, R.M. [Ed.]. La tiranía del cuerpo. ¿Por qué no me veo como soy?. Barcelona: Siglantana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bacon, L. (2008). *Health at Every Size*. Dallas, TX: BenBella Books.
2. Bacon, L., y Aphramor, L. (2014). *Body Respect*. Dallas, TX: BenBella Books.
3. Barad, K. (1998). Getting real: technoscientific practices and the materialization of reality. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 10(2), 87-128.
4. Barker, E. T., y Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 23, 141-165.
5. Braidotti, R. (1994). *Nomadic Subjects: Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*. New York, NY: Columbia University Press.
6. Butler, J. (1997). *Excitable Speech: A Politics of the Performative*. London: Routledge.
7. 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.
8. Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (1990). [Eds.]. *Body images: Development, deviance and change*. New York, NY: The Guilford Press.
9. Conard F. y Asher J. W. (2000). Self-concept and self-esteem through drama: a meta-analysis. *Youth Theatre Journal*, 14, 78-84.
10. Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality 1: The Will to Knowledge*. New York, NY: Penguin Books.
11. Franko, D. L., y Roehrig, J. P. (2011). African American Body Images. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
12. Fuchs, T., Sattel, H. C., y Henningsen, P. [Eds.] (2010). *The Embodied Self*. Stuttgart: Schattauer.



13. Gardner, R. M. (2011). Perceptual Measures of Body Image for Adolescents and Adults. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
14. Garner, D. M., Olmstead, M. P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
15. Grahm, W. (2011). Intersectionality and the Construction of Cultural Heritage Management. In: *Archaeologies: Journal of the World Archaeological Congress*, 7(1), 222-250.
16. Haraway, D. J. (1991). 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.
17. Irigaray, L. (1974). *Speculum de l'Autre Femme*. Paris: Minuit.
18. Jarry, J. L., y Cash, T. F. (2011). Cognitive-Behavioral Approaches to Body Image Change. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
19. Kawamura, K. (2011). Asian American Body Images. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
20. Kent, L. (2011). Body Art and Body Image. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
21. Latour, B. (1993). *We have never been modern*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
22. Lienas, G. (1999). *Bitllet d'anada i tornada*. Barcelona: Empúries.
23. Lykke, N. (2010). *Feminist Studies. A Guide to Intersectional Theory, Methodology and Writing*. New York, NY: Routledge.
24. Menzel, J. E., Krawczyk, R., y Thompson, J. K. (2011). Attitudinal Assessment of Body Image for Adolescence and Adults. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
25. Morgado, I. (2010). *Emociones e inteligencia social*. Barcelona: Ariel.
26. Morrison, T. G., y McCutcheon, J. M. (2011). Gay and Lesbian Body Images. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
27. Murnen, S. K. (2011). Gender and Body Images. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
28. O'Dea, J. A., y Yager, Z. (2011). School-Based Psychoeducational Approaches to Prevention. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
29. Paxton, S. (2011). Public Policy Approaches to Prevention. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
30. Piran, N., y Mafrici, N. (2011). Ecological and Activism Approaches to Prevention. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
31. Rabak-Wagener, J., Eickhoff-Shemek, J., y Kelly-Vance, L. (1998). The effect of media analysis on attitudes and behaviors regarding body image among college students. *J Am Coll Health*, 47, 29-35.
32. Rabinor, J. R., y Bilich, M. (2011). Experiential Approaches to Body Image Change. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
33. Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
34. Raich, R. M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, A., y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(89), 405-424.
35. Raich-Escursell, R. M. (23 de enero de 2014). "La base de las fortunas que se acumulan en el negocio de la belleza está en crear insatisfacción". [Entrevista a la Dra. Rosa Maria Raich Escursell]. Entrevistadora: E. Tasa-Vinyals. *DietistasNutricionistas.es* [online]. Disponible en <http://www.dietistasnutricionistas.es/entrevista-con-la-dra-rosa-maria-raich-escursell-catedratica-de-psicologia-clinica-y-de-la-salud/>.
36. Raich-Escursell, R. M., Mora-Giral, M., Tasa-Vinyals, E., y Munguía, L. (2014). Recomanacions per als programes de prevenció de trastorns de la conducta alimentària en l'àmbit de l'escola i la universitat. Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
37. Ricciardelli, L. A., y McCabe, M. P. (2011). Body Image Development in Adolescent Boys. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
38. Rosen, J. C. (1993). Body Image Disorder: Definition, development and contribution to eating disorders. En: Gowcer, J. H., Hobfoll, S. E., y Stephens, M. A. [Eds.]. *The Etiology of Bulimia: The individual and familial context*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
39. Rosen, J. C., Srebnik, D., Salzberg, E., y Went, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 3(1), 32-27.
40. Rosen, J. C., y Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755-66.
41. Rumsey, N., y Harcourt, D. (2011). Body Image and Congenital Conditions Resulting in Visible Difference. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
42. Schooler, D., y Lowry, L. S. (2011). Hispanic/Latino Body Images. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
43. Steiner-Adair, C. (1996). The Politics of Prevention. En: Fallon, P., y Katzman, M. A. [Eds.]. *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
44. Stice, E., Shaw, H., y Marti, N. (2007). A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.
45. Stice, E., y Presnell, K. (2007). *The Body Project. Promoting Body Acceptance and Preventing Eating*. Oxford: Oxford University Press.
46. Suisman, J. L., y Klump, K. L. (2011). Genetic and Neuroscientific Perspectives on Body Image. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
47. Tasa-Vinyals, E. (2013a). Leptina, patatas fritas y modelo estético impuesto. *DietistasNutricionistas.es* [online]. Disponible en <http://www.dietistasnutricionistas.es/leptina-patatas-fritas-modelo-estetico-impuesto-i/>.
48. Tasa-Vinyals, E. (2013b). 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/>.
49. Tasa-Vinyals, E. (2015a). 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/>.
50. Tasa-Vinyals, E. (2015b). Inmunización contra el modelo estético impuesto: alfabetización en medios y otras perspectivas. *DietistasNutricionistas.es* [online]. Disponible en <http://www.dietistasnutricionistas.es/inmunicacion-contra-el-modelo-estetico-impuesto-alfabetizacion-en-medios-y-otras-perspectivas/>.



51. Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York, NY: Pergamon Press.
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. 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.
56. Weisman, H., Bailey, J., Winzelberg, A., y Taylor, C. B. (2011). Computer-Based Approaches to Prevention. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
57. Wertheim, E. H., y Paxton, S. J. (2011). Body Image Development in Adolescent Girls. En: Cash, T.F., y Smolak, L. [Eds.]. *Body image*. New York, NY: The Guilford Press.
58. Wolf, N. (1990). *The Beauty Myth*. London: Vintage.



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

MINDFUL EATING

Comentario: J.V. Cobo

Psiquiatra. HU Parc Tauli. Sabadell. Consejo de Redacción

Reference: Javier García Campayo, Héctor Morillo, Alba López-Montoyo y Marcelo Demarzo (2017).
"MINDFUL EATING. El Sabor de la Atención". Ed. Siglantana. Barcelona.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:68-69.

68



Ha sido todo un placer (casi culinario), poder degustar las páginas de esta monografía¹ (más bien un manual práctico), que nos ha ofrecido Siglantana en esta ocasión.

Bajo la experta batuta de Javier García Campayo, Psiquiatra y Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza y figura ya indispensable del Mindfulness en nuestro estado, el resto del "cuarteto", Héctor Morillo, Alba López-Montoyo y Marcelo Demarzo, consiguen interpretar un curso completo de iniciación al Mindful Eating, o, como también se ha denominado, Alimentación Consciente. Virtuosidad plena.

Mindful Eating, según los autores, "se refiere a ese estado de consciencia plena, de aceptación y de actitud de apertura, llevado a todos los elementos psicológicos, fisiológicos y conductuales que rodean a la experiencia alimentaria" (1, p. 41).

De hecho, ésta monografía se encuadra en todo un nuevo conjunto de técnicas que intentan aplicar el modelo del mindfulness y del entrenamiento en la compasión a los aspectos de comer, con diferentes variantes.

El libro presenta además, de forma manualizada y en castellano, una intervención en ocho sesiones que puede ser útil especialmente a los y las profesionales interesados en desarrollar grupos o intervenciones en su entorno basados en ésta técnica. Revisa diferente bibliografía clave de forma amena y centrada en la práctica, con un estilo fluido y adaptado a diferentes tipologías de lectores y lectoras, incluso a personas sin especial formación médica o psicológica, pero que pueden sentir curiosidad por la técnica y sus aplicaciones.

Sin querer desvelar ninguno de los "misterios" de la técnica descritos en la monografía, sí que me gustaría destacar cómo plantean muy claramente qué actitudes podemos

desarrollar (aún más) en el Mindful Eating: Compasión, Observación, Aceptación, Curiosidad y Motivación. Ya desde la primera sesión.

La "práctica del chocolate", que me ha sorprendido por su aparente simplicidad pero indudable potencia, sin duda es uno de los puntos fuertes del entrenamiento. De hecho, se puede practicar, una vez aprendida, en diferentes ocasiones y con diferentes comidas, y nos puede ayudar a ser más conscientes de aquello que comemos y de cómo comemos.

Únicamente echo de menos algún cuestionario de evaluación para poder monitorizar los progresos o bien que pueda ser utilizado en investigación. Aunque, como refieren los/las autores, el Mindful Eating es una técnica de muy reciente aparición y en éste momento todavía su Grupo está trabajando para poder validar en castellano instrumentos como el Mindful Eating Questionnaire (MEQ, original de 2008) y el Mindful Eating Scale (MES, original de 2010). Nos tendremos que esperar un poco más.

Finalmente destacar que el libro, como describe la Dra. Jean Kristeller en la presentación, "trata de temas nucleares como quiénes somos y cómo podemos enriquecer nuestra vida diaria, cultivando el equilibrio respecto de la auténtica razón de porqué comemos: para llevar la energía de la comida a todas las partes de nuestro cuerpo de un forma sabia y con sentido".

BIBLIOGRAFÍA

1. Javier García Campayo, Héctor Morillo, Alba López-Montoyo y Marcelo Demarzo (2017). "MINDFUL EATING. El Sabor de la Atención". Ed. Siglantana. Barcelona.



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

“HAY QUE REORIENTAR EL CAMINO HACIA LA FELICIDAD POR NUEVOS DERROTEROS”

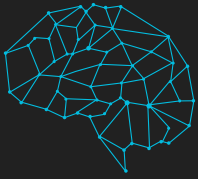
Comentario: M. Álvarez

Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:70-71.



¿Quieres ser feliz? de Manuel Álvarez es un sugerente libro, ameno y claro, editado por Almuzara, cuya pretensión es la servir de guía para conducir y orientar a las personas en su camino hacia la felicidad.

Un camino hacia la felicidad que hay que reorientar por nuevos derroteros, según el libro, fuera del ámbito del materialismo y de la sociedad de consumo, que deslumbrada por el cortoplacismo y el hedonismo, se ciega ante la visión de las verdaderas señales que nos orientan hacia los asuntos decisivos para la propia vida.

Y es que, según el autor, el anhelo de ser felices siempre embargó al hombre de todas las épocas, y su búsqueda, hoy en día, al ser más laberíntica que en tiempos pasados, requiere de una cierta ayuda para encontrarla; y eso es lo que pretende este experto en medicina psicosomática con esta guía.

La autoestima, clave para felicidad, está de moda hace ya varias décadas, afirma el doctor Álvarez, pero en la actualidad, según su criterio, está dirigida más el éxito social que para enseñar a caminar en busca de la sabiduría.

De ahí que sea preciso rectificar esa orientación hacia la correcta dirección que lleve a la persona a tener una verdadera autoestima, alejada de prejuicios sociales.

"Disponer de sólidos referentes y de una correcta y clara cartografía del vivir, a la vez que poder cultivar la madurez artesanal de cada persona, contando con la sabiduría y el amor, son tareas altamente necesarias en todos los ámbitos de nuestro tiempo", comenta el autor, para quien la felicidad en muchos casos dista mucho de lo que la mayoría de la gente se cree que es.

Este libro es una renovada y más extensa versión de aquel otro, Claves para mejorar nuestra autoestima, que el autor escribiera hace ya bastantes años. Las nuevas experiencias

profesionales, las novedades en la neurociencia, las aportaciones de las tecnologías y el vertiginoso cambio en la sociedad han condicionado la necesidad de este nuevo texto.

Manuel Álvarez Romero, cordobés afincado en Sevilla, es licenciado en Medicina por la Universidad de Sevilla, especialista en Medicina Interna y titular del Servicio Andaluz de Salud.

Cuenta en su haber con más de cuarenta años de experiencia profesional y en la actualidad dirige el Centro Médico Psicosomático de Sevilla y la Unidad de Medicina Psicosomática de la Clínica Universitaria de Navarra-Madrid.

Es promotor, miembro fundador y primer presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática y secretario de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y miembro del Colegio Internacional de Medicina Psicosomática.

Autor del libro ¿Quieres ser feliz?, Claves para mejorar la Autoestima y coautor de la obra Los mayores o el correr del tiempo.

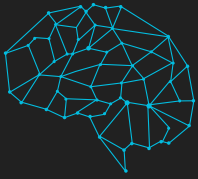
Es director de Master y Cursos sobre "Psicosomática y Farmacia" (CECOFAR, 2004), "Familia y Comunicación", "Adolescencia" y "Habilidades Sociales", entre otros.

Ha sido y es asiduo conferenciante y colaborador en diversos medios de comunicación como el Diario ABC, Cadena COPE, Diario Médico, Antena Médica, La Gaceta de los Negocios, Hacer Familia, Guadalquivir, etc.

Es el director de la Biblioteca de Desarrollo Personal de Almuzara y autor en esta editorial de los títulos ¿Sabes pensar? (2006), El síndrome del perfeccionista (coautor, 2007) y Veinte años casados, ¿y ahora qué? (coautor, 2008).

VER FICHA DE LIBRO

VER PORTADA



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

PSYCHIATRIC INTERVIEWING AND ASSESSMENT

Comentario: S.M. Martinho

Reference: Poole, R., & Higgs, R. (2017). Psychiatric Interviewing and Assessment. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316676554



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;4:72-73.

72



REVIEW

The incursion into the world of psychiatry does not always constitute a simple and immediate task. Newly arrived, the most natural and intuitive action for the young inexperienced doctor is to eagerly address the manuals of psychopathology, mental examination, and psychiatric interview. However, with the course of training, it will be noted that there is an evident disparity between the well-shaped concepts described in compendia and the angular nature of the patients presented in clinical practice. Only very rarely patients will come out of a book. In fact, many manuals struggle to meet the idea that patients are not their pathologies. In that sense, questions, attitudes, postures are often conveyed based on disease, forgetting to stress the fact that disease does not happen in a vacuum, but in a person. Generally, this is the fundamental benefit of Psychiatric Interviewing and Assessment, the open recognition that psychiatric interviewing goes far beyond psychopathology and mental examination, and that interactions are manifestly affected by, not only the person interviewing and the person interviewed, but also by the relationship established. Of course, patients won't come out of this book either, but they're more likely to come out of this one than others. There's no such thing as crystalline examination. Interviews are likely to be contaminated by inhibitions, uncertainties, dilemmas and conflicting agendas, particularities that will inevitably arise from the contact of two human beings. This aspect of psychiatric practice is regularly forgotten in manuals, and information about facing these peccadillos is often scarce. With this in mind and almost in a conversational like style, the authors go through several topics of everyday practice, with the focus resting on the steps necessary to create and preserve an efficacious therapeutic relationship, emphasizing possible obstacles to this purpose. All kinds of advice are provided. For example, positions surrounding gifts, humour, physical contact, abuses of power or self-disclosure are addressed with eyes on the construction of a professional character, who tries to be both technically competent and ethically upright. Surely, these are not the typical approached themes, because they are not certainly immediate from a theoretical standpoint, they seem to arise only through the course of practice. However, this book constitutes a helpful heads-up.

We would like to draw attention to Section 3, in which difficult interviews are dealt with. A nice portion of the section is dedicated to the challenges facing the psychiatrist when dealing with the ultimate ununderstandable, as Jaspers put it. It provides advice on how to conciliate a ruptured empathy, on how to negotiate with the patient with psychosis, but it also tries to give an account of the patient's inner experience and all the potential oppressive scenarios in which he might be implicated, such as compulsory treatment. The next part of the section contemplates the unpopular patients and regards individuals who, generally, induce a sense of helplessness and frustration in psychiatrists. Examples of these patients are embodied by the "somatisers", by the patients who do not acknowledge that they have recovered, by the patients who lie, the ones who persistently complain or the ones threaten the doctor.

The psychiatrist's mission regularly involves more than just the patient. This is to say that interactions with family members are a frequent event in psychiatry. Whether to gather better information about illness characteristics or to assess social support, family interviews are an integral part of the job, and not always a grateful one. In Chapter 13, the techniques explored are certainly helpful in controlling and directing family interviews, in order to obtain the best information and avoid possible confrontation.

Fluid and didactic, by the end, the book looks at a fundamental aspect of psychiatric practice: risk assessment. Suicide and violence are risks that the psychiatrist must evaluate and perceive. Always recalling the imponderability of the ultimate situations, the authors put risk assessment as a result of the patient's global scenario, drawing focus to certain factors that may elevate the probability of these outcomes and to which one must be alert.

We finalize by saying that we feel the book's mission is not to establish doctrines, but to provide practical and useful insights, stressing the dynamic and creative exercise of becoming a psychiatrist. We believe that this is a refreshing and inspiring position. Its best quality lies on the rare recognition that psychiatrist-patient relationship is, in fact, the relationship between a person who is a psychiatrist and a person who is a patient. A valuable acquisition for both residents and specialists.



VII Jornada de Salud Mental Perinatal

Sociedad Marcé
Española de Salud
Mental Perinatal



NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

VII JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

Barcelona, 18 de mayo 2018



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:74-89.



RESÚMENES DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES DE LA VI JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

Gracia Lasheras^{1,7}, Borja Farré-Sender^{2,7}, Estel Gelabert^{3,7},
Purificación Navarro⁴, Alba Roca^{5,7},
Elena Serrano-Drozdowskyj^{6,7}

¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). ²Psicólogo. HUD. ³Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB. ⁴Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB. ⁵Psiquiatra. Hospital Clínic. Barcelona. ⁶Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid. ⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva

1. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL EN LOS T. MENTALES DURANTE LA ETAPA PERINATAL

Gertrude Seneviratne

Mother Baby Unit, Bethlem Royal Hospital, London.

Palabras clave: Unidad Madre-Bebé; Capacidad parental; Interacción madre-bebé.

La ponente, psiquiatra perinatal y Directora clínica asociada de la Unidad Madre-Bebé (UMB) del Royal Bethlem Hospital, inició su ponencia disertando sobre cómo saber si una madre con trastorno mental (TM) está capacitada para cuidar a su bebé, explicó qué son las UMB, cómo se desarrolla la evaluación de las capacidades parentales en estos dispositivos y, por último, concluyó con algunos de los resultados de tratamiento en el momento del alta hospitalaria de la UMB y durante el seguimiento posterior relativos a la capacidad parental.

El concepto de capacidad parental está generando gran controversia en la sociedad inglesa a raíz de algunos casos de abandono de bebés o filicidio, que han tenido amplio eco mediático y, en consecuencia, han aumentado las decisiones de los servicios sociales y judiciales a favor de la separación materna o de la retirada de la custodia. Lo cierto es que, en Inglaterra, cada vez se separan más recién nacidos de sus madres, como indican las estadísticas de los últimos 10 años, en que se ha pasado de 300 separaciones en 2007, a 6000 en 2017.

Pero, ¿qué significa ser una buena madre? Para reflexionar sobre esta pregunta, se expusieron dos videos sobre la interacción de una madre y su bebé antes y después de la recuperación del TM materno. En el primer video se puede comprobar que la interacción madre-bebé queda compro-

metida cuando la enfermedad mental materna está activa, pero en el segundo se observa que ésta se recupera cuando la madre recibe el tratamiento y el apoyo adecuado y su enfermedad mejora o remite. El objetivo de estos videos no era otro que el de hacernos reflexionar sobre como la enfermedad mental compromete la capacidad parental y llamar la atención sobre la conveniencia de prevenir y tratar previamente a las madres con TM de sus dificultades específicas antes de tomar la decisión de separarlas de sus bebés, ya que la separación precipitada y sin planificar puede tener consecuencias graves en la salud mental de la madre y en el neurodesarrollo de los hijos e hijas.

¿Qué es una capacidad parental adecuada? No existe una definición clara y las que hay, difieren según el campo de trabajo: jurídico, servicios sociales o sanitario. Según Gopfert et al (2004) la capacidad parental se definiría como *"un constructo interpersonal y social que se refiere a las acciones de una persona dentro de la relación de dos personas. Las acciones son recíprocas y determinadas por los individuos, la familia y las normas sociales"*. La evaluación de la capacidad parental es compleja y multidimensional y además, desde diferentes disciplinas existe la creencia -por desconocimiento, temor o prejuicio- que el TM materno puede ser un factor de riesgo de maltrato infantil, abandono y, en casos extremos, filicidio, lo cual puede precipitar la toma de decisiones inadecuadas como la separación prematura del bebé tras el nacimiento. No obstante, existen otros factores de riesgo diferentes del TM perinatal materno, como la violencia doméstica o el abuso sexual infantil. Además, los estudios indican que la enfermedad mental materna no tratada supone más riesgo para la propia madre (por suicidio) que para sus hijos e hijas.

En este punto, la ponente describió las UMB, que son dispositivos psiquiátricos que proporcionan cuidado hospitalario especializado para las madres que sufren un TM grave sin necesidad de separarlas de su bebé. El Reino Unido es pionero en la implantación de UMB y, actualmente, existen 17, y aunque es el país con más UMB, éstas son insuficientes para atender la demanda. Por ello, el Instituto Nacional de Salud ha dotado una partida presupuestaria de 365 millones de libras para ampliar los recursos de las unidades existentes y abrir cuatro unidades nuevas. Estas medidas facilitarán el acceso de las madres a estos servicios y aumentarán la capacidad de atención especializada, a través de entornos holísticos, centrados en la recuperación de las mujeres en el periodo



perinatal y en programas de tratamiento multidisciplinar para la recuperación integral. En líneas generales, los resultados obtenidos indican que las UMB ayudan a la recuperación de la salud mental materna y al establecimiento de vínculos madre-bebé saludables. El 90% de las madres que reciben tratamiento en las UMB del Reino Unido se van a casa con el bebé: el 77% sin un plan específico de supervisión y el 13% con un plan de supervisión o cuidados. El 10% restante de madres que se van a casa sin su bebé, son aquellas que tienen una evaluación negativa de las capacidades parentales o no tienen familiares que se puedan hacer cargo del bebé. En este caso, los bebés se dan en acogida. Así mismo, también se observan resultados de mejoría en la interacción madre-bebé evaluados con el Care Index de Crittenden: las madres obtienen puntuaciones más elevadas en sensibilidad y capacidad de respuesta y los bebés más altas en cooperación y más bajas en pasividad.

La Dra. Seneviratne presentó su UMB, ubicada al sur de Londres y que dispone de 13 camas. Atiende a una población diversa -étnica y socioeconómicamente- de una de las zonas más deprimidas de la ciudad. Las pacientes atendidas en los "ingresos agudos" son mujeres embarazadas (20%) y mujeres con hijos menores de un año (80%) con un trastorno mental grave que reciben tratamiento intensivo y cuidado de un equipo multidisciplinar especializado. La duración media de la hospitalización es de 9 semanas.

En estas unidades, la ponente explicó que el esquema de evaluación común del cuidado parental, entendido éste como el ejercicio de la protección y promoción del bienestar de los bebés, ha de incluir tres pilares principales: 1) las capacidades parentales, 2) las necesidades de desarrollo del bebé, y 3) los factores familiares y ambientales, como por ejemplo si la pareja es segura y estable emocionalmente, o la presencia de violencia doméstica. En concreto, el proceso de evaluación del cuidado parental se divide en los siguientes pasos: 1) acogida de los casos derivados habitualmente por servicios sociales, 2) realización de una reunión de equipo para decidir si es idóneo proceder con la evaluación de las capacidades parentales, 3) realización de la evaluación de las capacidades parentales, 4) devolución de la evaluación y establecimiento de recomendaciones o plan de actuaciones. La demanda de hospitalización supera la capacidad de la UMB y, en consecuencia, cuando los tribunales deciden que hay que hacer una evaluación, pero no hay plazas disponibles en los dispositivos, se suele adoptar la decisión de separar

a los bebés de sus madres y darlos en acogida. Los casos que acceden a la UMB para evaluar la capacidad parental se caracterizan por ser (preparto o postparto) muy graves, con problemas de salud mental en la madre y, raramente en el padre. La evaluación de las capacidades parentales tiene una duración media de 6 semanas (9 semanas cuando también se incluye al padre) y se efectúa después de estabilizar el trastorno mental materno y nunca antes. Se realiza una evaluación multidimensional que comprende: una anamnesis médico-psiquiátrica (si la madre conoce su enfermedad, si está familiarizada con ella, si sabe lo que ha de hacer para mantener al bebé a salvo en caso de descompensación), el estudio psicológico y psicométrico, el funcionamiento psicológico y social, la evaluación de terapia ocupacional, la relación e interacción madre-bebé y si es necesaria la adquisición de nuevas habilidades, la evaluación del desarrollo del bebé, y la evaluación del contexto familiar extenso. Por último, la evaluación de la capacidad parental es amplia y detallada, y comprende aspectos como la parentalidad práctica, el vínculo madre-bebé, la estimulación emocional, la capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes del bebé y para protegerlo y mantenerlo a salvo, el conocimiento de la propia enfermedad mental, la capacidad materna para vivir de manera autónoma, el nivel de apoyo necesario en la comunidad, los mecanismos de afrontamiento y la capacidad para colaborar con diferentes profesionales.

Según los resultados expuestos, en el momento del alta y el seguimiento posterior, de 75 casos atendidos en la UMB para evaluar la capacidad parental desde el año 2004 hasta el 2014:

- Los diagnósticos clínicos más frecuentes de las madres que requirieron evaluación de la capacidad parental fueron las psicosis afectivas (35%), la esquizofrenia (32%), los trastornos de personalidad (9%), la depresión (15%), otros (4%) y un grupo que no tenía patología mental (1%). La edad media de los bebés en el momento de la admisión en la UMB fue de 14 semanas (rango: 1-76). Se observaron diferencias notables en la edad media de los bebés en el momento de la admisión en la UMB en función de la separación de la madre tras el parto: si estos no eran separados de la madre, la edad media en el momento de la admisión era de 9,36 semanas, y de 13,92 semanas si eran separados de la madre. Este dato es importante, dado que posteriormente se observó que los bebés con separación materna tras el parto tenían más probabilidad de continuar separados tras el alta de la UMB. Según explicó la experta,



si se rompe el vínculo en las primeras semanas postparto resulta mucho más difícil generarlo o repararlo tras varios meses de separación, dado que no se ha formado previamente, y también resulta más difícil demostrar que las capacidades parentales han mejorado con la atención e intervención recibida en la UMB.

- En el 89% de los casos admitidos en la UMB existían dudas previas al parto sobre la capacidad parental y/o seguridad del bebé, pero sólo el 43% estaban separados del bebé en el momento de la admisión en la UMB. La planificación previa al parto disminuyó el número de separaciones madre-bebe en el momento de la admisión. De las díadas admitidas juntas, sólo en el 10% se realizó la separación al momento del alta de la UMB, mientras que de las díadas admitidas por separado el porcentaje fue del 30%. Así mismo, el porcentaje de separaciones en el momento del alta en la UMB en función del diagnóstico psiquiátrico materno fue del 40% en trastornos de personalidad, 30% en esquizofrenia, 11% en psicosis afectiva y 11% en depresión; no hubo separaciones en madres con otros diagnósticos o sin patología psiquiátrica. El grupo que obtuvo peores resultados en relación a la capacidad parental fue el de madres con un trastorno de personalidad inestable. Aunque el equipo de investigación aún está reflexionando sobre estos resultados y es necesario seguir profundizando, se cree que estas madres son un grupo que tiene muchas dificultades para cuidar a sus bebés, ya que ellas mismas han recibido cuidados inadecuados durante su infancia y, cuando se convierten en madres no tienen un modelo a imitar para proporcionar seguridad a sus bebés.
- Los predictores del resultado en el momento del alta en la UMB, estuvieron condicionados por las preocupaciones sobre la capacidad parental relativas al contexto familiar, a las capacidades maternas para proporcionar una buena atención, sobre todo emocional (es decir no tanto la capacidad de dar el biberón, bañar o cambiar al bebé, sino el desapego y la alteración del vínculo), la ausencia de pareja o tener una pareja inestable emocionalmente, etc.
- En el estudio de seguimiento, el 64% de las madres continuaron junto a sus hijos o hijas (44% de todas las admisiones), y los hijos e hijas que no estaban ya con sus madres, normalmente estaban con familiares en lugar de estar en acogida.

En conclusión, es necesaria una planificación más coordinada entre los servicios sociales de protección infantil y los dispositivos de salud mental, ya que según se ha observado en este estudio, la separación de las madres no tenía tanto que ver con la salud mental materna, sino con el entorno

familiar, es decir, con la existencia de problemas de violencia doméstica, de violencia de pareja u otras dificultades en la familia. Estos factores asociados, así como la falta de planificación prenatal, propician la separación madre-bebe, y es poco probable que las madres separadas de sus bebés en el momento del alta en la UMB reasuman el cuidado posterior. Así pues, la planificación prenatal adecuada de los casos de riesgo permite disminuir las separaciones madre-bebé desde el nacimiento y mejorar el resultado de las intervenciones posteriores.

2. DERECHOS DE LA MUJER A LA MATERNIDAD EN UN ENFOQUE BIOÉTICO

Núria Terribas

Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona

Palabras clave: Bioética, maternidad, reproducción.

La definición de maternidad, entendida de una forma amplia, es una experiencia de vida que engloba fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que se desarrollan en la mujer y que van más allá de la capacidad biológica de gestar. Sin embargo, esta maternidad no es universal, ya que no todas las mujeres (a pesar de su capacidad biológica) serán madres. Desde un punto de vista más social, puede vivirse la maternidad sin ser madre biológica, pero asumiendo el rol psicológico y sentimental, como por ejemplo sucede en la adopción. También puede acontecer al contrario, existe la maternidad puramente biológica sin implicación emocional o experimentada de forma artificial o incluso negativa, como por ejemplo en el embarazo no deseado o la maternidad subrogada. El deseo de ser madre surge en gran parte también por patrones culturales muy arraigados en los que a menudo se equipara la mujer con su rol materno. Este "instinto" a veces puede resultar pernicioso y generar frustración cuando no se cumple o incluso rechazo social en algunas culturas en las que no se contemplan la maternidad como opción personal.

Entendemos por derechos reproductivos el derecho básico de todas parejas e individuos de decidir de forma libre y responsable el número de hijos, el tiempo entre nacimientos y de disponer de la información y los medios para alcanzar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva, incluyendo la toma de decisiones en reproducción sin sufrir discriminación, coacción violencia, etc. En el ejercicio de este derecho,



las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de los hijos nacidos y futuros, y sus obligaciones con la comunidad (Formulación IV Conferencia Mundial de la Mujer. Pekin, 1995). Sin embargo, no existe ningún texto internacional sobre derechos humanos ni normativa estatal que reconozca el derecho reproductivo como derecho fundamental. Se recoge el derecho a la libertad, el derecho a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad, el derecho al matrimonio y a fundar una familia... pero no un derecho a la reproducción en sentido objetivo de manera que sea exigible poner los medios para ello.

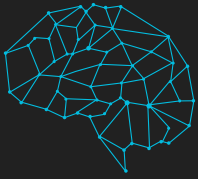
Otra cuestión planteada es sobre si la autodeterminación sobre el propio cuerpo es el único requisito para alcanzar la maternidad. En la reproducción natural sin intervenciones médicas no podemos poner controles, aunque sí que intervenimos de alguna manera en algunas ocasiones cuando es en beneficio de la mujer y en el hijo/a (controles de hábitos durante el embarazo, supervisión médica pautada...). En algunos contextos culturales existe una corriente denominada el *wrongful life*, en la que los hijos exigen responsabilidad (a profesionales y a padres) por haber permitido nacer con algún tipo de discapacidad grave. Incluso ha habido algunas demandas con sentencias favorables. En determinados contextos donde las madres sí requieren de intervención médica, ya se aplican controles de idoneidad en los aspectos biológicos para garantizar el éxito del embarazo, pero ¿cómo gestionar la idoneidad psicológica especialmente ante los nuevos escenarios que la evolución de la sociedad nos plantea?

Las demandas sociales actuales son diversas y nos plantean múltiples escenarios posibles: -Maternidad en edad avanzada: será necesaria la regulación y establecimiento de límites pensando en el riesgo gineco-obstétrico de la madre, pero también en el futuro hijo. -Demandas de medidas de preservación de la fertilidad: Vitricificación de ovocitos o congelación tejido ovárico. Una buena praxis profesional comporta de una correcta actuación ética (adecuada información, centros acreditados, pericia profesional, capacitación profesional para evaluar la idoneidad, etc. -Parejas homosexuales: En el caso de las mujeres, pueden recurrir a las técnicas de reproducción asistida para gestar hijos en común; en el caso de los hombres, uno de ellos queda al margen. La maternidad subrogada está fuera del marco legal en nuestro país. Paradójicamente, la ley española permite la adopción a parejas homosexuales masculinas,

si bien en la práctica no es un proceso fácil. -Maternidad de la mujer sola: Este supuesto genera reflexión en cuanto si la sanidad debe costearlo o no, que criterios deben seguir las listas de espera, y si estas mujeres tienen un perfil psicológico adecuado para serlo, y por tanto debe analizarse. -Separación /divorcio: Deseo de materializar la maternidad a pesar de la ruptura de pareja. -Maternidades deseadas con discapacidad intelectual/trastorno mental: deseo de maternidad en personas con dificultades para asumirla responsablemente o que hay que ayudar para afrontar estas dificultades.

Desde la bioética se analiza todo ello desde unos principios básicos: -No maleficencia: La actuación profesional debe estar basada en no perjudicar ni a la futura madre ni al futuro hijo. Es necesaria la honestidad en el planteamiento de las opciones y transparencia en los límites a establecer. En alguna ocasión podemos desaconsejar la maternidad, y si lo aconsejamos que sea de la forma más beneficiante posible. -Beneficencia: buscar siempre la alternativa que aporte mayor beneficio según el contexto. -Justicia: No discriminación por razones no médicas o de idoneidad no objetivables. Debemos evitar que un diagnóstico de trastornos mental sea utilizado de forma discriminatoria y procurar que la persona sea atendida de la forma más saludable posible. - Autonomía: respetar siempre la autonomía de la mujer, aportando información completa y veraz y respetando su toma de decisiones. El principio de la autonomía reproductiva se basa en la libertad de la mujer y su petición informada y voluntaria de recibir ayuda. En determinados contextos habrá que valorar la competencia para validar el acceso a la maternidad cuando haya intervención médica y se deberán establecer criterios transparentes, objetivos y consensuados para homogeneizar las prácticas (límites de edad, test psicológicos, acompañamiento emocional...).

En conclusión, desde la Bioética se debe ponderar los conflictos de valores e intereses en ciertos contextos, que pueden ser muy diversos. Los casos de escasa idoneidad de la madre que desea serlo frente al derecho del futuro hijo a nacer desarrollándose en un entorno adecuado, deberán ser planteados, así como se deberá disponer de recursos para resolver este tipo de conflictos (elaboración de pautas y protocolos, consultas al comité de ética, etc.). Por otro lado, la bioética puede colaborar en el establecimiento de criterios claros de idoneidad evitando el paternalismo del sistema y de la propia sociedad.



3. MALTRATO INFANTIL PERINATAL: EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTO

Núria Civit Bel

Equipo de Valoración de Maltrato Infantil (EVAMI), Barcelona.

Palabras clave: maltrato perinatal; negligencia; abandono; protección infancia

La ponente presentó el procedimiento de intervención de los Equipos de Valoración de Maltrato Infantil (EVAMI) y los resultados de los casos atendidos de maltrato perinatal infantil en la ciudad de Barcelona.

Los EVAMI se crearon en el año 2006 a partir del caso "Alba". Caso controvertido, que sucedió en Barcelona, de una niña que presentaba lesiones compatibles con situación de maltrato y que dejó en evidencia la descoordinación de los diferentes recursos, porque esa niña volvió a ingresar al cabo de unas semanas por lesiones graves que se habían producido en el núcleo familiar. Los EVAMI están gestionados por entidades del tercer sector que prestan servicio a la Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (DGAIA). Estos equipos están compuestos por profesionales de la psicología y de trabajo social especializado, y prestan una atención urgente las 24 horas/365 días. Su objetivo es atender y dar respuesta inmediata a los casos de urgencia detectados en el ámbito hospitalario donde hay sospecha o certeza de maltrato infantil y, después de realizar una valoración de la situación socio-familiar, proponer una medida de protección adecuada, en base a la legislación vigente, teniendo en cuenta el interés superior del niño y/o adolescente.

La ponente presentó el EVAMI Barcelona ciudad, que está gestionado por INTRESS y atienden a todas aquellas familias empadronadas en Barcelona ciudad. El equipo está formado por dos psicólogas y dos trabajadoras sociales porque las intervenciones se realizan en pareja; también cuentan con el apoyo de un médico de DGAIA que se encarga de las coordinaciones con los profesionales del ámbito sanitario (psiquiatría, pediatría, etc.). En el año 2017, el EVAMI Barcelona ciudad atendió 95 casos infantiles (incluyendo los expedientes de los hermanos) y, en lo que va del año 2018 a 45 casos. Estos datos sugieren que existe un aumento del número de intervenciones.

Las fases del procedimiento técnico del EVAMI consisten en:

1. Detección del caso. El primer agente que pone en marcha el sistema es el hospital o centro sanitario cuando detecta una gestante de riesgo que ingresa por algún tipo de pro-

blemática o para el parto -gestantes con un diagnóstico de salud mental, o bien con análisis positivo en consumo de tóxicos en el momento del parto (madre y/o bebé).

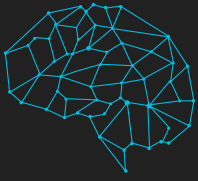
2. Derivación a EVAMI. Desde el hospital se realiza un informe médico que se deriva a trabajo social del hospital para que realice una valoración social de la familia, con su posterior conocimiento a la DGAIA. Desde la Unidad de Prevención y Detección del Maltrato Infantil de la DGAIA y los Equipos Funcionales de la Infancia, se realiza una primera valoración. Si se considera que la situación es lo suficientemente grave como para que se realice una intervención de urgencia, se activa al EVAMI.
3. Intervención y valoración del EVAMI.
4. Informe propuesta. Sustentado en las situaciones de riesgo y las situaciones de desamparo.
5. Devolutiva. Cuando se toma la medida, existe una aprobación de equipo jurídico. Se devuelve a los familiares la propuesta de las medidas que se han adoptado.
6. Seguimiento.

Desde el año 2015, el EVAMI ha duplicado el número de intervenciones en el momento del parto en mujeres gestantes, pasando de 13 a 26 en el año 2017. De éstas 26 intervenciones, las principales tipologías de maltrato en el RN correspondieron a maltrato prenatal, como la ausencia de controles prenatales, el consumo de tóxicos y la negligencia. De 0 a 1 años, la tipología de maltrato fue el maltrato físico, la negligencia o abandono y la sumisión química. Las principales problemáticas que presentaron los progenitores fueron de salud mental y de consumo de tóxicos.

En el año 2017, las medidas de protección adoptadas por el EVAMI Barcelona ciudad en la etapa perinatal fueron:

- No desamparo y supervisión de los servicios sociales de atención primaria (n=7)
- No desamparo y supervisión de los Equipos de atención a la infancia (EAI; n=10)
- Desamparo y acogida del menor por familia de urgencia (n=5)
- Desamparo y acogida del menor por familia extensa (n=4)
- Desamparo con ingreso en centro de acogida (n=3)
- No se propone medida por EVAMI (n=8)

A modo de conclusión, la ponente manifestó la dificultad de encontrar recursos adecuados para dar garantía al proyecto de mantener la no separación madre-bebé y celebró la inauguración de la primera Unidad Madre-Bebé del Hospital Clínic con la que ya han iniciado contacto y esperan colaborar en el futuro.



4. PERITAJE FORENSE EN CASOS DE PSICOPATOLOGÍA PERINATAL

Jordi López

Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya.

Palabras clave: peritaje, forense, psicopatología, perinatal, trastorno mental, infanticidio, filicidio.

El proceso de peritaje forense en el periodo perinatal es similar al de otros periodos de la vida. Se debe realizar una exploración psicopatológica exhaustiva y el estudio de la documentación presentada que permita determinar tanto la capacidad de comprender (capacidad cognitiva) como la de actuar (capacidad volitiva) de la madre para identificar los posibles atenuantes y los eximentes. Esta información va a ser fundamental para que el juez pueda determinar la responsabilidad criminal de la acusada.

En este periodo, los supuestos en los que se intervienen suelen incluir: el homicidio o asesinato* del hijo (es decir, filicidio) y el maltrato físico o psicológico infantil.

En el periodo perinatal se denomina neonaticidio si el filicidio ocurre en las primeras 24 horas, e infanticidio si ocurre dentro del primer año de vida. En ambos casos, se tiene que evaluar en grado de tentativa (daños graves) o consumado, así como la intencionalidad o daño por imprudencia. Puede darse el "homicidio por compasión", en el que la madre da muerte al recién nacido para prevenir un supuesto mal que pueda acontecer al bebé; estos casos casi siempre se dan en el contexto de síntomas psicóticos.

En cuanto del maltrato infantil, puede ser por comisión o por omisión (abandono, negligencia, u omisión de socorro). El maltrato por omisión es el más frecuente en el contexto perinatal, que puede darse al no actuar con el fin de proteger a la víctima o por negligencia del cuidado del bebé debido a la abulia por la depresión materna.

En el caso del consumo perjudicial de tóxicos durante el embarazo o tentativa de suicidio durante el embarazo (p.ej., por sobreingesta medicamentosa) se podría dar un daño al bebé no nacido o incluso su muerte. En estos casos, se considera generalmente que el estado psicopatológico de la madre la exime de la responsabilidad penal.

Además de las medidas penales, el hecho de que haya un menor involucrado casi siempre conlleva medidas en el

ámbito civil, como la revisión de la guardia y custodia, así como medidas de protección del menor.

Dado que en algunos casos ya se conocían determinados factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad para que se produzcan estas conductas, es fundamental promover la atención temprana de estas madres, para evitar las consecuencias tan negativas para la madre y para el bebé.

5. EL PAPEL DE LA INFLAMACIÓN EN LA SALUD MENTAL PERINATAL

Carmine Pariante

Kings College, London.

Palabras clave: Inflamación, salud mental, etapa perinatal, depresión

La depresión durante el periodo perinatal tiene un impacto muy importante, tanto en la madre como en la descendencia, y es mayor cuando la depresión ocurre durante el embarazo.

Esto podría explicarse por dos condiciones que concurren en ese momento. Por un lado, la conexión biológica directa madre-bebé y por otro, la especial sensibilidad del cerebro en desarrollo del bebé a las influencias del entorno (en este caso el ambiente intrauterino).

Es conocido que, cuando una mujer ha tenido una infancia difícil, es más vulnerable a desarrollar problemas mentales en el periodo perinatal, y la presencia de esta patología en la madre durante este periodo, puede dar lugar a un/a hijo/a también con una infancia difícil y con problemas mentales más tarde en la adolescencia y la edad adulta; y este efecto podría afectar, así mismo, a la descendencia de los hijos en el momento del embarazo.

A continuación, se exponen los hallazgos científicos acerca de los factores biológicos que podrían explicar la transmisión transgeneracional de estos acontecimientos vitales adversos en la infancia, y cómo este efecto estaría mediado por la depresión durante el embarazo.

Sistema inmune y depresión

Cada vez existe un mayor interés por el estudio del papel del sistema inmune en las enfermedades mentales. Nuestro sistema inmune se comunica constantemente con nuestro

* Homicidio agravado.



cerebro, y tiene la capacidad de regularlo y, por tanto, de influir sobre nuestras emociones y conducta.

En el caso de la depresión, sabemos que entre el 30-40% de los pacientes presentan una hiperactividad del sistema inmune, o estado pro-inflamatorio, que participa en la producción de los síntomas depresivos¹. Parece ser que, como respuesta al estrés, se produce un aumento global de la actividad de este sistema, por lo que, uno de los mecanismos que podría utilizar la nueva generación de antidepresivos sería la inmuno-modulación².

¿Se produce este estado pro-inflamatorio en la depresión durante el embarazo? De ser así ¿Cómo afectaría al embarazo y a la descendencia?

Para intentar responder a estas preguntas, se ha realizado un estudio comparando los biomarcadores de estrés e inflamación en mujeres embarazadas con depresión clínicamente significativa y en su descendencia, frente a controles sanos y su descendencia³.

Los resultados preliminares muestran que las madres con depresión durante el embarazo, tienen niveles más altos de cortisol durante el día y de las citoquinas pro-inflamatorias cuando se compara con los controles sanos³.

Efecto sobre el embarazo

Asimismo, en el grupo de mujeres con depresión, la edad gestacional se acortó en cinco días de media y los bebés también tenían un tamaño más pequeño para su edad gestacional, pero sin llegar a niveles patológicos. Se postula que estas variaciones podrían ser el resultado del estado pro-inflamatorio en la madre debido a la depresión.

Respuesta del bebé al estrés

En el caso de las madres con depresión, los niveles de cortisol en los bebés (medido a las 8 semanas y al año de edad) se elevan de manera importante en respuesta al estrés (reactividad frente a inyección de una vacuna) en comparación con los hijos de madres sin depresión durante el embarazo. Este efecto es interpretado como una mayor reactividad y sensibilidad al estrés, y esta diferencia frente a la descendencia de los controles sanos, podría predecir una mayor vulnerabilidad a los problemas de salud mental en la infancia y en la adolescencia de la descendencia de las mujeres que han sufrido depresión durante el embarazo.

¿Existe un impacto a largo plazo en la descendencia de la depresión durante el embarazo?

Para comprobar esta hipótesis, se ha realizado un estudio en el que se ha realizado el seguimiento de la descendencia hasta la edad de 26 años (4). Este estudio ha sido el primero en mostrar la asociación entre la depresión materna durante el embarazo y el aumento del riesgo en la descendencia de depresión y otros problemas mentales a lo largo de la vida (adolescencia y adultez temprana), que se multiplica por dos. Recientemente se han replicado estos hallazgos en otro estudio⁵.

¿Este impacto a largo plazo podría estar mediado por los mecanismos inmunológicos que hemos mencionado previamente?

Actualmente se está realizando el seguimiento de la primera cohorte en la que podrá evaluar a los hijos de las madres con depresión durante el embarazo y a la descendencia de estos hijos.

En este caso se ha utilizado la proteína C reactiva (PCR) como biomarcador del estado pro-inflamatorio. Los hijos de madres con depresión durante el embarazo evaluados a la edad de 26 años presentaron niveles de PCR significativamente mayores que los controles sanos, siendo ésta la única diferencia entre los dos grupos⁴.

Experiencias vitales adversas en la infancia y depresión durante el embarazo

Es conocido que determinados factores de riesgo psicosociales como la violencia doméstica, la inmigración, la falta de apoyo social, problemas económicos, refugiados...etc., aumentan el riesgo de presentar problemas de salud mental en la etapa perinatal, pero otros factores más distantes, como las experiencias tempranas en la infancia (maltrato, relaciones difíciles con los padres..) parecen tener un mayor impacto en este periodo.

Existen estudios que han mostrado la correlación positiva entre los acontecimientos vitales adversos en la infancia y el riesgo de depresión perinatal. Sabemos que el haber sufrido maltrato o abuso en la infancia aumenta el riesgo de problemas mentales a lo largo de la vida en 2.5 veces, pero cuando nos centramos en el momento del embarazo, el riesgo de depresión durante el embarazo se multiplica por diez (6).

En el periodo perinatal se revisa la relación con los padres y la infancia, y es posible que se produzca una reactivación de



las alteraciones biológicas asociadas a los acontecimientos vitales adversos tempranos. Este fenómeno podría explicar por qué existe una transmisión transgeneracional del impacto de estas experiencias vitales adversas.

En la cohorte del estudio ALSPAC⁴ se evaluó el efecto de la infancia de la madre en la infancia de la descendencia. Se encontró que existía una correlación positiva y que esta asociación estaba mediada por la presencia de depresión durante el embarazo. Si sólo hay depresión postnatal (que conllevaría una alteración de la comunicación emocional temprana) el riesgo no es tan elevado⁴.

¿Podría explicarse esta relación por mecanismos biológicos?

Los datos de un estudio todavía no publicados del grupo de C. Pariante, muestran que en los niños de 9 años de edad cuyas madres sufrieron depresión durante el embarazo, presentan niveles de PCR mucho más altos en respuesta al estrés que los que no, incluso comparados con aquellos cuyas madres presentaron depresión postparto. Es decir, sólo en la descendencia cuyas madres tuvieron depresión durante el embarazo existe una hiperreactividad del sistema inmune.

Todos estos resultados señalan el impacto de haber tenido una infancia difícil en las generaciones siguientes y cómo la depresión durante el embarazo puede hacer de factor mediador de esta vulnerabilidad, posiblemente mediante mecanismos inmunológicos.

Asimismo, subrayan cómo el embarazo es una oportunidad única para bloquear o minimizar esta transmisión transgeneracional del impacto sobre la salud mental de los acontecimientos vitales adversos durante la infancia.

Referencias bibliográficas

1. Cattaneo A, Gennarelli M, Uher R, Breen G, Farmer A, Aitchison KJ, Craig IW, Anacker C, Zunsztain PA, McGuffin P, Pariante CM. Candidate genes expression profile associated with antidepressants response in the GENDEP study: differentiating between baseline 'predictors' and longitudinal 'targets'. *Neuropsychopharmacology*. 2013 Feb;38(3):377-85. doi: 10.1038/npp.2012.191.
2. Wetsman N. Inflammatory illness: Why the next wave of antidepressants may target the immune system. *Nature Medicine* 23, 1009–1011(2017). doi:10.1038/nm0917-1009.
3. Pariante CM. The Psychiatry Research and Motherhood - Depression (PRAM-D) Study. Kings College of London (IRAS ID: 207304).
4. Plant DT, Jones FW, Pariante CM, Pawlby S. Association between maternal childhood trauma and offspring childhood psychopathology: mediation analysis from the ALSPAC cohort. *Br J Psychiatry*. 2017 Sep;211(3):144-150. doi: 10.1192/bjp.bp.117.198721.
5. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, O'Connor TG, Stein A. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*. 2013 Dec;70(12):1312-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2163.
6. Plant,DT, Barker ED, Waters CS, Pawlby S, Pariante CM. Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychol Med*. 2013 Mar; 43(3): 519–528. doi: 10.1017/S0033291712001298.

6. DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EXPERIENCIAS DE MIGRACIÓN EN EL PERIODO PERINATAL DE MUJERES LATINAS

Sandraluz Lara-Cinisomo

University of Illinois, USA

Palabras clave: Migración, latinas, periodo perinatal, ansiedad, depresión.

Esta ponencia muestra los resultados de una encuesta realizada, por primera vez, para conocer las experiencias sobre la migración en EEUU.

Los objetivos del trabajo fueron ver la viabilidad de la encuesta, enumerar las preocupaciones más prevalentes entre esta población y su posible relación con la depresión y la ansiedad.

Material y método: Los antecedentes muestran que casi la mitad de personas que cruzan la frontera norteamericana son mujeres. Está documentado que un gran número de éstas sufren malestar significativo durante esta experiencia, siendo el miedo a la deportación la principal causa de preocupación, lo que parece aumentar el riesgo de depresión. En dos tiempos (prenatal y 8 semanas tras el parto), se administran también medidas para la evaluación psicopatológica (EPDS y STAI).

Resultados: Tras describir una muestra de algo más de 30 mujeres, se observa que el temor a la deportación se asocia claramente a mayores puntajes de posible depresión posparto y ansiedad estado, tanto en la etapa prenatal como después del parto.

Conclusiones: Tras la exposición de estos datos, se discute la relación que parece establecerse entre la experiencia migración y el mayor riesgo de sufrir síntomas de depresión y ansiedad. Entre los retos futuros, particularmente se debería aumentar la muestra para adquirir mayor potencia estadística e identificar intervenciones para poder disminuir los temores subyacentes a esta experiencia traumática.



7. EL ROL DE LOS ESTADOS EMOCIONALES MATERNOS Y DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL EN LA REGULACIÓN DE LOS NIVELES BASALES DE CORTISOL DEL BEBÉ

Carmen Hernández Martínez

Hospital Universitari Pere Mata. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Palabras clave: cortisol, vínculo, estados emocionales maternos, ansiedad depresión, perinatal

Esta ponencia nos expone el papel que los estados emocionales de las madres juegan en la regulación del cortisol del bebé. Tras una introducción donde se repasa la función de esta hormona esteroidea en los procesos de estrés y su función en los procesos de crecimiento, se concreta en el papel que el cortisol juega como marcador de riesgo psicopatológico. No en vano, se relaciona con un mayor consumo de tóxicos, así como mayor ansiedad y depresión durante el embarazo y el posparto; también se relaciona con peores resultados obstétricos (peso del bebé al nacer, salud de la madre durante la gestación).

El objetivo principal fue el estudio de los factores, en la etapa perinatal, que se relacionan con los niveles basales de cortisol en una muestra de bebés a los 12 meses de edad.

Los resultados muestran que, mediante una regresión múltiple, y habiendo incluido en el modelo variables prenatales de distinta naturaleza (acontecimientos vitales estresantes, ansiedad rasgo, nivel socioeconómico, tabaquismo, tipo de parto o semanas de gestación, entre otras) y postnatales (antropometría, duración de la lactancia, psicopatología de la madre, altos índices de estrés percibido o la exposición al tabaco), son los estados emocionales de la madre durante la gestación y el posparto, así como las alteraciones del vínculo, los que mejor predicen los niveles de cortisol en los bebés sanos y de bajo riesgo psicosocial a los 12 meses.

8. IMPACTO DEL ESTRÉS MATERNO EN LA LACTANCIA DESDE UN MODELO ANIMAL

Alexandra Contreras Jodar

Grup de Recerca en Remugants. Departament de Ciència Animal i dels Aliments. UAB.

Palabras clave: Estrés materno, lactancia, calidad de la leche, modelo animal.

La leche está formada por agua (proveniente del plasma), azúcares (lactosa, etc.), proteínas (caseínas y proteínas del

suero de la leche como la alfa-lactoglobulina), y grasa (isoforma del gen de la xantina oxidoreductasa, XOR). La alfa-lactoalbúmina procede de la duplicación del gen de la lisozima, un antibacteriano natural producido por las glándulas de la piel y la XOR es un factor proinflamatorio; por esta razón, lo que afecte al sistema inmune va a repercutir en la leche, ya que tienen el mismo origen.

El reflejo de eyección de leche es de tipo neuroendocrino, que necesita dos estímulos: el sensorial y el de succión. Si uno de los dos falla, no se va a producir la eyección. Con la succión del pezón la hipófisis libera oxitocina a la glándula mamaria que se une a los receptores de los alvéolos mamaros produciendo la contracción alveolar y consiguiente eyección. En situación de estrés agudo, falla el estímulo sensorial: la hipófisis libera hormona corticotropa (ACTH) que a la vez estimula la liberación de adrenalina desde la glándula adrenal; la adrenalina ocupa el receptor de membrana, por lo que desplaza la oxitocina y no se produce el reflejo de eyección. Estos datos nos indican la importancia de que, en el momento de lactar, la madre esté relajada.

Existen diferentes fuentes de estrés periparto: físico (cambios alimentación, mamogénesis, rotura de tejidos, cambios hormonales, etc.) o psíquico (embarazo no deseado, falta de soporte, vulnerabilidad genética, etc.). Ante un estrés físico o psíquico la respuesta del sistema inmune es la misma liberando cortisol que a la vez produce citoquinas proinflamatorias.

Cuando el estrés es crónico puede producir una hiperreactividad del eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA) produciendo una hipercortisolemia e inflamación crónica. La liberación de cortisol aumenta la permeabilidad intestinal produciendo un incremento de microflora dañina que puede llegar al torrente sanguíneo generando inflamación, lo cual acabará repercutiendo en la calidad de la leche. En un estudio realizado en cabras sometidas a estrés, se encontraron metabolitos en orina relacionados con la fenilalanina y el hipurato (ácido fenólico). Los ácidos fenólicos afectan a la síntesis de serotonina, dopamina, epinefrina y norepinefrina, y también disminuyen la actividad de la ciclooxigenasa (COX), regulador de la inflamación.

Desde un punto de vista ecológico, cuando se activa el sistema inmune al cruzar las bacterias al torrente sanguíneo, el organismo prioriza el Sistema Nervioso Central y el sistema inmune para la supervivencia. Al liberarse bacterias Gram Negativas (LPS) se secreta mucha insulina, el hígado produ-



ce citoquinas inflamatorias y éstas bloquean los receptores de insulina en grasa y en músculo. Así, el sistema inmune consume una gran cantidad de glucosa al día; la glucosa es precursora de grasa en leche con lo cual ante una situación de estrés la leche muestra menor cantidad de grasa. A su vez, en situación de estrés se produce citrato, el cual altera la estructura de las micelas de caseína, afectando a parámetros de coagulación y calidad de la leche.

En conclusión, podemos decir que en estudios bajo modelo animal indican que en estrés agudo afecta a la eyección de la leche y el estrés crónico produce inflamación. Esta inflamación comporta cambios en la microbiota e integridad de la barrera intestinal y cambios hormonales, con efectos en la composición y calidad de la leche.

9. DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO: PAPEL DE LA MATRONA EN EL ASSIR

Marta Gallego Barrero

Consorci Sanitari de Terrassa.

Palabras clave: Depresión posparto, detección, matrona, ASSIR.

En el Consorci Sanitari de Terrassa (CST), durante el año 2015, se formó la Unidad Funcional de Salud Mental Perinatal (UFSMP), formada por un equipo multidisciplinar de especialistas en salud mental, obstetricia, matronas, pediatría y neonatología. Las matronas son las profesionales de referencia para las gestantes, ya que la mayoría de las gestaciones del ASSIR son de riesgo bajo-medio, lo cual facilita un contacto frecuente con las usuarias.

En el CST, la primera visita de la gestante en el ASSIR se lleva a cabo alrededor de las 8 semanas de gestación; en ella, se realiza una historia clínica detallada explorando antecedentes personales y familiares, antecedentes gineco-obs-tétricos y otros factores de riesgo; así mismo, se efectúa una explicación breve de la depresión perinatal, remarcando qué es un trastorno y que puede aparecer en cualquier momento de la gestación. Se ofrece cumplimentar la escala de Edimburgo para la depresión (EPDS) y posteriormente se valora con la gestante; en las visitas sucesivas, se vuelve a administrar la EPDS si es preciso.

Los criterios de derivación de la gestante a psiquiatría son:

- Cribado con EPDS es positivo (>11).

- Puntuación diferente a 0 en la pregunta 10 del EPDS ("he pensado en hacerme daño a mí misma").
- Estar en tratamiento con psicofármacos en la actualidad o en los últimos 6 meses.
- Presentar síntomas de depresión o ansiedad.

Según los resultados obtenidos, correspondientes al año 2017, de la detección de la depresión en el embarazo en el ASSIR del CST, se realizaron 1127 primeras visitas de gestación; la edad media era de 30,8 años, el 39,9% primíparas y un 9,4% tenían antecedentes psiquiátricos; el 51,7% eran españolas. Se administró la EPDS a 946 mujeres (en el 16% restante no se realizó por barrera idiomática) de las cuales un 16,3% (n=154) presentaron puntuaciones iguales o superiores a 10. Un 37,9% (n=39) de estas mujeres no se presentaron o anulaban la visita con psiquiatría y, de las mujeres valoradas (n=64), un 21,9% no precisaron seguimiento y el resto recibieron tratamiento farmacológico y/o psicológico.

En conclusión, es necesaria la detección temprana de los síntomas depresivos en el embarazo para una adecuada intervención, así como la creación de programas especializados en la atención a la salud mental materna.

COMUNICACIONES LIBRES DE LA VII JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

1. TERAPIA GRUPAL BREVE PARA REPARAR EL VÍNCULO MATERNO-FILIAL DURANTE LA PRIMERA INFANCIA

I. Dachs, E. Sayrach

CSMIJ Santa Coloma de Gramenet. Fundació Vidal i Barraquer.

Objetivo general

Abordar desde el CSMIJ las dificultades de vinculación madre-hijo/a, a menudo originadas en etapas perinatales, que durante la primera infancia se manifiestan con sintomatología adaptativa de los niños/as.

Objetivos específicos

- Recuperar o fomentar la capacidad parental para potenciar vínculos seguros que favorezcan la salud mental infantil.
- Reducir la sintomatología adaptativa asociada, con una intervención intensiva de corta duración.



Material y método

- Grupo multidiada semiestructurado de 1 hora/semana.
- Conducción: Psicóloga Clínica y Trabajadora Social Arteterapeuta.
- Participantes: máximo 6 díadas madre-hijo/a. Selección: niños/as de 4/5 años con trastornos del vínculo y sintomatología adaptativa; madres sin patología o leve ansiedad/depresión; ambos evaluados en entrevista clínica.
- 9 sesiones:
 - 6 de trabajo vincular madre-hijo/a mediante arteterapia y técnicas de intervención grupal.
 - 3 de acompañamiento y orientación a las madres realizadas antes, durante y postgrupo.

Resultados

Las madres valoran la experiencia en encuesta cualitativa de forma muy satisfactoria.

Observamos aumento de la sensibilidad materna hacia las necesidades afectivas del hijo/a con repuestas parentales más contingentes y disminución/remisión de síntomas adaptativos en el 65% de los niños/as.

Conclusiones

Las dificultades vinculares de origen perinatal pueden trabajarse posteriormente en formato grupal, reduciendo el tiempo de tratamiento en casos de trastornos del vínculo y síntomas adaptativos.

En próximas ediciones se evaluará también con técnicas cuantitativas.

2. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN EL HOSPITAL DE DÍA MADRE-BEBÉ CLINIC-BCN

N. Fernández Gomis, A. Roca Lecumberri, E. Solé Roigé, C. Naranjo Díaz, B. Sureda Caldentey, S. Andrés Perpiñá, E. Roda Guillén, Ll. Garcia- Esteve

Hospital de Día Mare-Bebé CLINIC-BCN. Unitat de Salut Mental Perinatal CLINIC- BCN. Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Alrededor del 10% de las mujeres españolas, han sufrido violencia de pareja (VP) en el último año, siendo este riesgo superior en mujeres con un Trastorno Mental. El objetivo del estudio es evaluar la presencia de VP en las madres atendidas en el Hospital de Día Madre Bebé (HDMB) CLINIC-BCN desde su apertura (enero 2018) hasta la actualidad.

Método: Se evaluaron a 10 madres que iniciaron tratamiento en el HDMB. Se administraron las siguientes escalas de maltrato y de relación de pareja: ISA (Index of Spouse Abuse), PMWI (Psychological Maltreatment Of Women Inventory), WAST (Woman Abuse Screening Tool), Escala de Bloqueo y Huida en Situaciones de Maltrato y MAT (Marital Adjusted Test). En las mujeres en las que el punto de corte del ISA, fue superior a 14, se administró la escala de bloqueo de la huida, para conocer cuales son los factores que predominan para evitar dicha situación.

Resultados: Un total de 10 mujeres cumplieron los requisitos para la evaluación. La edad media fue de 31 años, el 80% con estudios superiores, el 60% con trabajo y un 20% con mala situación económica. De las diez mujeres, 6 obtuvieron una puntuación de relación deficiente en la MAT. Un 50% de las mujeres puntuaron para todas las escalas de detección de maltrato (ISA, PMWI y WAST), tres de las cuales presentaban también maltrato físico.

Conclusiones: La mitad de pacientes atendidas en nuestra Unidad presentan violencia de pareja. El embarazo y el puerperio es una etapa de riesgo para la intensificación de la VP.

3. ALTERACIONES DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO DE GEMELOS

B. Sureda Caldentey, A. Roca Lecumberri, A. Torres Giménez, S. Andrés Perpiñá y Ll. Garcia-Esteve

Unidad de Salud Mental Perinatal CLINIC-BCN. Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Estudiar los factores que influyen en el desarrollo del vínculo madre bebé

Material y método: Entrevista clínica para valoración diagnóstica; EPDS, STAI R/E, PBQ, Entrevista Stafford 6a Ed.

Resultados (caso): Mujer de 37 años, primípara, visitada en la USMP a los 3 meses posparto por una depresión posparto; 3 semanas antes de la visita inició antidepresivos.

Embarazo gemelar por FIV. Vinculación fetal muy positiva. Parto a término, distócico por fórceps. Madre ingresada durante una semana y Bebé 1 ingresado 4 días por fractura craneal, sin secuelas posteriores. Bebé 2 sin complicaciones perinatales. No refiere disforia posparto.

En el primer mes no se describen trastornos del vínculo (TV) con ninguno de sus hijos ni del estado de ánimo.

A partir del segundo mes, coincidiendo con aparición de episodio depresivo, la madre refiere rechazo para el cuidado del B2 (temperamento difícil), conservando vínculo con B1 (temperamento fácil).



A partir de la mejoría de los síntomas depresivos (3 meses posparto), se produce empeoramiento ansioso y en la evaluación realizada en la USMP se detecta un cambio de vinculación con B2 pasando de TV rechazo a TV por ansiedad focalizada en el bebé. Con el B1 mantiene buen vínculo.

Actualmente (9 meses posparto) tras remisión completa de episodio depresivo y mejoría de ansiedad presenta un vínculo adecuado con los dos bebés.

Conclusiones: En este caso queda patente que el estado de la madre tiene implicaciones en el desarrollo del vínculo en interacción con las características del bebe (temperamento). Destacar la importancia de evaluaciones longitudinales de la vinculación madre-bebe para detectar posibles cambios y poder realizar las intervenciones adecuadas.

4. MENTALIZACIÓN, EMBARAZO Y PERSONALIDAD LÍMITE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alicia Ruiz Toca, Maria Giraló López

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivo: Comparar los síntomas ansioso-depresivos en una mujer embarazada antes y durante el abordaje psicológico en regulación emocional y capacidad reflexiva.

Método: Se desarrolló una intervención individual desde una perspectiva integradora con estrategias relacionales y de mentalización, en una paciente de 38 años derivada por inestabilidad emocional con conductas purgativas para acompañamiento terapéutico y retirada de Quetiapina 25mg y Fluoxetina 1/2 25mg/ día a petición de la paciente. Presentaba síntomas ansioso-afectivos y vómitos en contexto de trastorno de personalidad límite con historia de acontecimientos vitales estresantes. Se estableció como objetivo terapéutico la regulación emocional, durante 5 sesiones semanales de 45 minutos. Se evaluaron síntomas de depresión (Escala de Depresión Postparto de Edinburgo –EPDS-), ansiedad (STAI) y apoyo emocional (Medical Outcomes Study-Social Support Survey –MOS SSS-) pre tratamiento. Tras la quinta sesión se realizó la segunda evaluación con las mismas pruebas.

Resultados: Los síntomas depresivos iniciales (EPDS:15/30) aumentaron en fases intermedias (EPDS:20/30), mientras que los síntomas de ansiedad y apoyo socio-emocional iniciales (STAI:E:50/60, STAI:R:35/60, MOS:57/100) mejoraron de forma significativa (STAI:E:46 STAI:R:30, MOS:65).

Conclusiones: Mientras que la retirada del tratamiento farmacológico influye negativamente en el afecto, el abordaje psicológico desde una perspectiva mentalizadora mejora síntomas de ansiedad y favorece una percepción subjetiva de apoyo socioemocional global, con cogniciones más positivas y comprensivas sobre los vínculos fundamentales de apego en mujeres con trastorno límite de personalidad durante el embarazo.

5. ESTUDIO DEL TRASTORNO DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ EN MUJERES CON UN TRASTORNO MENTAL

G. Blanch Guzmán, S. Andrés-Perpiñá, A. Roca Lecumberri, A. Torres Giménez, B. Sureda Caldentey, Ll. Garcia-Esteve.

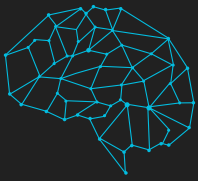
Unitat de Salut Mental Perinatal CLINIC-BCN. Institut de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El trastorno mental durante el embarazo o postparto se ha relacionado con alteraciones en el vínculo materno-filial. El objetivo es estudiar las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la alteración del vínculo a los 2 meses del bebé.

Método: Se evaluaron 115 mujeres atendidas en la Unidad de Salud Mental Perinatal CLINIC-BCN que presentaban un trastorno mental durante el embarazo o el postparto. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas a las 6 semanas posparto. A los 2 meses del bebé se evaluó el vínculo mediante la entrevista Stafford y el cuestionario PBQ. Se clasificaron a las mujeres entre las que tenían trastorno del vínculo materno-filial (TV+) y las que no (TV-).

Resultados: 23 (20%) pacientes presentaban un TV+, 4 de ellas (3,5%) TV con amenaza de rechazo. Se comparó las mujeres con TV+ y TV-. No se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas. Las mujeres TV+ presentaban puntuaciones más elevadas en todas las evaluaciones psicopatológicas (GHQ 7,11 vs 3,55; STAI-E 32,85 vs 18,27; EPDS 14 vs 7,38; $p<0,001$). Un 83,3% de TV+ tenían EPDS ≥ 11 respecto al 26,4% TV- ($p<0,001$). Un 38,9% de mujeres TV+ presentaban ideación autolesiva respecto al 9,2% de mujeres TV- ($p=0,004$).

Conclusiones: Las mujeres con TV+ presentan mayor psicopatología en el posparto, especialmente sintomatología depresiva, y mayor ideación suicida. Las madres con trastorno del vínculo podrían configurar un subgrupo de pacientes con mayor gravedad y riesgo y que por lo tanto necesitarían una rápida detección, así como atención más intensiva y especializada.



6. ¿APEGO Y PSICOSIS?: REVISANDO LA ACTUALIDAD

I. Ximénez de Embun Ferrer¹, L. Filgueira Abeijón²

¹H. Universitario de Canarias. ²H. Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

El aumento de la evidencia apoya el papel del trauma infantil en la etiología de la psicosis, pero los mecanismos subyacentes son poco conocidos. La teoría del apego es un poderoso marco teórico que complementa y amplía los modelos actuales de psicosis.

Objetivo: revisión sistematizada para valorar el estado actual de la relación entre psicosis y apego infantil.

Método: búsqueda de documentos científicos durante el mes de Marzo de 2018 en las bases de datos Google Academics, PubMed y ProQuest, empleando los términos de búsqueda "psychosis", "parental style" y "attachment" en título y/o abstract. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico y evaluación de apego infantil. Un total de n=6 documentos fueron incluidos -n=1, estudio clínico; n=2, estudios correlacionales/ descriptivos y n=3, revisiones afines-.

Resultados: existencia de correlación entre apego -inseguro y desorganizado- y síntomas psicóticos. Los síntomas positivos se relacionan con el estilo evitativo y ansioso/ ambivalente, mientras que los síntomas negativos solo con el evitativo. Los modelos parentales en esta población son conceptualizados según el patrón de control sin afecto: poca atención y alta sobreprotección.

Conclusiones: El apego inseguro y el desorganizado constituyen el tipo de vinculación temprana con mayor asociación con la psicosis. Se abre una línea de investigación que permitiría incurrir en el apego infantil como herramienta para incidir en la psicosis de un modo más precoz.

7. INTERVENCIONES DE BAJA INTENSIDAD PARA REDUCIR LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Jimenez¹, G. Falguera², A. del Pino-Gutierrez³, E. Coll-Navarro¹

¹Hospital Universitari MutuaTerrassa. ²Institut Català de la Salut. GRAS-SIR. IDIAP. ³Universitat de Barcelona. IDIBELL.

Objetivos: A través de una revisión sistemática de la literatura publicada entre los años 2010 y 2018, se evaluaron las intervenciones de baja intensidad realizadas para reducir la ansiedad durante el embarazo

Material i Método: Revisión bibliográfica exhaustiva con las palabras clave: *Pregnancy OR Perinatal, Anxiety AND Perinatal Mental Health y Intervention AND Anxiety*. En español Embarazo O Perinatal, Ansiedad Y Salud Mental Perinatal y Intervenciones Y Ansiedad.

Esta investigación incluye estudios experimentales y observacionales, con muestras de mujeres mayores de 18 con ansiedad durante la etapa perinatal, y las intervenciones de baja intensidad realizadas.

Resultados: El estudio distinguió entre las terapias convencionales de primera elección para la guía NICE, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), y nuevos abordajes terapéuticos que integran cuerpo-mente, como el yoga, hipnoterapia, y la meditación.

Conclusiones: Tanto las terapias convencionales como otras intervenciones más recientes pueden resultar efectivas para reducir la ansiedad durante el embarazo.

Hacen falta nuevos estudios clínicos longitudinales, que incluyan variables de personalidad y psicopatológicas en mujeres embarazadas sanas, para poder extraer resultados más concluyentes.

8. VERSIÓN ESPAÑOLA DE MATERNAL AND PATERNAL POSTNATAL ATTACHMENT SCALES (MPAS/ PPAS): DESARROLLO DE UNA ÚNICA VERSIÓN COMÚN A PADRES Y MADRES

A. Riera-Martín, A. Oliver-Roig, A. Martínez-Pampliega, S. Cormenzana-Redondo, V. Clement-Carbonell, M. Richart-Martínez

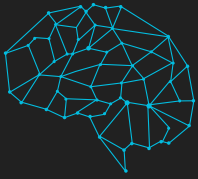
Universidad de Alicante y Universidad de Deusto.

Objetivo: Adaptación métrica de las escalas *Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS)* y *Paternal Postnatal Attachment Scale (PPAS)* al español. Estudio psicométrico y clarificación de la estructura dimensional de ambas escalas.

Diseño: Estudio instrumental.

Participantes: Una muestra de 571 madres y 376 padres con hijo/as entre seis y once meses, obtenida en 16 hospitales del este de España.

Método: Una vez realizada la retrotraducción del instrumento, se procedió con un estudio empírico dirigido a analizar la consistencia interna, la validez de constructo y concurrente (depresión postparto y ajuste diádico).



Resultados: Se concluyó con el desarrollo de una única versión de la escala de vínculo postnatal, adecuada para su empleo tanto con madres como con padres. La validez estructural y concurrente fueron adecuadas y la fiabilidad moderada.

Conclusión: Se ha generado una nueva versión del instrumento apropiada para ser empleada tanto por padres como por madres, la cual contribuirá a la evaluación del vínculo postnatal materno y paterno, aspecto necesario para el avance en salud mental perinatal.

9. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA PERINATAL EN LA UNIDAD DE SALA DE PARTOS

M. Vilarrubias Darna

Hospital Universitari Dexeus

Objetivos: Explorar las experiencias que han vivido y las necesidades que han percibido las familias que sufren el final de la vida perinatal en Sala de Partos.

Material y Método: El presente estudio se basó en el desarrollo de un análisis fenomenológico con un enfoque interpretativo y descriptivo que permitiese capturar y comprender en profundidad las experiencias vividas y las necesidades percibidas por los padres. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron mediante el método de siete pasos de Colaizzi y la estrategia de análisis de Morse.

Resultados: El análisis de los resultados permitió identificar dos temas principales que definen o caracterizan las experiencias vividas y siete necesidades percibidas. Estos dos temas son el shock que provoca la pérdida perinatal y la trascendencia vital que tiene dicha pérdida en la vida de estos padres.

Conclusión: La muerte de un hijo transcende en la vida de la familia para siempre, este es un evento que causa un estado inicial de shock y que no se olvida nunca. Las necesidades percibidas por los padres surgen de la vulnerabilidad y del proceso de aceptación de la pérdida en la que se encuentran. La definición de este fenómeno es esencial para comprender la experiencia de la muerte perinatal de los padres, a fin de minimizar el impacto de dicha pérdida. Además, sirven de base sobre la que diseñar las intervenciones de cuidado a las familias.

10. EFECTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO EN EL NEURODESARROLLO A LOS 40 DÍAS POSTPARTO

C. Silvente¹, C. Hernández-Martínez¹, N. Voltas¹, J. Canals¹, C. Jardí², S. Abajo³, G. March⁴, D. Patricio³, F. Díaz³, V. Arija²

¹Universitat Rovira i Virgili, Departament de Psicologia, Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta, Tarragona. ²Universitat Rovira i Virgili, Departament Ciències Mèdiques Bàsiques, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus. ³Institut Català de la Salut, ASSIR Cap Sant Pere, Reus. ⁴Institut Català de la Salut, ASSIR Jaume I, Tarragona.

Objetivo: Estudiar el efecto de la actividad física de la madre recogida en diferentes momentos del embarazo sobre el desarrollo cognitivo de los bebés evaluado en los 40 días después del nacimiento teniendo en cuenta factores de confusión perinatales (como el tipo de parto, peso al nacer, perímetro craneal, lactancia materna) o psicológicas (ansiedad durante el embarazo).

Método: La muestra total son 524 madres y sus respectivos bebés de la cohorte ECLIPSES en la provincia de Tarragona que han sido seguidos desde la semana 13 de gestación hasta los 40 días de vida. La actividad física ha sido medida con el cuestionario IPAQ y el desarrollo cognitivo con la escala Bayley's (3ª edición).

Resultados: Los análisis de comparaciones múltiples muestran cómo los bebés de madres que practicaron niveles entre moderados y altos de actividad física durante el tercer trimestre presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de lenguaje y psicomotricidad de las Escalas de Bayley's. Las subescalas significativas fueron el lenguaje receptivo y la psicomotricidad gruesa.

Conclusiones: Estos resultados nos permiten sugerir que es recomendable que las mujeres embarazadas practiquen entre 30 y 60 minutos de actividad física moderada (por encima del nivel basal, correspondiente a 5000 pasos al día) entre 5 y 7 días a la semana.



11. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UNA MUESTRA DE MADRES ESPAÑOLAS Y UNA MUESTRA DE MADRES ITALIANAS

N. Voltas^{1,2}, C. Hernández-Martínez^{1,2}, G. Cibelli³, L. Nappi⁴, A. Valenzano³, V. Arija^{2,5}

¹Centro de Investigación en Evaluación y Medida de la Conducta (CRAMC), Departamento de Psicología, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. ²Grupo de Investigación en Nutrición y Salud Mental (NUTRISAM), Departamento de Psicología y Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona-Reus, España. ³Departamento de Medicina Clínica y Experimental, Università degli studi di Foggia, Foggia, Italia. ⁴Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Università degli studi di Foggia, Foggia, Italia. ⁵Unidad de Nutrición y Salud Pública, Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España.

Objetivos: Comparar los estados emocionales del último trimestre de embarazo y del postparto en mujeres reclutadas en España y en Italia. También comparar variables prenatales, obstétricas y neonatales.

Material y método: Participaron 305 mujeres (202 España y 103 Italia) a las que se les administró el State Trait Anxiety Inventory (STAI) en el último trimestre de embarazo y a los 40 días postparto, momento en el que también se les administró la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). En la visita del postparto se recogieron datos sociodemográficos, obstétricos y neonatales.

Resultados: En el último trimestre, las futuras madres italianas mostraron niveles de ansiedad estado significativamente más elevados que las españolas. Estas diferencias dejan de observarse en el postparto. En general, en el postparto observamos una bajada de las puntuaciones totales de ansiedad respecto a las puntuaciones prenatales. No se observaron puntuaciones significativamente altas en depresión postparto, ni diferencias entre muestras. Así mismo, las mujeres italianas tuvieron menos planificación previa del embarazo, más partos por cesárea, y embarazos más cortos.

Conclusiones: A pesar de ser dos muestras similares a nivel sociodemográfico, pertenecientes a un entorno mediterráneo y reclutadas en el sistema público de salud, observamos diferencias importantes en los niveles de ansiedad prenatal y en diversos aspectos entorno al embarazo y parto.

12. DUELO PERINATAL Y AUTOCONCEPTO

N. Valbuena González, A. Peña Miguel, I. Figueras Uranga.

CSMA Rambla. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

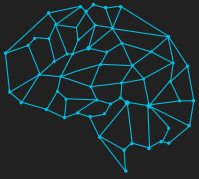
Introducción: Una pérdida perinatal es un fenómeno psicológico complejo que comporta una experiencia traumática en diferentes áreas de la vida de la mujer, incluyendo un cambio en su visión de sí misma y del mundo (Olza I., 2018).

Objetivo: Evaluar y comparar el autoconcepto previo y actual en mujeres que han sufrido una pérdida perinatal.

Método: El método utilizado ha consistido en la Técnica de la Rejilla (TR). Es un procedimiento semi-estructurado e incluido dentro de las «técnicas subjetivas» de evaluación psicológica, dirigido a evaluar los constructos personales del entrevistado (Feixas, 2003). La muestra utilizada se compone de 5 mujeres que han sufrido una pérdida perinatal desde la semana 30 de gestación hasta los 20 días posteriores al parto.

Resultados: Se observan cambios de distinta magnitud entre el autoconcepto previo al embarazo y el autoconcepto posterior a la pérdida perinatal. Así mismo, podemos hallar en ciertos casos una variación del autoconcepto que tiene la madre en cuanto a su rol en la pareja antes y después de la pérdida. Estos cambios atañen parcialmente a constructos que son nucleares para la auto-definición de estas mujeres.

Conclusiones: Podemos concluir que las mujeres que han sufrido una pérdida perinatal realizan cambios nucleares en su autoimagen. Consideramos que esta variación del autoconcepto podría estar relacionada con el intento de adaptación a esta pérdida y el avance en la elaboración del duelo.



AGENDA

DIARY

ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:90

90



Agenda

Psicosom. psiquiatr. 2018;5:90-91.
