

Reflexión de una médica rehabilitadora desde la Medicina Psicosomática en un programa de rehabilitación cardíaca

A rehabilitation doctor's reflection from Psychosomatic Medicine in a cardiac rehabilitation program

M^a Consuelo Tudela Salom

Médica Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Experta en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud

Resumen

En este trabajo se realiza una reflexión personal como médico rehabilitadora acerca de la visión psicosomática en los pacientes que participan en un programa de rehabilitación cardíaca. Los cambios en el enfoque durante la visita médica hacia una medicina más humanizada sin perder de vista los aspectos científicos, permiten descubrir e hilar una vida que los ha llevado a desarrollar la cardiopatía isquémica, y a partir de ahí poder iniciar los cambios necesarios para su prevención global. Mejorar nuestro conocimiento en el ámbito de las emociones permite contemplar en la anamnesis estos determinantes y ampliar con sentido nuestro enfoque terapéutico.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, emociones, rehabilitación cardíaca

Abstract

In this work, a personal reflection is carried out as a rehabilitation doctor about the psychosomatic vision in patients who participate in a cardiac rehabilitation program. The changes in the approach during the medical visit towards a more humanized medicine without losing sight of the scientific aspects, allow us to discover and spin a life that has led them to develop ischemic heart disease, and from there to be able to initiate the necessary changes for its prevention. global. Improving our knowledge in the field of emotions allows us to contemplate these determinants in the anamnesis and broaden our therapeutic approach in a meaningful way.

Keywords: ischemic heart disease, myocardial infarction, emotions, cardiac rehabilitation

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Uno de los más grandes descubrimientos científicos de todos los tiempos fue el descubrimiento de la "Circulación de la Sangre", realizado por el doctor William Harvey quién presentó su revolucionario descubrimiento de que la sangre circulaba bombeada por el corazón, por primera vez, el 17 de abril de 1616 a los miembros del Royal College of Physicians (Londres, Inglaterra), anulando la teoría de Galeno que se había sostenido casi durante 1500 años, la cual postulaba que la sangre se generaba ininterrumpidamente en el hígado tras el consumo de los alimentos (Zalaquett, 2016).

Es importante también hacer referencia a los precursores históricos de diversas manifestaciones de la cardiopatía isquémica: Horemkenesi, de la muerte súbita, Leonardo Da Vinci, de la obstrucción coronaria y Alexander Borodin, del depósito cardiaco de colesterol (Montes-Santiago, 2007).

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, que incluyen cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías reumáticas. Más de cuatro de cada cinco defunciones por enfermedades cardiovasculares se deben a cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, y una tercera parte de esas defunciones ocurren prematuramente en personas menores de 70 años (OMS, 2019). Además, representan una de las principales causas de carga de enfermedad en el ámbito internacional y, por supuesto, también en España. Afectan a todas las etapas de la vida y se pueden prevenir, en gran medida, a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables, así como a través de medidas específicas de prevención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo la primera causa de mortalidad, al ocasionar 17,9 millones de muertes al año. Estudios afirman que cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa de muerte (Vega, et al. 2015).

Según la World Heart Federation (HWF) las enfermedades cardiovasculares causan 17,9 millones de muertes anuales en todo el mundo, siendo la cardiopatía isquémica (CI), también conocida como enfermedad de las arterias coronarias (CAD) y enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ACD), una de las principales causas.

En el año 2019, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) en España afectaba al 9,8 % de la población, de los cuales el 52,6 % eran mujeres y el 47,4 % eran hombres, siendo la incidencia anual de 1 caso cada 100 personas (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). Para el mismo año, las ECV fueron la causa de defunción del 37,4 % de la población de la Unión Europea, lo que supuso más de 2 millones de muertes. En España, constituyeron la primera causa de muerte, con un 27,9 % del total (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Los factores de riesgo cardiovasculares están relacionados con los signos biológicos y los estilos de vida adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una ECV en relación con la población general (Sans, 2006). Las ECV tiene un origen multifactorial, incluso, personas asintomáticas corren peligro si presentan dos o más factores de riesgo. Los factores de riesgo

cardiovasculares (FRCV) se dividen en innatos o no modificables, que son aquellos imposibles de cambiar, como la edad, el sexo y los antecedentes familiares. Los adquiridos o modificables, son los susceptibles al cambio, bien sea mejorando el estilo de vida o con terapia farmacológica, ejemplo: hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo (Vega et al., 2011; Rubistein et al., 2010). Pueden clasificarse como metabólicos (Wikins et al., 2017)), relacionados con el estilo de vida y relacionados con las condiciones de vida o determinantes sociales de la salud.

Se ha observado que la actuación sobre los principales FRCV puede impedir tres de cada cuatro ECV y prevenir la aparición de nuevos episodios tras haber sufrido algún evento agudo cardiovascular (Conserjería de Sanidad de la Junta de Extremadura, 2017). Pese a la existencia de dicha evidencia, la prevalencia de FRCV metabólicos (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia u obesidad, entre otros) está aumentando en España, debido a múltiples factores, como el envejecimiento poblacional (National Institute on Aging, 2018), convirtiéndose la edad en el determinante más importante de la morbimortalidad por ECV, sobre todo, a partir de los 75 años (Norrving et al., 2018; Soriano et al., 2018).

La exposición a situaciones estresantes derivadas de la vida laboral y de otras exigencias que el entorno social y familiar imponen, o las desigualdades sociales dan lugar, con frecuencia, a aumentos en el nivel de estrés de algunas personas, lo que se asocia a una mayor probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y, a su vez, favorecen conductas adictivas o poco saludables como el tabaquismo, consumo de alcohol o sedentarismo, que constituyen factores de riesgo cardiovasculares, siendo el tabaquismo la principal causa de morbimortalidad cardiovascular prematura (Sans, 2006), representando en España el 12,9% de la mortalidad total en 2017 (Rey et al., 2020).

El bienestar, entendido como un conjunto de emociones positivas, optimismo y satisfacción con la propia vida se ha sugerido como un potencial factor de salud cardiovascular y longevidad (Sin, 2016) y aunque su definición precisa aún un desarrollo metodológico más amplio debe ser evaluado por sus importantes implicaciones en salud cardiovascular y general (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). Países como Canadá han establecido sistemas de vigilancia de bienestar, donde agregan una serie de variables sociales, económicas, de estructura sanitaria y clínicas en indicadores de bienestar, desde un abordaje con un enfoque integral de la salud (Canadian Index of Wellbeing and University of Waterloo, 2016).

La American Heart Association (AHA) ha identificado 7 factores de riesgo (Life's Simple 7) que si se mantienen en valores estables y controlados mediante la adopción de estilos de vida saludable contribuyen a alcanzar una óptima salud cardiovascular. Estas métricas y los valores deseados son: no fumar, índice de masa corporal IMC en rango normal, actividad física adecuada, dieta equilibrada, colesterol total <200mg/dL, presión sanguínea <120/80 mm Hg y glucemia en ayunas <100 mg/dL.

La Cardiopatía Isquémica (CI) se puede definir como la enfermedad cardíaca producida como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco. La causa más frecuente es la enfermedad

aterosclerótica de las arterias coronarias epicárdicas, tanto en su forma de presentación crónica (placas estables en la pared del vaso que disminuyen el diámetro de su luz) como en la forma aguda de síndrome coronario agudo (SCA) (fisura y trombosis de una placa inestable) (Alcalá, et al., 2017).

La cardiopatía isquémica es un modelo de enfermedad biopsicosocial en la cual se incluye el tipo de personalidad, la relación familiar, la relación laboral, los hábitos tóxicos, la alimentación, los hábitos respecto al ejercicio físico y que finalmente se manifestará como resultado final la obstrucción arterial, la angina y/el infarto agudo de miocardio. Es importante destacar que si sólo tratamos los síntomas de la enfermedad y no abordamos plenamente las causas que han originado su aparición, de alguna manera muy probablemente volverá a repetirse el evento.

Las cardiopatías son, desde hace 20 años, la causa principal de mortalidad en todo el mundo, si bien ahora provocan más muertes que nunca. El número de muertes debidas a las cardiopatías ha aumentado desde 2000 en más de 2 millones de personas, hasta llegar a casi 9 millones de personas en 2019. La incidencia en España de la Cardiopatía Isquémica (CI) en el año 2019 era de 361,4 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, siendo mucho más elevada en hombres (463,4) que en mujeres (263,6). La tasa de incidencia de la CI se incrementa de forma significativa con la edad, ya que en el tramo de edad de entre 50 a 69 años la tasa de incidencia global era de 485,5, mientras que para edades de 70 y más años era de 1.415,4, más elevada en hombres (1.773,2) que en mujeres (1.160,6) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). La prevalencia de CI en España en los últimos 10 años ha crecido paulatinamente, del 2,8 % en 2009 al 3,3 % en 2019, siendo del 4,2 % en el caso de los hombres y del 2,4 % de las mujeres (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). En las próximas décadas se espera que continúe la tendencia creciente de la prevalencia de la CI como consecuencia, en parte, del envejecimiento poblacional. En 2019 se estima que la CI causaba cerca de 1 millón de fallecimientos en la Unión Europea, lo que representaba el 48,5 % de las muertes por ECV (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). En España, ese mismo año las muertes por CI eran de 29.247 personas, lo que suponía el 25,1 % del total de muertes por ECV (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

El impacto financiero de la cardiopatía isquémica proviene de las hospitalizaciones, los tratamientos, los procedimientos de revascularización, las visitas a la clínica, las visitas de emergencia y los tratamientos farmacológicos recetados, aunque va más allá del ámbito de la salud afectando al ámbito económico y laboral. Según la Federación Mundial del Corazón, el costo global de las ECV en 2010 fue de aproximadamente 863.000 millones de dólares estadounidenses, y se espera que aumente a más de 1 billón de dólares estadounidenses para 2030. En particular, el costo total medio de la atención de la cardiopatía isquémica en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC, por sus siglas en inglés), el gasto en salud específico de cada país per cápita fue del 10 % del gasto total en atención médica. En España, según el Centre for Economics and Business Research (2014), los problemas de salud cardiovascular afectan a los recursos del sistema sanitario, así como en el ámbito del mercado laboral y la productividad, estimándose que su impacto en la economía alcanza el 0,7 % del PIB, y tienen un coste superior a los 145 millones de euros al año por incapacidad temporal (Calvo-Bonacho et al., 2017).

En cuanto a los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC), siguen avanzando en la mejora de la salud cardiovascular, al tiempo que abordan otros desafíos, como la cronicidad y la discapacidad, teniendo en cuenta que un adecuado abordaje clínico permite reducir las consecuencias negativas de la enfermedad en las personas y en la sociedad, mientras que las consecuencias existentes pueden ser revertidas, rehabilitar las limitaciones que estas causan o retrasar su progresión mediante las estrategias adecuadas. El objetivo fundamental de los programas de rehabilitación cardíaca es la disminución de la morbimortalidad de origen cardíaco, además de mejorar la calidad de vida, los aspectos psicológicos y sexuales, las relaciones sociales, y aumentar la tasa de reincorporación laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en los años sesenta, definió los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) como "el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes del corazón, una condición física, mental y social óptima que los pueda permitir ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad" (Bravo y Espinosa, 2002).

Según la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV), la salud cardiovascular es, por tanto, un concepto más amplio que la ausencia de ECV. Así, la salud cardiovascular puede entenderse como un espectro que abarca desde factores de riesgo como la predisposición genética, el entorno físico, el nivel socioeconómico, el ámbito psicológico y emocional, el estilo de vida o los factores de riesgo biológicos, hasta las propias ECV, tanto las que aparecen sin producir síntomas (subclínica) y que posteriormente se pueden manifestar como eventos agudos como las enfermedades crónicas (Ministerio de Sanidad, 2022).

La ausencia de bienestar psicosocial de la población también constituye un FRCV, permitiendo anticipar una peor salud cardiovascular y resultados clínicos más adversos en las ECV. Adicionalmente, existe una alta probabilidad de que los factores psicosociales se vinculen con el nivel de riesgo cardiovascular, tal es el caso de la vinculación que existe entre los factores psicosociales y el consumo de tabaco o el nivel de ejercicio físico que realiza una persona. Los aspectos psicosociales que se asocian a factores de riesgo de ECV se pueden clasificar en tres categorías (Smith & Blumenthal, 2011; Plá y Salvador, 2006):

- 1) Estados emocionales negativos, como depresión, ansiedad, enojo, desasosiego, hostilidad, y el estrés (agudo o crónico) son factores que aumentan el riesgo de ECV. Actualmente, se recomienda la realización de un examen para la detección sistemática de la depresión y el establecimiento de un plan terapéutico en pacientes con patologías cardíacas por existir una relación dosis-respuesta entre la depresión y los eventos cardiovasculares, de tal forma que a mayor nivel de depresión se aumenta también el riesgo cardiovascular. La ansiedad se relaciona con un incremento de la mortalidad cardíaca, especialmente en los casos de mayor gravedad de las ECV. La influencia del estrés en el riesgo cardiovascular depende de la presencia de factores agudos o desencadenantes de estrés, y estrés crónico. El estrés agudo afecta a la fisiología cardiovascular incrementando el riesgo de arritmias, isquemia miocárdica e infarto de miocardio. Las variables de estrés agudas pueden hacer referencia a hechos catastróficos, eventos deportivos de alta competición o actividad física intensa. El

estrés crónico, parece influir en las ECV mediante alteraciones fisiológicas crónicas, y está vinculado, entre otros, al estrés laboral, los problemas de pareja, prestación de cuidados prolongados a personas en situación de dependencia, aspectos relacionados con el vecindario o el nivel económico.

2) Aspectos de la personalidad. Los aspectos relacionados con la personalidad también se relacionan con un incremento del riesgo de ECV, sobre todo, los vinculados con los tipos de personalidad A (caracterizadas por ambición intensa, competitividad, urgencia temporal y hostilidad) y tipos de personalidad D (combinan un estado afectivo negativo con la inhibición social). Uno de los elementos que caracterizan a la personalidad tipo A, la hostilidad, es un factor predictivo significativo del riesgo de ECV. En el caso de la personalidad de tipo D, la combinación de sentimientos emocionales altamente negativos y un gran retraimiento social se ha vinculado a un incremento que casi duplica el riesgo de obtener resultados clínicos cardiacos adversos en personas que padecen cardiopatía isquémica.

3) Variables sociales. El riesgo de ECV puede verse modificado también en función de variables sociales del individuo, actuando el apoyo social como un elemento protector que permite amortiguar los eventos vitales negativos en la vida de las personas. De esta forma, se considera que un apoyo social escaso se relaciona con un incremento de entre 1,5 a 2 veces del riesgo de ECV, tanto en personas sanas como en aquellas con patologías cardiacas (Smith & Blumenthal, 2011).

La investigación psicoanalítica de los trastornos que afectan a la estructura y a las funciones del cuerpo ha llevado a dos conclusiones básicas: la primera consiste en que podemos ver a distintas afecciones que describe la patología médica (una discinesia biliar, por ejemplo) como otras tantas transformaciones de una excitación, inconsciente e instintiva, que en condiciones "normales" hubiera debido descargarse constituyendo lo que denominamos afecto, emoción o sentimiento. La imposibilidad de tolerar, en la conciencia, determinados afectos, es lo que conduce a que la parte consciente de ese proceso deja de ser reconocida como una emoción para constituir el signo, o el síntoma, que corresponde a un trastorno. La segunda conclusión que, como la primera, surge de una comprobación repetida, descubre que trastornos corporales distintos ocultan historias, dramas biográficos y fantasías inconscientes, que también son distintos y que son propios, o específicos, de cada uno de los trastornos corporales particulares que la investigación explora. En otras palabras: la historia íntima que constituye el drama "oculto" en el enfermo de una cardiopatía isquémica es una historia típica, siempre presente, y es diferente del drama, igualmente típico, oculto en el paciente que sufre, por ejemplo, una enfermedad autoinmune (Chiozza, 2004).

La historia de los pacientes nos recuerda una vez más el antiguo precepto de que es necesario escuchar al enfermo, pero es también necesario reconocer que las historias que ocultan las enfermedades graves configuran dramas reprimidos cuya significación afectiva el enfermo ignora o minimiza, de manera que por más que lo escuchemos, habrá cosas importantes que no podrá, o no sabrá, decirnos. El escuchar no siempre es suficiente para aliviar a un enfermo que ha reprimido una parte importante de su drama. Muchas veces es necesario "intervenir" a los fines de conducir a la superficie el "nudo" constituido por los afectos ocultos. Agreguemos, además, que los dramas que se esconden en las enfermedades graves no suelen ser de solución sencilla. Se trata, sin embargo, de

una tarea que merece ser emprendida, porque promete devolver con creces el esfuerzo que su ejecución requiere (Chiozza, 2004).

Nuestras emociones son muy variadas y pueden ser descritas con mayor o menor riqueza, este uso popular de calificar a todo lo malo como estrés tiene su correlato en el pensamiento de los médicos. Se trata de una sobresimplificación atendiendo a que una emoción negativa es sinónimo de aumento de la presión y de la frecuencia cardíaca (Tajer, 2008).

En el concepto emoción negativa y en las exploraciones que se han efectuado en los pacientes afectados por infartos. Se han hecho investigaciones en lo que se denominan índices de cambio de vida. En este modelo se interroga a personas internadas, comparando los infartos con otras enfermedades. El cuestionario abarca aspectos de su vida en los últimos seis meses. En forma resumida, en estos estudios se confirma que los pacientes infartados han padecido muchos más eventos conmocionantes (stressful) en los últimos seis meses que los otros (Tajer, 1980)

El estudio de la biología de las emociones y también de las emociones y cardiopatías, en los últimos veinte años, se ha profundizado mucho, lo que nos permite refutar esta visión simplista comentada y profundizar en lo que es una emoción y cómo funciona desde el punto de vista biológico, para volver luego a la hipótesis del programa del infarto. Considerar que podría ser de esa manera implica cierta concepción dualista: las emociones o afectos son espirituales y el cuerpo es sólo un torpe emergente de ellas. Es frecuente, desde un enfoque psicológico e, incluso, desde el sentido común, afirmar que las emociones se generan en el mundo psíquico o espiritual, en el alma. Veremos, sin embargo, que las emociones son inicial y esencialmente corporales, así como espirituales o psíquicas. Desde el punto de vista biológico, las emociones son muy específicas. Se puede definir con bastante precisión cada emoción separadamente, por lo menos, las llamadas sencillas. En realidad, sería imposible concebir las emociones si no pudiéramos distinguirlas biológicamente, negando su sentido biológico evolutivo (Tajer, 2008).

El miedo es quizás la emoción mejor estudiada por la facilidad de inducirla en todas las especies (Amaral, 2003). Así como ocurre en el reino de los mamíferos y en los de otras especies animales, los seres humanos, frente a una situación de miedo, respondemos con una serie de respuestas estereotípicas, con mayor o menor intensidad según la magnitud del estímulo y nuestra predisposición (Tajer, 2008):

- inmovilidad inicial,
- palidez en rostro y manos,
- aumento de flujo a los miembros inferiores,
- disminución de flujo a las manos (extremidades superiores),
- piloerección (piel de gallina),
- tendencia a la diuresis y a la catarsis,
- aumento de la tolerancia al dolor,
- cara de miedo.

Todos estos fenómenos son previos a que sintamos miedo. La clave fundamental radica en que, cuando decimos que sentimos miedo, en realidad nos referimos a lo que le pasa en nuestro cuerpo, es decir, a las reacciones antes enumeradas (Tajer, 2008).

Algunas emociones son fáciles de investigar, las denominadas básicas o primarias: el miedo, la ira, la tristeza, la alegría, el asco y la sorpresa (Ekman, 1977). Es sencillo inducir las en diferentes especies animales, así como emularlas o interpretar las caras; son expresiones faciales fáciles de reconocer cuando se expresan plenamente. Es un poco más complejo cuando queremos investigar la biología de emociones que podemos llamar sociales, las que se generan en la interacción no con el medio sino sólo entre pares, como la culpa, la vergüenza, el sometimiento, el orgullo. Por encima de estas emociones sociales, que pueden ser evocadas en experimentación animal, tenemos las que podemos llamar emociones humanas, emociones muy complejas, lo que nos acerca a aquella situación emocional que podría estar vinculada con el infarto (Tajer, 2008).

En relación con la fisiopatología del infarto la suma de factores proinfartantes: inflamación coronaria, protrombosis, espasmo, cada uno de ellos se ha relacionado en diferentes estudios con determinadas circunstancias emocionales (Tajer, 2008). En una revisión de Gidron, Gilutz, Berger y Huleihel (2002) resumen que:

- Inflamación: la hostilidad, el estrés agudo y la depresión aumentan las interleucinas, que son elementos proinflamatorios que contribuyen a la inestabilidad de la placa aterosclerótica.
- Espasmo: la hostilidad (ira) y el enojo se asocian con liberación de citocinas (proinflamatorias) y noradrenalina (que tiende a cerrar los vasos).
- Trombosis: la hostilidad y la depresión incrementan la agregación plaquetaria.

Por otra parte, la exposición realizada por el Dr. Hamer y que poco ha sido investigada posteriormente pese a las pruebas aportadas, supone un cambio en el enfoque de estos pacientes, y parte de la base lógica de que todos los procesos y fenómenos psíquicos están unidos y coordinados por el cerebro, que de alguna manera es el gran ordenador de nuestro organismo. En ella detalla la importancia de tener en mente constantemente esta interacción entre la psique, cerebro y cuerpo, en la que el cerebro es el gran ordenador, que ha tardado millones de años en evolucionar (Hamer, 1984).

Siguiendo con su exposición, refiere acerca de los signos más seguros de un infarto de miocardio hasta ahora, como los síntomas clínicos típicos de un dolor sordo retroesternal acompañado a menudo de presuntas irradiaciones hacia el brazo izquierdo, que se pensaban venían del corazón. Sin embargo, salvo estos síntomas cardiacos, reales o supuestos, son sobre todo los síntomas cerebrales los que se manifiestan en el momento del infarto de miocardio: náusea, vértigo, dolor de cabeza, diplopía, sensación de desvanecimiento, pánico. (Hamer, 1984)

Y de esta manera empieza a cuestionar determinadas creencias que no se han puesto en duda a pesar y cómo es posible pese a estar dotados de todos los aparatos posibles e imaginables, hayamos podido estar hasta tal punto ciegos, a niveles clínico y psíquico, como para que, en presencia de esta enfermedad, la más frecuente entre los hombres, jamás nos hubiéramos preguntado si el infarto de miocardio no será más bien una enfermedad del cerebro que una

verdadera enfermedad del corazón. Lo que en definitiva aparece, como la causa de la muerte es la línea cero, el trazado plano del electrocardiograma, es decir, la parada cardiaca, pero ¿por qué entonces esta parada del corazón no es debida a un fallo del cerebro? (Hamer, 1984)

Y siguiendo con un razonamiento extraordinario, el Dr. Hamer pregunta con elocuencia: ¿Qué cardiólogo no ha tenido que ver a pacientes que presentan una obstrucción total de una o incluso dos de las tres grandes arterias coronarias y que, a pesar de eso, viven bien, y son además capaces de trabajar? Incluso cuando las arterias están obstruidas, la irrigación sanguínea del corazón está asegurada por colaterales (Hamer, 1984).

El mecanismo del infarto de miocardio para Hamer (1984), según sus constataciones y descubrimientos, ampliamente probados y reproducibles en cada nuevo caso, se desarrolla como sigue:

1) El "Síndrome Dirk Hamer". Todo infarto de miocardio se inicia por un Síndrome Dirk Hamer (D.H.S.), es decir:

- a. un conflicto de territorio bajo la forma de un impacto brutal,
- b. una crisis aguda, dramática,
- c. vivido en aislamiento.

2) La duración del conflicto de territorio. Según su experiencia, sólo hay manifestaciones clínicas de infarto si el conflicto dura más de 2 a 3 meses o si es excepcionalmente intenso. En este caso, es suficiente que el conflicto dure un mes o mes y medio. Si la intensidad del conflicto es menor, en los conflictos cuya duración no excede de tres meses, se desarrollan sin incidentes, en principio el proceso es el mismo, salvo que no es diagnosticado por los médicos dado que los síntomas clínicos no son graves. Si la duración del conflicto de territorio de intensidad «normal» sobrepasa los 8 o 9 meses, el paciente muere, normalmente de una tumefacción cerebral aguda, después de la solución del conflicto. Los infartos de la pared anterior son menos graves que los de la pared posterior porque corresponden, en el cerebro a la parte frontal del lóbulo temporal, mientras que el infarto de la pared posterior depende de la parte dorsal del lóbulo temporal derecho. Parece que es en esta porción dorsal del lóbulo temporal, donde esté localizado el centro del ritmo cardiaco. De manera que a semejanza de otras enfermedades hay que decir que estas alteraciones obedecen a una ley. El diagnóstico relativo a un infarto de la pared anterior o posterior del corazón es más fiable sobre la base de los escáneres cerebrales o incluso de una RNM, que sobre la base de un ECG o angiografía de las coronarias. La duración de las alteraciones edematosas cerebrales en el lóbulo temporal derecho y en la zona lateral del cerebelo derecho, está en función de la duración del conflicto de territorio. También Hamer afirma que la angina de pecho no es la consecuencia de una estenosis coronaria, y que siendo de origen cerebral, sobreviene con y sin estenosis, mientras dura el conflicto de territorio y que el cerebro ha programado el conjunto del organismo en simpaticotonía permanente. La angina de pecho desaparece cuando el conflicto está resuelto, haya o no estenosis coronaria. Así relata su experiencia, como una teoría probada, interesante y lógica y por lo que merecería la pena seguir comprobando (Hamer, 1984).

La Psicología Clínica, con una gran fineza de lectura, explora la historia general de la persona afectada y aquella de sus ancestros para buscar diferentes factores específicos y determinantes, especialmente problemáticos, capaces de intervenir en su activación y en su programación de una manera a menudo inconsciente (Sellam, 2011).

Entre estos diferentes factores, el aspecto emocional es primordial. De una manera general, la enfermedad está estrechamente relacionada con una o varias emociones reprimidas y reducidas al silencio después de su constitución. Estas emociones no expresadas en el tiempo indicado y aún activas hoy, han sido imprimidas, a nuestras espaldas, en nuestro diario íntimo por nosotros mismos desde nuestro nacimiento o mucho antes, por nuestros ancestros, condescendientes a pesar de todo (Sellam, 2011).

Las líneas del esqueleto presentan un significado en general, y en lo que respecta a la extremidad superior representa la función paterna. El padre pone la mano sobre la cabeza del hijo. El miembro superior está relacionado con lo que se hace en la vida, vida de adulto, es lo que voy a hacer en mi vida (Sellam, 2014):

- 1) El hombro es la responsabilidad como adulto o bien como padre o madre o como ser humano en la sociedad. El húmero es lo mismo.
- 2) El codo está relacionado con la actividad profesional.
- 3) El antebrazo tiene relación con mi dominio de acción, radio de acción.
- 4) La muñeca está relacionada con lo que yo hago, tiene mucho que ver con el gesto preciso de mi trabajo
- 5) Las manos son gestos más precisos todavía.

La Teoría de la Medicina en el mundo occidental, desde la antigüedad griega y romana hasta hoy, no tomó nunca en demasiada consideración en la etiología de las enfermedades a los factores psicológicos, y esto fue así aunque la práctica médica hubiese sido en algún momento, más o menos concienciadamente, psicocomática (Marín, 2023).

Dado que el ser humano es, inevitablemente, un ser social al mismo tiempo que un ser biológico y ser psicológico y siendo lo que enferma la totalidad humana, en toda enfermedad coexisten fenómenos de orden biológico, psicológico y social. En la enfermedad, como en la salud, se integran en todas las manifestaciones vitales humanas estos tres modos de abstracción (Marín, 2023).

Por eso, en toda enfermedad van a coexistir fenómenos de orden biológico, psicológico y social, siendo la Medicina Psicopatológica, la única medicina que tiene en cuenta estos factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad.

Heinroth (1818) introdujo el término "psicopatológico", si bien la moderna Medicina Psicopatológica se desarrolló durante la primera parte del s. XX como resultado de la confluencia de dos conceptos que tienen una antigua tradición en la Medicina y en el pensamiento occidental: el de psicogénesis y el de holismo (Lipowski, 1986).

La evolución ulterior de la Medicina Psicopatológica ha estado marcada por las contribuciones, entre otros, de autores como Engel, Lipowski y Kissen, quienes asentaron, durante los años 60, las bases de la actual Medicina Psicopatológica. Engel (1967) propuso un modelo multifactorial,

“biopsicosocial” (Engel, 1977), en el que la enfermedad es concebida como resultado de la continua interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Así, el estudio de la enfermedad debería incluir el individuo, el organismo y el ambiente como componentes esenciales del sistema como un todo (Engel, 1977; Fava, Ruini, Romba, & Wise, 2012; Novack et al., 2007), en lo que Hinkle (1967) definió “perspectiva ecológica”, en la cual los procesos de enfermedad derivan de la interacción de factores biopsicosociales. En el trabajo de Engel también emerge la orientación científica de la investigación psicosomática combinando métodos y técnicas fisiológicas y psicológicas. Lipowski (1986) delimitó el ámbito de trabajo, los objetivos y métodos de la Medicina Psicosomática.

La Medicina Psicosomática puede ser definida dentro de un marco interdisciplinar, con la finalidad de evaluar los factores psicosociales implicados en la vulnerabilidad individual, el curso y los resultados de cualquier tipo de enfermedad; la consideración holística de la asistencia clínica; y la integración de las intervenciones psicológicas en el campo de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades médicas (Lipowski, 1986; Fava & Sonino, 2000, 2005), siendo una medicina reconocida por el American Board of Medical Specialities como sub-especialidad (Gitlin, Levenson & Lyketsos, 2004).

Por su parte, Kissen (1963) dio mucha importancia a los factores psicosociales los cuales pueden variar de un individuo a otro dentro de la misma enfermedad, destacando así el error conceptual básico de considerar las enfermedades como entidades homogéneas. Así, teniendo en cuenta la unidad mente-cuerpo, y en contraste con una visión reduccionista de la enfermedad, el término psicosomático denota hoy una perspectiva clínica y metodológica desde la que se estudia el rol de los factores psicosociales sea en las enfermedades para las que no se cuenta con una patogénesis orgánica conocida, denominadas por ello “funcionales”, sea en las enfermedades conocidas como “orgánicas”. La investigación psicosomática ha generado un notable cuerpo de conocimientos, objeto de numerosas publicaciones en las principales revistas médicas.

La Medicina Psicosomática es, por definición, multidisciplinar (Fava & Sonino, 2000, 2005; Lipowski, 1986). No se limita únicamente al campo de la Psiquiatría, sino que interesa a cualquier otro sector médico. De hecho, es precisamente por ello que sus actividades han alcanzado un estatus independiente en países como Alemania o Japón y, a menudo, se encuentran estrechamente relacionadas con la Medicina Interna (Deter, 2004).

Según Lipowski (1986), los postulados básicos del enfoque psicosomático en medicina son:

- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre las dos.
- Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás niveles.
- El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente.
- Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.

- La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

- La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

Los factores psicosociales que van a influir en la vulnerabilidad individual van a ser:

- Estresores tempranos. Los estresores tempranos pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a los efectos del estrés en un momento posterior de la vida (McEwen, 2007; Novack et al., 2007).

- Estrés y carga alostática. La adopción de métodos de investigación rigurosos ha permitido corroborar la asociación entre los estresores vitales y numerosas enfermedades médicas - endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, inmunológicas, oncológicas y dermatológicas (McEwen, 2007; Picardi & Abeni, 2001; Sonino, Tomba, & Fava, 2007). El índice clinimétrico de la carga alostática correlaciona negativamente con el funcionamiento psicosocial y positivamente con psicopatología, desgaste emocional y conductas de enfermedad en pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas (Porcelli, Domenico, Domenico, & Di Masi, 2012).

- Conductas de salud. Entre los principales factores de riesgo de muchas de las enfermedades de mayor prevalencia en los países desarrollados (como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares) destacan los estilos de vida poco saludables (Mokdad, Marks, Stroup & Gerberding, 1998).

- Apoyo social. Distintos estudios prospectivos en población general revelan asociaciones significativas entre diversas medidas de apoyo social e indicadores de salud, como el nivel de adaptación a, y recuperación de, las enfermedades crónicas, o las tasas de mortalidad y morbilidad, psiquiátrica y física (Fava & Sonino, 2005).

- Bienestar psicológico. Algunos estudios sugieren que el bienestar amortigua el impacto negativo del estrés y, como consecuencia, tiene un efecto favorable sobre el curso de la enfermedad (Chida & Steptoe, 2008; Cosci, Pennato, Bernini, & Berrocal, 2011; Pressman & Cohen, 2005).

- Personalidad. El modelo sociocognitivo presupone que las variables de personalidad interactúan con factores ambientales y sociales dando lugar a importantes diferencias en las características de las situaciones que la persona selecciona (Mischel & Shoda, 1995). Así, las variables de personalidad pueden ejercer un amplio efecto sobre el tipo y la cantidad de eventos de estrés que la persona tendrá que afrontar y sobre la representación cognitiva de diversas dimensiones de la enfermedad (p.ej., las causas, el tratamiento, etc.) así como de sus interacciones sociales, incluidas las relaciones con el personal sanitario.

Así, mientras el reduccionismo biomédico es una de las claves que garantiza el éxito de la propaganda farmacéutica, alimentando con ello el conflicto de intereses en la práctica profesional, el factor biopsicosocial constituye una de sus principales amenazas y, precisamente por ello, todavía hoy se erige como un "reto para la medicina" (Fava et al., 2012).

A pesar de la alta prevalencia, morbilidad y mortalidad de la cardiopatía isquémica, relativamente pocos estudios han cuantificado las tendencias epidemiológicas actuales y los pronósticos globales para la cardiopatía isquémica. El programa psicológico y la orientación sociolaboral han quedado desiertas a pesar de ser una pieza fundamental en esta enfermedad.

La elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y de sus factores de riesgo, así como su impacto actual en salud, calidad de vida y consecuencias económicas y sociales, configuran a la salud cardiovascular como un reto social y sanitario de primer orden.

Con la reflexión que a continuación expongo, lo que pretendo es destacar los aspectos psicoemocionales como un pilar fundamental para el origen del síndrome coronario basado en datos recientes de mi experiencia en la asistencia a pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardíaca y estimular nuevos cambios en su enfoque para líneas futuras de investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Realizar una reflexión sobre el enfoque de pacientes que participan en un programa de rehabilitación cardíaca en un contexto psicoemocional con la aparición del evento isquémico.

Objetivo secundario:

- Describir la posible relación entre los síntomas de presentación del síndrome coronario y el contexto psicobioemocional del paciente.

MÉTODO

Se recogen los datos relacionados con los factores de riesgo cardiovasculares, los síntomas por los que el paciente acude a urgencias, y los estados psicoemocionales estresantes en las relaciones familiares y/o laborales en pacientes que participan en un programa de rehabilitación cardíaca desde marzo 2022 hasta marzo de 2023.

El número total de participantes fue de 73 sujetos, de los cuales 58 son hombres y 15 son mujeres, teniendo 37 de ellos antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, siendo la media de edad de los pacientes de 56 años.

Los criterios de inclusión de los pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardíaca adscrito al Servicio de Cardiología y al Servicio de Rehabilitación y Medicina Física son pacientes remitidos por el cardiólogo que han sido hospitalizados por síndrome coronario agudo o procedentes de consultas externas con diagnóstico de cardiopatía isquémica menores de 75 años, pertenecientes a nuestra área de actuación en la provincia de Castellón.

RESULTADOS

Se han analizado los pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca de nuestro hospital durante un año, en el período de marzo de 2022 a marzo de 2023. Las variables significativas se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Variables significativas

VARIABLES		Nº PACIENTES
Sexo	Mujeres	15
	Hombres	58
Estado civil	Casado/pareja	49
	Separado/soltero	24
Hábito tabáquico	Si	39
	No	34
Antecedentes familiares cardiopatía isquémica	Si	37
	No	36
Antecedentes personales cardiopatía isquémica	Si	11
	No	66
Estrés familiar	Si	64
	No	13
Estrés laboral	Si	38
	No	35

De los datos obtenidos en la tabla, se observa que los problemas de cardiopatía isquémica se dan más frecuentemente en hombres (79,5%) que en mujeres (20,5%), y que el perfil típico de la persona afectada por esta problemática, es una persona casada o que vive en pareja, con estrés familiar y/o con estrés laboral, y con hábito tabáquico.

Los resultados sobre los que quiero hablar son datos que no pueden reflejarse en una tabla, puesto que no son números ni resultados de cuestionarios, sino más bien son relatos de vida que acompañan a estos pacientes y que suponen la pieza clave para poder empezar a reconstruir la situación emocional o conflicto que permita explorar en qué medida pueden vincularse con la aparición del evento isquémico cardiaco.

Realmente, en muchas ocasiones, los datos numéricos, los resultados de pruebas complementarias, incluso los resultados de cuestionarios no acaban de reflejar el verdadero estado o situación del paciente. Sin embargo, al indagar acerca de su situación social y emocional, fruto de relatos de vida que, en ocasiones, se desvelan fácilmente y otras al ir interrogando paso a paso, sin forzar y dejando que se exprese libremente, respetando siempre hasta donde el paciente decide expresar y compartir su vivencia, empezamos verdaderamente a conocer y entender el resultado.

Después de contextualizar la situación en la que se desarrolla el evento isquémico cardiaco y la anamnesis correspondiente a los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y antecedentes médicos y quirúrgicos propios del paciente, le pregunto si le ha ocurrido alguna situación o vivencia estresante en su trabajo, en su familia o en su vida durante este último año. Es muy común que la

contestación inicial sea o bien "estoy estresado/a o muy estresado/a", o bien que respondan, "todo normal, no tengo ningún problema, no me explico por qué me ha pasado esto a mí porque todo me va bien".

Inicialmente, me quedaba con esta respuesta. Sin embargo, y tras haber adquirido e integrado nuevos conocimientos en el Curso de Experto en Medicina Psicosomática, de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, actualmente, he comprobado que, al interrogar un poco más en profundidad, la persona empieza a manifestar diferentes circunstancias, de una singular complejidad y lo que aquello que inicialmente definía como que "todo me va bien en mi vida", empieza a darse cuenta que no es así. Sin entrar en todos los detalles y a modo de ejemplo: el panadero que ha tenido que cerrar su negocio con su mujer en el contexto de una vida de excesos y ahora no soporta ver a su mujer que trabaja limpiando casas; el empresario que tenía 4 empresas y ha dedicado la mayor parte de su tiempo al trabajo, recién este año han fallecido su hermana, su cuñado, su suegro y sus padres, su mujer está muy enferma y quiere recuperar el tiempo perdido; un autónomo que en el contexto de la guerra de Ucrania no recibe materias primas y ve como su negocio no se puede sostener y tiene que despedir a los empleados que son como su familia según refiere; una mujer separada que retoma su relación con su expareja y continua con los mismos problemas durante 15 años, recientemente se han vuelto a separar, sigue de alguna manera vinculada a esa pareja; varón con problemas importantes de convivencia con su hijo adulto con el que convive, además también tiene problemas con sus hermanos; varón con problemas laborales continuos que le hacen cambiar de trabajo, ahora se encuentra en el paro, su padre fallecido hace 4 años de leucemia, 2 hermanos fallecidos (uno con problemas de drogadicción y oro tras un accidente); mujer con exceso de preocupación por su hijo que según refiere padece una leve discapacidad y va con malas compañías; mujer al cargo de 6 hijos, trabajando en el sector de la limpieza en varios sitios a la vez con bastantes dificultades económicas; varón de 58 años que recientemente tuvo que cumplir condena en prisión por un acto cometido hace más de 20 años pero el retraso de la justicia le lleva a cumplir condena cuando está casado y tiene una hija, su esposa se va a trabajar a Alemania durante 6 meses, llevan mal el proceso; autónomo con 2 hijos estudiando en el extranjero, intenta pagar estudios en escuelas privadas que cada vez son más caras, con una casa todavía pagando, prácticamente sin descanso; soltero recién jubilado, vive con su madre cada vez más dependiente que no le permite que nadie más la cuide; autónomo de 61 años con 2 empresas muy potentes, su mujer ha sufrido varias enfermedades graves y ahora le han detectado un tumor de mal pronóstico, nunca ha dejado de trabajar y se da cuenta de la falta de dedicación a su mujer; varón soltero pendiente de un juicio contra su hermana por problemas de herencia...podría seguir relatando fragmentos de historias, un variedad de situaciones y vivencias que poco imaginaba inicialmente. Tal vez no sean datos o variables fáciles de manejar para realizar estudios, comparaciones, etc, la cual cosa no me limita a aceptar que ese conjunto de circunstancias si tiene una clara relación con el evento isquémico acaecido. Los síntomas por los que los pacientes acuden a urgencias, aunque con una localización circunscrita al tren superior del cuerpo humano, varían de forma individualizada en situación exacta, irradiación, intensidad, acompañamiento o no de cortejo vegetativo, y su expresión oral de cómo lo

han vivido y sentido. La variedad y combinación de síntomas es bastante amplia, en unos casos, sólo falta de aire, en otros, sensación de escozor retroesternal, también descrito como cansancio, dolor en el pecho, sudor frío, dolor en ambos brazos, quemazón centrotorácico irradiado a región mandibular, episodios de sensación distérmica, disconfort centrotorácico opresivo con irradiación mandibular y miembro superior izquierdo sin cortejo vegetativo, sensación de que se le atragantaba la cena y luego dolor opresivo centrotorácico que irradiaba a ambos brazos, sudoración y náuseas asociado mientras paseaba, visión borrosa acompañado de sudoración profusa, episodio sincopal de breve duración, sudor frío y mareo, visión borrosa y pérdida del conocimiento, como si le ahogaran en la parte izquierda y la mandíbula izquierda, cansancio de brazos, sensación de una bola de fuego en el estómago que subía hacia arriba y a ambos hombros, sobre todo, el izquierdo, sudor frío y acidez en el estómago, dolor en mandíbula y luego al pecho de predominio vespertino, dolor ambos hombros, dolor brazo derecho y centrotorácico, sensación de opresión centrotorácico como si le clavaran un puñal que le atravesaba hasta la espalda y sensación de adormecimiento de la boca, dolor infracostal derecho, dolor epigástrico irradiado a región centrotorácica asociado a sudoración, dolor en ambos antebrazos ...y un largo repertorio de diferentes experiencias, con similares descripciones aunque cada una con su matiz.

Con esta información, y tras mi experiencia como médico de rehabilitación respecto a patologías osteomusculares, empiezo a indagar según los síntomas de presentación durante el evento isquémico, lo cual me empieza a abrir una puerta de entrada a su situación psicoemocional. Inicialmente, no me había percatado del significado de estos síntomas, pero tras las indagaciones y estudios realizados en el ámbito de la medicina psicosomática y la biología de las emociones, me doy cuenta que detrás de esos síntomas están esas emociones reprimidas que no han sido capaces de expresar y gestionar, donde el cortejo vegetativo como representante de la emoción del miedo, el dolor centrotorácico como expresión de esa situación compleja emocional por resolver, la irradiación a la mandíbula como incapacidad de poder expresar, de aguardar emociones relacionadas con la rabia y la ira, el dolor irradiado a hombros como manifestación en relación a la protección de la pareja, hijos o trabajo. En definitiva, síntomas con un significado particular a la situación de cada paciente, que me han servido como puerta de entrada para empezar a contextualizar ese conflicto emocional inesperado, vivido en soledad, donde la emoción supera a la razón.

CONCLUSIONES

El manejo terapéutico de la cardiopatía isquémica ha evolucionado a lo largo de los años con una mejora a nivel tecnológica y farmacológica de manera exponencial, con una especialización en la materia para objetivar y tratar de la manera más eficiente las lesiones que estos pacientes sufren. Además, la implementación de programas orientados a la prevención secundaria mediante intervenciones destinadas a realizar cambios saludables en el estilo de vida, tales como el tabaquismo, la inactividad física, la dieta, el peso, el consumo de alcohol y tóxicos.

Profesionalmente, pertenezco al equipo de rehabilitación cardíaca como facultativa especialista de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital público desde que se implementó en el año 2008, cerca de casi 15 años durante los cuales atendemos de la mejor manera posible con los medios y conocimientos que disponemos, siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para asegurar a los enfermos del corazón una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad.

A pesar de todo, nos encontramos con enfermos que evolucionan mal y que escapan a nuestra posibilidad de ayudarlos con las técnicas que dominamos, o que no presentan aparentemente ningún factor de riesgo conocido que justifique su enfermedad.

Es importante tener presente que la lesión física por cardiopatía isquémica se encuentra en un cuerpo físico que pertenece a un ser humano el cual pertenece a una familia y que vive en una sociedad. Sin embargo, la mayoría de las veces nos centramos en la lesión física, en los parámetros analíticos alterados, en el resultado de pruebas complementarias que puedan definir o describir la enfermedad y realizar un tratamiento quirúrgico, intervencionista, farmacológico, etc, para su mejoría. Y nos quedamos en ese punto, sin ampliar a conocer el entorno en el que se circunscriben esas alteraciones, y cómo está viviendo o sintiendo éstas. Empezar a incluir de forma sistemática los aspectos psicosociales como factores iniciadores, perpetuantes y causantes de la cardiopatía isquémica resulta clave para la prevención secundaria y primaria de la cardiopatía isquémica, tratamiento complementario a este arsenal terapéutico de última generación, en el que el paciente interviene activamente y el médico acompaña en su abordaje.

La experiencia en el programa de rehabilitación cardíaca me ha llevado a experimentar un cambio a la hora de enfocar la visita médica y descubrir, tras la indagación cuidadosa, las circunstancias psicosociales que acompañan a estos pacientes y como presentan una estrecha relación con la enfermedad coronaria, y en particular con el infarto.

Conocer una historia de vida vinculada al infarto, comprender que la patología es la expresión física de una compleja alineación de circunstancias, y que su reconocimiento para poder actuar en coherencia ayuda en la prevención secundaria y a obtener una evolución más favorable, supone una crucial competencia clínica.

En la Historia Clínica de estos pacientes incluyo antecedentes familiares y personales, hábitos del estilo de vida (tabaquismo, ejercicio físico...), datos analíticos y parámetros de función cardíaca y otras pruebas complementarias, existencia de situaciones estresantes familiares y/o laborales previas, además de cuestionarios de calidad de vida, y de ansiedad y depresión. Inicialmente, realizaba una recogida de datos de forma sistemática para elaborar una correcta anamnesis, y así poder determinar aquellos factores relacionados con el evento. Sin embargo, y coincidiendo con una madurez personal y profesional en la que empiezo a cuestionarme y plantear el para qué de muchas de nuestras actuaciones, y de la observación y los resultados alcanzados, empiezo a ampliar la perspectiva del paciente e ir más allá del síntoma y, con ello, conocimientos en el ámbito de la medicina psicosomática, y cómo las emociones reprimidas se expresan biológicamente a nivel corporal. Así empieza mi nueva andadura en la práctica asistencial clínica y empiezo a comprobar la relación de los

síntomas corporales con situaciones concretas de su vida, que de forma curiosa se repiten bajo el mismo patrón, abriendo para mí una extraordinaria ventana de posibilidades que dan luz y sentido a mi profesión como médica rehabilitadora.

En el caso del paciente que ha presentado un evento isquémico cardíaco, la forma de presentación me aporta información acerca de la situación emocional que esconde y me permite intuir que no está realizando una adecuada gestión emocional en su vida. No es infrecuente la dificultad de los pacientes para expresar sus emociones, sin embargo, recuerdan bien los síntomas físicos que han sentido en su cuerpo físico, siendo éste un buen punto de partida para llegar al conflicto inicial.

Es importante tener en cuenta que en los pacientes que no evolucionan bien, y/o que en los que persisten los síntomas, debemos sospechar que el conflicto de vida sigue activo y sin resolver. Es el paciente el que debe pasar a ser sujeto activo en su proceso, acompañado en los casos necesarios por un profesional de la salud experto en Medicina Psicosomática, para poder realizar los cambios necesarios en su vida que le lleven a poder gestionar adecuadamente las emociones que en su día no supo afrontar de otra manera ni resolver adecuadamente.

¿Y por qué no me había dado cuenta antes? Durante la carrera y durante mi vida a pesar de tener consciencia de la existencia de las emociones, sabía que estaban ahí, sin embargo, tenía una creencia limitante que me impedía reconocer hasta qué punto las respuestas emocionales a nivel biológico afectan en el cuerpo físico, o su influencia en todo caso era imprecisa y aleatoria.

Tal vez no tenemos una buena formación a nivel emocional y, por ello, no indagamos sobre lo que no conocemos; una vez empezamos a conocernos a nosotros mismos y observar esa relación de nuestros pensamientos y emociones, y su expresión directa sobre nuestro cuerpo, podemos empezar a contemplar a los pacientes como seres humanos que sienten y aquello que reprimen o no expresan, se manifiesta en su cuerpo físico como enfermedad. Es una cuestión de aprendizaje y comprobación en la práctica asistencial.

Las pruebas complementarias, son sólo eso, pruebas complementarias para detectar las lesiones físicas. Una anamnesis cuidadosa y respetuosa para entender su relato de vida, ayudará a encontrar el origen del problema para poder proceder al entendimiento del para qué de su existencia. Por supuesto, con ello no excluyo el tratamiento médico, intervencionista o quirúrgico que corresponda, el entendimiento del para qué podrá darle el significado oculto del síntoma para el aprendizaje necesario en cada momento.

Detrás de la enfermedad de la cardiopatía isquémica en su origen hay una vivencia psicoemocional que la persona no ha sabido gestionar, aspecto que poco se contempla en la sanidad pública, incluso en la privada. De igual manera que los avances tecnológicos y farmacológicos se van introduciendo en la práctica asistencial, no debemos olvidar los aspectos psicoemocionales que están presentes en toda relación terapéutica y en toda situación de la vida.

Sería interesante poder disponer, durante la formación médica, de conocimientos más amplios relacionados con el ámbito de la psicosomática aplicados en todas las especialidades para desde nuestros inicios y durante el ejercicio de nuestra profesión, podamos contemplar verdaderamente al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcalá, J.E., Maicas, C., Hernández, P. y Rodríguez, L. (2107). Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Revista Medecine*, 12(36), 2145-2152. doi: 10.1016/j.med.2017.06.010
- Aldama, G., López, M., Santás, M., Flores, X., Pinón, P., Salgado, J., Vázquez, J.M. (2020). Impacto en la mortalidad tras la implantación de una red de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Estudio IPHENAMIC. *Revista española de cardiología*, 73(8), 632-642. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7535310>
- Amaral, D. (2003). The Amygdala, social behaviour and danger detection. *Ann N Y Aca Sci*. Dec,1000: 337-47. doi: 10.1196/annals.1280.015.
- Berrocal, C., Fava, G. & Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Revista Anales de Psicología*, 32(3). doi: 10.6018/analesps.32.3.219801
- Bravo, J.C. y Espinosa, J. (2002). *Rehabilitación cardiaca y atención primaria*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Calvo-Bonacho, E., Catalina-Romero, C., Cabrera, M., Fernández-Lavandera, C., Sánchez, M.A., Brotons, C. y Ruilope, L.M. (2017). Asociación entre la mejora en el perfil de riesgo cardiovascular y los cambios en la incapacidad temporal: resultados del estudio ICARIA. *Revista Española de Cardiología*, 70(11), 941- 51. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-asociacion-entre-mejora-el-perfil-articu-lo-S0300893217301057>
- Canadian Index of Wellbeing and University of Waterloo (2016). *Of Wellbeing CI. How are Canadians Really Doing?* Disponible en: <http://www.ciw.ca>
- Centre for Economics and Business Research (2014). *Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos*. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/08/informe-cebr-coste-de-ecv-2014-2020.pdf>
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-56. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba
- Chiozza, L. (2004). El estado afectivo oculto en la cardiopatía isquémica. *Revista Argentina de Cardiología*, 72(4), 305-311.
- Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura (2017). *Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares en Extremadura*.
- Cosci, F., Pennato, T., Bernini, O. & Berrocal, C. (2011). Psychological wellbeing, negative affectivity, and functional impairment in fibromyalgia. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 80(4), 256-258. doi: 10.1159/000322031
- Deter, H.C. (2004). Psychosomatic medicine and psychotherapy: On the Historical Development of a Special Field in Germany. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 26, 181-189.

- Ekman, P. (1977). Biological and cultural contributions to body and facial movements. En J. Blacking (ed). *The anthropology of the body*. Londres: Academic 10-27.
- Engel, G.L. (1967). The concept of psychosomatic disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 3-9. doi: 10.1016/0022-3999(67)90051-7
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Fava, G.A., & Sonino, N. (2000). Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 69, 184-197. doi: 0.1159/000012393
- Fava, G.A., & Sonino N. (2005). The clinical domains of psychosomatics medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 849-858.
- Fava, G.A., Ruini, C., Tomba, E., & Wise, T.N. (2012). The biopsychosocial factor. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 81(1), 1-4. doi: 101159/000332085
- Gitlin, D.F., Levenson, J.L., & Lyketsos, C.G. (2004). Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Academic Psychiatry*, 28, 4-11. doi: 10.1176/appi.ap.28.1.4
- Gidron, Y.; Gilutz, H.; Berger, R. & Huleihel, M. (2002) Molecular and cellular interface between behavior and acute coronary síndromes. *Cardiovascular Research*, 56:15-21.
- Hamer, R.G. (6 de diciembre de 1984) El infarto, enfermedad del alma. Conferencia en la Universidad de Viena.
- Hinkle, L. (1967). Human ecology and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 29(4), 391-395.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2021). *Global Burden of Disease Study 2019*. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/>
- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*.
- Kissen, D.M. (1963). The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 136(1), 34-42.
- Lipowski, Z.J. (1986). Psychosomatic medicine: past and present. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 2-21. doi: 10.1177/070674378603100102
- Marín, J. L. (2023). *Curso de Experto en Medicina Psicósomática*. Madrid. SEMPYP.
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Review*, 87, 873-904. doi: 10.1152/physrev.00041.2006
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2022). *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)*.
- Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality. *Psychological Review*, 102(2), 246-268.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. & Gerberding, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238-1245. doi:10.1001/jama.291.10.1238
- Montes-Santiago, J. (2007). Horemkenesi, Da Vinci, Borodin: tres olvidados precursores de la cardiopatía isquémica. *Revista Española de Cardiología*, 60(4), 453-454. doi: 10.1157/13101653

- National Institute on Aging (2018). La salud del corazón y el envejecimiento. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/salud-corazon-envejecimiento>
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., ...Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *European Stroke Journal*, 3(4): 309-36. doi: 10.1177/2396987318808719
- Novack D., Cameron O., Epel, E., Ader R., Waldstein S., Levenstein S., ... Rojas, A. (2007). Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. *Academic Psychiatry*, 31, 388-401. doi: 10.1176/appi.ap.31.5.388
- Organización Mundial de la Salud. (2019). ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? (online) <https://www.who.int/cardiovascular-diseases/aboutcvd/es/>
- Plá, J. y Salvador, J. (2006). Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>
- Picardi, A. & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin disease. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 70(3), 118-136. doi: 10.1159/000056237
- Porcelli, P., Domenico, L., Domenico, M. & Di Masi, A. (2012). Prevalence of allostatic overload syndrome in patients with chronic cardiovascular disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* 81(6), 375-377. doi: 101159/000341179
- Pressman, S. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.925
- Rey, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M.I., Galán, I., Schiaffino, A., Varela-Lema, L., ...Ruano-Ravina, A. (2020). Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas de España, 2017. *Revista Española de Cardiología*. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-mortalidad-atribuida-al-consumo-tabaco-avance-S0300893220306436>
- Rubinstein, A., Colantonio, L., Bardach, A., Caporale, J., García-Martí, S., Kopitowski, K., ...Pichón-Rivière, A. (2010). Estimation of the burden of cardiovascular disease attributable to modifiable risk factors and cost-effectiveness analysis of preventative interventions to reduce this burden in Argentina. *BMC Public Health*, 10: 627. doi: 10.1186/1471-2458-10-627.
- Sellam, S. (2011). Los 7 principios básicos de la Psicósomática Clínica y humanista. Volumen 1. Saint André de Sangonis, Francia. Ed Bérangel
- Sellam, S. (2014). Los huesos: los miembros superiores. Volumen 9. Saint André de Sangonis, Francia. Ed Bérangel
- Sans, S. (2006). Enfermedades Cardiovasculares. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo06.pdf>
- Sin, N.L. (2016). The Protective Role of Positive Well-Being in Cardiovascular Disease: Review of Current Evidence, Mechanisms, and Clinical Implications. *Current cardiology reports*, 18(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27612475>
- Sonino, N., Tomba, E. & Fava, G.A. (2007). Psychosocial approach to endocrine disease. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, 21-33. doi: 10.1159/000106795

- Soriano, J.B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J.M., Cardona, P.J., Fernández, E., ... Murray, C. (2018). The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Revista Medicina clínica*, 151(5), 171-190. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037695>
- Smith, P.J. & Blumenthal, J.A. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-33. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-aspectos-psiquiatricos-conductuales-enfermedad-cardiovascular-articulo-S030089321100594X>
- Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A.A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet* 385(9968), 640. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613614890>
- Tajer, C., Byrne, D. & Whyte, H. (1980). Life events and myocardial infarction revisited: the role of measures of individual impact. *Psychosomatic Medicine*, 42:1-10.
- Tajer, C. (2008). *El corazón enfermo. Puentes entre las emociones y el infarto*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- Vega, J., Guimará, M. y Vega, L. (2011). Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 91-97.
- Vega, J., Guimará, M.R., Garces, Y. y García, Y. (2015). Proteína C reactiva de alta sensibilidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Revista Correo Científico Médico*, 19(2), 190-201.
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernández R., ... Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. European Heart Network, Brussels. Disponible en: <https://ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>
- Zalaquett, R. (2016). 400 años del descubrimiento de la circulación de la sangre. Harvey y la Filantropía. *Revista Chilena de Cardiología*, 35(2). doi: 10.4067/S0718-85602016000200015

AGRADECIMIENTOS

Al Dr José Luis Marín por su labor y esfuerzo en la formación, visibilidad y divulgación de la actividad formativa de postgrado en Salud Mental integrada en la Medicina Universitaria de nuestro país; por su atención, supervisión y colaboración en esta reflexión que me ha animado a plasmar como trabajo fin de Curso.

A los profesionales que han compartido mediante sus publicaciones información tan interesante y enriquecedora desde diferentes especialidades y puntos de vista, para los avances en la Medicina y mejora en nuestra profesión.

A los pacientes, con los que aprendo todos los días, y con quienes he podido comprobar que podemos ir más allá del síntoma y establecer una mejor relación para su abordaje terapéutico.

Adolescencia, violencia intrafamiliar, y proceso de construcción de la identidad

Adolescence, Intrafamily violence, and the process of identity construction

Daniela Andreea Glinschi Petre

Psicóloga especialista en psicología clínica
Experta en Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes

Resumen

La adolescencia supone una etapa crucial en el inicio del proceso de diferenciación-individuación de las figuras parentales, así como un cuestionamiento de las bases vinculares previas. Esto tendrá un gran impacto en el tipo de relaciones que estos menores puedan establecer en su salida a lo social. En este trabajo se describirá el caso de una adolescente de 14 años, la cual presenta un daño importante en las relaciones primarias de apego. A lo largo de este paper, se detallará el recorrido biográfico de la misma, así como el proceso de evaluación y tratamiento realizado desde una perspectiva multidisciplinar dentro de un hospital de día infanto-juvenil.

Palabras clave: adolescencia, familia, apego, violencia intrafamiliar, identidad, transmisión transgeneracional del trauma

Abstract

Adolescence is a crucial stage in the beginning of the differentiation-individuation process of parental figures, as well as a questioning of the previous bonding bases. This will have a great impact on the type of relationships that these minors can establish in their social outing. This paper will describe the case of a 14-year-old adolescent, who presents significant damage in primary attachment relationships. Throughout this paper, we will detail the biographical journey of the patient, as well as the process of evaluation and treatment carried out from a multidisciplinary perspective within a child and adolescent day hospital.

Keywords: adolescence, family, attachment, intrafamily violence, identity, transgenerational transmission of trauma

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Es una etapa de transición que se caracteriza por ser un tiempo de cambios en diferentes áreas de la persona y que está condicionada por diversos procesos biológicos (Calvo, 2020). Los cambios biológicos en esta edad pueden ser tan visibles como el crecimiento o el cambio de voz, y tan invisibles como los cambios madurativos cerebrales. Por cambios psicológicos entendemos fundamentalmente la aceptación de los cambios corporales y sus limitaciones (duelo de la omnipotencia infantil) así como el deseo sexual asociado a la búsqueda de la satisfacción. Los cambios en lo social varían mucho de unos grupos sociales a otros. Los cambios de mayor importancia son los referidos a la desvinculación progresiva de los padres. Estos cambios deberán ser reconocidos, tolerados y, en su caso, validados por el entorno (Delgado, 2015). Por tanto, durante este periodo los adolescentes se enfrentan (cada uno a su tiempo y con sus características de personalidad particulares) a diferentes retos de desarrollo, que Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017) agrupan en cuatro áreas concretas: cambios cognitivos, movimiento hacia la independencia, formación de la identidad (con moralidad) y sexualidad. (Calvo, 2020). En la misma línea, Rother Hornstein (2006) sostiene que los adolescentes se enfrentan a la necesidad de hacerse cargo de intensas demandas psíquicas, biológicas y sociales que ocasionarán transformaciones tanto en su mundo intrapsíquico como en sus procesos interrelacionales.

Un estudio exhaustivo del adolescente, aparte de cuestiones individuales propias, solo puede ser encarado en su interrelación con el medio social y familiar. La adolescencia es un hecho individual, pero transcurre en un medio cultural, social e histórico determinado que marca las características de cada adolescente. Por tanto, en este proceso de comprensión de esta etapa evolutiva, es esencial abordar la relevancia de las funciones parentales vistas igualmente bajo el efecto de las demandas propias del escenario contemporáneo (Monteiro, 2012). Una adecuada definición del escenario actual en el que se ven inmersos y del que forman parte los adolescentes, viene por parte de Khel (2009) quién afirma que la sociedad contemporánea se caracteriza por la temporalidad acelerada, por el imperativo del gozo a cualquier costo, por la pérdida del valor de la experiencia y la tradición y por el debilitamiento de referencias de identificación. La autora afirma que uno de los efectos derivados de la velocidad que caracteriza la época actual, es el empobrecimiento de la imaginación y la presencia de sentimientos de vacío. Todo esto supone una parte importante del marco de referencia para el desarrollo de la estructuración del aparato psíquico del adolescente en la época actual.

Otra parte fundamental de este marco de referencia viene determinada por las relaciones primarias de apego. En este sentido es imprescindible abordar lo vivido durante la etapa de la infancia como preludeo, contexto de comprensión y bagaje de lo acontecido en la adolescencia. En este sentido, sostiene Pitillas (2021) que las relaciones afectivas son el escenario en el que nos convertimos en personas, y que esa "relacionalidad" esencial del bebé humano se materializa en tres aspectos: el bebé está orientado hacia las relaciones, está fabricado para las relaciones y su desarrollo responde a lo que sucede dentro de las relaciones importantes.

Por tanto, el medio familiar en el que nos desarrollamos y atravesamos la infancia hacia la adolescencia supone un factor primordial en la definición de quienes somos y quienes seremos.

Desde el nacimiento el sujeto es permeado por los enunciados de identificación ofrecidos por los padres, quienes van componiendo la noción de sí mismo y del mundo en que vive (Monteiro, 2012). Pero como mencionábamos previamente, uno de los hitos característicos de la adolescencia es la desvinculación progresiva de las figuras parentales y de manera complementaria, la dotación de mayor importancia al grupo de iguales. En este sentido se da el inicio del proceso de individuación/separación que cuestiona la calidad de las bases sobre las que se han establecido las relaciones con las figuras originarias de apego. En este punto, según Rother Hornstein (2006) la adolescencia, además de cuestionar la capacidad de diferenciación del menor, también pone a prueba la capacidad de transformación de los padres. Este movimiento de autonomía con respecto a los padres a su vez, va a suponer una interrogación sobre las bases narcisistas del menor: "¿Tienes lo que se necesita para separarse de los padres?". Aquellos que lo tengan podrán hacerlo, negociar de una forma u otra, mientras que los que están vacíos por dentro (fallos narcisistas, dificultades en el sentimiento de continuidad) van a sentirse atraídos por esos adultos (las figuras parentales), los necesitan para nutrirse de ellos ya que son su "apetencia objetal", y ésta es tal que amenaza con invadirles, con engullirlos. Así, vemos que éste es el dilema central de la adolescencia, el cual se hace más evidente en los llamados estados límite (Jeammet, 1994).

Si este proceso es de por sí complejo dentro de unas dinámicas familiares normativas, la dificultad y sufrimiento que conlleva el mismo, se multiplica exponencialmente en el seno de dinámicas familiares disfuncionales. Por dinámicas familiares disfuncionales entendemos aquellos contextos y propuestas relacionales por parte de los cuidadores hacia el menor, caracterizados por violencia y/o negligencia sostenidos en el tiempo. De manera específica, dentro de estas dinámicas se producirían fallos en algunos procesos que configuran la seguridad en las relaciones tempranas: la influencia bidireccional que configura la relación cuidador-niño como un sistema dinámico de regulación mutua; la regulación externa con la que el cuidador mantiene al niño dentro de un margen óptimo de activación; las secuencias interactivas de ruptura y reparación y la especularización parental entre otras. Estos eventos darían lugar a relaciones de apego marcadas por la inseguridad y el trauma (Pitillas, 2021).

En relación a esto, Stolorow y Atwood (1992) sostienen que el trauma se produce en tres tiempos o pasos. En un primer paso, el niño depende naturalmente de uno o varios adultos de referencia, está en manos de un entorno relacional encargado de protegerlo y estimularlo. En un segundo paso, el niño recibe de este entorno un daño en forma de sobreestimulación (tal y como vemos en el área del maltrato físico, por ejemplo) o en forma de negligencia (tal y como observamos en casos de descuido o abandono). Un tercer paso, crucial para estos autores, entraña la ausencia de reconocimiento, por parte del entorno, de las reacciones emocionales del menor ante el daño recibido. Tras el impacto físico o emocional que recibe el niño, sus protestas, sus expresiones de dolor y su petición de ayuda son desatendidas, prohibidas o distorsionadas por parte del entorno. Así, Stolorow y Atwood entienden el trauma como una experiencia de dolor que se combina con la ausencia de una respuesta empática y reguladora por parte del entorno relacional. El menor necesita que, en

situaciones amenazantes o dolorosas, sus figuras de cuidado aporten consuelo, ayuden al niño a comprender lo que ha pasado y a construir recursos para responder a situaciones semejantes en el futuro. La ausencia de estos procesos implicaría un fracaso una de las dimensiones cruciales para la instauración del sentimiento de seguridad en el niño. Esta falta de sintonía intersubjetiva lleva a la pérdida por parte del menor de su capacidad de regulación de los afectos, y, en consecuencia, a un estado insoportable, aplastante, desintegrado y desorganizado (Stolorow y Atwood, 1992).

Estas prácticas de crianza dañinas, a pesar de su claro carácter disfuncional, ayudan al cuidador a mantener a raya el recuerdo de un pasado doloroso, a poner fuera emociones intolerables o a recuperar cierto grado de equilibrio afectivo. Es importante tener esto presente, ya que tal como menciona Pitillas (2021), la crianza supone un escenario de rememoración para los padres. En la comunicación con el menor y el manejo de sus necesidades, el cuidador revive parte de sus experiencias ligadas a su propia historia de cuidados. Para un adulto cuya historia de apego fue traumática, convertirse en padre supone verse expuesto de nuevo a emociones negativas, frecuentemente irresueltas, difíciles de articular. Por tanto, la mente del padre/madre traumatizado/a pone en marcha, de forma automática, una serie de operaciones defensivas que tratan de recuperar el equilibrio emocional, reducir la sensación de peligro y recuperar el control durante la interacción con el hijo. Las necesidades de apego o exploración del niño van a activar en el cuidador aspectos traumáticos de sus experiencias relacionales tempranas, y esto exige ser manejado de formas que ponen al menor en peligro, precisamente de sufrir de forma análoga a como sufrió el padre. Estaríamos ante dinámicas características de la transmisión intergeneracional del trauma (Pitillas, 2021).

En el caso específico del maltrato físico, se observaría así una relación dialéctica entre la violencia y la inseguridad interna, generando un sentimiento de vulnerabilidad del Yo, de amenaza sobre sus límites y su identidad en el cuidador, una dependencia acrecentada de la realidad perceptiva externa para reasegurarse en ausencia de recursos internos accesibles y, en compensación una necesidad de reaseguramiento y de defensa del Yo mediante conductas de dominio sobre el otro y sobre sí mismo (Jeammet, 2002).

Este tipo de experiencias, que conducen a la desorganización del apego en el niño, han sido descritas como "sentirse solo frente a un dolor insoportable" (Allen 2012). El menor queda expuesto a intensidades crecientes de dolor emocional, que frente a la ausencia de reconocimiento y ayuda por parte del entorno deberá disociar o excluir de su experiencia, ya que el infante prioriza conservar la proximidad afectiva con el cuidador, renunciando a su propia versión y asumiendo la de la figura parental. Esta adaptación que hace el niño, combinada con la renuncia del entorno a ver y reconocer el dolor de aquel, tiene como consecuencia a su vez un fallo en las dinámicas de mentalización (Pitillas 2021). Las capacidades de mentalización de los padres parecen desempeñar un papel crucial en el desarrollo de un apego seguro y, muy especialmente en la protección del menor frente a la transmisión intergeneracional del trauma, tal y como atestigua ampliamente la evidencia empírica (Berthelot et al., 2015; Fonagy et al., 1991; Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001; Schechter et al., 2006; Slade, 2005). Desde la perspectiva transgeneracional, las situaciones de violencia se asumen como un aprendizaje que se adquiere en la familia de origen. Si este núcleo familiar fue un espacio con situaciones abusivas o maltratadoras, las creencias y patrones de naturalización con respecto a la violencia se transmitieron (González, 2011). Al transmitir esta conducta a las nuevas generaciones, la

violencia se naturaliza como un estilo de relación legítimo para el sistema familiar, aprendido como un modelo de convivencia que presenta un repertorio conductual que busca según las creencias del sistema, mantener el equilibrio entre lo que cada miembro aporta o recibe, internalizando y legitimando normas y pautas (Palma, 2007). El conflicto se presenta como parte de un proceso interactivo interno y actúa como sistema de control en este tipo de familias con dinámicas abusivas, manifestándose en violencia intrafamiliar (Iturrieta, 2001). Por tanto, en estas familias marcadas por la violencia o el estrés acumulado, se producen alteraciones de la mentalización ligadas a dinámicas comunicacionales empobrecidas. El juego, o el compartir y dialogar acerca de experiencias significativas, son escasas (Pitillas, 2021). La comunicación suele estar centrada en la conducta y en los efectos de la misma, fundamentalmente en lo que estos aportan al bienestar o malestar de los padres (Minuchin, 1967). Se trata de una comunicación muy articulada en torno al poder y la coerción, que impide al menor llevar sus experiencias a un espacio común donde pueden ser pensadas y narradas colaborativamente (Pitillas, 2021).

Para el niño, comprender la mente del adulto maltratante es un reto desbordador. Entre otras cosas, reconocer el odio parental supone experimentarse a uno mismo como un ser odioso. Una solución a esto es evitar el reconocimiento de los estados mentales ajenos (en un primer momento los del cuidador y, más adelante, los de otros) (Fonagy, 1999). Alternativamente, el menor puede hipertrofiar su capacidad mentalizadora: la vigilancia de los estados mentales del cuidador permitiría saber qué va a pasar, y cuándo. Esta tendencia a hipermentalizar ha sido observada en adolescentes y adultos con trastorno límite de personalidad, un cuadro estrechamente vinculado al trauma infantil (Sharp, 2014).

Cualquiera de las dos estrategias de supervivencia (evitar el reconocimiento de los estados mentales ajenos y/o hipermentalizar) supondrían un bagaje frágil y poco sostenedor para el adolescente de cara al inicio de su proceso de autonomía con respecto a las figuras parentales. Como sabemos, el germen de la relación con los demás estará marcado por la interiorización que el menor hizo de las imágenes parentales. En esta etapa, esa interiorización va a ser actualizada de manera primordial en el contacto con sus iguales. Si durante las etapas previas a la "salida al mundo" la violencia se ha naturalizado como un estilo de relación legítimo y un modelo de convivencia, esto supondrá un factor de riesgo importante en cuanto al tipo de relaciones que podrá establecer el menor.

En este sentido es alarmante observar que existe una tendencia general de la presencia de la violencia entre iguales cada vez mayor en los ambientes escolares (Gázquez, Cangas, Pérez, Lucas, 2009) convirtiéndose en uno de los temas fundamentales a considerar en las aulas de toda Europa (Fine-Davis y Faas, 2014; SchultzeKrumholz et al, 2015). Existen distintos términos para referirnos a este fenómeno: acoso escolar, bullying o violencia entre iguales. La forma en que se comete puede ser verbal, física o de aislamiento social hacia la víctima (Pedreira, Bernardino, Cuesta, Bonet, 2011). En este tipo de relaciones entre el agresor y la víctima, se observa un esquema de dominio-sumisión que derivan en un comportamiento de desequilibrio de poder en las relaciones interpersonales (Avilés y Monjas, 2008; Ortega y Mora Merchán, 2008). Otra forma importante de violencia relevante en esta etapa se da en relaciones establecidas en el marco del amor romántico. Las relaciones que se establecen en este marco, relaciones fusionales, son aquellas en las que la individualidad desaparece y la pareja lo inunda todo (el uso del tiempo, del espacio, las actividades etc.),

como en las relaciones de dominio, en las que una parte somete a la otra, que ha dejado de tener autonomía personal, y gestiona el tiempo, el espacio y las actividades de la pareja (Fundación Mujeres, 2009). Según Montserrat Moreno Marimón, Alba González y Marc Ros (2007) estas relaciones se caracterizan por mostrar una idealización del amor y una entrega incondicional a la relación amorosa, una valoración de la autorrenuncia para satisfacer a la otra persona, un elevado sentimiento de protección y cuidado del otro por encima de la satisfacción de sus propias necesidades e intereses, un concepto del amor que implica sacrificio del yo, identificación con el otro y entrega total a sus deseos, y un deseo de conservar los vínculos de pareja por encima de cualquier otro tipo de consideraciones. En este sentido, es importante recordar que el concepto de amor romántico (y los mitos derivados) no sólo no es ajeno a la socialización de género si no que es impulsado y sostenido por ella (Ruiz Repullo, 2009). Blanca Cabral y Carmen García (2001) sostienen que la socialización de las mujeres y las niñas incorpora elementos como la pasividad, la sumisión o la dependencia que las hacen precisamente más vulnerables al padecimiento de comportamientos violentos y a la asunción del rol de víctimas.

Como se puede observar, el haber sufrido dinámicas abusivas en el seno de las relaciones de apego primarias supone una implicación crucial para el tipo de relaciones que el menor puede establecer posteriormente, pero uno de los efectos más devastadores del trauma relacional temprano están en las distorsiones que este provoca sobre el desarrollo de la identidad del menor (Pitillas, 2021). Según Erick Erikson (1980) en esta etapa de la adolescencia, el menor debe pasar por una crisis de identidad, para encontrar su nuevo Yo. A su vez, mencionaba Jeammet (1994) que la adolescencia constituye un interrogatorio de la solidez de las bases de la identidad del niño. Por tanto, aquellos menores que hayan crecido en el marco de interacciones crónicamente inseguras, se ven empujados a disociar o excluir algunos aspectos de su experiencia, por un lado, así como a incorporar en su imagen de ellos mismos aspectos negativos, destructivos, que están en las interacciones traumáticas y pasan a formar parte de su identidad. Estas relaciones de apego traumáticas constituyen una ruptura temprana de los sentimientos básicos de confianza, autonomía y agencia que están en la base de la autoestima y de un funcionamiento social saludable. Como si de una casa embrujada se tratase, la identidad del menor ha sido habitada por "voces" negativas, persecutorias, que son parte ahora de la historia que el niño y/o adolescente se cuenta acerca de sí mismo (Pitillas, 2021).

Sobre este marco de referencia introductorio, a continuación vamos a exponer el proceso de evaluación y tratamiento psicoterapéutico dentro de un hospital de día de la zona norte de Madrid, de una adolescente de 14 años con una historia que abarca todos los factores mencionados previamente y sus implicaciones: malos tratos físicos y emocionales por parte de las figuras parentales, dinámicas familiares disfuncionales previas a su nacimiento, historial autobiográfico de los padres caracterizado por eventos estresantes, transmisión transgeneracional del trauma, fallas en la mentalización, elección de relaciones con iguales caracterizadas por la violencia vivida en el seno familiar etc. Es importante señalar que el hospital de día en el que se está llevando a cabo el tratamiento (el cual está en curso) forma parte del sistema nacional de salud, y por tanto el tratamiento de la menor que detallaremos a continuación reflejará las características propias de la atención ofrecida en este encuadre.

SITUACIÓN BASAL Y MOTIVO DE CONSULTA

L. es una adolescente de 14 años, de nacionalidad española, con historia previa en salud mental durante la infancia. La paciente retoma el contacto con psiquiatría en febrero del 2022, a los 14 años de edad por autolesiones, ideas pasivas de muerte y sintomatología ansiosa. Ante la dificultad de contención ambulatoria, su psiquiatra realiza la derivación al Hospital de Día de Adolescentes (HD) en el mes de junio de ese mismo año. Se realizan diferentes sesiones de evaluación por parte del equipo multidisciplinar del HD, y la paciente pasa a realizar el tratamiento intensivo en la unidad desde el mes de septiembre del 2022.

La paciente es hija única de padres separados por situación de violencia de género en el año 2016 cuando la menor tenía 8 años. Actualmente la menor convive con la madre en un piso de alquiler desde hace un año. A nivel de escolarización, está cursando 3º ESO con importantes dificultades para acudir al centro escolar, aunque sin problemas referidos en cuanto al rendimiento estrictamente académico. No ha repetido ningún curso. Presenta una escasa red social, caracterizada por vínculos altamente fusionales. Como aficiones comenta que le gusta dibujar, ir a la gatoteca, y la música.

HISTORIA CLÍNICA

A nivel de antecedentes personales somáticos, la paciente no presenta alergias conocidas, enfermedades médicas de interés ni intervenciones quirúrgicas. La paciente describe un historial de molestias gastrointestinales frecuentes del que se descartó origen orgánico.

En cuanto a los tóxicos la menor presenta consumo puntual de alcohol en contexto social, sin llegar a la embriaguez. Ha iniciado hábito tabáquico durante el verano del año 2022, el cual mantiene en la actualidad con el consumo de 1 o 2 unidades al día. Niega el consumo de otros tóxicos.

En cuanto al recorrido en salud mental, la paciente inicia seguimiento con psiquiatría y psicología clínica a los 8 años de edad, en el año 2016, tras ser derivada por su médico de cabecera al verbalizar ideas de suicidio y ánimo bajo en contexto de separación de los progenitores por violencia de género. La menor realiza seguimiento durante un año con ambas especialidades y es dada de alta en el año 2017 con el diagnóstico F43.2 Trastorno de adaptación. Entre los años 2018 y verano del 2022 la menor realiza seguimiento por psicología en un Centro de Atención Psicoeducativa para mujeres y sus hijos víctimas de violencia de género (CAPSEM). Como mencionábamos previamente, la paciente retoma contacto con psiquiatría en el 2022, a los 14 años de edad por autolesiones, ideas pasivas de muerte y sintomatología ansiosa. Debido a la agudización del cuadro, escalada sintomatológica y dificultad de contención desde el centro de salud mental, es derivada al Hospital de día de adolescentes. En el parte de derivación al Hospital de día, la psiquiatra propone como diagnóstico actual de la paciente F98.9 Trastornos de conducta y emociones no especificados cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia.

En cuanto a los antecedentes familiares, no refieren antecedentes somáticos de interés. A nivel de salud mental, la madre de la paciente presenta seguimiento psicoterapéutico en el Centro de Atención

Psicoeducativa para mujeres y sus hijos, víctimas de violencia de género (CAPSEM) desde el momento del divorcio hasta la actualidad (2018-2023). A su vez, ésta ha precisado una baja laboral de un mes de duración por sintomatología ansiosa reactiva a la problemática familiar en el año 2022. Tanto la paciente como su madre desconocen antecedentes en la rama paterna.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

De cara a la entrada de la paciente en la unidad se han realizado diferentes sesiones de evaluación a nivel multidisciplinar (psicología, psiquiatría, enfermería y terapia ocupacional) y se ha hecho uso de diferentes herramientas clínicas que permiten una mayor comprensión del estado actual de la menor y favorecen el planteamiento de un plan individualizado de tratamiento ajustado. A continuación, vamos a detallar cada una de las mismas.

- **Entrevistas clínicas iniciales y exploración biográfica**

En las entrevistas clínicas mantenidas inicialmente con la paciente y la madre de ésta, hemos tenido como objetivo poder hacer un repaso por la biografía de la menor, entender la presentación actual del cuadro, poder valorar el nivel de gravedad sintomatológica y sufrimiento psíquico, conocer a la figura principal de referencia de la menor, explorar la hipótesis explicativa de ambas de lo que está ocurriendo a nivel familiar y valorar motivación hacia el tratamiento y la demanda.

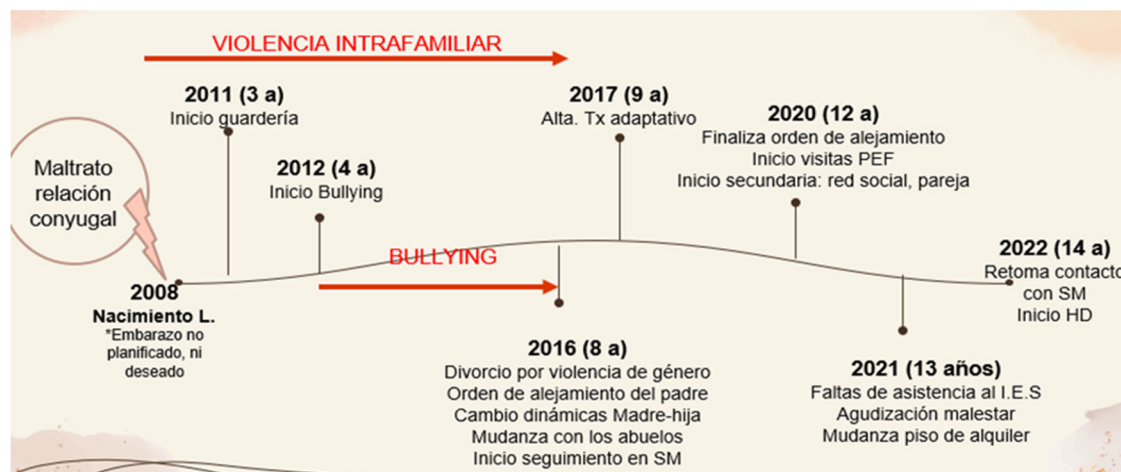
En cuanto al repaso biográfico, comenzaremos por la sesión realizada con la madre de manera individual, dedicada la exploración de los hitos del desarrollo:

La madre nos comenta que se trató de un embarazo no planificado ni deseado. A pesar de ello, fue un embarazo controlado y sin riesgo, con parto vaginal a término y sin complicaciones. El bebé pesó 3,140 kg y midió 49 cm al nacer. Lactancia materna mixta mantenida hasta los 6 años con finalidad de calmar en momentos de malestar. La paciente era buena comedora y no presentó dificultades en la transición a sólidos ni rechazó texturas. A nivel de temperamento la describe como un bebé con rabieta frecuentes que le costaba calmar, aunque el padre presentaba mayor facilidad en poder regularlas según comenta. En cuanto a la psicomotricidad no presentó problemas. Inició marcha deliberada a los 13 meses sin gateo previo. El control de esfínteres se consiguió a los 2 años sin retrocesos. No recuerda si la menor presentó angustia del octavo mes. En relación a esto nos comenta que no dejaban al bebé al cuidado de ningún familiar y/o amigos cercanos, por lo que el contacto inmersivo en lo social no lo presentó hasta la entrada a la guardería a los 3 años. En cuanto al desarrollo del lenguaje la paciente mostró intención comunicativa mediante gestos protodeclarativos y protoimperativos, previo a la adquisición de la palabra. Primeras palabras al año con buen desarrollo del lenguaje posterior, sin precisar logopeda. En cuanto al sueño, la madre expresa dificultades desde bebé para conciliar el sueño y con presentación de despertar precoz. Niega presencia de pesadillas, terrores nocturnos, y/o sonambulismo. En cuanto a la socialización la madre comenta que a la paciente le costó la separación y adaptación a la guardería a los 3 años, pero posteriormente se dio un ajuste adecuado y

socialización con un número reducido de pares. En cuanto a miedos o fobias evolutivas la menor ha presentado miedo a las avispas y a las moscas con repercusión conductual (negación de ir a la piscina o a comer en el exterior), las cuales están resueltas en la actualidad.

En cuanto a la exploración de los eventos importantes en la vida de la menor posteriores a esta etapa, hemos hecho uso del ejercicio de la línea de vida. Se trata de una herramienta clínica extremadamente útil para identificar y destacar momentos clave en la vida de las personas, a la vez que permite ubicarlos en el tiempo. Proporciona una síntesis de la trayectoria personal de cada uno sostenida en una representación gráfica. En el caso de L. hemos decidido realizar dos líneas de vida: una realizada por la paciente de manera individual en el domicilio que posteriormente trajo a sesión y otra elaborada por los profesionales a partir de los datos que fueron aportados por la paciente y la madre, y que mostraron ser relevantes para entender la trayectoria personal de la adolescente.

Comenzaremos planteado la línea de vida elaborada por los profesionales y posteriormente realizaremos el contraste con la que la paciente trajo a consulta:



Iniciaremos el recorrido de su trayectoria vital destacando la situación de maltrato expresada por la madre por parte de su ex pareja, previo al nacimiento de la menor, ya que nos parece un contexto de una enorme influencia en el posterior desarrollo de los acontecimientos. La madre nos comenta que el embarazo de L. no fue planificado ni deseado, pero a pesar de ello deciden tenerlo y es lo que motiva el inicio de la convivencia entre ambos.

Uno de los primeros eventos que identificamos como relevantes, es el inicio de la guardería por parte de L. a los 3 años con dificultades en la separación y la adaptación. A los 4 años la paciente nos comenta que se inicia una situación de bullying por parte de los compañeros hacia la misma, que se mantiene hasta los 8 años. "se reían de mi porque lloraba mucho y era muy sensible" "una vez me tiraron por las escaleras". Refiere que estas situaciones venían por parte de la que ella consideraba su mejor amiga. En sesión nos comenta que no entendía porque lo hacía, pero no lo consideraba como alarmante, y no necesitó cambiar la manera de relacionarse con la misma, ni el estatus de "mejor amiga" en su vida según comenta. Finalmente,

estas situaciones cesaron con el cambio de clase y el consecuente alejamiento por falta de proximidad física y temporal.

El siguiente hito autobiográfico importante ocurre en el 2016 a los 8 años de edad, cuando se produce el divorcio entre sus padres, tras la denuncia por violencia de género interpuesta por la madre. La madre de L. refiere que el desencadenante último de la separación fue revelar en un momento de discusión que estaba manteniendo una relación paralela. Comenta que esto agudizó las situaciones de violencia en el domicilio. Refiere que estas se daban tanto hacia ella, como de manera menos intensa hacia L. La madre nos comenta que esa época fue muy difícil para la menor, quién reaccionó enfadándose con ella y culpándola por haberla engañado a ella también. Sostiene que esa situación marcó la relación con su hija, ya que desde entonces intentó que ésta no se enfadara con ella, intensificó el tiempo compartido con la menor y no realizaba ninguna actividad de ocio sin la misma.

La madre nos comenta que inicia esta relación paralela cuando L. empieza la guardería. La describe como una relación de maltrato a su vez. Decide poner fin a la relación el mismo mes que se separa del padre de L., pero se da una situación de acoso de este hombre hacia ella durante los 4 años posteriores, por lo que interpone una denuncia y finalmente esta pareja tiene una orden de alejamiento hacia ella.

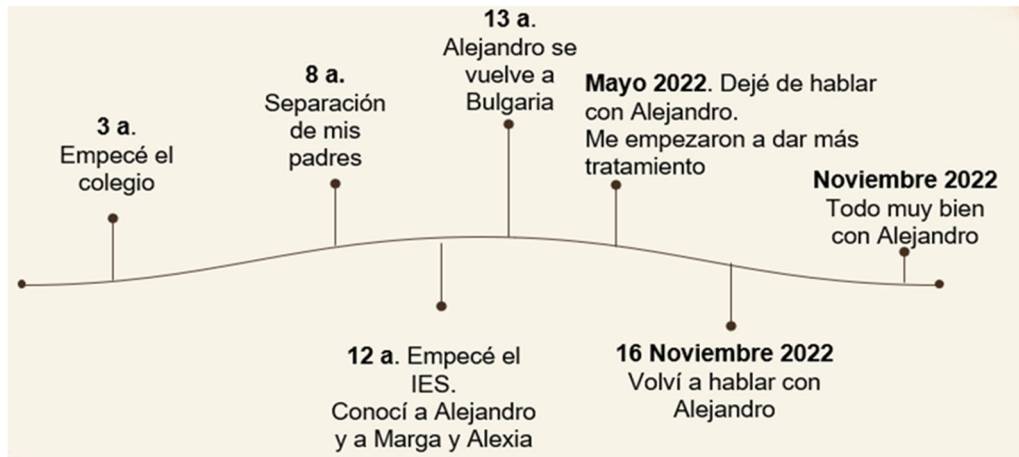
Tras la separación L. y su madre se trasladan a vivir con los abuelos maternos. L. vive a sus abuelos y su casa como un lugar seguro según lo descrito en sesión. Tras 5 años de convivencia con los mismos se trasladan en 2021 ambas a un piso de alquiler.

En 2016, el año de la separación, la menor inicia seguimiento en Salud Mental (SM) con psicología y psiquiatría, por sintomatología ansioso-depresiva, ideas de muerte en momento de mayor agudización y gestos autolesivos.

Tras la separación la madre tiene la guarda y custodia de la menor, manteniéndose la patria potestad para ambos padres. Al padre de L. se le interpone una orden de alejamiento de 4 años hacia ambas. Esta finaliza en 2020 sin ninguna acción del padre contra ellas. Actualmente L. ve a su padre en un punto de encuentro familiar (PEF) cada 15 días. Comenta que ahora disfruta parcialmente de esos encuentros, pero que al principio era una situación difícil, ya que éste se enfadaba con ella y triangulaba a la menor en contra de su madre. Comenta que su padre no sabe nada de sus problemas actuales y que no le gustaría que se enterara ya que es muy agresivo y violento.

En el año 2020 la paciente inicia la secundaria y se produce un traslado de centro escolar. L. refiere tener un buen recuerdo de esa época, ya que conoce a sus dos amigas actuales y a Alejandro con el que inicia una relación amorosa. Describe la relación con el mismo como altamente fusional, intensa, y dependiente, hecho que le agrada ya que cuadra con su idea de amor según refiere. Durante el año 2021 la paciente presenta numerosas faltas de asistencia al centro en relación a episodios de malestar. Esto afecta a la promoción gradual en las diferentes evaluaciones, pero es capaz de recuperar todas las asignaturas a final de año. A raíz del aumento del malestar que se produce en esta época, así como la pérdida de funcionalidad, la paciente retoma contacto con Salud Mental y se inicia el proceso de derivación al Hospital de Día.

A continuación, contrastaremos lo expuesto con la línea de vida que la paciente trae a consulta:



Nos parece muy llamativo lo planteado por la paciente por diferentes motivos. En primer lugar, el gran vacío de información en general, y de manera específica el que se observa entre los 3 y los 8 años, momento en el que se dan números eventos de gran impacto en la misma. Al plantearse a la menor, ésta nos contesta "no lo pongo porque todo era igual y se repetía: mi padre me pegaba y me hacía bullying en el colegio". A su vez nos parece muy sorprendente como todo lo que puede identificar como relevante en su vida está en relación con su vínculo con Alejandro, y a su vez la omisión que hace de su malestar, y de su proceso en Salud Mental. Creemos que se trata de un reflejo importante de la manera en la que L. se cuenta su historia, la cual representa una narrativa muy empobrecida, caracterizada por omisiones, negaciones y falta de integración de eventos de crucial importancia. Esta manera de contarse su historia tiene una relación de peso con el cuadro actual que trae a consulta y la manera de elaborar los retos del momento específico del ciclo vital.

La presentación inicial del cuadro que observamos al inicio del tratamiento en hospital de día se caracteriza por: bajo estado de ánimo y sintomatología ansiosa acompañada de labilidad emocional, con episodios de llanto frecuentes, y frustración ante estresores cotidianos principalmente en contexto relacional con los pares. La paciente refiere ser muy dependiente en las relaciones tanto las de amistad como las de pareja. En relación a esto se muestra muy demandante en los vínculos más cercanos (su madre, sus dos amigas del IES y Alejandro). En este contexto cuando vivencia que su demanda no es correspondida, se producen picos de ansiedad e ideas autolesivas acompañadas de cortes o arañazos, que ocasionalmente han producido visitas a urgencias sin necesidad de ingreso.

Durante la exploración observamos un cuadro similar de sintomatología ansioso depresiva y gestos autolesivos coincidente con el divorcio de sus padres, a los 8 años, el cual llegó a estabilizarse, pero se ha retomado y disparado de manera más compleja en la relación con iguales. Sostiene que, aunque los cortes aparecieron por primera vez a los 8-9 años, se han convertido de una adicción a partir del año 2021, coincidente con el establecimiento de relaciones más íntimas en el Instituto y la consecuente repercusión en el ánimo.

Presenta un autoconcepto frágil. Se define como muy sensible y con una importante tendencia al llanto, el cual siente que se dispara de manera casi automática según comenta. Presenta conductas evitativas en el contexto escolar. Sostiene no percibir la escolarización como un objetivo prioritario, ni le genera malestar la disincronía en cuanto a poder seguir las evaluaciones ordinarias. Durante el último año comenta haber pasado más tiempo fuera de clase o en enfermería los días que llegaba a acudir, realizando demandas frecuentes de que su madre viniera a recogerla, ante las cuales la madre respondía sin demora.

Durante la entrevista inicial con la madre nos comenta ver mejor a la paciente durante los últimos meses, correspondientes al periodo estival, y lo relaciona con que ésta no ha tenido contacto con su amigo Alejandro. Muestra importante preocupación de cara a septiembre, el reinicio del instituto y el volver a entrar en contacto con él.

En cuanto a la motivación inicial hacia el tratamiento y la demanda, la madre refiere que le gustaría que el tratamiento en HD le ayudara a L. para que pudiera estudiar y relacionarse con iguales de forma adecuada, controlar las autolesiones y mejorar su autoestima. A su vez nos demanda pautas para identificar cuando tiene una crisis y saber cómo abordarla, y ponerle límites. En cuanto a la paciente, inicialmente no hace crítica del cuadro actual ni le genera deseo de cambio. Sostiene que quiere recibir ayuda en cuanto a "seguir con ganas de vivir hasta que pueda resolver las cosas con Alejandro".

- **Genograma**

Planteamos la realización del genograma dentro de las sesiones de evaluación inicial con la finalidad de conocer las principales figuras que han configurado el contexto relacional temprano de la menor, la estructura familiar, así como observar patrones relacionales en el marco de estos vínculos.

L. es hija única. Ha convivido con ambas figuras parentales hasta los 8 años de edad, momento en el que se produce la separación entre ambos.

La madre tiene 40 años, es profesora de baile moderno y a su vez está estudiando la carrera de sociología en la actualidad. L. refiere una buena relación con ella, y la describe como su principal figura de apoyo de siempre, y como una persona dulce y sociable. Es interesante destacar el llamativo parecido físico entre ambas, optado las dos por un estilo de corte infantiloides y de apariencia naive. La relación entre ambas presenta tintes fusionales, con importantes dificultades por parte de la madre para poner límites durante el ejercicio parental, y mostrar desacuerdo con conductas de la menor, las cuales ocasionalmente la colocan en una situación de riesgo. Simetría de posición entre ambas dentro del núcleo familiar.

El padre tiene 59 años, es de origen paraguayo, y carece de estabilidad a nivel laboral, realizando actuaciones musicales de manera ocasional. L. le describe como una persona agresiva y explosiva. La relación entre ambos ha estado marcada por la violencia física y emocional ejercida por el padre hacia la menor hasta el momento de separación entre los padres. El padre desconoce el historial en salud mental de la paciente, ya que ésta tiene miedo de compartir sus vivencias personales. Nos comenta sentir que se desdobra en los momentos en los que visita al padre en el punto de encuentro familiar "Soy otra L." A pesar de ello tiene deseo de mantener la relación con él, y conecta emocionalmente con el historial biográfico del progenitor, provocándole una mayor comprensión de sus actos sin llegar a justificarlos.

En cuanto a la rama materna les describe como una familia unida, aunque con conflictos. Los abuelos viven ambos y han sido una base de estabilidad para la menor, ya que, tras la separación de sus padres, ella y la madre se trasladan al domicilio de los abuelos, pasando a convivir durante 5 años, hasta el año 2021. Refiere haberse sentido segura durante la convivencia con los mismos. Expresa que el conflicto viene principalmente entre su tío y su madre, llegando ambos a cortar la comunicación durante dos años. Nos comenta que el

conflicto era en relación a que su tío desaprobaba la relación entre su hermana y el padre de L. Actualmente han retomado contacto, pero refiere que no se trata de un vínculo estrecho.

En cuanto a la rama paterna, L. no llegó a conocer a los abuelos ya que esto fallecieron antes de que la misma naciera. Recientemente nos comenta que se han puesto en contacto con ella dos hermanastros por parte del padre, provenientes de relaciones previas, que viven en Paraguay de los que ni ella ni la madre tenían conocimiento. Desconocen otros datos de la rama paterna.

- **Pruebas psicométricas**

Con el objetivo de completar la evaluación y apoyar el juicio clínico en pruebas psicométricas de carácter más estandarizado, hemos optado por administrar a la paciente las siguientes pruebas:

- **Inventario clínico de Millon para adolescentes (MACI; Millon, 1993)**

El MACI es una prueba que ha sido diseñada para evaluar características de personalidad y síndromes clínicos en adolescentes de 13 a 19 años.

En cuanto a los prototipos de personalidad la paciente presenta una prominencia de un estilo de personalidad caracterizado por los rasgos pesimista (depresivo), sumiso (dependiente) y autopunitivo (autodestructivo).

En cuanto a los síndromes clínicos presenta puntuaciones altas en afecto depresivo y tendencia al suicidio.

Es importante señalar en cuanto a los índices de fiabilidad (transparencia, deseabilidad y alteración) que la paciente presenta una alta puntuación en alteración, que sería un intento de devolver una imagen de sí misma más perturbada de lo que realmente está. A pesar de ello el informe es válido.

- **Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA; Fernández-Pinto, 2015)**

A su vez hemos administrado el SENA, que es un instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años.

En cuanto a las escalas de control, la paciente destaca en inconsistencia (ha respondido a los items de forma inconsistente, sin prestar atención o al azar) e impresión negativa (devuelve una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable, negativa o distorsionada) por lo cual los resultados deben ser tenidos en cuenta con precaución.

Dentro de los índices globales, la paciente presenta una alta puntuación en el índice de problemas emocionales, en el índice de problemas contextuales (presenta un comportamiento disruptivo que provoca fricciones con su entorno) y en el índice global de problemas (amplio rango de problemas y un nivel de afectación y malestar importante).

Dentro de las escalas de problemas presenta una puntuación clínicamente significativa en casi todas las escalas de problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas y sintomatología postraumática. Por el contrario, dentro de los problemas exteriorizados solamente puntúa alto en la escala de problemas de atención.

Dentro de los problemas contextuales presenta altas puntuaciones en los problemas en el ámbito familiar y de la escuela.

Dentro de las escalas de vulnerabilidad presenta alta puntuación en la búsqueda de sensaciones. Se trata de un factor de riesgo asociado con la realización de conductas arriesgadas y peligrosas para la salud y seguridad de la persona.

En cuanto a las escalas de recursos personales que contribuyen a una mejor adaptación de la persona a su entorno, la paciente destaca en una autoestima adecuada, integración y conciencia social, así como conciencia de los problemas.

A su vez hemos aplicado la versión del SENA para un informador allegado a la madre. Se observa una concordancia entre ambas en cuanto a la visión de cuáles son los problemas que identifican como relevantes en el cuadro que la paciente actualmente presenta. Como únicas diferencias a destacar, es la capacidad de la madre de identificar cierto trasfondo de problema en el control de la ira, el cual la paciente no identifica como tal, así como el aislamiento dentro de las escalas de vulnerabilidad.

- **Formulación clínica del caso**

La obtención de los datos tras la realización de la evaluación desarrollada previamente, nos permite afirmar que se trata de una menor con unas bases altamente dañadas con las figuras de apego primarias: una relación con el padre marcada por la violencia física y emocional ejercida hacia la menor en un momento vital altamente vulnerable, unido a una madre que a pesar de suponer el elemento de constancia objetal, presenta dificultades en protegerla de ese daño durante muchos años, el cual finalmente se cierra mediante un proceso legal y las consecuencias que esto supone para una niña de 8 años. A su vez son reseñables las dificultades de la madre en poner límites de carácter protector hacia la menor, al vivirlos como un ejercicio de autoridad con el que no se identifica, e impresiona de querer sobrecompensar la figura excesivamente autoritaria del padre. A pesar de ello es importante destacar la presencia estable de la madre durante la crianza de la menor, así como el elemento de base segura que ejercen los abuelos maternos, los cuales han podido dar soporte y estructura en un momento de numerosos cambios. Es relevante señalar como esta base tan frágil ha supuesto un factor determinante en la menor a la hora de formar parte de relaciones de tipo complementariedad rígida (agresor-agredido) y/o altamente fusionales, y propensas a dinámicas violentas, y las consecuencias que todo esto implica en cuanto a la construcción de su identidad, realizando una definición de sí misma poco empoderada y al servicio de los demás.

OBJETIVOS Y PLAN DE TRATAMIENTO

En base a toda la información recogida, planteamos de manera conjunta con la paciente un plan individualizado de tratamiento y compromiso terapéutico uniendo las perspectivas tanto del equipo multidisciplinar como de la menor.

Inicialmente la paciente presenta dificultades a la hora de plantearse algún objetivo en el trabajo psicoterapéutico más allá de no volver a intentar hacerse daño.

En conjunto con la misma, y teniendo en cuenta las distintas áreas a abordar, planteamos los siguientes objetivos terapéuticos:

- Trabajar habilidades de regulación emocional y estrategias de manejo más adaptativas.
- Trabajar habilidades interpersonales y favorecer relaciones con iguales más diferenciadas.
- Trabajar relaciones intrafamiliares, el proceso de separación-individuación y el desarrollo de una narrativa familiar coherente, completa y dotada de significado.
- Trabajar hábitos de vida saludable (alimentación, sueño, capacidad física).
- Tras el planteamiento de los objetivos acordamos que la paciente acudiría cuatro días en semana en horario de tarde. En estos cuatro días, aparte de las sesiones individuales que mantendría con las diferentes especialidades de forma semanal, acudiría a los siguientes grupos:
 - Dos grupos de psicoterapia semanales dirigidos por psicología clínica y psiquiatría para abordar el área de la gestión emocional, las relaciones familiares y las relaciones con los pares.
 - Dos grupos dirigidos por enfermería para trabajar hábitos de vida saludable y estrategias de relajación.
 - Dos grupos dirigidos por terapia ocupacional para aprender a expresarse mediante vehículos diferentes a la palabra (arteterapia y ludoterapia).

Al ser un trabajo tan intensivo, habría un espacio reglado y reservado para el trabajo a nivel académico y de cara al fin de semana se realizaría una planificación supervisada de ocio saludable junto a enfermería y terapia ocupacional.

En cuanto al trabajo familiar, éste se abordaría los viernes en el grupo de padres y semanalmente de forma individual.

Con respecto al plan de tratamiento a nivel farmacológico se realiza inicialmente la siguiente propuesta, la cual es aceptada y tolerada por la paciente:

- Risperidona 1 mg: 1-0-1
- Fluoxetina 20mg/día: 1-0-0
- Lorazepam 1 mg si insomnio o ansiedad

EVOLUCIÓN EN HOSPITAL DE DÍA

La paciente ha mostrado una adherencia regular desde el inicio de HD en septiembre del 2022, lo cual ha permitido realizar un trabajo adecuado y desde una posición activa de la misma.

En primer lugar y ante lo alarmante de la situación hemos abordado de manera intensiva la importancia de poder acudir al centro escolar. En este sentido realizamos una coordinación con el instituto, donde la orientadora nos detalla el malestar emocional y social de la paciente en el IES, pero su alta capacidad en cuanto al rendimiento académico. A su vez nos comenta tener preparado el expediente de absentismo, pero no haberlo puesto en marcha ante las dudas de manejo del caso, el cual viven como desbordante. La paciente nos comenta que este tema es lo último que le preocupa actualmente, ya que además vive el acudir el centro como ponerse en peligro por el miedo de autolesionarse. Nos comenta que cuando no acude al IES se queda

en casa durmiendo o llorando. Se da una actitud altamente permisiva por parte de la madre en cuanto a esta área. Trabajamos con la misma un plan de acción ante la demanda de L. de quedarse en casa: si ésta plantea un malestar físico acudir al médico y si se da un malestar emocional valorar el nivel de gravedad y/o urgencia, y en ese sentido acudir al servicio de urgencias o poder aplazarlo hasta la tarde donde será trabajado en el HD. El objetivo es que no se dé la opción de permanecer en el domicilio, ya que el uso de esta estrategia de corte evitador tiene un alto impacto en su funcionalidad y la aleja de estar en contacto con sus iguales. Mediante este plan de acción se obtienen resultados graduales, llegando la paciente a acudir al instituto 5 días seguidos por primera vez en todo el año en el mes de noviembre, siendo esto el tiempo máximo conseguido en el último un año y medio. Posteriormente la conducta ha sido parcialmente errática, dejando de acudir en los momentos de mayor malestar y ante la falta de compromiso de la madre con el plan acordado. Es importante señalar que más allá de los momentos más agudos, la menor podía mantenerse en las clases por periodos de 3 días consecutivos, lo cual supone un importante logro frente al basal presentado.

A su vez se ha abordado el aspecto identitario, altamente dañado en esta adolescente. La paciente inicialmente planteaba la siguiente definición de sí misma: "Tengo el cuerpo lleno de cicatrices y siempre estoy llorando, pero no tengo problema con eso; se me da bien amar y ser muy servicial y amable. Se me da mal controlarme en situaciones o sentimientos amargos". El objetivo ha sido ir cuestionando cada uno de estos aspectos, e ir introduciendo una versión menos reduccionista y dañina con respecto a su autoconcepto. Esta área se ha trabajado a nivel operativo mediante habilidades de regulación emocional y habilidades interpersonales.

En cuanto a la gestión emocional trabajamos con la paciente principalmente en el área de poder identificar y expresar las emociones, y de manera más específica el desacuerdo y el enfado, el cual se convertía en una rabia internalizada mediante somatizaciones (como dolores de estómago, ganas de vomitar) y mediante las autolesiones como elemento regulador. Se han obtenido resultados medios en este sentido, aunque las autolesiones han dejado de ser el elemento regulador principal, pudiendo hacer uso de otras estrategias más adaptativas como compartirlo en el HD.

En cuanto a lo interpersonal se ha trabajado en el tipo de relaciones que establece caracterizadas por una entrega incondicional y la consecuencia de llegar a ponerse en situaciones de riesgo (ej: uso inapropiado de las redes sociales). Como resultados se observa una actitud más cuestionadora y crítica en las dinámicas relacionales con iguales, aunque siguen permaneciendo las dificultades en poder expresarlo, esperando recobrar la calma mediante señales externas proporcionadas por el otro.

Así mismo se han observado cambios en cuanto al peso que colocaba inicialmente en su aspecto físico, acudiendo al centro con una indumentaria caracterizada por una combinación de características infantiles, aunque con tintes eróticos y/o sexualizados, mascarilla infantil de Hello Kitty y maquillaje extravagante, hecho que a día de hoy ha conseguido regular.

A nivel grupal inicialmente se mostraba callada, ante la pregunta directa de algún terapeuta realizaba comentarios del tipo "yo no tengo opinión, opino lo mismo que las personas a las que quiero". Actualmente toma la iniciativa de manera espontánea y puede mostrar ideas discrepantes con respecto a sus compañeras. Ha entablado buena relación con las mismas, estando actualmente bien integrada.

Otra parte importante del trabajo en HD se realiza a nivel familiar. En este sentido se ha trabajado con la madre principalmente en el restablecimiento de los límites jerárquicos, ya que ambas se colocaban en una posición de simetría, y en la capacidad de poner límites por parte de la misma, la cual era interferida por el miedo a que L. se enfadara con ella. El enfado de L. lo vivía como insoportable, adoptando una actitud complaciente y poco protectora con la misma. A su vez hemos trabajado en la disminución de sus estrategias evitadoras del conflicto y que el conflicto se pueda dar de manera controlada y gradual en casa, pudiendo mostrar desacuerdo con conductas de L. y expresarlo, comprobando que no se produce una ruptura del vínculo y actuando como modelo para la menor. Así mismo se ha abordado la necesidad de la madre de responder de manera urgente ante cualquier demanda de L., pudiendo aumentar su tolerancia a la frustración. El objetivo último que nos planteamos, es que la madre pueda transmitirle a la paciente otros modelos de relación. En este ámbito hay mayores dificultades, ya que la madre se identifica con la posición de la paciente en las relaciones. En este contexto verbaliza que esta forma de relacionarse de L. puede hacer que acabe en una relación de desigualdad, maltrato y abuso, pero no hay un insight ni sintonía emocional ante la gravedad de lo planteado.

Los resultados obtenidos hasta el momento nos parecen congruentes con el tiempo de tratamiento en HD y el nivel de gravedad inicial de la paciente.

Planteamos como objetivos a medio y largo plazo el poder trabajar en la creencia rígida e idealizada del amor romántico en las relaciones y el riesgo consecuente del establecimiento de relaciones de maltrato y desigualdad, la perpetuación de las dinámicas transgeneracionales, y el poder elaborar una narrativa completa, coherente y dotada de significado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Consideramos que el caso de L. constituye una representación ajustada de como una sintomatología aparentemente de corte externalizante caracterizada por autolesiones, ideación autolítica, y una demanda sustancial en los vínculos cercanos, encubren un sufrimiento de tipo más depresivo. Las características mencionadas más arriba, así como lo detallado de su historia clínica, podría encuadrarse dentro de una estructura de tipo borderline o límite en evolución, pero es reseñable destacar que, en el curso de la terapia, al poder disminuir la parte más aguda del cuadro dentro de un contexto de sostén, se puede observar un enorme sentimiento de tristeza, rabia e inseguridad en los vínculos. A pesar de la manifestación más superficial, a lo largo del trabajo con la menor, nos ha sido posible detectar un fondo de corte depresivo de larga data, recibiendo especial mención el retraimiento social y académico que la menor presenta como síntoma más refractario al tratamiento. Así mismo nos parece importante mencionar que cada sujeto "hace síntomas desde donde puede y desde donde le atienden", y en este sentido nos parece fundamental señalar el trabajo con la familia, y contextualizar los síntomas de la menor dentro de las dinámicas familiares "permitidas". Trabajar en el vínculo padre/madre-hijo/a y las dinámicas y patrones relacionales establecidos, suponen la piedra angular en el trabajo con niños y adolescentes. La relativa plasticidad del apego infantil, y su sensibilidad a las intervenciones centradas en el vínculo, constituyen una razón más para desarrollar este

tipo de trabajo terapéutico con los padres. El objetivo sería plantear un abordaje que busque cambiar las relaciones padres-hijos desde dentro. Esto implica un trabajo centrado en las imágenes que los cuidadores tienen del niño y de sí mismos, el sentido que dan a su experiencia de ser padres, o el efecto de sus daños relacionales sobre la relación actual con sus hijos (Pitillas, 2021). La capacidad de los padres de reconocer sus traumas tempranos (en el caso de que los haya) y comprender cómo estos influyen sobre su experiencia de parentalidad, así como de reconocer los estados subjetivos de sus niños, constituye una clave que diferencia los caminos evolutivos saludables de los patológicos, partiendo de condiciones de riesgo (Berthelot et al, 2015; Fonagy et al., 1991). Una de las líneas comunes de intervención centrada en el vínculo consiste en el robustecimiento de la mentalización parental (Pitillas, 2021). La investigación apunta que cuando los padres traumatizados son capaces de mantener una actitud mentalizadora más o menos robusta, el efecto de los riesgos sobre la crianza se ve muy reducido (Pitillas, 2021).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. G. (2012). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Karnac Books
- Avilés, J. M., y Monjas, M. I. (2008). Estudio de la incidencia de la intimidación y el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria mediante el cuestionario CIMEI (Avilés, 1999), cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales. *Anales de Psicología*, 21(1), 27-41.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., y Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212
- Calvo, E. (2020). Adolescencia (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas psicoanalíticas* 65, 1-32.
- Cabral, B. E., & García, C. T. (2001). Deshaciendo el Nudo del Género y la Violencia. *Otras Miradas*, 1(1), 60-76.
- Delgado, C. (2015). *Acciones para el tratamiento de la personalidad en la adolescencia (ATRAPA)*. Madrid, España: Cibersam
- Erikson, E. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Ed. Taurus.
- Fine-Davis, M., y Faas, D. (2014). Equality and Diversity in the Classroom: A Comparison of Students' and Teachers' Attitudes in Six European Countries. *Social Indicators Research*, 119(3), 1319-1334. doi 10.1007/s11205-013-0547-9
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991a). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991b). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fundación Mujeres (2009). *Talleres de prevención de violencia de género*. I Foro Internacional Juventud y Violencia de Género. Madrid: INJUVE.
- Gázquez, J.J., Cangas, A., Pérez, M.C., y Lucas, F. (2009). Teachers' perception of school violence in a sample from three european countries. *European Journal of Psychology of Education*, 24(1), 49-59.
- González, M. A. (2011). Mujeres y violencia transgeneracional: mitos y creencias que naturalizan el maltrato en los sistemas familiares. *Revista perspectivas*, 22, 119-137.
- Iturrieta, S. (2001). *Conflictos familiares ¿cómo resolverlos?* Centro de educación a Distancia. Universidad Católica del Norte. Chile.
- Jeammet, P. (octubre de 1994). La identidad y sus trastornos en la adolescencia. Conferencia llevada a cabo en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), Toledo, España.
- Jeammet, P. (noviembre de 2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad*. *Psicopatología de la violencia en el niño y en el adolescente*. Conferencia llevada a cabo en el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, Granada, España.
- Kehl, M. R. (2009). O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo.
- Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017). Adolescence. En V. Ligiardi y N. McWilliams, (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2* (pp. 263-373). The Guilford Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E. y Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 637-648.
- Minuchin, S. (1967). *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. Basic Books
- Monteiro, R., Gomes T., Da Luz, L., y Medeiros, M. (2012). Reflexiones sobre la adolescencia y las funciones parentales en la realidad contemporánea. *Aperturas psicoanalíticas*, 41, <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000749&a=Reflexiones-sobre-la-adolescencia-y-las-funciones-parentales-en-la-realidad-contemporanea>
- Moreno-Marimón, M., González, A. y Ros, M. (2007). Enamoramiento y violencia contra las mujeres En Victoria A. Ferrer y Esperanza Bosh (Eds.), *Los feminismos como herramienta de cambio social (II): De la violencia contra las mujeres a la construcción del pensamiento feminista* (pp. 21-34). Palma de Mallorca: UIB.
- Ortega, R., y Mora Merchán, J. A. (2008). Las redes de iguales y el fenómeno del acoso escolar: Explorando el esquema dominio-sumisión. *Infancia y Aprendizaje*, 31(4), 515-528.
- Palma, I. (2007). *Caracterización Teórico Metodológica de las Intervenciones Grupales con Mujeres Víctimas de Violencia en la Pareja*. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

- Pedreira, P., Cuesta, B., y Bonet, C. (2011). Acoso escolar. *Pediatría Atención Primaria*, 13(52), 661-670
- Pitillas, C. (2021). *El daño que se hereda: Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma*. Bilbao, España: Descleé de Brower
- Rother Hornstein, M. C. (2006). Entre desencantos, apremios e ilusiones: barajar y dar de nuevo. In M. C. Rother Hornstein (Org), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. (pp. 117-135). Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz Repullo, C. (2009). *Abre los ojos. El amor no es ciego*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería por la Igualdad y Bienestar Social. Disponible en: [Abre los ojos \(juntadeandalucia.es\)](http://Abre los ojos (juntadeandalucia.es))
- Schechter, D. S., Meyers, M. M., Brunelli, S. A., Coates, S. W., Zeanah, Jr, C. H., Davies, M., ... y Liebowitz, M. R. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 429-447.
- Schultze-Krumbholz, A., Göbel, K., Scheithauer, H., Brighi, A., Guarini, A., Tsorbatzoudis, H., Barkoukis, V., Pyzalski, J., Plichta, P., Der Rey, R., Casas, J. A., Thompson, F., y Smith, P. (2015). A comparison of classification approaches for cyberbullying and traditional bullying using data from six European countries. *Journal of School Violence*, 14(1), 47-65. doi: 10.1080/15388220.2014.961067
- Sharp, C. (2014). The Social-Cognitive Basis of BPD: A Theory of Hypermentalizing. En Sharp, C. y Tackett, J. L. (Eds.) *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp.211-225). Springer.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. New York: Routledge

La Piedad, de Eduardo Casanova: una mirada desde la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud.

La Piedad, by Eduardo Casanova: a perspective from Psychosomatic Medicine and Health Psychology.

José Patricio Andreu

Psicólogo. Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud

Resumen

La atención sanitaria y la práctica clínica requieren de una mirada holística que entienda a la persona en su totalidad, resultado de la interacción de las dimensiones biológica, psicológica y social. La Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud se posicionan como una forma de mirar adecuada, que no se basa en el dualismo mente-cuerpo y se aleja de reduccionismos. La angustia psíquica, inevitablemente, encuentra su expresión en el cuerpo. El aparato psíquico la desplaza en forma de somatización siempre que se vea obligada al silencio y la invisibilidad. El cine se posiciona, pues, como un medio realmente útil para dar visibilidad a aquello que demasiadas veces permanece oculto o pertenece al tabú. Películas como *La Piedad* (Casanova, 2022) pueden ser, además, un recurso muy útil para quienes se dedican a la práctica clínica. En este trabajo se analiza *La Piedad* (Casanova, 2022) desde la mirada de la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud, centrándose especialmente en la figura de Mateo, uno de los protagonistas, sin entrar a valorar en profundidad otros personajes o cuestiones que podrían ser igualmente relevantes, como los Trastornos de Personalidad, abriendo la posibilidad a que puedan ser estudiados en futuros trabajos.

Palabras clave: Medicina Psicosomática, Psicología de la Salud, Trauma relacional, Estrés, Alexitimia.

Abstract

Health care and clinical practice require a holistic view that understands the person as a whole, the result of the interaction of biological, psychological and social dimensions. Psychosomatic Medicine and Health Psychology are positioned as an appropriate perspective, which is not based on mind-body dualism and

moves away from reductionism. Psychic anguish inevitably finds its expression in the body. The psyche displaces it in the form of somatization whenever it is forced into silence and invisibility. Cinema is therefore positioned as a really useful medium to give visibility to what too often remains hidden or taboo. Films such as *La Piedad* (Casanova, 2022) can also be a very useful resource for those involved in clinical practice. This paper analyzes *La Piedad* (Casanova, 2022) from the perspective of Psychosomatic Medicine and Health Psychology, focusing especially on the figure of Mateo, one of the protagonists, without delving into an in-depth assessment of other characters or issues that could be equally relevant, such as Personality Disorders, thus opening the possibility of being studied in future works.

Keywords: Psychosomatic Medicine, Health Psychology, Relational Trauma, Stress, Alexithymia.

LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA, ACTITUD CLÍNICA y CAMBIO DE MIRADA

Para Damasio (1996), las ideas de Descartes constituyen una línea de referencia desde la que poner en evidencia el errado dualismo cartesiano en la práctica clínica, a partir del conocimiento actual de la neurología y la neurofisiología. La separación de la mente y el cuerpo en el ser humano no puede ser más que una separación administrativa, poco práctica. Para este autor, las emociones son una parte indisoluble del razonamiento lógico y no podrían existir sin la mediación del cuerpo y los procesos fisiológicos que en él se desarrollan.

Profundizando en el razonamiento anterior y haciendo alusión a algunos casos clínicos en los que una lesión en el cerebro ha producido alteraciones emocionales en la persona que la ha padecido, el mismo Damasio (1996) hace referencia a que la separación entre razón y emoción, presentada en la tradición clásica, estaría señalando en realidad la existencia de un *cerebro herido*.

Si en la experiencia humana no pueden separarse lo psicológico de lo corporal, parece ser que lo correcto en la práctica clínica debería ser adoptar una forma de mirar a la persona que la comprenda en su totalidad, atendiendo conjuntamente a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de manera interdependiente, tal y como lo hace la Medicina Psicosomática.

La investigación apunta a que esta perspectiva psicosomática podría contribuir de forma considerable en los resultados positivos en la práctica clínica, a través de un abordaje holístico que tenga en cuenta la individualidad y los aspectos psicosociales específicos de cada persona (Berrocal-Montiel et al., 2016). En síntesis, se trataría de poner, al menos, la misma atención en conocer a la persona que en saber cuál es su enfermedad.

A pesar de que la Medicina Psicosomática podría parecer una entidad relativamente reciente, Ackerknecht (2004) hace alusión a unos orígenes mucho más antiguos, en cuanto a considerar la psicogénesis en la etiología y el desarrollo de la enfermedad, invitando, por lo tanto, a llevar a cabo intervenciones psioterapéuticas como tratamiento, ya desde la cultura clásica griega en el mundo occidental.

Paralelamente a la evolución de la medicina, Ackerknecht (2004) describe como, desde las culturas primitivas que entendían la enfermedad como una alteración causada por fuerzas sobrenaturales,

surgieron formas de ver la salud y la enfermedad no dualistas y, en sus inicios, eminentemente somáticas. Desde Hipócrates, que recomendaba los buenos sentimientos, la confianza y la alegría para combatir las contracciones del corazón, hasta las pasiones de Galeno, o el trato amable y comprensivo de Asclepiades (Yapíjakis, 2009), padre de la psicoterapia según von Feuchtersleben (1845, como se citó en Ackerknecht, 2004), la medicina se desarrolló paralelamente a la filosofía, la *higiene del alma* de Pitágoras o *las buenas palabras* recomendadas por Platón.

Razes, Avicena o Maimónides, desarrollaron en la Edad Media lo heredado de los griegos y mantuvieron el reconocimiento e importancia de las emociones, proponiendo originales tratamientos que incluían desde el juego lúdico, pasando por relatos divertidos, hasta el uso de la música (Ackerknecht, 2004).

Uno de los médicos más importantes del Medievo, Arnau de Vilanova (1240-1311) destacaba la necesidad de hacer frente a las pasiones perniciosas mediante otras pasiones. Este periodo, en el que la medicina todavía recibía una gran influencia de la religión, daría paso al Renacimiento, momento histórico en el que la imaginación sería empleada por ilustres médicos como Paracelso, en lo que más tarde pasaría a conocerse como sugestión, un recurso que podría producir o curar enfermedades (Ackerknecht, 2004).

Los siglos XVII y XVIII se caracterizarían por la proliferación de teorías pseudopsicogénicas, que llegarían a proponer causas emocionales para la peste o el escorbuto, así como recursos emocionales para superarlas (Ackerknecht, 2004).

Entrado el siglo XIX, eminentes médicos de Francia, Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos, contribuirían al progreso de la ciencia y al conocimiento del organismo y las causas de su enfermedad. En este contexto, se iniciarían las teorías que apuntaban hacia el Sistema Nervioso Vegetativo como el nexo necesario entre el cuerpo y la mente, un enlace mediante el cual sería posible la influencia mutua. También en este marco, Johann Christian August Heinroth (1773-1843) (Margetts, 1950, como se citó en Ackerknecht, 2004) acuñaría por primera vez el término psicósomático.

En el siglo XX se produciría un incremento del interés por la Medicina Psicosomática desde los primeros psicoanalistas y, en especial, a partir de la Primera Guerra Mundial, aunque no solo desde los postulados del Psicoanálisis se mostró una inclinación especial por lo psicósomático. Otras destacadas personalidades en la historia de la Psicología, como los fisiólogos Pavlov o Selye, se interesaron también por hallazgos relacionados (Ackerknecht, 2004).

Otro conflicto bélico, en este caso la Segunda Guerra Mundial, produciría una huida masiva de psicoanalistas hacia los Estados Unidos, que constituirían el caldo de cultivo propicio para la proliferación de aportaciones psicósomáticas como la *experiencia emocional correctora* de Franz Alexander (Alexander et al., 1980). No obstante, también aparecerían nuevas contribuciones que no necesariamente procederían de influencias freudianas o neofreudianas en los Estados Unidos. Entre ellas se encontrarían las de Wolff (1953) o Schultz (1969), por citar solo algunas.

En España, destaca la figura de Juan Rof Carballo (1905-1994) quien, en su amplia obra, desarrolla, entre otros, el concepto de *urdimbre afectiva* como un conjunto de influencias entre el ser humano y su entorno, a través de las cuales puede llegar a desarrollar su psiquismo, completando las estructuras de

adaptación que, desde su nacimiento, se encuentran incompletas (Rof-Carballo, 1962). A conclusiones similares llegaría su contemporáneo, el inglés John Bowlby (1907-1990), en su *Teoría del Apego*, para quien cualquier alteración en la capacidad de vinculación afectiva podría relacionarse con trastornos mentales posteriores (Bowlby, 2014).

Otro ilustre español, Luis Cencillo de Pineda (1923-2008) defendería que la terapia requiere de *particularidades individualizadas*, recordando que *no hay enfermedades sino enfermos* (Cencillo, 1993, pág. 284-287), personas que, en el alivio del dolor y el sufrimiento, precisan indefectiblemente de una curación emocional (Servan-Scheiber, 2016).

La necesidad imperiosa de un cambio de mirada, que tuviera en cuenta que los aspectos biomédicos y los psicosociales son inseparables y deben ser tomados en consideración de igual forma en la práctica sanitaria, impulsó en 1978 la creación de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Algunos de los postulados de este paradigma hacen alusión a la salud y la enfermedad como circunstancias precipitadas por factores bio-psico-sociales, inseparables entre ellos, donde cualquier suceso con influencia en uno de los niveles repercute en el resto, por lo que ninguno es significativamente inferior a los demás en la prevención y el tratamiento. Esto requiere de una visión holística de la persona, que tome en consideración las manifestaciones de lo invisible, incluyendo la relación y el vínculo con su terapeuta, familia y entorno social, como factores determinantes e insustituibles.

Las necesidades afectivas silenciadas abocan a quien las padece a estados de indefensión aprendida y retraumatización (Schippert et al., 2021), que mantienen a la persona en un estado de estrés constante, sostenido y somatizado en forma de manifestación de lo invisible, a la espera de poder ser vista en su totalidad, de contar su historia, de poder expresarse sin censura. La labor de quienes ejercen la práctica sanitaria consistirá en favorecerlo.

Por la condición de seres sociales e inseparables del entorno, la cultura, la sociedad y el momento histórico influyen en el cambio de paradigma, y sirven para sentar las bases que derriben viejos tabús. En este sentido, a través del arte, como forma de expresión, se puede favorecer el procesamiento y la integración de la experiencia, hacer patente el sufrimiento y, de la misma manera, colaborar en la lucha contra el tabú y el silencio, aportando visibilidad (Giraldo-Lopera y Toro-Tamayo, 2018).

VISIBILIDAD Y REFLEXIÓN A TRAVÉS DEL CINE

El séptimo arte puede ser un recurso óptimo a partir del cual analizar situaciones críticas en la práctica sanitaria, favoreciendo la reflexión de las personas encargadas del acompañamiento, tal y como puso de manifiesto la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universidad Pompeu Fabra, cuando introdujo como actividad un ejercicio de reflexión a partir de la visualización de películas o series de televisión a elección del alumnado para la adquisición de competencias transversales (Valero-Marcet y Pérez-Sánchez, 2018).

Para Pérez-Sánchez (2022) las disciplinas artísticas, y muy concretamente el cine, favorecen el aprendizaje y el pensamiento crítico, por lo que distintas instituciones, como la Universidad de Cádiz o el Instituto de Secundaria Obligatoria Gabriel Cisneros, han implementado programas relacionados con la salud a través de la cinematografía.

En la misma línea que lo anteriormente citado, Moratal (2007) alude al buen hacer de profesionales del guión y la dirección con la capacidad para dejar patente, en todo momento, que la enfermedad no es la protagonista del film, convirtiéndola únicamente en un factor emergente más, dentro de un contexto característico y único, por lo que favorecen una mirada integradora y humanista de la que dejarse imbuir en la práctica clínica.

Concreta Bayés (2012) que el cine nunca se ha interesado por la enfermedad, sino más bien por la persona enferma, aportando la mirada holística de quienes se dedican al arte, en contraposición a la visión fragmentada que, generalmente, se recibe en las Universidades de Ciencias de la Salud, añadiendo que, si bien no puede sustituir a la experiencia clínica, siempre puede completarla y engrandecerla. Del texto de Bayés (2012) se desprende que, cualquier problema o acontecimiento médico que aparezca en una película, puede ser visto en interacción con los aspectos psicosociales que lo rodean, integrando el sufrimiento existencial y los momentos de felicidad que acompañan a cada ser humano.

Sus características propias permiten, gracias al cine, llevar a cabo todo un estudio de la ética en las profesiones sanitarias y en la investigación, práctica y desarrollo de las mismas, a partir de la reflexión sobre una película concreta. Así lo ponen de manifiesto, por ejemplo, trabajos como los de Lozano-Sánchez y Areitio-Aurtena Bolumburu (2008), respecto a la película *El fugitivo* de Andrew Davis o, más recientemente, Rodríguez-Orozco (2022), a partir de *La forma del agua* de Guillermo del Toro, invitando al pensamiento crítico respecto a la humanización o deshumanización de la práctica clínica. Del mismo modo, García-García (2011), incluye en su obra varios análisis, entre los que se encuentra la película *Taxi driver*, de Martin Scorsese, señalando los puntos de encuentro y confluencia entre la Psicología y el cine. En el mismo libro, se destaca el potencial de los medios de comunicación para influir en la opinión pública, por lo que Haas (1995, como se citó en García-García, 2011) se refiere al cine como una forma de comunicación que va más allá del mero entretenimiento para lograr moldear el *espíritu de los tiempos*.

De la inspiración proporcionada por fuentes como las arriba citadas surgen los objetivos del presente trabajo, que pretende analizar aquellos aspectos relacionados con la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud, con su particular forma de ver a la persona, en la película *La Piedad* (Casanova, 2022), poniendo de relieve que una obra cinematográfica puede ser un excelente recurso para entrenar la mirada en la práctica clínica.

La elección del film ha estado determinada por varias circunstancias. Entre ellas, se destaca que es una producción española y cercana, por lo tanto, al contexto cultural desde el que se desarrolla este trabajo, de estreno reciente, lo que supone un cercamiento temporal al momento del análisis y, en gran medida, controvertida, lo que podría estar poniendo de manifiesto la existencia y perpetuación de los tabús en contraposición al paradigma que, desde la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud, se entendería ideal, huyendo del silenciamiento al hacer visible y legitimar el sufrimiento que se deriva de toda experiencia traumática.

MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA PIEDAD

Con una duración de 85 minutos, la película *La Piedad* (Casanova, 2022), escrita y dirigida por Eduardo Casanova (Madrid, 24 de marzo de 1991), se estrenaba recibiendo desde entonces diversas nominaciones y premios.

Entre los galardones y reconocimientos, en el momento de llevar a cabo el presente trabajo, el film cuenta en su haber con las nominaciones de los 37º Premios Goya (2023) a la mejor dirección artística (Melanie Anton Def), mejor diseño de vestuario (Suevia Sampelayo Vázquez) y mejor maquillaje y peluquería (Saray Rodríguez, Óscar del Monte y Raquel González), así como una nominación en el 55º Festival Internacional de Cinema de Catalunya-Sitges (2022) a la mejor película, además de ser la ganadora de la Sección Próxima, Premio Especial del Jurado, del 56º Festival de Karlovy Vary (2022) y del Feroz Arrebato de ficción (Premio Especial) en los Premios Feroz (2023).

En esta obra compleja, calificada de *horror maternal* en Fotogramas (Borrull, 2023), se recrea el drama de Libertad (Ángela Molina) y Mateo (Manel Lluell), madre e hijo en una dolorosa relación de dependencia, que aparece comparada en el film con el régimen político de la República Popular Democrática de Corea del Norte en lo que parece un guiño, intencional o no, a los trabajos de Herman (1992), que encontraba similitudes entre las consecuencias de la exposición prolongada al maltrato en el ámbito doméstico con las que se derivan de las formas de opresión y violencia ejercidas desde la esfera pública o política. Para Borrull (2023), este sufrimiento, la angustia y la explotación, se entienden únicamente cuando se sienten cerca, *cuando la sangre nos salpica* y, en su opinión, esa es la labor del cine, aunque se vea en la necesidad de hacerlo provocando desagrado, o *arcadas* citando textualmente.

La asfixiante relación de quienes protagonizan el film se torna más claustrofóbica para el público cuando a Mateo le diagnostican un proceso canceroso, concretamente un glioblastoma, un acontecimiento que espolea con fuerza al joven tanto como a su madre, alentando a una lucha interna entre la idea de separarse y la de mantener a cualquier precio su relación de dependencia. La tensión de esta dicotomía pone de manifiesto el sufrimiento que ambas opciones les producen, permitiendo una mirada desde diferentes aspectos vinculados estrechamente con la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud.

El estrés y su influencia en la salud y la enfermedad

El estrés forma parte y es inseparable de la vida. Con el objetivo de mantener vivo al organismo los fenómenos de auto-regulación se ponen en funcionamiento para conservarlo en relativa constancia frente a las amenazas que puedan producirse, dentro de unos límites. Levine (2022) señala el aspecto positivo de una activación, la reacción al estrés, que llena de energía al organismo para superar los retos que se le presenten, así como la enorme satisfacción que se produce al completar con éxito un ciclo de esta excitación.

A pesar de lo anterior, se sabe que el estrés también puede ser perjudicial y se han documentado relaciones entre esta forma de auto-regulación y la existencia de enfermedad, por lo que en relación con sus consecuencias ha sido diferenciado en eustrés y distrés (de Camargo, 2004).

Selye (1946) trataría de aportar luz sobre el funcionamiento del mecanismo de estrés describiendo el proceso a partir de lo que denominó el *Síndrome General de Adaptación*, diferenciándolo en tres fases distintas: alarma, resistencia y desgaste. En la primera fase (de alarma), el organismo pone en marcha diferentes mecanismos de lucha o huida para enfrentarse o evitar el peligro, en la segunda fase (de resistencia) se produce una adaptación gracias a la energía que se moviliza, pero, en una tercera fase (de desgaste), si el factor estresante se mantiene por demasiado tiempo o su intensidad supera la capacidad de la persona para hacerle frente, se producirá un agotamiento de los recursos.

Atendiendo a lo propuesto por Selye (1946), los síntomas pueden entenderse como la expresión adaptativa del organismo en respuesta a lo que le estresa. Para este médico austrohúngaro, el estrés crónico deja una especie de cicatriz en el organismo, que se ve obligado a pagar un precio por sobrevivir. Al tratar de acomodarse, resultará irremediabilmente dañado si, además de sufrir un estrés mantenido, su intensidad aumenta paulatinamente, para lo que puede valer el símil de la rana que no huye de un caldero con agua, al que se le va aumentando la temperatura de forma gradual e imperceptible para el anfibio, hasta acabar cocida (Clerc, 2008).

Además de la perspectiva de Selye (1946), que se basa fundamentalmente en la respuesta, otras aproximaciones teóricas han desarrollado modelos dirigiendo su atención hacia el estímulo, entendido como aquella variación en el ambiente que puede alterar el funcionamiento del organismo. Otros planteamientos, más concentrados en el proceso, no entienden el organismo como un sujeto pasivo, por lo que, para ellos, el estrés sería el resultado de la interacción con el entorno y de las relaciones concretas que se establecen (Moreno-Sánchez, 2007).

De Camargo (2004) describe sucintamente la respuesta primera del organismo desde el Sistema Nervioso y seguidamente desde el Sistema Endocrino. Su descripción de la fase de alarma (*shock*) se refleja a la perfección en el largometraje que ocupa estas líneas, especialmente en aquellos momentos que Mateo aparece paralizado, poniéndose de manifiesto la hiper-excitación del tallo cerebral o troncoencéfalo.

Desde el principio del film, se suceden escenas donde el personaje protagonista, que parece encontrarse constantemente alarmado, percibe de forma especialmente aguda y detallada, evidenciando un cambio de consciencia que, presumiblemente, vendría dado por la activación cortical derivada de la estimulación de la amígdala. La participación de los pares craneales V y VII se entienda perfectamente reflejada, también, en las manifestaciones faciales del personaje que complementan la paralización y el congelamiento inicial, características del *estado de shock*.

Durante todo el largometraje, es muy característico el rostro casi petrificado de Mateo, que se muestra como si se encontrara en un estado de congelamiento perpetuo. No obstante, los signos visibles de paralización se exacerbaban en escenas como el momento en el que se encuentra frente al cartel de salida del hospital, paralizado por la idea de cruzar la puerta y alejarse de su madre, o cuando ella intencionadamente lo lesiona aprovechando que le corta las uñas, sin que él sea capaz de hacer nada más que permanecer bloqueado viendo cómo se va a producir la agresión.

Los acontecimientos y respuestas, que se acaban cronificando, terminan por confirmar que los personajes llevan años tratando de sobreponerse a las amenazas o de adaptarse a ellas. Tal y como se aprecia en la historia, estas no aparecen únicamente como sucesos puntuales y de gran impacto, en lo que en líneas sucesivas se desarrollará en este trabajo como un suceso traumático de Tipo I, sino que de forma constante, paulatina y percibida como inescapable para quien las sufre, las amenazas adquieren una índole relacional, asociadas al trauma psicológico de Tipo II, mucho menos legitimado por pertenecer al ámbito familiar y demasiado vinculado, en ocasiones, a los estilos de crianza (Matángolo, 2019).

La duración en el tiempo y los años de relación asfixiante y controladora acaban por producir el colapso y agotamiento en las personas protagonistas, que se sienten vaciadas de recursos, dando paso a manifestaciones psicosomáticas como los procesos depresivos, la pérdida del apetito, las molestias digestivas, los vómitos, el insomnio, las pesadillas, la merma en la función inmunológica o el proceso canceroso, que aparecen de forma evidente en Mateo, que parece sentirse oprimido en su relación con su madre, pero que de algún modo también afectan a otros personajes como esta última.

Libertad recurre incluso a enfermarse a sí misma, revelando así la existencia de un trastorno facticio, además de empeorar la salud de su hijo, imponiéndole a él también el trastorno, en lo que tiempo atrás fue denominado como el Síndrome de Munchausen por poderes. Su manifiesta necesidad de ser vista, amada, necesitada por otras personas, es una característica que muy significativamente comparte con Marta (Ana Polvorosa), la actual pareja de Roberto (Antonio Durán), su exmarido, todavía obsesionado con ella. Tanto es así que este, atrapado en su manía, acaba por consumir una conducta suicida precipitándose desde la ventana, aunque, paradójicamente, no termina con su vida y lo deja visiblemente marcado, recibiendo así la visita ansiada de Libertad. En ese momento, el atormentado personaje rebela la angustia que sintió al saber de su embarazo y creerse desplazado, influyendo en su decisión de abandonarla a ella y a su único hijo.

La *urdimbre afectiva* de los personajes se desarrolla paralelamente a las manifestaciones visibles de los procesos fisiológicos que inevitablemente la acompañan, presumiendo su activación a partir de tres ejes. En el eje neural se deberían dar estímulos abruptos, hiperreflexia e hipertonia, muecas que permitan reconocer el estado anímico del personaje, hiperalerta y, en ocasiones, movimientos que inviten a escapar, así como el aumento de la frecuencia cardíaca, de la sudoración y de la frecuencia respiratoria, entre otras reacciones menos visibles que se deberían a la activación rápida simpática.

Cuando el estresor se mantiene o se repite de forma constante, algo que se aprecia claramente en el film, el eje neuroendocrino activaría sus respuestas secretando, de forma todavía aguda, cortisol y noradrenalina. Finalmente, de forma más pausada pero duradera, actuaría el eje endocrino activando, además de la vía rápida simpática y de la médula suprarrenal, el eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal. Se aumentarían especialmente los niveles de cortisol, además de darse otras circunstancias, como el aumento de la hormona del crecimiento, el aumento inicial del glucagón, la hormona antidiurética y la prolactina, para verse disminuidas posteriormente, como también lo haría la oxitocina (de Camargo, 2004).

De forma muy simplificada, se puede afirmar, entonces, que el estrés crónico podría ser el responsable de consumir los recursos homeostáticos de la persona, dejándola a merced de la inflamación

(Romero-Cabrera y Amores-Hernández, 2016) y mermando la respuesta inmune, lo que puede favorecer, por ejemplo, el desarrollo de procesos cancerosos como el representado en el film, así como disminuir la capacidad del organismo para hacerles frente.

El trauma psicológico, ¿una cicatriz indeleble?

Las dos primeras acepciones de la Real Academia Española (s.f) se refieren al trauma como un *choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente*, además de como una *emoción o impresión negativa, fuerte y duradera*.

Completando la definición a través de manuales diagnósticos, el trauma psíquico puede ser causado por una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica para la persona (CIE-10) (García-Parajuá y Margaritos-López, 2000), cuya experiencia supone una amenaza para su integridad física y/o psíquica (DSM-5) (Morrison, 2015). Esta experiencia puede ser vivida en primera persona u observarse en otras, pero, de cualquier manera, se entiende siempre como un evento amenazante, inevitable para quien lo sufre y que sobrepasa sus mecanismos de afrontamiento, por lo que deja una impronta en el organismo que, atendiendo a su origen, se ha clasificado en dos tipos.

El trauma del tipo I se caracteriza por ser un acontecimiento único, súbito, como lo es la noticia sobre su enfermedad que recibe Mateo en la película. Por el contrario, el trauma relacional, del Tipo II, es más complejo y se encuentra menos legitimado socialmente, por lo que suele estar asociado al silencio. En este segundo tipo se dan situaciones estresantes e inescapables que se repiten de forma crónica, como es el caso de la relación de dañina sobreprotección en la que Mateo se encuentra atrapado por su madre que, limitando su proceso de individuación (Jung, 2013), necesario en el proceso vital de todo individuo, se aleja del concepto propuesto por Winnicott (1979) de *madre suficientemente buena*.

A lo largo del film, Mateo no recibe el apoyo emocional que necesita en su proceso de maduración hacia una diferenciación psicológica como persona única y separada de su madre. El joven es continuamente silenciado en cada uno de sus intentos por expresar su angustia y sufrimiento, sintiendo que no es escuchado, ni siquiera visto. Podría servir como ejemplo el momento en que, en los inicios de la película, pregunta a su madre por la razón de no darle a él también una pastilla para dormir, ya que le es imposible hacerlo sin ella. Libertad, desoyendo su pregunta le responde: «¿Te ha gustado la clase de baile?» (Casanova, 2022, 00:04:54).

En sucesivas escenas, se evidencia, en el transcurso de todo el largometraje, que la agresión, el maltrato y la violencia pueden ejercerse también desde el abandono y la negligencia, obviando las necesidades adaptativas que requiere cada periodo del proceso de maduración, aunque es cierto que, en la historia, aparecen otras formas de abuso como el trastorno facticio por poderes en el que queda atrapado.

Las situaciones de estrés repetidas deben tener un impacto irremediablemente en el Sistema Nervioso y, presumiblemente, en las diferentes estructuras del cerebro y su neuroplasticidad, dependiendo de la intensidad del estímulo y de su repetición. Se sabe que, incluso, el estrés prenatal influye en el neurodesarrollo, del mismo modo que lo hace después del nacimiento, produciendo alteraciones tanto

cognitivas como conductuales (Díaz y Barba, 2016) que podrían haber afectado al joven protagonista ya desde el periodo perinatal.

De forma general, se puede afirmar que los efectos del trauma del tipo II producen hiperactividad en aquellas áreas cerebrales relacionadas con la respuesta instintiva (lucha o huida y congelación) y una inhibición de las vinculadas al razonamiento y al habla, señales inequívocas de una preparación para hacer frente al peligro (Aburto, 2007).

En el cerebro traumatizado, la preparación para hacer frente al peligro permanece constante, razón por la cual, quien lo ha sufrido se muestra continuamente hipersensible. Así, la persona es consciente del sufrimiento, pero puede no ser capaz de expresarlo, de gestionarlo, de ponerlo en palabras, por lo que el organismo continúa en situación de defensa de forma permanente, sin ser capaz de diferenciar cuándo se trata o no de un peligro real. Estos efectos pueden convertir a quien los sufre en una persona altamente resistente a las terapias verbales (Salvador, 2006), como se observa en la relación de Mateo con Carolina (María León), la psicóloga.

Para Van der Kolk (2020), el trauma es un evento que se sabe completamente corporizado. Otros, como Levine (2022) aluden a la necesidad de descargar la energía que quedó atrapada en el organismo por el evento traumático, por lo que implementar intervenciones de abajo-arriba, junto con aquellas prioritariamente verbales, una vez construido el vínculo terapéutico, es fundamental en el tratamiento.

Como se trata de poner de manifiesto en este trabajo, cuerpo y mente solo pueden ser separados de forma administrativa. Los efectos del sometimiento a un acontecimiento traumático de índole psicológica incluyen necesariamente consecuencias significativas en el cuerpo.

Alexitimia, silenciamiento y somatización

Porges (2020), en su *Teoría Polivagal*, alude a una necesidad inherente en el ser humano muy relacionada con el verdadero apoyo social, que tiene el poder de mantener la calma fisiológica desde una sensación de seguridad visceral. Por el contrario, el trauma se instala cuando el peligro pone en jaque esta seguridad y la visión del mundo seguro, tal y como lo conocía quien sufre el acontecimiento traumático, haciendo que su idea de la realidad se desmorone por completo.

Cuando el organismo siente que la agresión colapsa sus mecanismos equilibradores, y la lucha o la huida carecen de posibilidades de éxito, las estructuras relacionadas con el sistema nervioso reptil pueden producir un colapso en forma de disociación, donde todas las áreas del cerebro permanecen bajo una activación mínima y reducida, alterando así la consciencia, el pensamiento, el enfoque y la orientación de la persona.

En otras palabras, la falta de escapatoria reduce de forma radical el metabolismo de todo el cuerpo, tratando de evitar con ello el sufrimiento. En numerosas ocasiones, esto puede venir propiciado por la indefensión aprendida que se deriva de la exposición continuada a sucesos estresantes inescapables, algo que, evidentemente, afecta a Mateo, como se desprende de la frase de su padre cuando le asevera: «Da

igual dónde vayas, ella es como el sol. Si te acercas demasiado te abrasas. Si te alejas demasiado te congelas» (Casanova, 2022, 00:50:56).

De cualquier forma, cuando el trauma queda instalado, el organismo pierde la capacidad de conexión con su cuerpo y, si bien es cierto que esa reducción drástica de la consciencia ha quedado activada para atenuar la angustia psíquica, no lo es menos que, cronificada, también verá reducida la capacidad para sentir placer. En ocasiones, muy concretamente en contextos de violencia intrafamiliar, el dolor y las autolesiones podrían ser el camino que encuentra la persona que se ha visto expuesta a esta violencia para expresar y sentir (Almanza-Patiño y Casique-Casique, 2017). En la película, Mateo, intencionadamente o no, evita en repetidas ocasiones que la herida que su madre le produjo en el dedo del pie cicatrice y se cure convenientemente.

La desconexión se relaciona íntimamente con la alexitimia, característica de quienes se encuentran bajo los efectos del trauma. Esta incapacidad para poner en palabras lo que están sintiendo se vincula a la somatización y podría entenderse como una desviación del dolor y la angustia psíquica hacia el cuerpo. Cuando la voz de la psique se siente acallada, se crea la necesidad de hablar con este último que, en palabras de Van der Kolk (2020), *lleva la cuenta*.

Llegado el momento, la terapia requerirá, ineludiblemente, que se descargue la energía que quedó bloqueada en el organismo (Levine, 2022), además de identificar el vínculo entre las sensaciones físicas y las emociones a través de la auto-concienciación física y la descripción de las sensaciones corporales. Para ello, será fundamental establecer un vínculo seguro con otra persona, la forma más natural de calmarse y el primer escalón para recuperar la agencia y sentir de nuevo que se maneja el timón de la propia vida, liberando el pasado. En el film, Mateo se encuentra a la deriva, sin base segura a la que vincularse, a pesar de los intentos de la psicóloga.

Puesto que el ser humano está programado filogenéticamente para relajar las defensas con las figuras de apego, como el padre y la madre, de las que se espera recibir la necesaria seguridad para crear un vínculo seguro, si la agresión, el abuso, o la negligencia se producen desde estas figuras, es lógico presuponer que los efectos serán devastadores (Aburto, 2007).

En añadidura, en el momento del embarazo y en la crianza posterior, interactúan diferentes factores que van a influir en el desarrollo de la persona. Entre ellos, inevitablemente, se encontrarán las necesidades, los anhelos y deseos de padres y madres. Este aspecto resulta muy significativo en cuanto al deseo manifiesto de Marta de sentirse tan necesitada como Libertad, algo que llega a confirmarle en una conversación con frases como: «Porque quiero que alguien me necesite de verdad» (Casanova, 2022, 01:08:32). En cuando a estos factores de interacción, se han de tener en cuenta, de igual forma, las expectativas que se depositan en la descendencia y que, en su caso, podrían verse simbolizadas en el hecho de que Marta decida llamar Mateo también a su bebé.

Quienes se hayan socializado bajo la construcción de un apego inseguro, casi con toda seguridad, tendrán la tendencia a relacionarse de igual modo con el resto del mundo (Bowlby, 2014). El protagonista de *La Piedad* (Casanova, 2022) siente pánico de relacionarse sin su madre, de separarse de ella y de enfrentarse al mundo solo, por lo que se encuentra encerrado en un círculo que lo mantiene atado a las causas de su sufrimiento.

EL CASO DE MATEO EN LA PIEDAD

En *La Piedad* (Casanova, 2022), Mateo aparece como un joven que refleja a la perfección el patrón de conducta tipo C, con dificultad para expresar sus emociones, especialmente aquellas que le producen sensaciones o sentimientos negativos, escasa asertividad, elevada hiperactivación del sistema nervioso y defensividad, docilidad y evitación del conflicto, un patrón que, a pesar de la falta de consenso, se ha relacionado directamente con la predisposición a sufrir un proceso canceroso, del mismo modo que lo es el hecho de haber sufrido algún tipo de evento traumático y, por lo tanto, especialmente estresante, que supera la capacidad del organismo para hacerle frente (Cardona-Serna et al., 2013).

La incapacidad para poner en palabras aquello que lo atormenta puede hacer que la angustia psíquica se vea desplazada hacia el cuerpo. En la historia que nos ocupa se dan momentos muy concretos en los que, habiéndose silenciado la expresión y queriendo evitar el conflicto, el cuerpo toma el protagonismo.

En una de las primeras escenas, cuando Libertad pregunta a su hijo si ha sido él quien ha roto la foto de su padre, Mateo, incapaz de decir palabra, vomita estrepitosamente y permanece después casi inexpressivo. Entonces, lejos de favorecer el inicio de una conversación al respecto, Libertad hace lo propio y vomita igual que él. Si la familia es el primer medio de socialización, no es de extrañar que la forma de afrontar el conflicto, de expresarse y, por ende, de enfermar, también se aprenda.

Mateo, antes de vomitar, ya parecía haber perdido el apetito. Se intuye, a pesar de los intentos de su madre para que coma, que hay algo que se lo impide. Habiendo sido diagnosticado de un proceso canceroso y conociendo, además, la dinámica familiar, la visión de la Medicina Psicosomática invita a indagar sobre aquello que, metafóricamente, no es capaz de tragar, que no le pasa, que no consigue digerir.

Como lo hace en el sistema digestivo, la angustia encuentra, siempre, un lugar donde expresarse. Por esta razón, si se entiende que el sueño es una manifestación de los deseos reprimidos, que encuentran el modo de realizarse mediante una deformación simbólica (Freud, 1973), los de Mateo podrían considerarse como un acercamiento a su inconsciente, a aquello que no acepta su conciencia. En el film se le observa soñando que, primero su padre y con posterioridad su madre, disparan con una ballesta a un unicornio. Previamente al primer sueño, el protagonista había escuchado en la televisión que el gobierno de Corea del Norte aseguraba haber encontrado un unicornio, puesto que, según sus miembros, su país era el mejor lugar para vivir y el animal mitológico lo sabía.

Tanto si se acepta lo propuesto por Freud (1973) como si no, se hace patente que Mateo no solo sufre un proceso canceroso y tiene molestias digestivas. También es incapaz de dormir solo y, cuando lo hace, es atormentado por pesadillas, se despierta ansioso, sudoroso, hiperventilando y con taquicardias, lo que constituye una clara activación de su sistema simpático. Aunque esta hiperactivación podría ser suficiente para que su madre entendiera que muestra señales de la angustia que permanece latente en el joven, ella se mantiene sorda y ciega a lo que acontece. Cuando su hijo le dice, después de despertar agitado, que tiene taquicardias, únicamente acierta a responderle: «Yo también» (Casanova, 2022,

00:10:04). Indudablemente, hay algo que lo oprime y lo asfixia. Su agitada respiración aparece entonces como un recurso que se pone en marcha para hacer frente a la sensación de ahogo, de no poder escapar, de sentirse en aprietos, sin aliento.

Unas manifestaciones psicósomáticas tras otras no parecen suficientes para que su sufrimiento y angustia tengan calado en su madre. Ni siquiera cuando el tratamiento del proceso canceroso comienza a ser evidente y se ve reflejado en la cicatriz de su cabeza, en la caída del cabello, en la palidez de su piel o en su extrema delgadez. Libertad no muestra un ápice de conciencia. Por el contrario, sí se mantiene muy atenta al momento en el que el médico, al prescribir el temozolomide para Mateo, le informa de la posibilidad de que, debido a sus efectos, le cueste hacer las cosas por sí solo cuando se lo tome.

La dependencia de Mateo se ve acrecentada por la enfermedad y esto parece satisfacer someramente a su madre que, a su vez, comienza a ser el centro de atención, especialmente en su grupo de baile. Contrariamente a lo que pudiera esperarse en una *madre suficientemente buena* (Winnicott, 1979), Libertad se muestra feliz y únicamente se preocupa cuando el médico le dice que, al pausar la medicación, su hijo se encontrará mejor. Es entonces cuando comienza a desoír las indicaciones del facultativo y continúa suministrándole el medicamento de forma encubierta, algo que Mateo acabará descubriendo y poniendo en jaque la visión que, hasta ese momento, tenía de la realidad.

Pero, aunque el hecho de envenenarlo intencionadamente pueda ser evidentemente muy llamativo, se debe hacer constar que los otros comportamientos negligentes pueden ser igual de dañinos o más, a pesar de acaparar mucho menos la atención de quien los observa en la vida diaria. En este sentido, Libertad ya había dado muestras de sobreprotección, evitando el desarrollo normal y el proceso de individuación de su hijo. Entre estas muestras, se puede recordar que cuando él le pide dormir solo ella le pregunta para qué. En distintos momentos se opone a dejarlo solo, como en el hospital o en sus conversaciones con la psicóloga, a quien llega a decirle: «Todos queréis quitarme a mi hijo», cuando esta le aconseja proporcionarle algo de espacio (Casanova, 2022, 00:27:34).

Con anterioridad, Libertad ya respondía siempre por su hijo cuando se le preguntaba y lo llevaba con ella a todas partes, desde las clases de baile hasta al médico cuando se sentía indispuesta por molestias gastrointestinales. Su negativa a separarse de él la lleva a extraerse todavía la leche con un sacaleches.

A pesar de todo, Mateo se encuentra con la dicotomía entre lo que siente y lo que verbaliza. Confundido y presionado por la presencia de su madre, llega a decirle a la psicóloga que no es necesario que lo visite más, aunque volverá a pedirle ayuda más tarde para que lo lleve a casa de su padre.

A pesar de la tentativa por escapar, también en el domicilio paterno se siente poco aceptado y comprendido. Por una parte, su padre renunció a él y no muestra arrepentimiento por ello, pero, hay algo que lo atemoriza más aún y desencadena su regreso. Marta le dice: «me llamo Marta, pero si quieres me puedes llamar mamá» (Casanova, 2022, 00:52:59).

Él, que esperaba estar escapando, se siente de igual modo atrapado y opta por regresar y rendirse a la voluntad de su madre, que ha intentado suicidarse, mostrándose comprensivo, aceptando e identificándose de forma radical con sus ideas, en lo que podría entenderse como un Síndrome de

Estocolmo (Rizo-Martínez, 2018). Respecto a la toma de leche, queriendo volver a mamar, en un momento dado, incluso, le dice: «Hoy la quiero como antes, mamá» (Casanova, 2022, 01:03:02).

Mateo, que sabe que su madre lo envenena, lo acepta y llega a confesarle, cerca del final de la película, que no quiere curarse nunca. En otra escena, solicita la confirmación de su madre cuando le pregunta refiriéndose a la medicación: «¿Si me las tomo me voy a encontrar bien?», y se siente satisfecho cuando ella le responde de forma rotunda: «No» (Casanova, 2022, 01:00:35). Cuando una enfermedad que debiera mejorar no lo hace, desde la óptica de la Medicina Psicosomática, cabría preguntarse qué beneficios aporta a quien la padece.

Los intentos previos de la psicóloga por constituirse en una base segura, manteniéndose siempre disponible y tratando de crear un vínculo terapéutico, no tienen éxito. Tampoco la actitud directiva que toma en determinado momento cuando le dice: «A ti te da miedo separarte de tu madre» (Casanova, 2022, 00:49:01). La relación insostenible entre madre e hijo solo llega a su fin con la muerte de esta, pero sus efectos perniciosos continúan. Al final de la película, Mateo padece una crisis ansiosa en plena calle mientras, paradójicamente, ninguna persona se detiene a ayudarlo. A pesar de su evidente malestar, también entonces parece invisible a los ojos de la gente.

DISCUSIÓN

El cine, como otras formas de arte, puede ser un recurso muy útil en el estudio de la práctica clínica (González-de Dios, 2010), especialmente por su poder para hacer visible aquello poco legitimado y que, de otro modo, permanecería oculto, silenciado. Pérez y Baillès (2020), por ejemplo, llevaron a término experiencias formativas en Psicología con estudiantes de Medicina y Biología a partir del visionado de diferentes películas.

Desde el principio de los tiempos, quienes se dedican al arte han sido capaces de mostrar la complejidad del ser humano en su conjunto, huyendo de posiciones y formas de mirar reduccionistas que, por el contrario, se han instalado en la práctica de quienes se dedican a la clínica.

A pesar de la tendencia médica que, seguramente, tiene su origen en el dualismo cartesiano, se sabe con exactitud que mente y cuerpo solo pueden separarse si se hace con fines meramente administrativos, pero nunca como si de dos realidades distintas se tratara (Damasio, 1996). Mente y cuerpo se influyen mutuamente y no puede darse un fenómeno que afecte solo al aparato psíquico sin que tenga su manifestación en el cuerpo.

Cineastas, como Eduardo Casanova, lo ponen de manifiesto en obras como *La Piedad* (Casanova, 2022), donde el estrés prolongado, los efectos del trauma, la incapacidad para expresar la angustia, así como el silenciamiento, se desplazan hacia el cuerpo encontrando de este modo una forma de expresarse en quien los padece. A lo largo del film, puede apreciarse en el protagonista una hiperactivación de su Sistema Nervioso, propia de la exposición a situaciones de estrés, que se ve reflejada en el insomnio y las pesadillas, que además dificultan la reparación, la pérdida del apetito, las crisis ansiosas, la inmunodeficiencia y otras manifestaciones de enfermedad, seguramente precedidas por una inflamación

constante. Parte de la sintomatología que aparece plasmada en el protagonista del film es característica de las personas que padecen un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como son los sobresaltos por pesadillas y la sintomatología propia de la activación del Sistema Nervioso Simpático a partir de situaciones o lugares vinculados con el trauma, la incapacidad para expresar lo que le ocurre y lo que siente, los sentimientos de culpa y las conductas asociadas a lo que se conoce como Síndrome de Estocolmo (Rizo-Martínez, 2018).

Presumiblemente, a partir de la traumática relación que tiene con su madre, se puede inferir que, muy posiblemente y completamente al margen del glioblastoma del que es intervenido, las estructuras cerebrales más profundas del joven deben de encontrarse permanentemente activadas y desconectadas de aquellas vinculadas con el raciocinio. Casi con toda seguridad, esto le incapacita para tomar decisiones acertadas y, lo que es más importante, ponerlas en práctica.

Durante la película, se pone de relevancia esta relación tóxica con su madre, en lo que podría considerarse la causa de un trauma relacional del tipo II. Ella, incapaz de escuchar a su hijo, lo sobreprotege, niega constantemente cualquier resquicio de conflicto, evita en todo momento hablar de los sentimientos, desvía continuamente los temas de conversación hacia otros más triviales, contribuyendo, así, al silenciamiento de la angustia, favoreciendo la retraumatización y perpetuando los síntomas, que no hacen más que empeorar.

De este modo, lo que aqueja a Mateo no puede separarse del contexto social y familiar, donde los estilos de crianza y la negación de las emociones son aprendidas de forma transgeneracional (Vargas-Flores e Ibáñez-Reyes, 2002). Su incapacidad para poner en palabras lo que le ocurre podría ser completamente heredada/aprendida. Incluso, su propio padre reconoce no saber un modo de escapar de la influencia de la madre.

Algunos aspectos peligrosos del silenciamiento y la conducta evasiva que el film podría estar poniendo de relieve, podrían verse reflejados en las conductas suicidas de ambos progenitores, que optan por esta vía antes de expresar en palabras realmente lo que les aqueja. Hemming et al. (2019) han relacionado la ideación suicida con la alexitimia tras una revisión sistemática y meta-análisis.

De esta forma, el joven se mueve entre la dicotomía de lo que realmente siente y lo que verbaliza, mostrando dificultad para integrar que, quien debería ser para él una figura de apego seguro (su madre), puede ser la causa principal de su malestar.

La pugna interna del protagonista, después de sentirse nuevamente incomprendido en su domicilio paterno, termina por resolverse de un modo completamente disfuncional, con una paradójica respuesta psicológica que lo acerca todavía más a su madre, a pesar de saberse envenenado por ella.

Ante esta decisión de someterse totalmente, ni siquiera los intentos de constituirse como una base segura de la psicóloga llegan a producir efecto en Mateo. Sin haberse construido la adherencia terapéutica, ninguna técnica puede llegar a tener resultados positivos. De haberse logrado, el tratamiento habría requerido sin duda de una verdadera escucha activa, de la toma de conciencia de las emociones, así como de la invitación y ayuda para que pudieran ser expresadas, sin olvidar que lo que cura realmente es el vínculo (de Barbieri, 2005).

CONCLUSIONES

El estrés, que forma parte inevitablemente de la vida del ser humano, produce ajustes y cambios en el organismo que tienen como objetivo mantener la homeostasis.

Concretamente, la vía de acción que encuentra el estrés para incluir directamente al cuerpo en su expresión es por medios psico-neuro-endocrino-inmunológicos, fenómenos que encuentran su traducción en la mirada clínica que aportan la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud, una orientación que rehúsa el dualismo mente y cuerpo, permitiendo ampliar la visión, huyendo de reduccionismos.

Cuando la situación de estrés es demasiado intensa o se prolonga durante un largo periodo de tiempo, la capacidad del organismo para adaptarse puede verse sobrepasada (Selye, 1946), produciendo una desregulación entre los mecanismos biológicos de seguridad o peligro, así como una sensación de encontrarse ante un evento inescapable, ineludible con los propios recursos, abocando a la persona a una desconexión entre el aparato psíquico y el cuerpo característica de quienes se encuentran bajo los efectos del trauma psicológico.

La desconexión, habitualmente favorecida por el congelamiento y la alexitimia, mantienen a la persona en un estado constante de activación nerviosa, mientras su capacidad para razonar funcionalmente se ve afectada. Este hecho encuentra su manifestación inequívoca en las áreas cerebrales que se ven inhibidas o hiperactivadas, así como en los signos y síntomas que se suceden mientras el organismo permanece a merced de una inflamación crónica. Puede decirse, entonces, que la angustia psíquica se ha visto desplazada hacia el cuerpo, somatizada.

La recuperación requerirá, por lo tanto, de devolver o favorecer en la persona la sensación de auténtica seguridad que permita poner en palabras su sufrimiento, procesarlo, así como descargar la energía que ha quedado bloqueada, favoreciendo de este modo la integración de la experiencia y la liberación del pasado. De otro modo, la persona permanecerá atrapada en un círculo de tormento, del que difícilmente logrará escapar.

La Piedad (Casanova, 2022) encuentra una forma de poner en evidencia este círculo vicioso, planteando un caso de negligente sobreprotección y dependencia tóxica en la relación de una madre con su hijo. El trauma relacional, frecuentemente deslegitimizado, se plantea en la película como la causa más probable de estrés inescapable en su protagonista. Las diferentes expresiones psicosomáticas, que se desarrollan por vía psico-neuro-endocrino-inmunológica, se posicionan como el único modo que encuentra la angustia del protagonista de hacerse visible.

El ser humano es un ser bio-psico-social (Engel, 1977) en el que cada una de las dimensiones tienen una importancia capital en la medida de su bienestar, este paradigma se pone de manifiesto a lo largo de todo el film y permite un análisis crítico y enriquecedor en quienes desean ofrecer una adecuada praxis médica y psicoterapéutica.

Esta película, como muchas otras, puede ser entendida como una herramienta de utilidad para quienes se dedican a la práctica clínica, ayudando a instaurar una necesaria mirada desde la Medicina

Psicosomática y la Psicología de la Salud, que contribuya a la creciente necesidad de humanización en la atención sanitaria.

En definitiva, las personas deberían ser vistas y escuchadas por quienes les proveen de salud como lo que realmente son, comprendiendo su historia, lo que tienen que contar y no solo como simples etiquetas diagnósticas. Esta necesidad, puesta de manifiesto durante el presente trabajo, y el acontecer de un paradigma de salud más humano, podrían verse favorecidos, sin duda, por la visibilidad que permite el arte cinematográfico y, muy concretamente, a través de películas como *La Piedad* (Casanova, 2022).

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido posible gracias a la enriquecedora labor docente del Dr. José Luis Marín López, que ha conseguido mantener la pasión del autor por la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud. Sirva la presenta como agradecimiento a la humanidad mostrada en las clases, la ingente cantidad de conocimiento que atesora y que comparte generosamente, su capacidad comunicadora y para mantener la atención del alumnado, así como el amor que desprende por su trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aburto, M. (2007). Psicotraumatología (I): El trauma temprano. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(1), 91-109.

https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/ejournalceir/v1n1/6_m_aburto_trauma_temprano_ceir_v1n1r.pdf

Ackerknecht, E. H. (2004). Historia de la medicina psicosomática. *Ars Medica*, 2, 180-193.

https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/ars_medica_2004_vol02_num06_180_193_ackerknecht.pdf

Alexander, F., French T. M., Bacon, C. L., Benedek, T., Fuerst, R. A., Gerard, M. W., Grinker, R. R., Grotjahn, M., Johnson, A. M., McLean, H. V. y Weiss, E. (1980). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. University of Nebraska Press.

Almanza-Patiño, S. N. y Casique-Casique, L. (2017). Pensamientos que experimentan las adolescentes al vivir violencia intrafamiliar. *Revista Jóvenes en la Ciencia*, 3(2), 476-480.

<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1760>

Bayés, R. (2012). Cine y práctica clínica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (104), 1.

Berrocal-Montiel, C., Fava, G. A. y Sonino, N. (2016). Contribuciones de la medicina psicosomática a la medicina clínica y preventiva. *Anales de Psicología* 32(3), 828-836.

<https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.219801>

Borrull, M. (13 de enero de 2023). *Crítica de 'La Piedad', horror maternal*. Fotogramas.

<https://www.fotogramas.es/peliculas-criticas/a42482686/piedad-critica-pelicula/>

- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Edición renovada*. Ediciones Morata.
- Cardona-Serna, E. J., Jaramillo, A. C. y Díaz Facio-Lince, V. E. (2013). Relación entre la personalidad tipo C y el cáncer: Estado del arte. *Revista Psicoespacios* 7(10), 66-92.
<https://doi.org/10.25057/21452776.140>
- Casanova, E. (Director) (2022). *La Piedad* [DVD]. Barton Films.
- Cencillo, L. (1993). *Sexo, comunicación y símbolo* (Vol. 18). Anthropos Editorial.
- Clerc, O. (2008). *La rama que no sabía que estaba hervida...: y otras lecciones de vida*. Embolsillo.
- Damasio, A. R. (1996). *El error de Descartes*. Andrés Bello.
- de Barbieri, A. (2005). Lo que cura es el vínculo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 63(123), 497-509.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/6547/6357>
- de Camargo, B. S. (2004). Estrés, Síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2). <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/103/637>
- Díaz, R y Barba, F. (2016). Estrés prenatal y sus efectos sobre el neurodesarrollo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(4), 441-446. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.07.005>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Freud, S. (1973). *Obras completas: Tomo I (1873-1905)*. Biblioteca Nueva.
- García-García, A. (2011). *Psicología y cine: vidas cruzadas*. Editorial UNED.
- García-Parajuá, P. y Margaritos-López, M. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ed. Médica Panamericana.
- Giraldo-Lopera, M. L. y Toro-Tamayo, L. C. T. (Eds.). (2018). *Tramitar el pasado: archivos de derechos humanos y museología viva*. Universidad de Antioquia.
- González-de Dios, J. (2010). Cine y Pediatría (I): una oportunidad para la docencia y la humanización en nuestra práctica clínica. *Pediatría Atención Primaria*, 12(46), 299-313. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322010000300014>
- Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J. y Pratt, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 254, 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.013>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Jung, C. G. (2013). *Tipos psicológicos*. Trotta Editorial.
- Levine, P. (2022). *Curar el trauma*. Diana.
- Lozano Sánchez, F. y Areitio-Aurtena Bolumburu, A. (2008). La ética en la investigación clínica y el cine: El otro fugitivo. *Revista de Medicina y Cine*, 2(2), 44-50.
https://revistas.usal.es/cinco/index.php/medicina_y_cine/article/view/182
- Matángolo, G. (2019). La violencia en la institución familiar: estilos de crianza, disciplina y Maltrato Infantil. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(1), 1-13.
<https://www.redalyc.org/journal/3396/339666619003/339666619003.pdf>

- Moratal, L. M. (2007). El cine y su mirada holística y humanitaria de las enfermedades. *Revista de Medicina y Cine*, 3(3) 85-86. <https://gredos.usal.es/handle/10366/56221>
- Moreno-Sánchez, A. (2007). Estrés y enfermedad. *Más Dermatología*, (1), 17-20. <https://masdermatologia.com/PDF/0004.pdf>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Pérez, J. y Baillès, E. (2020). Uso del cine comercial en la enseñanza de Psicología para estudiantes de Medicina y de Biología. *Revista de Medicina y Cine*, 16(4), 297-305. <https://doi.org/10.14201/rmc2020164297305>
- Pérez-Sánchez, J. (2022). La revista de medicina y cine como difusora de experiencias educativas relacionadas con las humanidades en ciencias de la salud. *Revista de Medicina y Cine*, 18(2), 93-95. <https://doi.org/10.14201/rmc.28520>
- Porges, S. W. (2020). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal: el poder transformador de sentirse seguro*. Eleftheria.
- Real Academia Española (s.f). Trauma. En *Diccionario de la Lengua Española*. <https://dle.rae.es/trauma>
- Rizo-Martínez, L. E. (2018). El síndrome de Estocolmo: una revisión sistemática. *Clínica y Salud*, 29(2), 81-88. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a12>
- Rodríguez-Orozco, A. R. (2022). El par humanización-deshumanización en el cine y la práctica clínica. La forma del agua de Guillermo del Toro. *Medicina Interna de México*, 38(1), 165-166. <https://doi.org/10.24245/mim.v38i1.4889>
- Rof-Carballo, J. (1962). Urdimbre afectiva, percepción sensoriomotriz y sociedad. *Revista de Filosofía*, 21(80), 83. <https://www.proquest.com/openview/fea79f84ff3a039f59efddbfb919aa27/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1817831>
- Romero-Cabrera, Á. J. y Amores-Hernández, L. (2016). El envejecimiento oxidativo inflamatorio: una nueva teoría con implicaciones prácticas. *Medisur*, 14(5), 591-599. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3280>
- Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57. http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_55.pdf#page=44
- Schippert, A. C. S., Grov, E. K. y Bjørnnes, A. K. (2021). Uncovering re-traumatization experiences of torture survivors in somatic health care: A qualitative systematic review. *PLoS One*, 16(2), e0246074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246074>
- Schultz, J.H (1969). *El entrenamiento Autógeno*. Editorial Científico-Médica.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology*, 6(2), 117-230. <https://doi.org/10.1210/jcem-6-2-117>
- Servan-Schreiber, D. (2016). *Curación emocional*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Valero-Marcet, M. y Pérez-Sánchez, J. (2018). Cine y práctica reflexiva. Una experiencia en los estudios de Medicina del Campus del Mar de Barcelona. *Revista de Medicina y Cine*, 14(4), 252-258. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/138988/Cine_y_practica_reflexiva_Una_experienci.pdf

Van der Kolk, B. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.

Vargas-Flores, J. D. J. e Ibáñez-Reyes, E. J. (2002). Enfoques teóricos de la transmisión intergeneracional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5(2).
<https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22664>

Winnicott, D. W. (1979). *El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Editorial Laia.

Wolff, H. G. (1953). Life Stress and Bodily Disease. In A. Weider (Ed.), *Contributions toward medical psychology: Theory and psychodiagnostic methods*, 1, 315–367. Ronald Press Company.
<https://doi.org/10.1037/11419-014>

Yapjakis, C. (2009). Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine, and Asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine. *In Vivo*, 23(4), 507-514.
https://www.researchgate.net/publication/286003416_Hippocrates_the_father_of_clinical_medicine_and_Asclepiades_the_father_of_molecular_medicine

Diseño del programa psicoeducativo "Jugando con emociones" en inteligencia emocional y autoestima dirigido a niños de 5 a 7 años

Design of the psycho-educational programme "playing with emotions" on emotional intelligence and self-esteem aimed at children from 5 to 7 years of age.

Nerea Solaz García

Psicóloga General Sanitaria. Experta en Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes

Resumen

La inteligencia emocional y la autoestima son dos factores protectores para la salud mental en la población infantil. El presente trabajo consiste en una propuesta de intervención implementada en el ámbito de la clínica privada durante 10 semanas consecutivas con una hora de duración. El objetivo principal del estudio es crear el programa psicoeducativo "jugando con emociones" para el fomento y la mejora de la inteligencia emocional y la autoestima en niños de 5 a 7 años a través de su participación en las sesiones. Promover la inteligencia emocional y la autoestima desde edades tempranas ofrece a los menores herramientas para alcanzar una vida plena y satisfactoria, logrando el estado de bienestar, promoviendo su salud mental y el desarrollo óptimo e integral de los niños.

Palabras clave: Salud infantil, inteligencia emocional, autoestima, programa de intervención, habilidades socio – emocionales.

Abstract

Emotional intelligence and self-esteem are two protective factors for mental health in children. The present work consists of an intervention proposal implemented in a private clinic setting for 10 consecutive weeks with a duration of one hour. The main objective of the study is to create the psychoeducational program "playing with emotions" for the promotion and improvement of emotional

intelligence and self-esteem in children aged 5 to 7 years through their participation in the sessions. Promoting emotional intelligence and self-esteem from an early age offers children tools to achieve a full and satisfactory life, achieving a state of well-being, promoting their mental health and the optimal and integral development of children.

Keywords: Children's health, emotional intelligence, self-esteem, intervention programme, socio-emotional abilities.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (OMS, 2018). En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018). Entendiendo el bienestar como un estado físico y emocional positivo con alta capacidad para disfrutar y encontrar retos en la vida y para poseer estrategias adecuadas para enfrentarse a las dificultades (OMS, 2018).

Desde diferentes corrientes teóricas de la psicología se ha considerado la Inteligencia Emocional como un factor clave para el fomento del bienestar y, por ende, de la salud mental. Asimismo, diferentes autores han realizado investigaciones que evidencian la relación existente entre la inteligencia emocional y la salud mental. Y es por ello por lo que, desde hace unos años atrás, ha crecido exponencialmente el interés por el desarrollo y promoción de los programas orientados al desarrollo de la inteligencia emocional, y, por tanto, a la promoción de la salud mental. Existen diferentes programas para trabajar con los pequeños la inteligencia emocional, pero pocos de los programas propuestos comprueban empíricamente que son efectivos a lo largo del tiempo, y la mayoría de ellos están orientados en el entorno educativo. Realmente existen pocas investigaciones que, apliquen un mismo programa a los mismos alumnos a lo largo del tiempo y que lo evalúen respecto a la I.E. y, por otra parte, en relación con la autoestima y las diferentes habilidades socioemocionales necesarias en el óptimo desarrollo de los menores. Asimismo, tampoco se encontró un programa que aunara y trabajara de forma conjunta estas diferentes variables con la inteligencia emocional en el ámbito de la clínica y no en el entorno escolar.

El presente trabajo, "Diseño del programa psicoeducativo "Jugando con emociones" en inteligencia emocional y autoestima dirigido a niños de 5 a 7 años" tiene el objetivo de crear programa para promover la Inteligencia Emocional y la autoestima en niños, aplicado mediante una metodología novedosa integral que se sirve de técnicas humanistas, sistémicas y cognitivo – conductuales, tratando de responder a la demanda actual de aplicar propuestas efectivas para el desarrollo de la inteligencia emocional de los menores en el contexto de la clínica privada. La elección de los niños/as ha venido motivada tras la detección de problemas en la identificación,

gestión y expresión de las emociones, en el contexto de la clínica privada. Asimismo, se observa un aumento de la falta de seguridad y confianza de los niños en sí mismos y dificultades en la resolución de conflictos, con una tendencia a la comunicación pasiva. Es por ello, que, con el objetivo de brindar respuesta a esta necesidad nace "Jugando con emociones".

MARCO TEÓRICO

El concepto de I.E. a lo largo de la historia de la psicología ha sido definido por muchos autores y ha producido gran controversia a la hora de especificarlo. No obstante, más allá de encontrar una única definición de este constructo, se han descrito diferentes modelos que tratan de definir, operacionalizar y medir la inteligencia emocional, pero el hecho de que existan modelos tan dispares no implica la oposición de ninguno de los postulados del constructo de I.E., sino que, por el contrario, se complementan y acompañan de elementos y creencias comunes (Ciarrochi et al., 2000). Los modelos de capacidad entienden que la IE está relacionada con las capacidades mentales y se focaliza en el estudio de habilidades para procesar la información afectiva (Mayer y Salovey, 1997). Los modelos mixtos se caracterizan por entender que la I.E. incluye dimensiones de la personalidad variables (optimismo, asertividad o empatía) y, capacidades mentales y emocionales (Goleman, 1995; Bar-On, 1997).

El término de Inteligencia Emocional aparece por primera vez en la literatura descrito por Mayer y Salovey (1990) quienes la definen la I.E. como: "La capacidad para procesar la información emocional con exactitud y eficiencia, incluyéndose la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones". Estos autores ponen el foco de interés en que la inteligencia emocional forma parte de lo cognitivo, definiéndola como la habilidad para controlar los sentimientos y las emociones de uno mismo y de otros, discriminar entre ellas y usar esta información para guiar las acciones y el pensamiento de uno (Mayer y Salovey, 1997). Para estos autores, la I.E. es un concepto integrado por cuatro dimensiones (4 ramas) que están configuradas desde los procesos psicológicos más básicos o bajos a los más elevados o integrados. Estas dimensiones o ramas son: 1) percepción, valoración y expresión de la emoción; 2) facilitación emocional del pensamiento; 3) comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional; 4) regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. Cada una de las ramas incluye a su vez cuatro habilidades que aparecen y se integran progresivamente (cada vez de manera más madura y eficaz) a lo largo del desarrollo humano (Mayer y Salovey, 1997).

Sin embargo, en los modelos mixtos, la I.E. está relacionada con aspectos cognitivos y también aspectos de la personalidad del ser humano, es decir se basa en una perspectiva cognitiva y de personalidad conjuntamente. Los autores más representativos de este modelo son Goleman (1995) y Bar-On (1997). Goleman, popularizó el término de I.E. con la publicación "Emotional Intelligence" (1995). Este autor presenta este concepto como una "nueva inteligencia", que explica como el ser

humano puede alcanzar el éxito a través de las emociones y no únicamente a través de los logros académicos. La define como un conjunto de cinco competencias principales: reconocimiento de las emociones, capacidad de controlar las emociones, capacidad de motivarse a uno mismo, reconocimiento de las emociones ajenas y el control de las relaciones.

Por su parte, Bar – On (1997) entiende que la I.E. incluye diversas competencias y habilidades emocionales, personales y sociales (no cognitivas) para comprender, ser consciente, controlar y expresar las emociones de una manera adecuada, que capacitan al ser humano para enfrentarse a las demandas de su entorno y para tener éxito (Bar-On, 1997). Defiende la idea de una inteligencia socio – emocional que no se refiere única y exclusivamente a competencias emocionales, sino que amplía la visión a un conjunto de competencias sociales y emocionales interrelacionadas que establecen la manera en que la persona se comprende y expresa a sí misma y a los demás y, que le permiten relacionarse con su entorno y afrontar las demandas de la vida diaria.

En definitiva, la I.E. está compuesta por unas competencias socio – emocionales básicas que deben ser desarrolladas en el ser humano. Estas competencias tienen una aplicación educativa mayor que el concepto de I.E., ya que tienen en cuenta la interacción persona-ambiente y, otorgan mayor importancia al aprendizaje y al desarrollo (Bisquerra y Pérez, 2007). Así, mediante la educación “emocional” se podrá promover el desarrollo las competencias emocionales o socioemocionales y finalmente “capacitar para la vida” (Bisquerra y Pérez, 2007, p.12) mediante un proceso de desarrollo integral continuo y permanente. Por tanto, hablamos de educación emocional como medio para desarrollar las competencias emocionales o socioemocionales derivadas del constructo de IE (Bañuls et al., 2015).

Estudios recientes han demostrado los beneficios del entrenamiento en habilidades emocionales a través de programas de intervención efectivos. El aprendizaje de competencias emocionales aparentemente no solo reduce la incidencia de problemas emocionales, sino que también fomenta el bienestar y la salud mental (Gómez-Baya et al., 2018; Schoeps et al., 2018; Cejudo, 2017). Los sujetos que reciben puntuaciones altas en los instrumentos de evaluación de IE, también refieren mayor satisfacción con la vida, mayor calidad y cantidad de relaciones sociales, un clima familiar más positivo, más éxito académico y mayor conducta prosocial que las personas con IE baja (Palmer et al., 2002; Bracket y Mayer, 2003; Dawda y Hart, 2003). Según estos autores, individuos con una IE alta presentan menos conductas desviadas, consumen menos sustancias adictivas y compran menos libros de auto – ayuda. Las correlaciones encontradas han despertado el interés por programas de autoayuda o cursillos que pretenden aumentar la IE del individuo, y con esto el éxito y el bienestar del participante (Epstein, S., 1998).

Asimismo, Extremera, N. y Fernández - Berrocal. P (2006), realizaron una investigación relacionada con la capacidad de la inteligencia emocional para predecir la salud mental, social y

física en estudiantes universitarios. Se analizó la relación existente entre la inteligencia emocional de 184 universitarios, sus niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como sus niveles de salud mental, social y física. Los resultados que obtuvieron evidencian la existencia de una relación positiva entre las capacidades emocionales y la salud mental, social y física. Específicamente, encontraron que una puntuación alta en atención emocional se relacionaba, significativa y positivamente, con una mayor sintomatología ansiosa y depresiva, y, además, con puntuaciones más bajas en rol emocional, funcionamiento social y salud mental.

Otros estudios muestran como las personas con alta competencia emocional tienen mejores habilidades sociales, relaciones más estables a largo plazo y mejores habilidades para resolver problemas (Bañuls et al., 2015). Además, los niños con alta competencia emocional pueden concentrarse mejor en los problemas y usar habilidades para resolver problemas que aumentan sus habilidades cognitivas (Bañuls et al., 2015). Las escuelas que implementan programas de aprendizaje social y emocional informan aumentos en el éxito académico, relaciones de mayor calidad entre maestros y estudiantes, y disminución en los problemas de conducta (Castillo et al., 2013). Durlak et al. (2011) realizaron un importante metanálisis de 213 estudios realizados en EE. UU, los resultados indicaron que las intervenciones para mejorar el aprendizaje social y emocional pueden ser efectivas para mejorar las habilidades sociales y emocionales, las actitudes, el comportamiento y el rendimiento académico.

La educación infantil es idónea para el desarrollo de competencias específicas en el niño, que marcarán su personalidad y su posterior desarrollo personal y académico (Silva et al., 2016). Desde la psicología evolutiva se ha interpretado el desarrollo emocional como una parte del desarrollo cognitivo y, desde la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner (2011), la inteligencia emocional (I.E.) se muestra como una habilidad que los niños deben aprender a gestionar correctamente para enfrentarse de forma adecuada a los problemas que se encuentran en su día a día y relacionarse con los demás (Navarro et al., 2016). Afirma López (2005) que "educar emocionalmente significa validar las emociones, empatizar con los demás, ayudar a identificar y a nombrar emociones que se están sintiendo, poner límites, enseñar formas aceptables de expresión y de relación con los demás, quererse y aceptarse a uno mismo, respetar a los demás y proponer estrategias para resolver problemas".

Existen diversos programas escolares para aumentar la inteligencia emocional de los niños; se considera que niños "con inteligencia emocional" presentan menos conductas perturbadoras, se relacionan de forma más positiva con sus compañeros y resuelven los conflictos de manera adecuada (Bizquerra, 2003).

Tabla 1

Descripción de los programas de intervención en inteligencia emocional

<i>Nombre del programa</i>	Programa EDI
<i>Autor</i>	Bañuls et al., 2015
<i>Destinatario</i>	Niños/s de 5º y 6º de Educación Primaria.
<i>Objetivos</i>	Promover la Inteligencia emocional en niños/s de 5º y 6º de EP. Favorecer la adaptación socio-escolar. Mejorar el rendimiento escolar
<i>Resultados</i>	Los resultados mostraron, por un lado, la eficacia de una intervención de dos años en la mejora de la inteligencia emocional y, por otro lado, su influencia positiva en el rendimiento académico en general, y en concreto en el rendimiento en matemáticas y lenguaje.

<i>Nombre del programa</i>	Los amigos de Zippy
<i>Autor</i>	Mishara B.L y Ystgaard M., 2006
<i>Destinatario</i>	Niños/as de 6 a 8 años.
<i>Objetivos</i>	Fomentar la capacidad de resolución de problemas en situaciones cotidianas.
<i>Resultados</i>	Los niños que participaron en el programa Amigos do Zippy mostraron una relación positiva entre el desarrollo emocional/social y el desarrollo académico. Dos conjuntos de comportamientos, el emocional/social por un lado y el académico por el otro, ocurrieron y crecieron en paralelo en una dirección ascendente, por lo que es plausible inferir que tales conjuntos se influyen mutuamente. Es decir, al desarrollar habilidades para enfrentar las dificultades del día a día, el programa promovió la maduración emocional de los niños, permitiéndoles enfrentar los desafíos académicos con mayor seguridad y alcanzar las actitudes, valores y normas esperadas.

Continúa...

Continuación **Tabla 1: Descripción de los programas de intervención en inteligencia**

<i>Nombre del programa</i>	Programa de estimulación de la inteligencia emocional y de la autoestima
<i>Autor</i>	Gutiérrez – Sas et al., 2017
<i>Destinatario</i>	Niños de 4 y 5 años
<i>Objetivos</i>	Evaluar la E.I. y la autoestima de los alumnos de educación infantil (E.I.) tras la aplicación de un programa de intervención basado en talleres de HH. SS y psicomotricidad.
<i>Resultados</i>	La motivación, la autoestima y la empatía de los alumnos mejora, el qué como muestra la comparación de sus dibujos antes y después de la intervención, así como el ambiente del aula en su conjunto. Cuando resulta más fácil interactuar con los compañeros, la apertura o extroversión también tiende a aumentar en la misma proporción. Su creatividad crece gracias a la disminución de la vergüenza

Además de la I.E., existen otros factores protectores para el óptimo desarrollo de los pequeños, entre ellos, se considera relevante trabajar la autoestima, que, como bien nos indica Briggs (1970) "es el factor que decide el éxito o el fracaso de cada niño como ser humano"; entendiéndola como la disposición de cada uno de sentirse competente y merecedor de la felicidad. Por tanto, la autoestima es otro factor socioemocional importante que influye en el ajuste psicológico y el bienestar (Orgilms et al., 2017; Schoeps et al., 2019; Von Soest et al., 2016). La autoestima se ha definido de diversas formas en la literatura, pero se considera que significa la evaluación general de una persona de su valor, incluido cuánto se gusta, se respeta y se acepta a sí misma (Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., de Vries N. K., 2004).

Hay dos aspectos distintivos en la definición de autoestima: primero, la autoestima implica una evaluación del yo a lo largo de un continuo que va de positivo a negativo, con un nivel óptimo en algún lugar en el medio de este continuo; segundo, la evaluación de uno mismo incluye un componente cognitivo y un componente afectivo (Rodgers, R. F., et al., 2013). Otros términos utilizados en la literatura para denotar autoestima incluyen autoconcepto, autopercepción, autovaloración o autoconfianza (Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., de Vries N. K., 2004). Diferentes estudios muestran que, aunque se observa una mayor autoestima en la primera infancia, a esto le sigue una caída dramática durante la transición de la niñez a la adolescencia (Rosenberg, M., 1965), por lo tanto, se considera a este grupo de edad como idóneo para el fomento y la promoción de un óptimo desarrollo de los menores.

Por otro lado, la variedad de herramientas utilizadas para medir la autoestima en niños y adolescentes hasta la fecha dificulta la comparación entre las intervenciones existentes y la identificación de métodos efectivos para mejorar la autoestima (Murray, M., Dordevic, A. L. y Bonham, M. P., 2016). Además, no todos los programas que tienen como objetivo mejorar la autoestima en niños y adolescentes utilizan escalas diseñadas para medir la autoestima específicamente, lo cual dificulta todavía más su evaluación en esta población.

Como podemos observar, desde el año 2000, las emociones han entrado de lleno en la educación y en los centros educativos. En la actualidad, encontramos muchas experiencias y proyectos que pretenden "educar en emociones" (Cantero et al., 2020). Nadie discute el apogeo que la I.E. está teniendo en el contexto educativo, siendo muchos los autores que la han clasificado por competencias ya sean emocionales o sociales (Cassullo y García, 2015; Fernández y Mihura, 2015; Gardner, 2011). Goleman (2012) hace referencia a la I.E. como un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propias, así como las de los demás, de discriminar entre ellos y utilizar información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones. No obstante, los problemas de fracaso escolar, consumo de drogas, violencia en las aulas, etc. siguen existiendo en las aulas a pesar de las decisiones legislativas adoptadas, por lo que el mismo profesorado sabe que algo tiene que cambiar en el sistema educativo (Cantero et al., 2020). Por otro lado, destacamos la importancia de trabajar la inteligencia emocional ya que también es un factor protector para los intentos e ideación suicida en adolescentes (Chan y Nock, 2009) según se muestra en sus estudios de sujetos de víctimas de situaciones estresantes, en ellos se reflejan, por ejemplo, niveles moderados de ideación suicida regulados por la I.E. De la misma forma, otros autores han propuesto la inteligencia emocional como factor protector ante conductas como impulsividad, violencia y desajuste emocional (Ruiz-Aranda, et al., 2006). Bisquerra (2003), explica que muchos de estos problemas tienen una causa relacionada con el descontrol emocional, por lo que la "educación emocional" podría ser una vía de solución. Por tanto, y puesto que, más de la mitad de los trastornos mentales crónicos se inicia alrededor de los 14 años y observando la continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de los adultos (OMS, 2004), seguimos necesitando propuestas educativas de inteligencia emocional que se muestren válidas y eficaces para promover la I.E., favorecer la autoestima y mejorar las habilidades socio – emocionales de los menores.

Como podemos apreciar todos los autores consideran que la I.E y la autoestima ayudan al individuo a conocer y entender cómo sus emociones le predisponen a tener una vida plena, y aunque se han desarrollado diferentes programas de intervención en la población infantojuvenil se requieren de nuevas propuestas que permitan aplicaciones más individualizadas centradas en las necesidades de los menores con el objetivo de que puedan extrapolar lo aprendido en los programas a su vida diaria.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Crear el programa psicoeducativo "jugando con emociones" para el fomento y la mejora de la inteligencia emocional y la autoestima en niños de 5 a 7 años a través de su participación en las sesiones.

Objetivos secundarios

- Crear, validar e implementar el programa psicoeducativo "jugando con las emociones"
- Fomentar la calidad de vida, el bienestar y la salud de los menores.
- Promover el desarrollo de habilidades socio – emocionales de los participantes.
- Aumentar la imagen positiva, seguridad y confianza de los infantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bar-On, R. (1997). *Development of the Baron EQ-I: A measure of emotional and social intelligence*. 105th Annual Convention of the American Psychological Association in Chicago.
- Bañuls, R., Viguer, P. y Cantero, M. J. (2015). *Tesis Doctoral. Promoviendo la inteligencia emocional en la escuela: Diseño y evaluación del programa EDI*.
- Bisquerra, R. (2003). *Educación emocional y competencias básicas para la vida*. Revista de Investigación Educativa, 21 (1), 7-43.
- Bisquerra, R y Pérez, N. (2007). *Las Competencias emocionales. Educación XXI*. Revista de la Facultad de Educación (UNED), 10, 61-82.
- Brackett, M.A. y Mayer, J.D. (2003). *Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of Emotional Intelligence*. Personality and Social Psychology Bulletin, 29, 9.
- Briggs, D. (1970) *El niño feliz. Su clave psicológica*. España: Gedisa.
- Cantero, M. J., Bañuls, R. y Viguer, P. (2020). *Effectiveness of Emotional Intelligence Intervention and Its Impact on Academic Performance in Spanish Pre – Adolescent Elementary Students: Results from the EDI Program*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(20), 7621.doi:10.3390/ijerph17207621
- Cassullo, G. L., y García, L. (2015). *Estudio de las competencias socio emocionales y su relación con el afrontamiento en futuros profesores de nivel medio*. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 18 (1), 213 – 228. Recuperado de <http://revistas.um.es/reifop/article/view/193041>.

- Castillo, R., Salguero, J.M., Helechoandez-Berrocal, P. y Balluerka, N. (2013) *Efectos de una intervención de inteligencia emocional sobre la agresividad y la empatía en adolescentes*. *J. Adolescentes*, 36, 883–892.
- Chan, C.B. y Nock, M.K. (2009). "*Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior*". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 422-430. 38
- Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C. & Caputi, P. (2000). *A critical evaluation of the emotional intelligence construct*. *Personality and Individual Differences*, 28 (3), 539-561.
- Cejudo, J. (2017). *Efectos de un programa de mejora de la inteligencia emocional sobre el ajuste psicosocial y el rendimiento académico en educación primaria*. *Infantil Aprendiz*, 40, 503–530.
- Dawda, D. & Hart, S. (2000). *Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students*. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797-812.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, D. R. y Schellinger, K. B. (2011). *El impacto de mejorar el aprendizaje social y emocional de los estudiantes: un metanálisis de las intervenciones universales basadas en la escuela*. *Niño desarrollo*, 82, 405–432.
- Epstein, S. (1998). *Constructive Thinking. The key to emotional intelligence*. Westport CT: Praeger.
- Extremera, N. Fernández - Berrocal, P. (2006) *Emocional - Intelligence as Predictor of Mental, Social and Physical Health in Univestity Students*. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 1.
- Fernández, A., y Mihura, D. (2015). *La educación en valores y la práctica de actividad física en colectivos de desigualdad*. *E-motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 4, 6-17.
- Gardner, H. (2011). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books. (Trad. Cast., Kairós, 1996).
- Gomez-Baya, Diego; Mendoza, Ramon; Gaspar, Tania; Gomes, Paulo (2018). *Responses to positive affect, life satisfaction and self-esteem: A cross-lagged panel analysis during middle adolescence*. *Scandinavian Journal of Psychology*, (), -. doi:10.1111/sjop.12450
- Gutiérrez, L.; Fontenla, E.; Cons, M.; Rodríguez, J.E.; Pazos, J. M^a. (2017). *Mejora de la autoestima e inteligencia emocional a través de la psicomotricidad y de talleres de habilidades sociales*. *Sportis Scientific Technical Journal of School Sports, Physical Education and Psychomotricity*, 3 (1), 187-205. DOI:<http://dx.doi.org/10.17979/sportis.2017.3.1.1813> h

- López, E. (2005). *La educación emocional en la Educación Infantil*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 19 (3), 153-167. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2126770>.
- Mann, M., Hosman, C., Schaalma, H., de Vries, N. (2004). *Self-esteem in a broadspectrum approach for mental health promotion*. Health Education Research, 19(4), 357–372. doi:10.1093/her/cyg041
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence? En P. Salovey and D. Sluyter (Eds). Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books. 39
- Mishara, B. L. y Ystgaard, M. (2006). *Efectividad de un programa de promoción de la salud mental para mejorar las habilidades de afrontamiento en niños pequeños: los amigos de Zippy*. Early Child Res Q.;21(1), 110 – 23.
- Murray, M., Dordevic, A. L. y Bonham, M. P. (2016). *The impact of multicomponent weight management interventions on self-esteem in overweight and obese adolescents: A systematic review and metaanalysis*. J Pediatr Psychol; 42: 1–16.
- Navarro, R., Rodríguez, J.E. y Eirín, R. (2016). *Análisis de la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, motivación y disfrute en Educación Física en Primaria*. Sportis Scientific Technical Journal, 2 (3), pp. 439-455. Recuperado de: http://revistas.udc.es/index.php/SPORTIS/article/view/sportis.2016.2.3.1758/pdf_60.
- OMS (2004). *Intervenir en Salud mental*.
- OMS (2018). *Promoción de la salud mental*.
- Orgilms, M., Samper, D., Helechoandez – Martinez, I. y Espada, J. P. (2017). *Depresion en preadolescentes españoles: Diferencias en funciones de variables familiares*. Revista psicodidáctica, niños adolescentes, 4, 129–134.
- Palmer, B., Donaldson, C., & Stough, C. (2002). *Emotional intelligence and life satisfaction*. Personality and Individual Differences, 33, 1091-1100.
- Rodgers, R. F., Melioli, T., Laconi, S., Bui, E. y Chabrol, H. (2013). *Internet Addiction Symptoms, Disordered Eating, and Body Image Avoidance*. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16(1), 56–60. doi:10.1089/cyber.2012.1570
- Rosenberg, M. (1965). *Sociedad y Autoimagen Adolescente*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.

- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Extremera, N. (2006). *Inteligencia Emocional Percibida y Consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes*. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 223-230.
- Schoeps, K., Tamarit, A., Gonzalez, R. y Montoya – Castilla, I. (2019). *The long-term effects of emotional competencies and self-esteem on adolescents' internalizing symptoms*. *Revista psicodidáctica* 6, 51–56.
- Silva, M., Neves, G. y Moreira, S. (2016). *Efectos de un programa de psicomotricidad educativa en niños de edad preescolar*. *Sportis Scientific Technical Journal*, 2 (3), 326- 342.
- von Soest, Tilmann; Wichstrøm, Lars; Kvaalem, Ingela Lundin (2016). *The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(4), 592–608. doi:10.1037/pspp0000060