

# PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

[www.psicosomaticaypsiquiatria.com](http://www.psicosomaticaypsiquiatria.com)

Revista indexada en

**psicodoc**

**latindex**

# 12

## AÑO 2020

ENERO • FEBRERO • MARZO



## CONSEJO EDITORIAL BOARDS OF EDITORS

### EDITOR JEFE/CHIEF EDITOR

J.M <sup>a</sup> . Farré Martí	Hospital Universitario Dexeus (HUD) Universitat Autònoma. (UAB) Barcelona.
--------------------------------	---

### EDITORES/EDITORS

J.J. García Campayo	Hospital Miguel Servet (HMS). Fac.Medicina (FM). Universidad de Zaragoza (Unizar)
F. Labrador	Psicología (FP) Universidad Complutense (UCOM). Madrid
N. Mallorquí	Hospital U. de Sant Pau HUD. FM.UAB. Barcelona
J.Osma	FP. Unizar. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Teruel
J.A. Monreal	Corporació Sanitaria Parc Tauli. (CSPT) FM. UAB. Sabadell
G. Parramón	HU. Vall d'Hebron. (HUVH). FM. UAB. Barcelona

### EDITORES ASOCIADOS/ ASSOCIATE EDITORS

A. Lobo	Facultad de Medicina Unizar. Zaragoza
J.J. de la Gándara	Hospital Universitario Burgos. Burgos
E. Echeburúa	Universidad del País Vasco. S. Sebastián
A.García Palacios	FP. Universidad Jaume I. Castellon
L. Pintor	Hospital Clínic (HCB). Barcelona
M. Valdés	(FM) Universidad Barcelona (UB) Barcelona
M.A. Vallejo-Pareja	(FP-UNED). Madrid



## DOCUMENTALISTAS/ DOCUMENTARY MAKER

M. Catalán	Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
E. Salas	HUD Barcelona

## CONSEJO ASESOR/ EDITORIAL ADVISORY BOARD

J.A. Alda	Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
E. Álvarez	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
E. Aubá	Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona
E. Baillès	Hospital Nostra Senyora de Meritxell Hospital. Andorra
R. Bayés	Universitat Autònoma. Barcelona
J. Blanch	Hospital Clínic Universitari. Barcelona
J. Bobes	Universidad de Oviedo
A. Bulbena	Hospital del Mar. Barcelona
J. Deus	Universitat Autònoma. Barcelona
N. Cardoner	Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell
F. Fernández	Hospital Universitari. Bellvitge
E. García Camba	Universidad Autónoma. Madrid
Ll. García-Esteve	Hospital Clínic Universitari. Barcelona
C. Larroy	Universidad Complutense. Madrid
F. Martínez Pintor	Instituto Universitario de Reumatología. Barcelona
J. Méndez	Universidad de Murcia
J.J. Mira	Universidad Miguel Hernandez. Alicante
I. Moreno	Universidad de Sevilla
A. Moriñigo	Estudio de psiquiatria. Sevilla
C. Mur de Viu	Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid
J. Obiols	Universidad Autónoma de Barcelona
E. Oller-Ariño	Clínica Sagrada Familia. Barcelona
F. Ortuño	Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona
J. de Pablo	H. Germans Trias i Pujol. Badalona
D.J. Palao	Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell



M. Pamias	Corporació Sanitària Parc Taulí.Sabadell
M. Planes	Universitat de Girona
J. Punti	Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell
R.M. Raich	Universitat Autònoma de Barcelona
M. Roca	Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca
C. Saldaña	Universitat de Barcelona
R. Sender	Centro de Psiquitria y Psicología. Barcelona
J. Soler	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona Barcelona
P. A. Soler Insa	Centro Médico Teknon. Barcelona
S. Subirá	Universitat Autònoma de Barcelona
R. Torrubia	Universitat Autònoma de Barcelona
J. Usall	Parc Sanitari Sant Joan de Deu Sant Boi de Llobregat
E. Vieta	Hospital Clínic Universitari. Barcelona

## INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

G. Cardoso	Universidade Nova. Lisboa
D. Clark	Maudsley Hospital. Londres
M. Lourenço	Hospital da Senhora da Oliveira-Creixomil-Guimarães
I. Marks	Maudsley Hospital. Londres
J. Ramírez	National Institute of Neurology and Neurosurgery. Mexico City
M. Rigatelli	Università di Modena
P.M. Salkovskis	University of Oxford
L. Salvador-Carulla	Canberra University
W. Soëllner	Paracelsus Medical University Nuremberg
D. Souery	Université Libre de Bruxelles.
F. Tremeau	The Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research en Orangeburg, New York
Eduardo Keegan	Universidad de Buenos Aires (UBA)
Ingrid Brunke	Hospital Alemán de Buenos Aires
Cristian J. Garay	Universidad de Buenos Aires



## CONSEJO DE REDACCIÓN / WRITING BOARD

### *Coordinadores / Coordinators*

M. Agulló	HUD (Colab.) Barcelona
J. Cobo	CSPT. Sabadell

### *Miembros / Members*

E. Amarfil	HUD Barcelona
C. Avella	H. SAGRAT COR. Martorell
Ll. Conesa	Hospital de Sagunt. Valencia
L. Díaz Cutraro	Parc Sanitari Sant Joan de Deu. S. Boi de Llobregat
H. Domínguez-Cagnon	HUD Barcelona
A. Doreste	HUD Barcelona
B. Farré Sender	HUD Barcelona
E. Gómez Gil	Hospital Clínic Universitari. Barcelona
I. Gómez-Reino	Complejo Hospitalario Universitario. Ourense
J. Labad	CSPT. Sabadell
G. Mestre	HUD Barcelona
D. Molina	TLP Barcelona. Barcelona
I. Olivella	HUD (Colab.). Barcelona
A. Palazón	HUD Barcelona
S. Racionero	Universitat de Barcelona (UB). Barcelona
A. Rodríguez	HU. Vall d'Hebron. UAB. Barcelona
L. Ros	Althaia. Hospital de Manresa
S. Ruiz Doblado	H. de la Merced. Osuna (Sevilla)
V. Soria	H.U. de Bellvitge (HUB-UB). Barcelona
I. Tolosa	HUD Barcelona
D. Vega	Consorci Sanitari de L'Anoia. Igualada

## REDACCIÓN EN ARGENTINA

A. Paolazzi	Hospital Justo Jose de Urquiza (Concepción del Uruguay- Entre Ríos)
T. Cagel	Hospital. Braulio Aurelio Moyano. Buenos Aires

## REDACCIÓN EN BRASIL

M. Demarzo	Universidade Federal de Sao Paulo
------------	-----------------------------------



## REDACCIÓN EN CHILE

M. González	Universidad Católica de Santiago de Chile
M. Valdebenito	Unidad de Cuidados especiales del Hospital del Salvador de Valparaíso

## REDACCIÓN EN COLOMBIA

D. Restrepo	Universidad CES de Medellín
-------------	-----------------------------

## REDACCIÓN EN MÉXICO

D. Pérez Tobías	Hospital San José. Guanajuato, México
-----------------	---------------------------------------

## REDACCIÓN EN PORTUGAL

S.C. Morais	Centro Hospitalario Tondela. Viseu
A. C. da Costa	Hospital de Braga.
C. Ferreira	Centro Hospitalario Póveda de Varzim/Vila do Conde.
C.N. Ferreira	Centro Hospitalario Lisboa Norte/H.de Santa María. Lisboa

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

### *Coordinación / Coordination*

G. Lasheras	HUD Barcelona
-------------	---------------

## SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL (SPMIJ) / CHILDRENADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

### *Asesor / Advisor*

J. Toro	Facultad De Medicina (UB) Barcelona
---------	--

### *Coordinación / Coordination*

A. Orobitg	CREIX. Barcelona
N. Fort	(SPMIJ).CSPT. Sabadell

## SECCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS COMPORTAMENTALES / BEHAVIOURAL ADDICTIONS

### *Asesora / Advisor*

S. Jiménez-Murcia	(HUB-UB). Barcelona
-------------------	---------------------

### *Coordinadora / Coordination*

V. González	Atención e Investigación de Socioadicciones (AIS). Barcelona
-------------	--



## SECCIÓN DE SEXOLOGÍA Y SALUD MENTAL / SEXOLOGY AND MENTAL HEALTH

### Asesores / Advisors

F. Cabello	Academia Internacional de Sexología Médica (AISM). Malaga
F. López. FPU	Universidad de Salamanca
E. Maideu	H. Comarcal del Ripollès. Girona
F. Sánchez	Departamento Sexología. Área 13. Servei Valencià de Salut. Valencia

### Coordinación / Coordination

C. Chiclana	U. Ceu San Pablo. Madrid
-------------	--------------------------

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS/ SCIENTIFIC SOCIETES

### Oficial/Official

Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP)	R. Campos. Presidente UNIZAR. Zaragoza
---	---

Sociedad Marcé Española De Salud Mental Perinatal (MARES)	G. Lasheras. Presidente HUD. Barcelona
--	---

### Corresponsal/Correspondent

Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (Samp)	M. Álvarez-Romero. Presidente Centro Médico Psicosomático. Sevilla
---	---

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)	V. Gasull. Salud Mental CdS Torrent 2. Servei Valencià de Salut. València
---	--

Sociedad Española de Sexualidad y Salud Mental (AESEXAME)	A. Luís Montejo. Presidente Comité Científico Universidad de Salamanca
--	---

### Secretaría De Redacción

R. Sáez	Barcelona
N. Sardà	Barcelona

Redacción: I.U. Dexeus C/. Sabino Arana, 5-19- 3ª Planta. Consultas Externas Psiquiatría - 08028 Barcelona

Maquetación pdf y web: Ramon Sánchez Parent. c/ Colon 17 3er, 08640 Olesa de Montserrat, Barcelona

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

ISSN 2565-0564

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



## SUMARIO N°12 CONTENTS

### EDITORIAL

- Del apego al Sexo . . . . . 10**  
From attachment to sex  
J.M. Farré Martí

### EDITORIAL INVITADA

- DSM-5 Y CIE-11: La deconstrucción de los trastornos somatomorfos. Enero 2020 . . . . . 13**  
DSM-5 & CIE-11: the deconstruction of somatoform diseases. January 2020  
Enrique Aubá

### ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

- La relación entre el apego y la cognición social en la psicosis: una revisión sistemática . . . . . 17**  
The relationship between attachment and social cognition in psychosis: a systematic reviews  
Luciana Díaz-Cutrarro, Eugenia Amarfil, Susana Ochoa
- Corea de Huntington: síntomas esquizofrenia-like preexistentes a los movimientos anormales y al deterioro cognitivo. . . . . 30**  
Huntington's disease: schizophrenia-like symptoms pre-existing to abnormal movements and cognitive deficit  
Ángela Ruiz-Arcos, David Granados-Rodríguez, Alicia Quirós-López, Antonio Baena-Baldomero, Sergio Ruiz-Doblado
- Pérdida de audición no orgánica. A propósito de un caso . . . . . 35**  
Non-organic hearing loss. Clinical case report  
Alba Parra González, Sonia Fernández Morante, David Rentero Martín
- Fibromyalgia – offering evidence based treatment . . . . . 46**  
Fibromialgia: tratamiento basado en la evidencia  
Mário Marques dos Santos, Lúcia Ribeiro

### ARTÍCULO DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLES

- Síndromes vinculados a la cultura . . . . . 55**  
Culture-bound syndromes  
Armand Guàrdia, Alexandre González-Rodríguez, Maria Betriu, José Antonio Monreal, Diego J. Palao, Javier Labad



<b>NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL / PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS . . . . .</b>	<b>70</b>
Gracia Lasheras, Marta de-Gracia-de-Gregorio, Borja Farré-Sender, María Giralt, Purificación Navarro, Cristina Sanz, Elena Serrano-Drozdowskyj	
<b>NOTICIAS PSICOSOMÁTICA / PSYCHOSOMATICS NEWS . . . . .</b>	<b>80</b>
Iris Tolosa, Gemma Mestre	
<b>NOTICIAS DE CONDUCTAS ADICTIVAS / NEWS IN ADDICTIVES BEHAVIORS . . . . .</b>	<b>85</b>
Vega González	
<b>SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL / CHILDREN-ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC . . . . .</b>	<b>87</b>
Natàlia Fort, Anaïs Orobítg	
<b>COMENTARIO DE LIBROS / COMMENTED BOOKS</b>	
<b>Entrena tu cerebro para el éxito . . . . .</b>	<b>94</b>
Cristina Fernández Martín	
<b>El reto de la felicidad . . . . .</b>	<b>96</b>
Andrea Doreste	
<b>AGENDA / DIARY . . . . .</b>	<b>98</b>



**EL ACCESO ES COMPLETAMENTE LIBRE  
Y NO ES NECESARIO REGISTRARSE**



**EDITORIAL**

## **DEL APEGO AL SEXO**

**FROM ATTACHMENT TO SEX**

J.M. Farré Martí

Editor



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:10-12.



Este es un número que será especialmente recordado por estar marcado en su gestación final por la crisis del COVID-19. Solo el Comité Técnico<sup>(1)</sup> se reunió, con las debidas precauciones, para cerrar el número y actualizar los datos del DOI y el OJS, sustituyendo la reunión ordinaria del Consejo de Redacción. Un encuentro que permitió elaborar el futuro definitivo de nuestra publicación, con los detalles técnicos del DOI y la OJS y analizó las condiciones para optimizar y facilitar la labor de los evaluadores.

Bowlby<sup>(2)</sup>, describió el concepto de *vínculo- apego* como el proceso interactivo que permitirá la proximidad protectora de la cría con un cuidador adulto a lo largo de su periodo de desarrollo, con la finalidad de obtener y percibir seguridad y cuidados<sup>(3)</sup>. Desde entonces se han multiplicado las investigaciones a favor de esta teoría reguladora que se vale de la respuesta emocional para promover la maduración cerebral, gracias al diálogo visual y auditivo que mantienen los hemisferios derechos de madre o cuidador - hija/o, y al olfatorio y gustativo que sostienen sus respectivas amígdalas derechas, lo que sincroniza el cerebro y la atención, el desarrollo verbal y la capacidad de autocontrol, imprescindibles para que culmine el desarrollo del cerebro postnatal.

A pesar de las críticas la teoría del apego, está ampliamente aceptada, sobretodo si la modulamos con la presencia de dimensiones de la personalidad como lo es el temperamento. Como lo son los diversos estilos<sup>(4)</sup>, que permiten conocer la autoimagen y la intensidad de las relaciones interpersonales. A saber, estilos *seguro, preocupado, alejado y temeroso*. En el artículo con el que arrancamos, el trío potente y seguro que conforman Luciana Diaz Cutraro, Eugenia Amarfil y Susana Ochoa, de Sant Joan de Deu y Dexeus, nos ilumina otra vez con un papel que no les dejará indiferentes: revisan la evidencia disponible sobre el apego y sus correlatos clínicos en Adolescentes y adultos en Psicosis, con la correspondiente responsabilidad en el desempeño social, lo cual permitirá diseñar intervenciones adecuadas.

La *Corea de Huntington* asociada a Esquizofrenia previa, sirve para que Angela Ruiz, David Granados y col, del hiperactivo Hospital de la Merced de Osuna, nos resalten la posibilidad de que - como ocurre en otros cuadros -, la psicopatología preceda a los movimientos coreicos y al deterioro cognitivo, lo que permite perfeccionar las alternativas terapéuticas. Alba Parra, Laura Fernandez Morente y David Rentero, del 12 de Octubre de Madrid, se atreven

con la *Sordera de origen "no orgánico"* y la correlación con diversos diagnósticos psiquiátricos, que ya pueden sospechar Uds. A través del análisis de un caso clínico, altamente sugerente, analizan la proteica sintomatología y las posibilidades diagnósticas, todas ellas complejas. Y la *Fibromialgia* que no falte. Mário Marqués dos Santos y Lucia Ribeiro, del Complejo Hospitalario de Vilanova de Gaia en Portugal, analizan diversas bases de datos a la búsqueda de evidencias sobre las posibilidades terapéuticas más realistas en el maremagnum de ofertas que se barajan

El Grupo del Parc Taulí de Sabadell sigue enviándonos muestras a chorro de su imparable productividad, sin que dejen resquicio donde canalizar su cotilleo investigador. Nos presentan una revisión de los *Síndromes vinculados a la cultura*, un tema cada vez más actual por los flujos migratorios. Un trío conformado por Armand Guàrdia, Alexandre González y María Betriu, analizan las diversas presentaciones, desde la mirada necesariamente amplia, marcada por las contradicciones entre la psicopatología y la clasificaciones al uso en el ámbito occidental, que revisan, con la originalidad de atreverse con la CCM ("Chinese Clasification of Mental Disorders"). Ahí están todos, o casi todos: Licantropía, Koro, Covade, Amok, Frigofobia.... La correspondiente revisión de las posibilidades terapéuticas, aquí claramente multidisciplinarias, es el blasón de un artículo particularmente elegante.

La *Sociedad Española de Sexualidad y Salud Mental* (AESEXSAME), es una ya veterana entidad, fundada por el Prof. A. Luis Montejó del Clínico y la Universidad de Salamanca, uno de los nombres más reconocidos en el ámbito de la Salud Mental Española y referencia internacional en los estudios sobre la yatrogenia y la Sexualidad. Tenía una visión clara: los Profesionales de la Salud Mental, y particularmente los Psiquiatras, nunca hubieran debido dimitir, como así lo hicieron y en gran parte aún hacen, del estudio y el tratamiento de los trastornos sexuales. Quien firma esta Editorial llevaba años predicando en el desierto de esta impostura. De ahí que apoyé desde el primer momento, no ya la AESEXSAME sino todos los cursos y Simposios que Montejó, desde la Dirección Científica de la Sociedad, organiza con precisión automática en su Salamanca natal, unos eventos que son cita obligada en el panorama científico de la Salud Mental, y que gozan de tanto prestigio que han depasado las fronteras: profesionales portugueses y latinoamericanos están presentes, como así será este año, a través del sello de la prestigiosa *Academia Internacional de Sexología Médica*, de la cual somos miem-



bros varios de los que hacemos esta publicación (el propio Montejo, Francisco Cabello, Froilán Sánchez, Mario Lourenço y Farré Martí).

En la Agenda encontrarán los detalles de la Reunión 2020, dedicada a la **Sexualidad, Psiquiatría y Modernidad**, a celebrar del 25 al 27 de Junio y que - como Presidente saliente- tendré el gusto de copresidir, conjuntamente con el Prof. Montejo. Es impresionante los tópicos que se tratan, casi todos ellos fruto de una buena salud investigadora; una pequeña muestra : Los adolescentes digitales, el cibersexo, Personalidad en mujeres de adictos al sexo, transhumanismo, enfermedades crónicas, Taller de Casos clínicos, cliteridectomizadas, Neurotransmisores y neuroquímica del amor, Narcisismo, Pornografía... y más. Todo ello sazonado por los Premios de Investigación que animan a los jóvenes a introducirse en un mundo particularmente emocionante (y nunca mejor dicho).

Biológicamente conectados y evolutivamente diseñados para interrelacionarnos. Lo que les decía : del apego al Sexo. No se pierdan Salamanca, que además es una bellísima ciudad y muy bien conectada en la interacción gastronómica; quedarán apegados para siempre.

Y por cierto, la Editorial invitada es altamente sugerente: Aubá, cual Adriá de la Psicosomática se atreve a deconstruir los trastornos somatomorfos: impactante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agulló, Palazón, Doreste, Farré, Sardá.
2. Bowlby, J. Attachment and Loss (1969, 1973), Vols 1 y 2. Books, New York.
3. Valdés, M. El Estrés. Desde la Biología a la Clínica(2016). Ed. Siglantana. Barcelona.
4. García Campayo, J. La práctica de la Compasión (2020). Ed. Siglantana. Barcelona.



**EDITORIAL INVITADA**



## **DSM-5 Y CIE-11: LA DECONSTRUCCIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS ENERO 2020**

**DSM-5 & CIE-11: THE DECONSTRUCTION  
OF SOMATOFORM DISEASES. JANUARY 2020**

Enrique Aubá

Psiquiatra . Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra. Consejo Asesor



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:13-16



Hemos cerrado una década con especial interés en lo que se refiere a la nosología de los trastornos somatomorfos. Podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que esta categoría es la que presenta los cambios más radicales en las nuevas versiones de los sistemas de clasificación. Algunos estarán satisfechos; otros, frustrados; muchos, un poco confusos. En cualquier caso, es necesaria una lectura atenta a los cambios para interpretarlos correctamente, ya que es lenguaje común para los que nos dedicamos a la patología psicósomática.

Repasemos detalladamente los cambios en DSM y en CIE, y hagamos una lectura crítica. Considero que lo que está teniendo lugar puede llamarse con propiedad una deconstrucción de los trastornos somatomorfos, que era necesaria, a la vez que debe considerarse una transición para poder seguir avanzando.

DSM-IV y CIE-10 tenían muchas similitudes y algunas diferencias en lo que respecta a los trastornos somatomorfos. Para entender bien los cambios, debemos fijarnos al menos en tres aspectos: la nomenclatura de los trastornos, los criterios diagnósticos y el lugar que ocupan en la clasificación. Son tres los ejes que estructuraban los trastornos somatomorfos: síntomas físicos sin alteraciones que los justifiquen, relación con factores estresantes o conflictos psicológicos, y preocupación ansiosa y obsesiva sobre los síntomas. Las dos clasificaciones tenían un trastorno central, el Trastorno de somatización, con una variante rebajada en la exigencia de criterios, el Trastorno somatomorfo indiferenciado. En ellos debemos poner el foco. En cuanto al resto de trastornos del capítulo, aunque había diferencias de estructura entre ambas clasificaciones, se trataba de unas diferencias que no afectaban a la esencia. Las definiciones y criterios de los trastornos eran casi superponibles, y se entiende que puedan estar en un lugar u otro en función de qué eje se priorice para ordenar la clasificación. En CIE-10, los trastornos somatomorfos estaban inmediatamente a continuación de las Reacciones a estrés grave/trastornos de adaptación y de los Trastornos disociativos, subrayando su relación con el estrés. En DSM-IV, los trastornos conversivos estaban incluidos en el apartado de trastornos somatomorfos, dando así prioridad a la agrupación de trastornos que están relacionados con síntomas físicos.

El Trastorno por somatización refleja una realidad clínica, epidemiológicamente consistente, pero con una baja prevalencia dado lo altamente restrictivos que son sus criterios, dejando fuera a pacientes con el mismo fenómeno pero de

menor intensidad. Los trastornos somatomorfos se solapan entre unos y otros, y tienen una terminología difícilmente aceptable por los pacientes, al hacer referencia implícita al origen desconocido de los síntomas. Por todo ello, son muchas las críticas que ha habido a la categoría de trastornos somatomorfos. De manera paralela y superpuesta, utilizamos la terminología de los síndromes somáticos funcionales. Estos síndromes son mejor aceptados por los pacientes, aunque también somos conscientes de las limitaciones que tienen, ya que no se corresponden con un sustrato y mecanismo fisiopatológico definido. Así, son diferentes las propuestas de mejora que venían haciéndose por los principales autores y grupos que se han dedicado con más intensidad a los trastornos somatomorfos, no podemos tratarlas ahora con extensión. Estas propuestas han tenido sin duda influencia en la nueva clasificación, a la vez que ha podido generar grandes expectativas y mucha frustración, veamos por qué. Primero nos fijaremos en DSM-5 y después en CIE-11.

DSM-5 realiza cambios sustanciales en la clasificación. Para empezar, desaparece el nombre "somatomorfo", tanto en el título del capítulo como en los trastornos. El cuadro central de la categoría es el nuevo Trastorno de síntomas somáticos. De entrada puede pensarse que viene a sustituir al Trastorno por somatización con un cambio de nomenclatura, pero veremos que no es exactamente así. Desaparece el Trastorno hipocondríaco y es sustituido en principio por el denominado Trastorno de ansiedad por enfermedad. Continúa el Trastorno conversivo, con un apellido o nombre alternativo, Trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Se incluyen el clásico apartado de DSM de "Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas", así como el Trastorno facticio. Desaparece el Trastorno por dolor, que es absorbido por el nuevo Trastorno de síntomas somáticos, y sale del capítulo el Trastorno dismórfico corporal, que pasa en DSM-5 a estar junto con el Trastorno obsesivo compulsivo.

Podemos apreciar que DSM mantiene trastornos dentro de la nueva categoría de Síntomas somáticos manteniendo un criterio de agrupación por relación con síntomas somáticos. El orden en la clasificación del renombrado capítulo de "Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados" subraya la relación que tienen estos trastornos con el estrés, ya que está a continuación de los capítulos "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" y "Trastornos disociativos", por este orden. En cuanto a la nomenclatura, es significativo el sentido de los cambios de DSM-5. Elimina el



término "somatomorfo", mal aceptado y con connotaciones relacionadas con un proceso dinámico sin clara explicación fisiopatológica. Y elimina el término "hipocondria", también con difícil aceptación por los pacientes, a la vez que pasa a subrayar el carácter ansioso del trastorno.

La definición y criterios diagnósticos del Trastorno de síntomas somáticos conllevan un cambio importante respecto a los trastornos somatomorfos previos. Deja de ser criterio diagnóstico la presencia de síntomas físicos sin explicación médica, y el foco pasa a estar en la preocupación desproporcionada sobre síntomas físicos presentes, tengan origen desconocido o conocido. El cambio es radical. Una persona con una enfermedad definida que se acompaña de síntomas con clara explicación, puede tener un Trastorno de síntomas somáticos cuando la preocupación y vivencia de los síntomas es desproporcionada, y será igualmente "diagnosticado" que una persona con una preocupación intensa sobre unos síntomas de origen desconocido o sin explicación. En realidad, en DSM-IV también cabían dentro de lo somatomorfo pacientes con síntomas físicos justificados pero vivenciados de manera desproporcionada, pero ahora el foco pasa de estar en el tipo de síntomas a la vivencia de los síntomas. Si lo pensamos bien, lo que define al Trastorno de síntomas somáticos es la hipocondria, que se acompaña de síntomas físicos de cualquier naturaleza. Se ha generado así un nuevo cajón, quizá demasiado amplio, que incluye a pacientes con síntomas conocidos y pacientes con síntomas desconocidos, con el factor común de la hipocondria.

En realidad, el hasta ahora Trastorno hipocondríaco ha sido hipertrofiado artificialmente al desdoblarse en dos trastornos: el Trastorno de síntomas somáticos, cuando de hecho presenta síntomas físicos, y el Trastorno de ansiedad por enfermedad, cuando no los presenta. La misma clasificación estima que el 75% del Trastorno hipocondríaco previo pasa a estar ahora en el Trastorno de síntomas somáticos, mientras que el otro 25% pasa a ser Trastorno de ansiedad por enfermedad.

CIE-11 sigue la misma línea de DSM-5 al tratar los trastornos somatomorfos de CIE-10, siendo su transformación más radical aún. El trastorno central de la clasificación ahora se denomina *Bodily Distress Disorder* (un desafío para la traducción castellana). El *Bodily Distress Disorder* esencialmente equivalente al Trastorno de síntomas somáticos, pero con una nomenclatura que abandona aún más todo lo que recuerde a somatomorfo y somatización. A igual modo que en DSM-

5, lo que prima en el trastorno de CIE-11 es la preocupación y vivencia desproporcionadas en torno a síntomas físicos, conozcamos o no su origen. Además, en CIE-11 el Trastorno hipocondríaco sale del capítulo y es incluido con el Trastorno obsesivo compulsivo, donde ya estaba el Trastorno dismórfico corporal. También desaparece el Trastorno por dolor, que queda incluido en el *Bodily distress disorder*. Y desaparece la Disfunción vegetativa somatomorfa, que siendo un concepto interesante al apuntar al sistema nervioso autónomo, tenía de hecho poca utilidad práctica, ya que la mayor parte de los síntomas somatomorfos son de naturaleza autonómica.

De esta manera, CIE-11 consigue un capítulo casi limpio: los trastornos que previamente estaban incluidos en el capítulo de somatomorfos pero no tenían propiamente síntomas físicos, ha sido recolocados en lugares apropiados. Digo "casi" porque, de manera sorprendente, ha sido incluido en el capítulo un nuevo trastorno, *Body integrity disphoria*, que además de ser muy poco frecuente, no tiene propiamente síntomas físicos sino el deseo de tener una amputación o una limitación corporal. Es un trastorno de la conciencia corporal que ensucia el ejercicio de vaciamiento que se estaba haciendo del capítulo.

El nuevo constructo de DSM-5 y de CIE-11 (Trastorno de síntomas somáticos y *Bodily Distress Disorder*) nos puede dejar el corazón un poco encogido. Ha sido un paso, ha sido una limpieza, pero parcial. Una preocupación de las nuevas clasificaciones era que los diagnósticos se realizaran basándose en criterios positivos, no en criterios negativos. Esto se consigue al eliminar la ausencia de explicación médica como criterio diagnóstico, a la vez que es un criterio positivo la preocupación y vivencia en torno a los síntomas. Pero aunque ahora se diagnostique de acuerdo a criterios positivos, y aunque el constructo demuestre cierta robustez epidemiológica, esto no quiere decir que el nuevo diagnóstico refleje mejor la realidad. ¿Será de utilidad el nuevo trastorno en la práctica clínica? Tengo mis reservas.

Retomemos las perspectiva de los tres ejes que vertebran los trastornos somatomorfos y veamos qué ha sucedido de manera global en las dos clasificaciones. El primer eje, la organización centrada en los síntomas físicos, se mantiene en DSM-5 y se abandona en CIE-11, que mueve trastornos a otras categorías (salvando la inoportunidad del *Body Integrity Disphoria*). La recolocación de otros trastornos es más completa así en CIE-11. En el segundo eje, la relación de los trastornos con el estrés, ambas clasificaciones la pierden en la



caracterización de los trastornos. DSM-5 la mantiene en atención al lugar del nuevo capítulo en la clasificación, mientras que en CIE-11 esto se desfigura. El orden de los capítulos es por tanto más coherente en DSM-5. Respecto al tercer eje, la preocupación en torno a síntomas, sigue presente en ambos, algo hipertrofiada ya que está presente en dos trastornos, con la diferencia de que en DSM los dos trastornos están en el mismo capítulo y en CIE-11 en capítulos separados.

Se ha eliminado la somatización y lo somatomorfo. Por somatización siempre hemos entendido la expresión somática de una tensión psíquica, y es rechazado por muchos en cuanto que se trata de una expresión narrativa poco medible, de acuerdo. Pero ¿dónde queda este fenómeno distinto que tiene lugar en nuestros pacientes? No nos distanciamos tanto de la Fenomenología, no reneguemos de la Psicopatología, que nos habla de la realidad de las patologías psíquicas y nos dice que se nos está escapando algo. Lo captamos, sabemos que está ahí, aunque no sepamos cómo acotarlo.

Estamos ante una deconstrucción en sentido propio: se está desmontando un constructo, lo somatomorfo, que tenía sus limitaciones. La deconstrucción es parcial: se deconstruye, pero no del todo, como hemos visto en el nuevo trastorno al considerar conjuntamente síntomas de origen desconocido con síntomas de origen conocido. Y esta deconstrucción debe ser considerada una transición. Es una etapa necesaria, ya que estábamos de acuerdo en que lo previo no nos valía, pero no tenemos claro a qué tenemos que ir. Si no asumimos

que estamos en una transición y consideramos la nueva categoría como algo entero, nuestro raciocinio puede sentirse excesivamente violentado.

Se podría haber dado un paso más, y podríamos haber hecho desaparecer los trastornos somatomorfos del todo, sin sustituirse por el Trastorno de síntomas somáticos o corporales. CIE-11, que ha recolocado a los demás trastornos en su lugar, tenía la oportunidad de dar la estocada final. Pero no lo ha hecho. Y sin duda, ha sido sensato. Porque nos habríamos quedado cojos, ya que somos conscientes de que debemos sustituirlo, pero todavía no tenemos el sustituto adecuado. Nos habríamos quedado probablemente sin "sustancia" sobre la que seguir trabajando. El sustituto llegará, entre otros, a través de una mejor definición y descripción de la desregulación de los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés, ya sea congénita o adquirida, que está en la base de la mayoría de síntomas somatomorfos, funcionales o de dolor amplificado. Pero el estado de la ciencia y nuestra nosología no pueden darle todavía entidad suficiente.

Usemos bien la clasificación, sin despegarnos de la realidad del paciente, y sin perder de vista la necesidad de seguir investigando. Para ello deberemos aplicar los criterios diagnósticos con la prudencia de quien sabe que la deconstrucción ha sido parcial, y que hay sujetos distintos en la misma nueva categoría. No nos sintamos frustrados, sigamos avanzando, y no olvidemos que, ¿acaso no es esta complejidad lo que hace grande a la patología psicosomática?



**ARTÍCULO ORIGINAL**

**ORIGINAL ARTICLE**

Recibido: 10/01/2020. Aceptado: 03/03/2020

## **LA RELACIÓN ENTRE EL APEGO Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA PSICOSIS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT AND SOCIAL COGNITION IN PSYCHOSIS: A SYSTEMATIC REVIEWS**

**Luciana Díaz-Cutraró<sup>1,3,4</sup>, Eugenia Amarfil<sup>2</sup>, Susana Ochoa<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España. <sup>2</sup>Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBER-SAM, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España. <sup>4</sup>Fundació Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España. <sup>5</sup>Universitat Ramon Llull – FPCEE Blanquerna, Barcelona, España

**Correspondencia:** Luciana Díaz-Cutraró, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, C/ Dr Pujades 42, 08330 Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.  
Luciana.diaz@pssjd.org



**ISSN 2565-0564**

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:17-29



## RESUMEN

**Objetivo:** La teoría del apego explica cómo las experiencias tempranas influyen a la conformación de representaciones mentales del sí mismo, de los otros y la relación entre estos. La cognición social explica los procesos involucrados en el entendimiento, reconocimiento, procesamiento y la adecuada utilización de los estímulos sociales. Este artículo tiene por objetivo revisar la evidencia disponible sobre el apego y sus correlatos clínicos con la cognición social en personas adolescentes y adultas con psicosis.

**Métodos:** La búsqueda se realizó a través de buscadores: PsycINFO y MEDLINE, usando los siguientes términos: parental bonding, attachment, social cognition, theory of mind, emotion\* recognition, attribution\* style, emotion\* process\*, social perception, affect perception, affect recognition, emotional identification, social cue recognition, social knowledge, mentalizing y psychosis o schizophrenia o paranoid. Un total de 182 estudios fueron encontrados, de los cuales 9 se seleccionaron para la revisión.

**Resultados:** La mayor parte de las investigaciones encontradas estudian al apego y la cognición social como variables mediadoras con síntomas psicóticos en muestras heterogéneas. Los estilos de apego inseguro se relacionan con peor Cognición Social en la mayor parte de los estudios.

**Conclusiones:** El apego es un constructo con relevancia clínica en el desempeño social de las personas con psicosis. La influencia de las relaciones tempranas con otros en la manera de manejar estímulos sociales en la edad adulta pueden ser de particular interés para el diseño de futuras intervenciones.

**Palabras clave:** Apego, cognición social, teoría de la mente, estilo atribucional, percepción social, psicosis, esquizofrenia.

---

## ABSTRACT

**Background:** Attachment theory explains how early experiences influence the conformation of mental representations of oneself, of others, and the relationship between them. Social cognition explains the processes involved in the understanding, recognition, processing and correct use of social stimuli. This article aims to review the available evidence on attachment and its clinical correlates with social cognition in adolescents and adults with psychosis.

**Methods:** The search was carried out through search engines: PsycINFO and MEDLINE, using the following terms: parental bonding, attachment, social cognition, theory of mind, emotion \* recognition, attribution \* style, emotion \* process \*, social perception, affect perception, affect recognition, emotional identification, social cue recognition, social knowledge, mentalizing and psychosis or schizophrenia or paranoid. A total of 182 studies were found, of which 9 were selected for review.

**Results:** Most of the research found studies attachment and social cognition as mediating variables with psychotic symptoms in heterogeneous samples. Insecure attachment styles are related to worse Social Cognition in most studies.

**Conclusions:** Attachment is a construct with clinical relevance in the social performance of people with psychosis. The influence of early relationships with others on how to handle social stimuli in adulthood may be of particular interest for the design of future interventions.

**Keywords:** attachment, social cognition, mind theory, attributional style, social perception, psychosis, schizophrenia.



## INTRODUCCIÓN

### APEGO Y EXPERIENCIAS INFANTILES

El apego es un constructo basado en la Teoría del apego de Bowlby (1973) que propone que las experiencias tempranas influyen en la conformación de representaciones mentales de sí mismo, de los otros y la relación entre estos. Los primeros tres años de vida son un período muy sensible para el desarrollo de las relaciones de apego con figuras de crianza significativas y la exposición a eventos traumáticos, tiene efectos en el desarrollo cognitivo, social y emocional posterior (Simeonova, D. I., Nguyen, T., & Walker, 2014).

Los estilos de apego inseguros, conllevarían a la construcción de un modelo interno de relaciones que resulta poco flexible e inadecuado para la vida social y la vida autónoma adulta, como también una disfuncionalidad notable para regular emociones (Berry et al., 2012). Del mismo modo, el estilo de apego podría predecir el funcionamiento social, las dificultades interpersonales y la psicopatología en la edad adulta (Bartholomew, K., & Horowitz, 1991; Berry et al., 2007b).

### *Estilos de apego y psicosis*

Existen varios modelos de conceptualización de los estilos en el apego adulto, tanto en términos dimensionales como categoriales.

El modelo de Bartolomew conceptualiza los estilos de apego en las dimensiones de alta-baja evitación y alta-baja dependencia con otros, dando como resultado cuatro posibles estilos de apego: el seguro (*secure*), el temeroso (*fearful*), el preocupado (*pre-occupied*) y el rechazante (*dismissing*). Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver (1998) resaltaron que la mayoría de los factores encontrados en las medidas de apego pueden organizarse a lo largo de las dimensiones de ansiedad y evitación. Las personas con altos niveles de estilo de apego ansioso necesitan la aprobación de los demás, es probable que experimenten ansiedad por separación y participen en un estilo interpersonal generalmente marcado por fijar la atención en estímulos angustiantes. Las personas con altos niveles de apego evitativo tienden a sentirse incómodas en la cercanía con los demás evitando el contacto social, valorando su autonomía y desviando la atención de los estímulos angustiantes (Berry et al., 2008; Smith et al., 2010; Fraley RC, 1998).

El apego adulto inseguro, preponderantemente el estilo evitativo, es más frecuente en personas con trastornos

psicóticos (Gumley et al., 2014; Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanarocci, O., & Baldaro, 2010) y se asocia con peor alianza terapéutica, con mayores disfunciones sociales (Gumley et al., 2014), y una peor recuperación (Drayton et al., 1998).

### COGNICIÓN SOCIAL Y PSICOSIS

La cognición social (CS) puede ser definida como una serie de procesos orientados a entender, reconocer, procesar y el utilizar adecuadamente al contexto diversos estímulos sociales (Penn et al., 2007). Los déficits en la cognición social son una característica distintiva de los principales trastornos mentales y conllevan deterioro en el funcionamiento social y ocupacional (Horan & Green, 2019). Las personas con psicosis tienen alteraciones en los procesos mentales subyacentes a las interacciones sociales (Couture et al., 2006; A. K.J. Fett et al., 2016) recayendo en fallos en los vínculos sociales y dificultades en el funcionamiento social general (Berry et al., 2007a).

Pinkham et al. (2014) proponen que la CS está comprendida por cuatro dominios: la Teoría de la Mente (ToM; la capacidad de inferir los estados mentales propios y de los demás), el Procesamiento Emocional (PE; la capacidad de percibir y usar las emociones de manera apropiada), la Percepción social (PS; habilidad para decodificar e interpretar señales sociales en otros), y el Estilo Atribucional (EA; capacidad para explicar las causas o dar sentido a las interacciones y eventos sociales). A pesar de que existen diversas medidas para evaluar la cognición social, actualmente no hay consenso en el campo sobre qué medidas evalúan mejor cada dominio (Healey et al., 2016).

### *ToM y psicosis*

La ToM es la capacidad de comprender estados mentales, como creencias, emociones e intenciones, de uno mismo y de otros (Bailey & Henry, 2010; Dumontheil et al., 2010)

La ToM se puede dividir en varios componentes: ToM cognitiva (inferencias sobre creencias, pensamientos o intenciones), ToM afectiva (inferencias sobre emociones o sentimientos), habilidades de primer orden (inferir los pensamientos / emociones de otra persona) y habilidades de segundo orden (deduciendo lo que una persona, además de la persona, piensa sobre los pensamientos / emociones de otra persona) (Brothers & Ring, 1992; Shamay-Tsoory et al., 2007).

Hay diversos estudios que abordan la relación entre ToM y psicosis. Algunos autores refieren que el dominio está alte-



rado en la esquizofrenia (Corcoran & Goertz, 1995) (Sprong et al., 2007; Versmissen et al., 2008) y se sugirió que esta discapacidad es más que dependiente del estado, debido a que las deficiencias se manifiestan tanto en la remisión sintomática, en grupos de (ultra) alto riesgo (C. E. L. Green et al., 2008; Yu Sun Chung et al., 2008) en primeros episodios (M. F. Green et al., 2012; Inoue et al., 2006; Thompson et al., 2012) y en familiares de pacientes con psicosis (de Achával et al., 2010; Janssen et al., 2003). Otros autores, sugieren que es una característica de estado más que una característica de rasgo. Corcoran & Goertz (1995) encontraron que el rendimiento de ToM en pacientes en remisión es comparable con el de los controles sanos. Frith & Corcoran (1996) proponen que los daños en la ToM se desarrollan a medida que el trastorno progresa. Hasta hoy existe evidencia contradictoria acerca del deterioro de este dominio (Bertrand MC, Sutton H, Achim AM, 2007; Kettle JW, 2008); aunque existe consenso sobre la influencia de la ToM en correlatos clínicos como peores medidas de funcionamiento, alta ideación paranoide, bajo nivel de búsqueda de ayuda y peor alianza terapéutica (Davis et al., 2011; Garety et al., 2001; Lysaker et al., 2005, 2013).

### *Procesamiento emocional y psicosis*

El PE, también llamado reconocimiento emocional, reconocimiento del afecto o percepción del afecto, comprende dos niveles de procesamiento. En un nivel bajo, se trata de la identificación de expresiones faciales o vocalizaciones relativas a emociones (por ejemplo, la prosodia), o bien la combinación de estas dos (por ejemplo, vocalizaciones y visualizaciones implicadas en las conversaciones). En un nivel alto el manejo del contenido emocional, como el uso apropiado de la regulación emocional y el uso de la información relativa a las emociones (Couture et al., 2006).

La mirada es fundamental para la comunicación social, permitiendo codificar y transmitir emociones implicadas en las interacciones (Gobel et al., 2015; Itier & Batty, 2009). Se ha registrado que las personas con esquizofrenia se enfocan menos en los ojos cuando ven rostros y participan en interacciones sociales (Gordon et al., 1992; Loughland et al., 2002; Phillips & David, 1997). También tienden a juzgar mal dónde están mirando otras personas (Hooker & Park, 2005) y malinterpretan las señales emocionales de los ojos (Kington et al., 2000; Streit et al., 1997). Estas deficiencias se han asociado con los síntomas negativos (Tso et al., 2012) y los déficits cognitivos sociales (Choi et al., 2010; Roux et

al., 2014) que afectan negativamente el funcionamiento del mundo real (Couture et al., 2006; Penn et al., 2000). Además, otros a menudo perciben una mirada anormal de los ojos de las personas con esquizofrenia (Lavelle et al., 2014), lo que lleva a juicios negativos (Sasson et al., 2017) que contribuyen a la exclusión social y pueden exacerbar los síntomas psicóticos (Selten et al., 2017).

### *Percepción social y psicosis*

La PS, también llamada como "inteligencia social", es la habilidad para decodificar e interpretar claves sociales en otros (Healey et al., 2016), e incluye el procesamiento del contexto social y el conocimiento social, que puede ser definido como el conocimiento sobre las reglas, los roles y los objetivos implicados en las interacciones sociales (Pinkham et al., 2016). Las personas con Esquizofrenia son menos sensibles a las claves interpersonales (Penn et al., 2000; P. W. Corrigan, 1997; W. Corrigan, 1996). Se han encontrado asociaciones de este dominio con bajo funcionamiento social (Couture et al., 2006; Anne Kathrin J. Fett et al., 2011; Savla et al., 2013; Sergi et al., 2007; Vauth et al., 2004). Más específicamente con funcionamiento en la comunidad, resolución de problemas, habilidades sociales (Couture et al., 2006; Anne Kathrin J. Fett et al., 2011) y deterioro cognitivo (Toomey et al., 1997) en personas con esquizofrenia.

Los déficits en la percepción social son evidenciados tanto en personas con primeros episodios como en pacientes con psicosis crónica, encontrándose de manera estable a través del tiempo. Resulta de especial importancia la comprensión, el estudio, como también los abordajes tempranos de la misma (M. F. Green et al., 2005).

### *Estilo atribucional y psicosis*

El EA ha sido definido como la tendencia persistente para explicar la causa de acciones sociales en términos de factores internos o externos; es decir, atribuir la causa de los eventos a uno mismo, a otros o a factores situacionales (Kaney & Bentall, 1989; Kinderman & Bentall, 1996; Martin & Penn, 2002). Se ha estudiado la relación entre el estilo atribucional con síntomas clínicos tales como los delirios persecutorios donde se hipotetiza que las personas con psicosis evitan la activación de creencias negativas sobre sí mismos, y hacen atribuciones personalizadoras o externalizadoras para los eventos negativos que puedan ocurrir (Bentall et al., 1994). El sesgo de personalización consta de la tendencia de culpar por



los eventos ocurridos a otros, más que a las situaciones o al azar. El sesgo externalizador, es la tendencia a sobreatribuir más razones negativas que positivas a uno mismo, y se han relacionado con protectores de autoestima, particularmente en experiencias psicológicas difíciles. La IPSAQ (Personal and Situational Attributions Questionnaire) es la escala que usualmente se utiliza para medir el estilo atribucional internalizador, personalizador y externalizador (Kinderman and Bentall, 1996). El sesgo de hostilidad es la tendencia a atribuir intenciones hostiles a otros (Combs et al., 2007) y estaría significativamente correlacionado con síntomas paranoides (An et al., 2010). La medida que suele utilizarse para detectar dicho sesgo es la AIHQ (Ambiguous Intentions and Hostility Questionnaire) (Combs et al., 2007). El sesgo personalizador y el externalizador se asociarían significativamente con la severidad del pensamiento delirante y la angustia en primeros episodios (So et al., 2015).

En resumen, explorar la relación entre el apego y la CS puede ser de gran utilidad clínica.

### Objetivo de la búsqueda

El objetivo principal del presente artículo es revisar la literatura existente sobre la relación entre el Apego y la Cognición Social en población con psicosis, ya sea en sujetos de alto riesgo, primeros episodios o de larga evolución.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### PROCESO DE SELECCIÓN

El proceso de selección de los artículos incluidos fue realizada por dos profesionales de la salud mental. La estrategia de selección de los artículos se focalizó en reunir aquellos que trabajaran el apego en conjunto con la cognición social (algún dominio o el constructo en su conjunto) en personas adolescentes y adultas con psicosis, siguiendo los siguientes criterios de inclusión:

Estudios que relacionen algún estilo de apego con algún dominio de la cognición social.

- Estudios realizados en población con psicosis.
- Estudios escritos en idioma inglés, español o catalán.

Los artículos que se incluyeron fueron aquellos publicados hasta el año de revisión, es decir previo e inclusive al 2019.

La búsqueda bibliográfica fue realizada en MEDLINE y PsycINFO. La búsqueda con operadores booleanos en ambas bases de datos fue: (parental bonding[Title/Abstract] OR attachment[Title/Abstract]) AND (social cognition[Title/Abstract] OR theory of mind[Title/Abstract] OR emotion\* recognition[Title/Abstract] OR ToM[Title/Abstract] OR attribution\* style[Title/Abstract] OR emotion\* process\*[Title/Abstract] OR social perception[Title/Abstract] OR affect perception[Title/Abstract] OR affect recognition[Title/Abstract] OR emotional identification[Title/Abstract] OR social cue recognition[Title/Abstract] OR social knowledge[Title/Abstract] OR attributions[Title/Abstract] OR mentalizing[Title/Abstract] OR mentalising[Title/Abstract]) AND (psychosis[Title/Abstract] OR psychoses[Title/Abstract] OR schizophrenia[Title/Abstract] OR paranoid[Title/Abstract])

Se obtuvieron 203 artículos, 21 de ellos fueron duplicados. Tras resolverlos, se obtuvieron 182 artículos, de los cuales se seleccionaron 16 por título y abstract. Los artículos relativos a otros trastornos mentales, poblaciones, constructos o enfoques teóricos no basados en la evidencia fueron excluidos. Los artículos que hacían foco en conceptos o constructos que aludieran a procesos psicológicos implicados en la comprensión de estados mentales y emocionales de otros que no estén especificados como cognición social, tales como mentalización o función reflexiva, han sido excluidos a los fines de circunscribir la búsqueda a los términos principales (Apego, cognición social) y serán estudiados en trabajos futuros (Figura 1).

Al revisarlos a texto completo, se sustrajeron 3, y cuando se realizó la revisión a cargo de una tercera evaluadora, se excluyeron 5 artículos más, y se agregó 1 encontrado durante el proceso de revisión bibliográfica. Quedaron un total de 9 artículos para la inclusión en la presente revisión.

Durante el proceso, se confeccionó una tabla con los artículos seleccionados, cuyo contenido indicaba los objetivos de cada uno, los métodos que utilizaron, sus resultados y conclusiones, y las palabras clave (Tabla I).

## RESULTADOS

### APEGO Y TEORÍA DE LA MENTE EN LA PSICOSIS

Hart et al (2017) estudiaron la seguridad del apego en relación con los síntomas psicóticos, teniendo a la ToM como posible mediadora, en adolescentes con síntomas psicóticos.

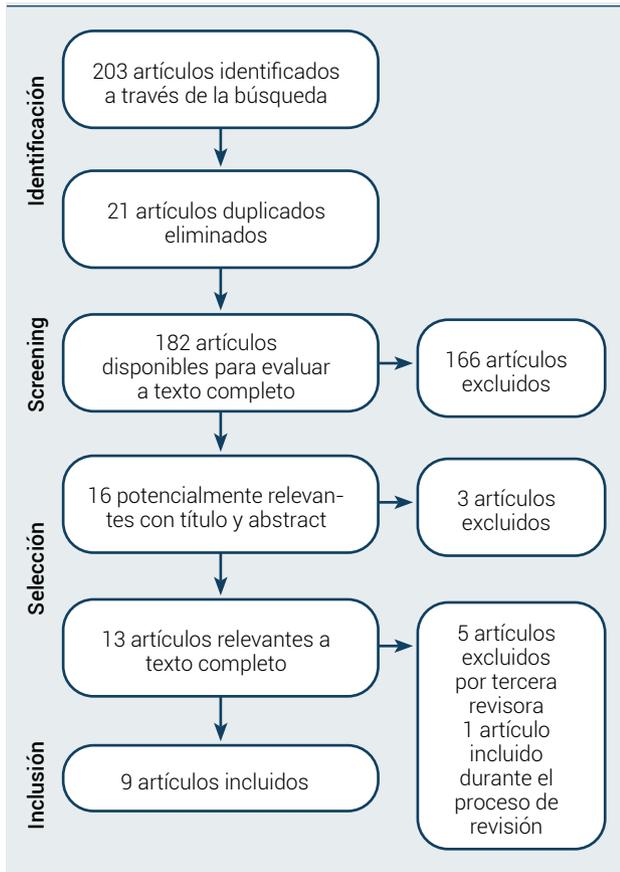
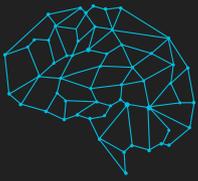


Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos de la revisión sistemática.

Encontraron que las/los adolescentes con apegos menos seguros se desempeñaron peor en ToM, sugiriendo que la ToM media la relación entre el apego inseguro y los problemas de pensamiento en pacientes con síntomas psicóticos.

Pos et al (2014) encontraron asociaciones entre apego evitativo y ToM más afectivo que cognitivo. Niveles bajos y altos, pero no los intermedios en apego evitativo estuvieron vinculados con un mejor desempeño en la ToM. No se evidenció relación entre Apego y ToM en hermanos y hermanas, aunque sí en controles, donde altos niveles de apego evitativo se relacionaron con peor ToM. Tomados en conjunto, se encontraron algunas pruebas de que el estilo de apego inseguro modera la ToM y que el diagnóstico de trastorno psicótico contribuye de manera única a esta asociación.

Hannah Darrell-Berry et al., (2017b) encontraron una relación negativa entre el apego evitativo y la ToM, aunque no se encontraron relaciones significativas entre el estilo de apego ansioso y la ToM en pacientes con psicosis. Cabe destacar que las correlaciones fueron tomadas de la muestra que vincula pacientes y controles.

Palmier-Claus et al., (2016) no encontraron efectos mediadores del apego y la ToM entre adversidad en la infancia y el funcionamiento social. En el análisis de correlación se encontró una relación significativa entre ToM y apego ansioso.

Korver-Nieberg et al. (2013) no encontraron asociaciones entre deterioro de la ToM y los estilos de apego. Cabe destacar que la muestra de pacientes es más pequeña que los controles y está compuesta por pacientes con primeros episodios afectivos y no afectivos.

Ripoll et al., (2013) estudiaron la capacidad de empatizar, la cual consta del entender emociones, pensamientos o intenciones de otros. Específicamente se la define como el poder empatizar con estados mentales ajenos y guarda relación con la ToM. Los autores no encontraron correlaciones significativas entre los fallos en el empatizar con emociones negativas y los estilos de apego.

Olbert et al. (2016b) estudiaron la validez de constructo de la PAM, en relación con medidas de cognición y funcionamiento cognitivo-social. No encontraron relación entre ToM y los estilos de apego. No hubo relación con ninguna medida de cognición social (precisión empática aguda, sesgo atribucional de hostilidad, capacidad de negociación en situaciones difíciles y reconocimiento emocional).

## APEGO Y PROCESAMIENTO EMOCIONAL EN LA PSICOSIS

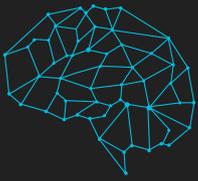
Se encontró 1 artículo que vincula el apego y el PE en psicosis.

Bradley et al., (2019) encontraron que no existen diferencias significativas entre pacientes con psicosis y controles sanos en cuanto a niveles de apego, aunque sí hallaron una respuesta diferenciada a la oxitocina entre controles y pacientes. Encontraron que los participantes con mayores niveles de apego ansioso respondieron mejor a la oxitocina. La respuesta positiva fue valorada porque los pacientes con mayor ansiedad en el apego, expuestos a oxitocina, presentaron mayor tiempo de fijación en la mirada. Sin embargo, el estilo de apego ansioso no explicó las diferencias de grupo en respuesta a la oxitocina, es decir, tanto la esquizofrenia



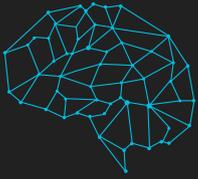
**Tabla I.**

AUTOR Y AÑO	OBJETIVOS	METODOLOGÍA			PALABRAS CLAVE
		MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN'	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	
Darrell-Berry H (2017)	Examinar las relaciones entre ira y apego inseguro, paranoia y Cognición social (ToM y Sesgo Atribucional de Hostilidad) en las diferentes fases de la psicosis.	N=174 (14 UHR, 20 FEP, 20 EP, 120 controles sanos)	STAXI-2, PAM, GPTS, The Hinting Task, RMET, AIHQ, CDS ,BIS-11	El apego evitativo, la paranoia y los sesgos atributivos hostiles se asociaron significativamente con la ira, aunque el apego ansioso y la teoría de la mente no. El sesgo de hostilidad no media la relación entre apego e ira.	Theory of mind, Attribution, Paranoia, Anger, Attachment, Psychosis
Nikie Korver-Nieberg (2013)	Investigar si la ToM cognitiva ya está deteriorada en FEP en comparación con controles. Examinar si la ToM y la paranoia están asociadas con el apego inseguro.	N= 32 FEP (13 y 18 años) N=78 controles sanos	PTT, CAPE, PANSS, GPTS, PAM y el test de vocabulario del WASI.	La ToM cognitiva no se ve afectada en FEP. No se encontraron asociaciones significativas entre la toma de perspectiva, la paranoia y el apego. El apego inseguro se relacionó significativamente con los pensamientos paranoides, después de controlar los síntomas relacionados con la enfermedad.	Attachment, Adult Attachment, Psychosis, Schizotypy and Schizophrenia
Olbert et al (2016)	Examinar la estructura latente de subescala autorreportada de 6 ítems de la PAM y su relación con procesos perceptuales y cognitivo-sociales.	N= 138 EP	PAM, SCAF (UPSA, MASC, RFS), SCID-I/P, BPRS, AIHQ, SETT, SANS.	La PAM no se correlacionó con las medidas cognitivo-sociales y mostró correlaciones débiles con algunas medidas de síntomas y con el funcionamiento social. La PAM no puede medir el apego en la psicosis o puede medir solo el apego ansioso, debido a que demuestra poca validez de constructo.	Attachment, Psychometrics, Psychosis, Schizophrenia, Social cognition
Hart, Jessica (2017)	Examinar el vínculo entre el apego y la ToM, como también la relación de éstos con los problemas de pensamiento de los adolescentes reportados por adolescentes y padres, en adolescentes hospitalizados. Por último, estudiar la ToM como mediadora del apego seguro y problemas de pensamiento de los adolescentes.	362=pacientes adolescentes ingresados con síntomas psicóticos	MASC, CAI, YSR y CBCL.	El apego seguro se correlacionó de manera significativa y positiva con las habilidades de ToM, y poca seguridad en el apego y el bajo rendimiento de la ToM se asociaron con un aumento de los problemas de pensamiento en los adolescentes ingresados. La ToM media la relación entre el apego inseguro y los problemas de pensamiento.	Not specified
Palmier-Claus (2016)	Investigar la asociación entre la adversidad en la infancia y el funcionamiento social, y los mediadores clínicos y cognitivos de esta relación.	N= 54 (20 EP, 20 FEP, 14 UHR) y 120 controles sanos	CTQ, PSP, PAM, The 'Hinting task', RMET, CDS, GPTS.	Depresión, paranoia y apego ansioso mediaron el efecto de la adversidad en la infancia con el funcionamiento social. Adversidad en la infancia no fue un predictor significativo de la ToM.	Adversity; Psychosis; Social functioning; Trauma



AUTOR Y AÑO	OBJETIVOS	METODOLOGÍA			PALABRAS CLAVE
		MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN <sup>1</sup>	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	
Ripoll, Luis et al (2013)	Examinar sujetos con Trastorno Esquizotípico de la personalidad (SPD) y controles sanos sobre el paradigma de precisión empática (EA) y la prueba de lectura de la mente en los ojos (RMET), evaluando el impacto de la EA en el apoyo/funcionamiento social.	N=38 (19 SPD y 19 controles sanos).	SCID-I, SIDP-IV, ISEL, SNI, SPQ, BEES, ECRI, CTQ, EA, RMET, BEQ, WASI, DT.	Los pacientes con altos niveles apego ansioso y evitativo presentaron dificultades para entender estados emocionales relativos a emociones amenazantes, lo cual se asoció a un bajo soporte social, pero no al bajo desempeño en la EA. Los pacientes con SPD tienen fallos en la EA pero se debe probablemente al diagnóstico y no al apego.	schizotypal personality disorder. Empathy Personality Work memory Attachment Social support
Bradley, Ellen R 2019	Examinar el escaneo visual de rostros en hombres con esquizofrenia y controles para cuantificar los efectos de la oxitocina en la mirada.	N=72 (33 hombres con esquizofrenia y 39 controles).	PANSS, ECR-RS	La oxitocina se asoció con un aumento en el tiempo de fijación de la mirada entre los pacientes, pero una disminución en los controles. Mayor ansiedad de apego y mayor gravedad de los síntomas predijeron un mayor tiempo de fijación en los ojos con oxitocina en comparación con el placebo.	Schizophrenia Oxytocin Eye-tracking Social behavior Attachment
Pos, Karin (2015)	Estudiar la asociación entre estilos de apego inseguro y ToM en pacientes con esquizofrenia, sus hermanos y controles sanos.	N= 280 (111 pacientes con un diagnóstico en el espectro de esquizofrenia, 106 hermanos no afectados y 63 controles)	PAM, CBE, WAIS, PANSS, CAPE, CTQ, GPTS	Los pacientes no difirieron significativamente de los controles en el desempeño de la ToM. No se encontraron asociaciones significativas entre la ToM, la paranoia y el apego.	Attachment Schizophrenia Social cognition
Donohoe (2008)	Investigar si es estilo atribucional puede predecirse por el estilo relacional o el funcionamiento neuropsicológico.	N=73 pacientes ambulatorios con Esquizofrenia N= 78 controles sanos emparejados por edad y sexo.	IPSAQ, BHRQ, WAIS, CANTAB, WMS-III, SAPS, SANS	El sesgo de externalización se predijo por la capacidad verbal tanto en pacientes como en controles. En el grupo de pacientes, el sesgo de personalización fue predicho por calificaciones más altas de apego seguro. El apego y el rendimiento neuropsicológico guardan relación con el estilo atribucional en la esquizofrenia.	Schizophrenia; Verbal IQ; Logical memory; Social cognition; IPSAQ; Social attributions; Relationship style

AIHQ: Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (Combs et al., 2007); BEES: Balanced Emotional Empathy Scale (Mehrabian and Epstein, 1972); BEQ: Berkeley Expressivity Questionnaire (Gross and John, 1995; Gross, 2000); BHRQ: Relationship Questionnaire (Bartholomew and Horowitz, 1991); BIS-11: Barratt Impulsivity Scale version 11 (Patton et al., 1995); BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Ventura et al., 1993); CAI: Child Attachment Interview (Shmueli-Goetz et al., 2000); CANTAB: Paired associate learning task (PAL; Cambridge Cognition, 2003); CAPE: Community Assessment of Psychic Experiences (Stefanis et al., 2002); CBCL: The Child Behavior Checklist (Achenbach TM, 2001); CBE: Conflicting Beliefs and Emotions (Shaw et al., 2004; Swart et al., 2009); CDS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia (Addington et al., 1993); CTQ: The Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003); DT: Dot Test (Keefe et al., 1995, 1997); EA: Empathic Accuracy Task (Zaki et al., 2008, 2009); ECRI: Experiences in Close Relationships Inventory (Brennan et al., 1998; Fraley et al., 2000b); ECR-RS: Experiences in Close Relationships-Relationships Structures scale (Fraley et al., 2011); EP: Established Psychosis; FEP: First Episode psychosis; GPTS: Green Paranoid Thoughts Scale (Green et al., 2008); IRI: Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983; Kang et al., 2009); IPSAQ: Personal and Situational Attributions Questionnaire (Kunderman and Bentall, 1996a); ISEL: Interpersonal Support Evaluation List (Cohen and Hoberman, 1983; Cohen and Wills, 1985); MASQ: Maryland Assessment of Social Competence (Bellack et al., 1994); PAM: Psychosis Attachment Measure (Berry et al., 2006); PANAS: Positive and Negative Affect Schedule (Watson et al., 1988); PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al., 1987); PSP: The Personal and Social Performance Scale (Morosini et al., 2000); PTT: Perspective-taking (Dumontheil et al., 2010b); PTT: The perspective-taking task (Dumontheil et al., 2010b); RFS: Role Functioning Scale (McPheeters, 1984); RMET: Reading the Mind in the Eyes test (Baron-Cohen et al., 2001); RSQ: Relationship Style Questionnaires (Griffin and Bartholomew, 1994); SANS: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen, 1984); SAPS: Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Andreasen, 1983); SCAF: Social Cognition and Functioning (Green et al., 2013); SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV (First et al., 1996); SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (First et al., 2002); SETT: Subtle Expression Training Tool (Ekman, 2004); SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (Pfohl et al., 1997); SMI: Severe and chronic mental illness; SNI: Social Network Index (Cohen et al., 1997); SPD: Schizotypal Personality Disorder; SPQ: Schizotypal Personality Questionnaire (Raine, 1991); STAXI-2: State-Trait Anger Expression Inventory-2 (Spielberger, 1999); UHR: Ultra High Risk Mental States; UPSA: USCD Performance-Based Skills Assessment (Patterson et al., 2001); VAS: visual analog scale; WAIS: Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (Wechsler, 1999); YSR: The Youth Self Report (Achenbach TM, 2001); WMS-III: Wechsler Memory Scale, 3rd edition (Wechsler, 1998).



como altos niveles de apego ansioso, predijeron independientemente la respuesta a la oxitocina.

## APEGO Y PERCEPCIÓN SOCIAL EN LA PSICOSIS

No se han encontrado artículos que estudien apego y este dominio de la cognición social en personas con psicosis

## APEGO Y ESTILO ATRIBUCIONAL EN LA PSICOSIS

Se encontraron 3 artículos que tratan el apego en la psicosis y EA.

Hannah Darrell-Berry et al. (2017b) encontraron que el sesgo atribucional hostil se relaciona significativamente con el apego evitativo, pero no con el apego ansioso. Aunque más de la mitad de los sujetos estudiados, incluidos en la muestra fueron controles sanos.

Olbert et al. (2016b) no encontraron relación entre estilo atribucional hostil y apego.

Donohoe et al. (2008) encontraron que el apego seguro en pacientes con esquizofrenia se correlacionó con bajo sesgo personalizador, menos atribuciones a otros tanto para eventos positivos como para eventos negativos y más atribuciones a factores situacionales, tanto para eventos positivos como negativos. Apego seguro no fue asociado con atribuciones internas de eventos positivos y negativos, el estilo preocupado-ansioso estuvo positivamente correlacionado con las atribuciones personalizadoras para eventos positivos en pacientes, no observándose otras correlaciones con estilos inseguros de apego. Sin embargo, en los controles no se encontraron asociaciones significativas entre estilo atribucional y el apego.

## DISCUSIÓN

El objetivo de la revisión fue estudiar la literatura existente, para encontrar cómo se relaciona el apego y la cognición social en la psicosis. La revisión nos muestra que existe escasa bibliografía que relacione la CS y el apego. Algunos de estos estudios se centran en el papel moderador de estas variables, más que en la relación directa entre los dos conceptos. Los resultados van en la línea de sugerir una relación entre los diferentes dominios de CS y los diferentes tipos de apego. Parecería que el estilo de apego seguro se relaciona con mejor funcionamiento en ToM y atribucional; mientras que los estilos de apego evitativo y ansioso se relacionan

con peor funcionamiento en estos mismos dos dominios de la CS.

La ToM fue uno de los dominios que más se han relacionado con el apego, aunque sus resultados son heterogéneos y divergentes. Por un lado, se encontró que los adolescentes con estilos de apego más seguros, tienen mayores habilidades en ToM, y que aquellos que tienen estilos de apego más inseguros, refieren peor ToM (Hart et al., 2017). Es decir, aquellos adolescentes que tienden a tener mejor autoestima y perspectivas positivas acerca de los otros refieren poder interpretar mejor los estados mentales de otros. Del mismo modo, Hannah Darrell-Berry et al. (2017) encuentran una relación entre apego evitativo y ToM, es decir que aquellas personas que tienden evitar el contacto social, valoran más su autonomía y tienden a desviar la atención de los estímulos angustiantes, tenderían a decodificar peor los estados mentales ajenos. Sin embargo, en el estudio de Pos, Bartels-Velthuis, Simons, Korver-Nieberg, Meijer, de Haan, et al. (2015) encontraron que son los niveles bajos y altos, pero no intermedios de apego evitativo los que estuvieron vinculados con un mejor desempeño en la ToM, pudiendo observarse como efecto protector para la ToM al nivel alto de estilo evitativo (Pos, Bartels-Velthuis, Simons, Korver-Nieberg, Meijer, De Haan, et al., 2015). Los autores lo vinculan con la propuesta de Fonagy & Luyten (2009) sobre cómo el apego inseguro modera diferencialmente la capacidad de mentalización, al proponer que las estrategias de apego evitativo pueden asociarse con una ToM de funcionamiento más estable o persistente, y menos reactiva a las tareas emocionalmente exigentes. Estas discrepancias entre los dos estudios pueden estar debidas a las diferencias en las muestras, ya que el estudio de Hannah Darrell-Berry et al., (2017) gran parte de la muestra era población general. Por último, Hannah Darrell-Berry et al., (2017) encontraron una relación entre Apego ansioso y ToM afectiva, observando que las personas con altos niveles de estilo de apego ansioso necesitan la aprobación de los demás, es probable que experimenten ansiedad por separación y tengan un estilo interpersonal generalmente marcado por fijar la atención en estímulos angustiantes, con tendencia a interpretar peor los estados emocionales de otros. Continuando con la propuesta de Fonagy & Luyten, (2009), niveles altos de apego ansioso, se asociarían con un umbral más bajo de respuesta al estrés y una desactivación de la ToM/mentalización. Esto conllevaría a que las personas que presentan un estilo predominantemente ansioso de apego se sientan abrumadas por la información



social y las tareas emocionalmente exigentes, asociándose fuertemente con una peor tendencia a decodificar lo que otros piensan sobre otros. Tres de los estudios que estudiaron ToM y apego no encontraron relación (Korver-Nieberg, Fett, Meijer, Koeter, Shergill, De Haan, et al., 2013; Olbert et al., 2016; Ripoll et al., 2013). Alguna explicación posible puede tener que ver con las características de la muestra, así como por la valoración de ToM más centrada en la parte cognitiva y no tanto en la afectiva, que es la que parecería que guarda más relación con el apego.

En cuanto a los resultados obtenidos en la relación entre apego y reconocimiento emocional, encontramos sólo un estudio que sugiere que existe relación entre estos dos conceptos. Parecería que las personas con apego ansioso mejorarían el funcionamiento en esta área, a través de la mejora de la fijación en la mirada frente a la exposición a oxitocina inhalada. Dado que la mirada es una medida clínicamente relevante para la interacción social efectiva, dado que es un elemento clave para el procesamiento emocional (Combs et al., 2011; Dadds et al., 2008), consideramos estos resultados de especial importancia para el desarrollo de intervenciones futuras, dado que no se registran abordajes para el tratamiento de la mirada anormal en personas con esquizofrenia hasta el momento.

En relación con la percepción social y el apego no hemos encontrado ningún estudio, lo cual sugiere la necesidad de estudiar estos dos dominios. Cabe destacar que la percepción social es justamente uno de los dominios de CS menos explorado (Healey et al., 2016) y además en castellano no disponemos de herramientas de evaluación validadas.

Por último, parecería que existe relación entre el estilo atribucional y el apego. Por un lado, en el estudio de Hannah Darrell-Berry et al. (2017) encontraron una relación entre el estilo de apego evitativo y el estilo atributivo hostil, cabe señalar que la muestra estaba compuesta por población general y pacientes psicóticos. Parecería que un perfil de persona más aislada y que rechaza el contacto social frente a estímulos estresantes tiene una relación con los otros más alterada (percepción más peyorativa de los otros). Por otro lado, el estilo de apego seguro en contraposición con el ansioso se relaciona con menos sesgo personalizador, lo que indicaría que tiene un estilo atribucional más flexible y no centra las explicaciones a las causas de los eventos (tanto negativos como positivos) en los otros. Sin embargo, las personas con un estilo de apego más ansioso tienen la tendencia a atribuir la causa de los eventos a los otros (Donohoe et al., 2008).

Nos hemos encontrado con dos limitaciones a la hora de analizar los resultados. La primera está relacionada con la representatividad de las relaciones encontradas, dado que en 2 de los 9 estudios incluidos se tomaron las medidas de la muestra total, conformada en mayor parte por personas sanas (H. Darrell-Berry, 2017; Korver-Nieberg, Fett, Meijer, Koeter, Shergill, de Haan, et al., 2013), como también uno de los estudios se realizó en adolescentes ingresadas e ingresados con diagnósticos heterogéneos (Hart et al., 2017), aunque todos compartían la característica de tener síntomas psicóticos no podemos conocer el curso longitudinal para saber si se trababa de psicosis no afectivas (Hart et al., 2017). Es un factor a tener en cuenta, puesto que como hemos descrito previamente algunos estudios tienen resultados contradictorios en pacientes con psicosis y controles sanos (Donohoe et al., 2008; Pos, Bartels-Velthuis, Simons, Korver-Nieberg, Meijer, de Haan, et al., 2015). La segunda limitación fue encontrar evidencia sobre la pocas propiedades psicométricas que tiene la medida utilizada para medir el apego en la psicosis (Olbert et al., 2016), dado que 5 de los 9 estudios incluidos miden el estilo de apego con dicha escala, creemos que vale la pena repensar si la heterogeneidad de los resultados puede deberse a las diversas muestras o a la medida con la que fue detectado el apego y su correspondiente estilo. Dicho esto, creemos conveniente leer los resultados de nuestra revisión con cautela y señalar la importancia de continuar realizando investigaciones que aborden el apego y la cognición social en población con psicosis.

En conclusión, nuestra revisión sugiere que existe una relación entre el apego y la cognición social. La repercusión de las experiencias y vínculos tempranos en la vida adulta de las personas en general, y las personas con psicosis en particular tiene creciente interés científico. De la misma manera, en los últimos años, la CS está siendo estudiada en psicosis, sin embargo, existen diversas conceptualizaciones y tareas para medir los diferentes dominios. En los próximos estudios, deberíamos centrarnos en conocer el vínculo entre el apego y la cognición social de manera más amplia, ya que nos aportaría una mirada actualizada de la evidencia disponible como también contribuiría al desarrollo de terapéuticas más personalizadas.

#### DECLARACIÓN DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflicto de interés.



## BIBLIOGRAFÍA

1. An, S. K., Kang, J. I., Park, J. Y., Kim, K. R., Lee, S. Y., & Lee, E. (2010). Attribution bias in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *118*(1-3), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.01.025>
2. Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2010). Separating component processes of theory of mind in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, *49*(1), 43-52. <https://doi.org/10.1348/014466509X425086>
3. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2). <https://doi.org/10.4324/9781351153683-17>
4. Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(3), 331-341. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90131-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90131-7)
5. Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007a). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, *27*(4), 458-475. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.006>
6. Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007b). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 27, Issue 4, pp. 458-475). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.006>
7. Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(12), 1275-1282. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.009>
8. Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C., Oakland, L., & Bradley, J. (2012). An investigation of adult attachment and the nature of relationships with voices. *British Journal of Clinical Psychology*, *51*(3), 280-291. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02027.x>
9. Bertrand MC, Sutton H, Achim AM, et al. (2007). Social cognitive impairments in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *95*, 124-133.
10. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In T. H. P. and the I. of Psycho-Analysis (Ed.), *Beijing Gongye Daxue Xuebao/Journal of Beijing University of Technology: Vol. II* (Issue 5). <https://doi.org/10.11936/bjutxb2016050051>
11. Bradley, E. R., Seitz, A., Niles, A. N., Rankin, K. P., Mathalon, D. H., O'Donovan, A., & Woolley, J. D. (2019). Oxytocin increases eye gaze in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *212*, 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.039>
12. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. Guilford Press.
13. Brothers, L., & Ring, B. (1992). A neuroethological framework for the representation of minds. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *4*(2). <https://doi.org/10.1162/jocn.1992.4.2.107>
14. Choi, S. H., Ku, J., Han, K., Kim, E., Kim, S. I., Park, J., & Kim, J. J. (2010). Deficits in eye gaze during negative social interactions in patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(11), 829-835. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f97c0d>
15. Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J., & Sten, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophrenia Research*, *91*(1-3), 112-116. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.010>
16. Combs, D. R., Chapman, D., Waguspack, J., Basso, M. R., & Penn, D. L. (2011). Attention shaping as a means to improve emotion perception deficits in outpatients with schizophrenia and impaired controls. *Schizophrenia Research*, *127*(1-3), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.05.011>
17. Corcoran, T., & Goertz, M. (1995). Instructional capacity and high performance schools. *Educational Researcher*, *24*(9), 27-31. <https://doi.org/10.3102/0013189X024009027>
18. Corrigan, P. W. (1997). The Social Perceptual Deficits of Schizophrenia. *Psychiatry*, *60*(4), 309-326. <https://doi.org/10.1080/00332747.1997.11024809>
19. Corrigan, W. (1996). *Construct validity of two tests of social cognition in schizophrenia*.
20. Corrigan, W., Psy, D., Green, F., & Ph, D. (n.d.). *and to Social Cues* : 589-594.
21. Couture, S. M., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(SUPPL.1). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl029>
22. Dadds, M. R., El Masry, Y., Wimalaweera, S., & Guastella, A. J. (2008). Reduced eye gaze explains "fear blindness" in childhood psychopathic traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*(4), 455-463. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816407f1>
23. Darrell-Berry, H. (2017). Predictors and mediators of trait anger across the psychosis continuum: The role of attachment style, paranoia and social cognition. *Psychiatry Research*, *249*, 132. <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/9daa3ec57205321d7909a9de8d17eb71>
24. Darrell-Berry, Hannah, Bucci, S., Palmier-Claus, J., Emsley, R., Drake, R., & Berry, K. (2017). Predictors and mediators of trait anger across the psychosis continuum: The role of attachment style, paranoia and social cognition. *Psychiatry Research*, *249*, 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.007>
25. de Achával, D., Costanzo, E. Y., Villarreal, M., Jáuregui, I. O., Chiodi, A., Castro, M. N., Fahrer, R. D., Leiguarda, R. C., Chu, E. M., & Guinjoan, S. M. (2010). Emotion processing and theory of mind in schizophrenia patients and their unaffected first-degree relatives. *Neuropsychologia*, *48*(5), 1209-1215. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.12.019>
26. Donohoe, G., Spoletini, I., McGlade, N., Behan, C., Hayden, J., O'Donoghue, T., Peel, R., Haq, F., Walker, C., O'Callaghan, E., Spalletta, G., Gill, M., & Corvin, A. (2008). Are relational style and neuropsychological performance predictors of social attributions in chronic schizophrenia? *Psychiatry Research*, *161*(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.001>
27. Drayton, M., Birchwood, M., & Trower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*(3), 269-284. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01385.x>
28. Dumontheil, I., Apperly, I. A., & Blakemore, S. J. (2010). Online usage of theory of mind continues to develop in late adolescence. *Developmental Science*, *13*(2), 331-338. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00888.x>
29. Fett, A. K. J., Shergill, S. S., Korver-Nieberg, N., Yakub, F., Gromann, P. M., & Krabbendam, L. (2016). Learning to trust: Trust and attachment in early psychosis. *Psychological Medicine*, *46*(7), 1437-1447. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000015>
30. Fett, Anne Kathrin J., Viechtbauer, W., Dominguez, M. de G., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*(3), 573-588. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>
31. Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality dis-



- order. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
32. Fraley RC, D. K. and S. P. (1998). *Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior*. (pp. 249–279). Guilford Press.
33. Frith, C. D., & Corcoran, R. (1996). Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26(3), 521–530. <https://doi.org/10.1017/s0033291700035601>
34. Gobel, M. S., Kim, H. S., & Richardson, D. C. (2015). The dual function of social gaze. *Cognition*, 136, 359–364. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.11.040>
35. Gordon, E., Coyle, S., Anderson, J., Healey, P., Cordaro, J., Latimer, C., & Meares, R. (1992). Eye movement response to a facial stimulus in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 31(6), 626–629. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(92\)90251-T](https://doi.org/10.1016/0006-3223(92)90251-T)
36. Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: The Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38(1), 101–111. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001638>
37. Green, M. F., Bearden, C. E., Cannon, T. D., Fiske, A. P., Helleman, G. S., Horan, W. P., Kee, K., Kern, R. S., Lee, J., Sergi, M. J., Subotnik, K. L., Sugar, C. A., Ventura, J., Yee, C. M., & Nuechterlein, K. H. (2012). Social cognition in schizophrenia, part 1: Performance across phase of illness. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 854–864. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq171>
38. Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L., & Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882–887. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl049>
39. Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. In *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Vol. 129, Issue 4, pp. 257–274). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/acps.12172>
40. Hart, J. R., Venta, A., & Sharp, C. (2017). Attachment and thought problems in an adolescent inpatient sample: The mediational role of theory of mind. *Comprehensive Psychiatry*, 78, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.002>
41. Healey, K. M., Bartholomeusz, C. F., & Penn, D. L. (2016). Deficits in social cognition in first episode psychosis: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 50, 108–137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.001>
42. Hooker, C., & Park, S. (2005). You must be looking at me: The nature of gaze perception in schizophrenia patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(5), 327–345. <https://doi.org/10.1080/13546800444000083>
43. Horan, W. P., & Green, M. F. (2019). Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophrenia Research*, 203, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.013>
44. Inoue, Y., Yamada, K., Hirano, M., Shinohara, M., Tamaoki, T., Iguchi, H., Tonooka, Y., & Kanba, S. (2006). Impairment of theory of mind in patients in remission following first episode of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(5), 326–328. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0608-z>
45. Itier, R. J., & Batty, M. (2009). Neural bases of eye and gaze processing: The core of social cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(6), 843–863. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.02.004>
46. Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J., & Van Os, J. (2003). Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 110–117. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00092.x>
47. Kaney, S., & Bentall, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62(2), 191–198. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1989.tb02826.x>
48. Kettle JW, O.-S. L. and A. N. (2008). Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university and depressed controls. *Schizophrenia Research*, 99, 96–102.
49. Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: The internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 261–264. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00186-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00186-7)
50. Kington, J. M., Jones, L. A., Watt, A. A., Hopkin, E. J., & Williams, J. (2000). Impaired eye expression recognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 34(4–5), 341–347. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(00\)00029-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(00)00029-7)
51. Korver-Nieberg, N., Fett, A.-K. J., Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Shergill, S. S., de Haan, L., & Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 737–745. <https://doi.org/10.1177/0004867413484370>
52. Korver-Nieberg, N., Fett, A. K. J., Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Shergill, S. S., De Haan, L., & Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 737–745. <https://doi.org/10.1177/0004867413484370>
53. Lavelle, M., Healey, P. G. T., & McCabe, R. (2014). Nonverbal behavior during face-to-face social interaction in schizophrenia: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 47–54. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000031>
54. Loughland, C. M., Williams, L. M., & Gordon, E. (2002). Visual scanpaths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample. *Schizophrenia Research*, 55(1–2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00186-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00186-4)
55. Martin, J. A., & Penn, D. L. (2002). Attributional style in schizophrenia: An investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 131–141. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006916>
56. Olbert, C. M., Penn, D. L., Reise, S. P., Horan, W. P., Kern, R. S., Lee, J., & Green, M. F. (2016). Assessment of attachment in psychosis: A psychometric cause for concern. *Psychiatry Research*, 246, 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.020>
57. Palmier-Claus, J., Berry, K., Darrell-Berry, H., Emsley, R., Parker, S., Drake, R., & Bucci, S. (2016). Childhood adversity and social functioning in psychosis: Exploring clinical and cognitive mediators. *Psychiatry Research*, 238, 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.004>
58. Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., & Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: Social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45(1–2), 37–45. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00213-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00213-3)
59. Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., & Sterne, A. (2007). The development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449–451. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.4.449>



60. Phillips, M. L., & David, A. S. (1997). Visual scan paths are abnormal in deluded schizophrenics. *Neuropsychologia*, *35*(1), 99–105. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(96\)00061-9](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(96)00061-9)
61. Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND Panel. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(4), 813–823. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081>
62. Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., & Harvey, P. D. (2016). Social cognition psychometric evaluation: Results of the initial psychometric study. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(2), 494–504. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv056>
63. Pos, K., Bartels-velthuis, A. A., Korver-nieberg, N., Meijer, C. J., & Haan, L. De. (2014). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0004867414546386>
64. Pos, K., Bartels-Velthuis, A. A., Simons, C. J. P., Korver-Nieberg, N., Meijer, C. J., De Haan, L., Bruggeman, R., Cahn, W., Kahn, R. S., Myin-Germeyns, I., Van Os, J., & Wiersma, D. (2015). Theory of Mind and attachment styles in people with psychotic disorders, their siblings, and controls. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(2), 171–180. <https://doi.org/10.1177/0004867414546386>
65. Pos, K., Bartels-Velthuis, A. A., Simons, C. J. P., Korver-Nieberg, N., Meijer, C. J., de Haan, L., & GROUP. (2015). Theory of Mind and attachment styles in people with psychotic disorders, their siblings, and controls. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(2), 171–180. <https://doi.org/10.1177/0004867414546386>
66. Ripoll, L. H., Zaki, J., Perez-Rodriguez, M. M., Snyder, R., Strike, K. S., Boussi, A., Bartz, J. A., Ochsner, K. N., Siever, L. J., & New, A. S. (2013). Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research*, *210*(1), 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.025>
67. Roux, P., Forgeot d'Arc, B., Passerieux, C., & Ramus, F. (2014). Is the Theory of Mind deficit observed in visual paradigms in schizophrenia explained by an impaired attention toward gaze orientation? *Schizophrenia Research*, *157*(1–3), 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.031>
68. Sasson, N. J., Faso, D. J., Nugent, J., Lovell, S., Kennedy, D. P., & Grossman, R. B. (2017). Neurotypical Peers are Less Willing to Interact with Those with Autism based on Thin Slice Judgments. *Scientific Reports*, *7*(December 2016), 1–10. <https://doi.org/10.1038/srep40700>
69. Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(5), 979–992. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>
70. Seltén, J.-P., Booij, J., Buwalda, B., & Meyer-Lindenberg, A. (2017). Biological Mechanisms Whereby Social Exclusion May Contribute to the Etiology of Psychosis: A Narrative Review. *Schizophrenia Bulletin*, sbw180. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw180>
71. Sergi, M. J., Rassovsky, Y., Widmark, C., Reist, C., Erhart, S., Braff, D. L., Marder, S. R., & Green, M. F. (2007). Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, *90*(1–3), 316–324. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.09.028>
72. Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *149*(1–3), 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.018>
73. Simeonova, D. I., Nguyen, T., & Walker, E. F. (2014). Psychosis risk screening in clinical high-risk adolescents: a longitudinal investigation using the Child Behavior Checklist. *Schizophrenia Research*, *159*, 7–13.
74. Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(3), 326–337. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>
75. So, S. H. W., Tang, V., & Leung, P. W. L. (2015). Dimensions of Delusions and Attribution Biases along the Continuum of Psychosis. *PLoS ONE*, *10*(12), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144558>
76. Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *191*(JULY), 5–13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035899>
77. Streit, M., Wölwer, W., & Gaebel, W. (1997). Facial-affect recognition and visual scanning behaviour in the course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *24*(3), 311–317. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(96\)00126-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(96)00126-0)
78. Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanacci, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of Psychology*, *144*, 523–534.
79. Thompson, A., Papas, A., Bartholomeusz, C., Allott, K., Amminger, G. P., Nelson, B., Wood, S., & Yung, A. (2012). Social cognition in clinical "at risk" for psychosis and first episode psychosis populations. *Schizophrenia Research*, *141*(2–3), 204–209. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.007>
80. Toomey, R., Wallace, C. J., Corrigan, P. W., Schulzberg, D., & Green, M. F. (1997). Social Processing Correlates of Nonverbal Social Perception in Schizophrenia. *Psychiatry*, *60*(4), 292–300. <https://doi.org/10.1080/00332747.1997.11024807>
81. Tso, I. F., Mui, M. L., Taylor, S. F., & Deldin, P. J. (2012). Eye-contact perception in schizophrenia: Relationship with symptoms and socioemotional functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(3), 616–627. <https://doi.org/10.1037/a0026596>
82. Vauth, R., Rüscher, N., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2004). Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Research*, *128*(2), 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.018>
83. Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeyns, I., Mengelers, R., Campo, J. a., van Os, J., & Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, *99*(1–3), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.024>
84. Yu Sun Chung, Kang, D. H., Na Young Shin, So Young Yoo, & Jun Soo Kwon. (2008). Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *99*(1–3), 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.012>



**ARTÍCULO ORIGINAL**

**ORIGINAL ARTICLE**

Recibido: 07/11/2019. Aceptado: 30/01/2020

## **COREA DE HUNTINGTON: SINTOMAS ESQUIZOFRENIA-LIKE PREEXISTENTES A LOS MOVIMIENTOS ANORMALES Y AL DETERIORO COGNITIVO**

### **HUNTINGTON'S DISEASE: SCHIZOPHRENIA-LIKE SYMPTOMS PRE-EXISTING TO ABNORMAL MOVEMENTS AND COGNITIVE DEFICIT**

Ángela Ruiz-Arcos, David Granados-Rodríguez, Alicia Quirós-López, Antonio Baena-Baldomero,  
Sergio Ruiz-Doblado

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

**Correspondencia:** Dr Sergio Ruiz-Doblado, Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Merced, Avda. Constitución 2, 41640 Osuna (Sevilla). Spain.  
s.ruizdoblado@gmail.com



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:30-34



## RESUMEN

La Enfermedad de Huntington (EH) es una afección hereditaria que produce disfunción del núcleo estriado y sus conexiones, caracterizándose clínicamente por la triada de demencia de patrón subcortical sin afasia, movimientos anormales (coreicos) y síntomas psiquiátricos no cognitivos. Estos últimos presentan una prevalencia que oscila entre el 35-70% de los casos, siendo habitual su insuficiente exploración por parte de los clínicos.

Presentamos el caso de una paciente de 55 años diagnosticada de EH tras estudio genético a los 47 años, que previamente se encontraba diagnosticada de esquizofrenia desde los 32 años, siendo los síntomas psiquiátricos la posible forma de comienzo, precediendo en años al inicio de los movimientos coreicos y el deterioro cognitivo. Se discuten, a la luz del caso presentado, aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, de diagnóstico, tratamiento y síntomas psicopatológicos más habituales que se presentan en la EH.

**Palabras clave:** Corea-de-Huntington, psicosis, olanzapina, tetrabenazina.

---

## ABSTRACT

Huntington's Disease (HD) is an heritage neuropsychiatric disorder that involved the striatal nucleus and its connections. Its classic clinical features are movement disorders (Chorea); Subcortical Dementia without aphasia; and non-cognitive psychiatric symptoms. The prevalence of these ones is about 35-70%, and usually they are insufficiently explored by clinicians.

A clinical case of a 55 years old woman is presented. The genetic diagnosis of HD was played when the patient was 47 years old. Previously, a diagnosis of schizophrenia was played at 32 years old. Psychotic symptoms were an hypothetical possible form of debut of HD, some years before of the eclosion of both movement disorders and dementia. We discuss clinical, epidemiological, physiopathological, diagnostic and therapeutics aspects of the case-report, emphasizing on different clinical psychiatric presentations usually seen in HD.

**Keywords:** Huntington's-Disease, psychosis, olanzapine, tetrabenazine.



## CASO CLÍNICO:

Paciente que es ingresada en la Unidad de Agudos derivada desde la residencia en que vive por presentar trastornos de conducta de difícil manejo. A la exploración psicopatológica aparece un nivel de conciencia adecuado, con atención mantenida y sin fatigabilidad al ingreso. Sabe su nombre, edad, recuerda aceptablemente datos psicobiográficos, domicilio y describe adecuadamente a los familiares afectados por la EH con sus nombres y parentescos, lo que sugiere inicialmente preservación, a grandes rasgos, de su funcionamiento cognitivo, a la espera de explorar con mayor profundidad con estudio neuropsicológico las funciones subcorticales y orbitofrontales (ejecutivas). El contacto es agradable, educado, responde de forma coherente a las preguntas realizadas por el explorador, sin mostrar trastornos formales del pensamiento de tipo positivo (illogicalidad, tangencialidad o disgregación).

Sí aparecen a la exploración ideas delirantes erotomaníacas (se va a casar con un expresidente del gobierno al salir de Agudos, y tienen ya varios hijos en común) y alucinaciones auditivas de carácter insultante y descalificador en la residencia donde vive, que posiblemente estén en la base de sus trastornos de conducta y heteroagresividad dirigida hacia otros internos residenciados. También aparecen a la exploración diversos movimientos coreicos que involucran fundamentalmente a los músculos faciales y de miembros superiores, marcha anómala a pequeños pasos y con problemas de estabilidad postural y coordinación motora, rueda dentada positiva, rigidez extrapiramidal moderada e historia previa de hipersensibilidad a los efectos indeseables nigrostriados de los diversos antipsicóticos utilizados desde hace décadas por su diagnóstico de esquizofrenia. La exploración psicopatológica no detecta trastornos de la propiedad/intimidad del pensamiento (eco, robo, difusión, inserción...) ni tampoco fenómenos de influencia sobre la corporalidad, sentimientos o acción voluntaria u otros síntomas schneiderianos de primer rango. No presenta trastornos esfinterianos.

En sus AP Psiquiátricos destaca el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide a los 32 años, con diversos antipsicóticos típicos y atípicos prescritos a lo largo de su evolución con hipersensibilidad habitual a los efectos extrapiramidales. A los 47 años se realiza estudio genético que muestra un alelo normal del gen IT15 del cromosoma 4 (20 repeticiones del triplete de bases CAG) y otro alelo patológico (44 repeticiones), lo que confirma, junto a los antecedentes de EH en diversos

familiares (abuela, madre y dos hermanos) y la clínica, el diagnóstico de EH.

A su ingreso en Agudos se instaura tratamiento con olanzapina, inicialmente a dosis de 10 mg, incrementándose posteriormente a 20 mg/día, mejorando notablemente la clínica alucinatoria y perdiendo presión y repercusión afectiva el delirio erotomaníaco.

La familia confirma también mejoría moderada en los movimientos coreicos en relación a los existentes antes del ingreso. También se instaura tratamiento con tetrabenazina, un agente deplector dopaminérgico a nivel subcortical y en menor medida deplector

HT y NA, que cuenta con evidencias contrastadas en el tratamiento de la EH, con la finalidad de actuar con mayor intensidad sobre los movimientos anormales. Dada la mejoría en la sintomatología que motivó el ingreso se procede a su alta a la residencia donde vive.

La exploración neuropsicológica realizada durante el ingreso, centrada en las funciones mnésicas y ejecutivo-frontales (test de memoria libre y selectivamente facilitado FCSRT de Buschke; subtests de dígitos, localización espacial y letras y números WMS-III, y copia de la figura compleja de Rey, con baremos NEURONORMA para la interpretación de los resultados), muestran un deterioro cognitivo significativo, con preservación de las funciones atencionales y el lenguaje, pero con afectación grave de la memoria reciente y demorada, las praxias visuconstructivas y las funciones ejecutivas (working-memory, capacidad de planificación y organización).

## DISCUSIÓN:

La Enfermedad de Huntington (EH), una de las afecciones hereditarias neuropsiquiátricas clásicas, se presenta con la triada de movimientos coreicos, demencia de patrón subcortical y síntomas psiquiátricos. Dentro de la sintomatología psiquiátrica que aparece en la EH se han descrito (Sánchez-Araña et al, 2006) (Folstein, 2003) (Villavicencio & Rueda, 2004) (De Marchi et al, 1998) (Barquero & Gómez, 2001) (Marsh & Margolis, 2005) síntomas ansiosos o depresivos, obsesivo-compulsivos (al involucrarse en su fisiopatología los ganglios basales), maníacos o schizophrenia-like.

Aunque tradicionalmente se ha considerado que los movimientos anormales son la forma habitual de comienzo, precediendo en años al deterioro cognitivo y a la clínica psiquiátrica, en las dos últimas décadas se ha profundizado en el estudio



de los síntomas psicopatológicos, coincidiendo con el desarrollo del conocimiento fisiopatológico y genético de la EH. La prevalencia de síntomas psiquiátricos es variable según las fuentes consultadas: así, el muy reciente Enroll-HD-Database (Rocha et al, 2018) utilizando una amplia muestra y metodología sofisticada (regresión logística binaria y diversos tipos de algoritmos informatizados), señala que aproximadamente el 11% de los pacientes con EH presentan clínica psicótica, enfatizando en que ésta es insuficientemente explorada por los clínicos. La presencia de síntomas psicóticos se asocia en la regresión logística a la edad precoz de debut de la EH, bajo número de repeticiones del triplete de bases inestable CAG en el estudio genético, bajo nivel de funcionamiento, historia de abuso de alcohol, depresión o conductas violentas o perseverativas (obsesivas). Otros trabajos señalan una prevalencia menor (5%) de síntomas psicóticos (Tsuang et al, 2018), incidiendo en el papel de las vías glutamatérgicas excitatorias en la fisiopatología de la clínica psicótica, y no sólo de la clásica intervención de la dopamina. Este estudio señala que, de 30 genes estudiados, 10 de ellos muestran asociación con la aparición de síntomas psicóticos, siendo fundamentalmente reguladores de las vías glutamatérgicas-NMDA. Otro estudio longitudinal de seguimiento durante una década, con una muy amplia muestra (1305 pacientes con EH), y que utiliza el Symptom Checklist-90-Revised para detectar síntomas prodrómicos de EH, señala también que las manifestaciones psiquiátricas se desarrollan antes de lo que previamente se pensaba, y pueden constituir el pródrómo de la EH en ausencia de corea y demencia (Epping et al, 2016), tal como sucede en nuestra paciente. Finalmente, el también recientemente publicado *European Huntington's Disease Cohort Registry* (van Duijn et al, 2014), que incluye 1993 enfermos de 15 países europeos, describe un 27% de pacientes con EH sin clínica psiquiátrica en el último mes, un 28.1% de enfermos con apatía severa en el mismo período, un 12.7% con depresión de moderada a severa, un 13.2% con clínica obsesivo-compulsiva y sólo un 1.2% de enfermos con clínica psicótica. Saque el lector conclusiones a su gusto, aunque probablemente las diferencias sean más metodológicas (prevalencia-período en 1 mes) que derivadas de la disparidad clínica de la EH entre Europa y América.

En cualquier caso y finalizando la discusión clínica antes de pasar a los aspectos terapéuticos, lo que sí es evidente es que la EH puede debutar con síntomas esquizofrenia-like (Sánchez-Araña et al, 2006) (Rocha et al, 2018) (Grabsky et

al, 2012) (Chuo et al, 2012) (Cardoso, 2017), que deberían ser sistemáticamente explorados en los pacientes con antecedentes familiares de EH. Algunos autores señalan, acertadamente, que se deberían añadir los síntomas de psicosis aguda a los criterios diagnósticos neurológicos de EH al uso (Nagel et al, 2014).

En cuanto al tratamiento, la utilización de antipsicóticos atípicos es hoy día de amplia aceptación (Anderson et al, 2018), fundamentalmente aquellos fármacos como olanzapina, con un perfil de efectos indeseables más favorable por su escasa frecuencia de inducción de SEP y su acción antimuscarínica central antitremórica. En nuestra paciente, la combinación de olanzapina con tetrabenazina, el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de los movimientos anormales en la EH (Frank, 2014) (Kaur, 2016) (Mestre et al, 2009) (Frank, 2010) mejoró aceptablemente tanto los síntomas esquizofrenia-like como los coreicos. Un reciente consenso de expertos, constituido por 84 psiquiatras y neurólogos especializados en EH, ha elaborado directrices de tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos de la EH (Anderson et al, 2018), mostrando un 85% de acuerdo fuerte o muy fuerte: el tratamiento debería individualizarse según los síntomas diana predominantes y debería evitarse, en la medida de lo posible, la polifarmacia. En la misma línea incide un ECA australiano (Loy et al, 2014) realizado para reducir, en la medida de lo razonable, el uso de la polifarmacia y las altas dosis de antipsicóticos en pacientes con EH residenciados en Nueva Gales del Sur.

## DECLARACIÓN DE INTERESES

El presente trabajo ha sido elaborado por los autores sin conflicto de intereses económicos, éticos o de otra índole. Todos los autores han participado en la elaboración y pueden hacerse públicamente responsables de su contenido. ARA y DGR no declaran conflicto de intereses. AQL ha actuado como speaker para Janssen-Cilag. ABB ha actuado como speaker para Lundbeck y Janssen-Cilag. SRD ha actuado como speaker para Smithkline-Beecham, Eli-Lilly, Astra-Zéneca, Janssen-Cilag, Bristol-Myers & Otsuka Pharmaceuticals, Sanofi, Servier, Pfizer, Lundbeck y Almirall-Prodesfarma, como consultor para Health-Care Advisory Board (Canadá) y LeadPhysician (UK), ha percibido derechos de autor de Elsevier, y ha actuado como referee para Rev Esp Salud Pública, Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace, Psicosomática y Psiquiatría, J Eur Acad Dermatol Venereol, Clin Drug Invest, BioMed Central,



Israel Science Foundation, J Internat Med Research y Evid-Based Alt & Compl Med.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Anderson KE, van Duijn E, Craufurd D, Drazinic C, Edmondson M, Goodman N, et al. (2018): Clinical management of neuropsychiatric symptoms of Huntington's Disease: Expert-Based Consensus Guidelines on Agitation, Anxiety, Apathy, Psychosis and Sleep Disorders. *Journal of Huntington's Disease*, 7: p. 355-66.
2. Barquero MS, Gómez E (2001). Trastornos cognitivos en pacientes con enfermedad de Huntington. *Revista de Neurología*, 32: p. 128-31.
3. Cardoso F. (2017): Nonmotor symptoms in Huntington's Disease. *International Review of Neurobiology*, 134: p. 1397-1408.
4. Chuo YP, Hou PH, Chan CH, Lin CC, Liao YC. (2012): Juvenile Huntington's Disease presenting as difficult-to-treat seizure and the first episode of psychosis. *General Hospital Psychiatry*, 34: p. 436.e9-11.
5. De Marchi N, Morris M, Meneela R, La Pia S, Nestad G. (1998): Association of obsessive-compulsive disorder and pathological gambling with Huntington's Disease in an Italian pedigree: Possible association with Huntington's Disease mutation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97: p. 62-5.
6. Epping EA, Kim JI, Brashers-Krug TM, Anderson KE, McCusker E, Luther J, et al (2016): Longitudinal psychiatric symptoms in prodromal Huntington's Disease: A decade of data. *American Journal of Psychiatry*, 173: p. 184-92.
7. Folstein S (2003): Demencia debida a enfermedad de Huntington. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N, eds. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Ars Médica, p. 505-9.
8. Frank S. (2010): Tetrabenazine: The first approved drug for the treatment of chorea in US patients with Huntington disease. *Neuropsychiatric Diseases Treatment*, 6: p.657-65.
9. Frank S. (2014): Treatment of Huntington's Disease. *Neurotherapeutics*, 11: p. 153-60.
10. Grabski B, Siwek M, Dudek D, Jaeschke R, Banaszkiwicz K. (2012): Schizophrenia-like psychotic symptoms in a patient with confirmed Huntington's Disease: A case-report. *Psychiatry Polska*, 46: p. 665-75.
11. Kaur N, Kumar P, Jarmwal S, Desmukh R, Gauttam V. (2016): Tetrabenazine: Spotlight on Drug Review. *Annals of Neurosciences*, 23: p.176-85.
12. Loy CT, Hayden A, McKinnon C. (2014): Protocol for REducing Anti-Psychotic use in residential care- Huntington Disease (REAP-HD): A pilot cluster randomized controlled trial of a multifaceted intervention for health professionals. *British Medical Journal Open*, 4: e006151. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006151.
13. Marsh L, Margolis RL (2005): Neuropsychiatric aspects of movement disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds: *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition. Philadelphia, Lippincott William & Wilkins, p. 414-18.
14. Mestre T, Ferreira J, Coelho MM, Rosa M, Sampaio C. (2009): Therapeutic interventions for symptomatic treatment in Huntington's disease. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3: CD006456. doi: 10.1002/14651858.CD006456.pub2.
15. Nagel M, Rumpf HJ, Kasten M. (2014): Acute psychosis in a verified Huntington Disease gene carrier with subtle motor signs: Psychiatric criteria should be considered for the diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 36: p. 361.e3-4.
16. Rocha NP, Mwangi B, Gutierrez-Candano CA, Sampaio C, Furr-Stimming E, Teixeira AL (2018): The clinical picture of psychosis in manifest Huntington's Disease: A Comprehensive Analysis of the Enroll-HD Database. *Frontiers in Neurology*, 9: p.930.
17. Sánchez-Araña T, Sanz-Cortés S, García-Solier MR, Ruiz-Doblado S (2006): Enfermedad de Huntington: síntomas psiquiátricos no cognitivos preexistentes a los movimientos anormales. *Anales de Psiquiatría*, 22: p. 353-9.
18. Tsuang DW, Greenwood TA, Jayadev S, Davis M, Shutes-David A, Bird TD (2018): A genetic study of psychosis in Huntington's Disease: Evidence for the involvement of glutamate signalling pathways. *Journal of Huntington's Disease*, p. 51-9.
19. van Duijn E, Craufurd D, Hubers AA, Giltay EJ, Bonelli R, Rickards H, et al (2014): Neuropsychiatric symptoms in an European Huntington's Disease cohort (REGISTRY). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85: p. 1411-8.
20. Villavicencio D, Rueda M (2004): Movimientos anormales. En: *Psiquiatría de Enlace: Neurología*. Barcelona, Scientific Communication Management, p. 255-316.



**ARTÍCULO ORIGINAL**

**ORIGINAL ARTICLE**



Recibido: 08/10/2019. Aceptado: 28/02/2020

## **PÉRDIDA DE AUDICIÓN NO ORGÁNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **NON-ORGANIC HEARING LOSS. CLINICAL CASE REPORT**

Alba Parra González<sup>1</sup>, Sonia Fernández Morante<sup>2</sup>, David Rentero Martín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico residente de tercer año de psiquiatría, A.G.C. Psiquiatría y Salud Mental; Hospital 12 de Octubre. <sup>2</sup>Médico adjunto de psiquiatría, A.G.C. Psiquiatría y Salud Mental; Hospital 12 de Octubre.

Correspondencia: Av. de Córdoba, s/n, 28041 Madrid. alba.parra@salud.madrid.org



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:35-45



## RESUMEN

La sordera de origen no orgánico ha sido objeto de estudio por parte de otorrinolaringología con el fin de establecer un diagnóstico certero. Sin embargo, pocos artículos versan sobre la salud mental del sujeto que la sufre. Entre las causas subyacentes se diferencian el trastorno por conversión, trastorno facticio y la simulación. En el presente artículo se expone el caso de una mujer cuyo malestar emocional esbozará variados síntomas conversivos, destacando la pérdida de audición por su relativa infrecuencia. Se expondrán las dificultades encontradas en su diagnóstico clínico y manejo terapéutico. Se pondrá en evidencia la importancia de trabajar conjuntamente con el resto de especialistas y entorno más cercano de la paciente.

**Palabras clave:** Pérdida de audición, funcional, pérdida de audición no orgánica, trastorno conversivo; histeria, trastorno facticio, simulación.

## ABSTRACT

Non-organic hearing loss has been the focus of study by otorhinolaryngologists to get the correct differential diagnosis. Nevertheless, scarce literature is about mental health status from the subject who suffers it. The psychological causes beyond the deafness can be divided into conversion disorder, factitious or malingering. In this article we expound the case of a woman whose suffering will outline various conversive symptoms, as the rare hypoacusis. The difficulties found for the diagnosis and treatment will be discussed. It'll be evident that it is a must to work together with the other specialties and family environment.

**Keywords:** Hearing Loss, functional, non-organic hearing loss, conversion disorder, hysteria, factitious disorders, malingering.

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo expondremos el caso de una mujer con sospecha de pérdida de audición de origen no orgánico (NOHL, por sus siglas en inglés "non-organic hearing loss"), entidad poco frecuente en nuestra práctica clínica diaria. Resultará de especial interés analizar las variables de confusión que obstaculizaron el diagnóstico médico final e implicaron llegar a plantear la colocación de un implante coclear. Se analizarán los mecanismos psicológicos subyacentes de una forma dinámica y cómo este proceso guió la planificación del tratamiento psicoterapéutico. Se ilustrará la importancia del vínculo terapéutico con el paciente y la familia, así como el trabajo en equipo. Por último, realizaremos una reflexión sobre cuál es la entidad nosológica que más se aproxima al cuadro clínico que presenta la paciente, cuya sordera no es más que otro síntoma.

Indagando en la literatura los primeros casos de NOHL se remontan al año 1846 en trabajos de médicos alemanes y franceses. Sin embargo, no es hasta la Segunda Guerra Mundial cuando esta entidad capta la atención de la sociedad al afectar a los soldados en guerra y se empiezan a desarrollar técnicas para el adecuado diagnóstico diferencial y tratamiento rehabilitador (William & Livingood, 1963; Psychogenic deafness, 1964). Desde entonces este tipo de sordera ha recibido múltiples sobrenombres: pseudohipoacusia, sordera funcional, psicógena, conversiva, simuladora, entre otros. De acuerdo con Austen & Lynch (2010), a lo largo del artículo se ha decidido emplear el término "**pérdida de audición no orgánica**", que no aporta información acerca de la motivación del síntoma. Una definición bastante precisa propuesta por los autores es "resultados de pruebas audiométricas que arrojan un déficit mayor del explicado por una patología orgánica".



Los datos epidemiológicos son extremadamente variables, estimándose una prevalencia menor al 2% en población general, mayor en grupos específicos de población, como los niños ( $\approx 7\%$ ) ó personal militar (10-50%) (Austen & Lynch, 2010; Balatsouras et al, 2013). Se estima un origen no orgánico detrás del 2.5 % de las sorderas súbitas (Ban & Jin, 2006).

A pesar de existir más de 400 casos documentados en la literatura científica (Kompis, Senn, Matokoudis & Caversaccio, 2015), la NOHL sigue suponiendo en la actualidad un reto interdisciplinar tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. Hoy en día el diagnóstico otorrinolaringológico (ORL) se basa en la discrepancia entre el umbral auditivo determinado por las pruebas que requieren la colaboración del paciente y aquel determinado por las pruebas objetivas (Qiu, Stucker, Yin & Welsh, 1998; Sanders & Lazenby, 1983; Saravanappa, Mepham & Bowdler, 2005). Si bien parece claro que el diagnóstico no se debe realizar en base a una prueba única (Qiu et al., 1998), no existe hasta el momento consenso acerca de un único protocolo para establecer el diagnóstico médico (Balatsouras et al., 2003).

La amplia variabilidad de formas de presentación (Qiu et al., 1998) y su frecuente instauración sobre una pérdida de audición real (Qiu et al., 1998; William & Livingood, 1963) son características que pueden confundir al profesional y retrasar el diagnóstico. Aunque no resulta frecuente, existen casos documentados de NOHL diagnosticados en el protocolo previo a la colocación de un implante coclear (Kompis et al., 2015; Mistry et al., 2016; Spraggs, Burton & Graham, 1994). Según Kompis et al. (2015), 1 de cada 17 pacientes con NOHL llega a solicitar un implante coclear, representado un 2% del total de candidatos en la muestra de Mistry et al., (2016).

En la práctica clínica el diagnóstico psiquiátrico resulta difícil de establecer. Históricamente se tendió a dicotomizar entre una producción consciente del síntoma y otra inconsciente, diferenciando de este modo a aquellos sujetos que buscaban de manera intencionada beneficios externos (simuladores) de aquellos que precisaban atención psicológica (conversivos). Sin embargo, esta categorización rígida se ha cuestionado posteriormente en diversos textos (Austen & Lynch, 2004). Las alusiones al tratamiento de trastornos neurológicos funcionales son escasas, la evidencia se centra en técnicas cognitivo-conductuales, aunque se destaca la falta de estudios de calidad (Goldstein & Meller, 2016).

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Mujer de 26 años en seguimiento en salud mental desde la juventud por inestabilidad emocional, autolesiones y pseudoalucinaciones auditivas.

#### *Antecedentes psiquiátricos de interés.*

Inicia seguimiento en salud mental en otra área sanitaria a los 18 años de edad ante dificultades para mantener relaciones sexuales. En su evolución se describe un patrón de relaciones interpersonales inestables y dificultad para manejo de sus emociones, recurriendo a las autolesiones en los momentos de mayor estrés. Por su gravedad llega a derivarse a hospital de día, aunque la paciente nunca llega a acudir. Realiza varios intentos autolíticos mediante sobreingesta de tóxicos, requiriendo una única hospitalización psiquiátrica por ideación autolítica a los 25 años de edad.

#### *Antecedentes médicos de interés.*

Sordera progresiva de ambos oídos desde los 21 años de edad de etiología desconocida.

### ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada a nuestro centro de salud mental tras alta voluntaria de un ingreso psiquiátrico breve por ideas autolíticas y pseudoalucinaciones auditivas a los 25 años de edad. Sólo acude a la primera consulta, solicitando la cita sucesiva más de medio año después por recomendaciones del servicio de ORL. Desde dicho servicio nos trasladan la sospecha de NOHL y solicitan nuestra colaboración para el manejo del caso. Su impresión diagnóstica se basa en:

- Resultados incongruentes de las pruebas complementarias realizadas como paso previo a la colocación del implante coclear
- Escasas dificultades de comunicación que presenta la paciente durante las entrevistas.

En este primer contacto desde un punto de vista psicopatológico nos encontramos a una paciente colaboradora y que no presenta grandes dificultades para la comunicación, refiriendo que se comunica vía lectura bilabial. Muestra una adecuada organización tanto del discurso como de la conducta durante la entrevista. No refiere clínica afectiva mayor aunque si frecuentes oscilaciones anímicas y episodios de



disforia en contexto de situaciones estresantes. En estas ocasiones presenta crisis de ansiedad con alucinaciones auditivas breves y egodistónicas que impresionan de carácter catatímico, así como episodios breves de "desconexión" con posterior amnesia. Comunica tener frecuentemente ideas de muerte sin paso al acto, además de episodios de autolesión recurrentes. Presenta juicio de realidad conservado. No refiere ideas delirantes.

Se encuentra con el siguiente tratamiento farmacológico: paroxetina 40 mg/día, zolpidem 10 mg/día, topiramato 200 mg/día, alprazolam 0,5 mg si ansiedad y aripiprazol 10 mg/día (previamente se había ensayado con olanzapina y haloperidol).

Desde el servicio de salud mental le mostramos a la paciente nuestro interés por el problema que presenta y nuestra intención de colaborar en su solución. Le proponemos un total de 5 entrevistas de manera semanal de entre 1-2 horas de duración con el objetivo de recoger la información médica disponible, así como una historia biográfica detallada tanto personal como familiar.

Para realizar dicho trabajo seguimos las recomendaciones de MacKinnon, Michels & Buckley (2008) en la entrevista con el paciente psicósomático. Se intenta recoger la historia médica y biográfica de manera paralela con el fin de que el paciente no piense que sólo nos centramos en un origen psicológico. Esta fase inicial puede ayudar al terapeuta a detectar vínculos que el paciente no es capaz de identificar de manera consciente y que podremos abordar en otras fases posteriores del tratamiento.

## HISTORIA DEL PROBLEMA

### *Problema de audición*

La paciente inicia otitis y otomicosis de repetición entre los 18- 21 años, con fluctuaciones del nivel auditivo. A pesar de recibir el tratamiento indicado describe pérdida de audición progresiva de ambos oídos a partir de los 21 años. Es valorada y tratada por múltiples especialistas, tanto de ámbito privado como público, sin una respuesta satisfactoria. Prueba audífonos, e incluso recibe tratamiento corticoideo e inmunológico durante un período de tiempo, en el que recibe diagnóstico de hipoacusia autoinmune. Ante la ausencia de mejoría, a la edad de 25 años se plantea la posibilidad del implante coclear. Desde el servicio de ORL se realiza el estudio complementario previo a su colocación

entre los meses de mayo a junio de 2018, obteniendo los siguientes resultados:

- **Resultados anormales en audiometría tonal:** "ausencia de respuesta en ninguna frecuencia al mayor rendimiento del audiómetro" en oído derecho (resultado compatible con cofosis), e "hipoacusia mixta profunda" en oído izquierdo.
- **Resultados normales para el resto de pruebas complementarias:** analítica (hemograma, bioquímica, serologías y autoinmunidad), otoscopia, Tomografía Axial Computerizada de peñascos (TAC), Resonancia Magnética craneal (RM), Timpanometría (TPM), Reflejo estapedial, Potenciales Evocados en Tronco Cerebral (PEATC).

Se objetiva, por tanto, una discordancia entre las pruebas subjetivas de la audición (como la audiometría), que indican una sordera profunda, y las pruebas objetivas (PEATC, reflejo estapedial), que son congruentes con una audición normal. Ante la sospecha de NOHL el médico ORL referente decide: 1) repetir la batería de pruebas; 2) solicitar una RM funcional y 3) avisar al servicio de psiquiatría para valoración conjunta del caso.

Se repiten entre Agosto y Diciembre de 2018 las audiometrías, TPM, reflejo estapedial, PEATC y RM, arrojando similares resultados. La RM funcional no se puede realizar por problemas técnicos hasta medio año después de iniciar la terapia en nuestro centro. Mediante esta prueba se reproduce música a través de unos cascos que porta la paciente, identificándose con normalidad y de manera bilateral las áreas auditivas, con una extensa zona de activación. En el informe señalan, incluso, la activación parcial de áreas del lenguaje en áreas de asociación frontales, dato sugerente de comprensión de las canciones.

### *Historia biográfica*

La paciente procede de una familia de tres hermanos (un varón mayor que ella y una hermana gemela). El hermano mayor sufre un accidente doméstico a los pocos meses de nacer mientras estaba en la cocina con la madre, derramándosele café hirviendo por el cuerpo. Como consecuencia, es sometido a múltiples intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida. La madre se vuelca en el cuidado del niño desde un inicio, siendo esto definido por la paciente como un modo de "sobrepotección". Recuerda una infancia con una familia fragmentada, en la que su padre pasaba la mayor parte del tiempo trabajando y apenas se reunían los fines de semana.



A la edad de 12 años la paciente sufre abusos sexuales reiterados durante un año por parte de un vecino, amigo de su hermano. Inicialmente se producían los abusos en la casa del vecino, donde la paciente iba con su hermano a jugar a los coches teledirigidos. Posteriormente, estos hechos acontecen incluso en casa de la propia paciente, sin nadie advertir lo que ocurría en la habitación de al lado.

A los 16 años de edad se produce el divorcio de los padres, siendo en ese momento cuando el padre le reprocha el evento de la cafetera a la madre. Se produce un enfrentamiento entre todos los miembros de la familia, en el que se llega incluso a la agresión física. Cada uno de los hijos "elige" con quien convivir, siendo el hermano quien decide irse con el padre. Tras una de las discusiones, la paciente cuenta a su madre y hermana, por primera vez, los abusos sexuales sufridos años atrás. Sin embargo, siente que sus palabras no son escuchadas por nadie.

En ese período la convivencia en casa con la madre se complica. La paciente sospecha que ésta es incapaz de afrontar que su hermano haya elegido al padre después del cuidado que ella le ha ofrecido. Es entonces cuando la paciente presenta un aumento de la clínica ansiosa y comienza a autolesionarse y a presentar pesadillas con la sombra del agresor... En este contexto, la paciente abandona estudios de bachillerato y empieza una formación profesional de auxiliar de enfermería con el fin de independizarse lo antes posible.

A los 18 años de edad se traslada a casa de su primera pareja describiendo una relación sentimental inestable y compleja de intensa dependencia emocional. Ambas se autolesionan en los momentos de mayor estrés (según refiere, llega a presentar pseudoalucinaciones auditivas que le invitan a ello). Ante la dificultad que presenta para mantener relaciones sexuales decide contactar con salud mental, iniciando seguimiento en ese momento. Este patrón de relación inestable se perpetúa en las siguientes relaciones sentimentales que mantiene, siempre con personas de sexo femenino.

A los 21 años de edad conoce fortuitamente a otras víctimas del agresor sexual, sintiéndose con capacidad para denunciar los hechos. Es en este momento cuando se inicia una pérdida paulatina de audición. Es a los 24 años cuando tras un episodio de otalgia bilateral intermitente presenta una pérdida brusca y completa de la capacidad auditiva: "me levanté sin poder oír". Acude de manera urgente al hospital, donde es diagnosticada de sordera súbita y recibe corticoesteroides.

Describe recuperación auditiva parcial del oído izquierdo, con ausencia de mejoría del derecho.

Para mejorar su capacidad de comunicación visualiza vídeos online de lenguaje bilabial con su nueva pareja, y acude a sesiones con logopedia para "leer los labios" pero esta relación sentimental se rompe a los pocos meses, precisando atención urgente psiquiátrica por ideas de carácter autolítico. En contexto de la atención hospitalaria alertan a los familiares más cercanos (madre y hermana) de la situación de la paciente. Hasta ese momento la relación entre madre e hija llevaba años deteriorada, según identifica la paciente, siendo a partir de ese año cuando se empieza a reparar: "Vigilaba que no me hiciera nada, me llevaba a especialistas del oído, hacía lo que nunca había hecho antes". La abuela materna le preguntaba a la madre acerca de su sordera y le insistía en que atendiera a su hija "tanto como había hecho con su hijo en la infancia".

A partir de ese momento es cuando juntas empiezan a visitar múltiples especialistas de ORL y acaba siendo derivada a nuestro hospital. Esta derivación coincide en el tiempo con la celebración del juicio por los abusos sexuales sufridos en la adolescencia, cinco años después de interponer la denuncia. En los pasillos del juzgado se encuentra físicamente con el agresor. Desde ese momento se intensifican las pesadillas que experimenta por las noches, en las que ya no sólo ve "su sombra" sino también su rostro.

## ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

### *Problema de audición*

Mediante el modelo médico recogemos que la paciente tenía un antecedente otológico de infecciones de repetición. Al comparar la historia médica con la biográfica, además, advertimos posibles vinculaciones. La queja de hipoacusia progresiva surge el año en que la paciente interpone la denuncia por abusos sexuales. No relata ningún estresor en el período en que presenta la pérdida brusca, pero sí que nos llama la atención que coincidente con el empeoramiento de audición y la atención psiquiátrica hospitalaria la relación entre madre e hija empieza a repararse significativamente, según lo identifica la paciente. Se le llega a pedir en consulta que realice dos gráficas: una con la evolución de su sordera, y otra con la relación entre madre e hija, donde se observa como el empeoramiento de la sordera coincide con la repa-



ración de la relación entre ambas. De esta forma ilustrativa intentamos genuinamente crear ciertas dudas e inquietudes en la paciente acerca del síntoma.

A nivel de comunicación mantiene conversaciones sin aparentes dificultades, argumentando ser capaz de "leer los labios" y mostrando una actitud labio-dependiente. Explica que era un juego que le enseñaba su padre de pequeña mientras regaban las plantas, en los pocos momentos que pasaban juntos, y que después lo ha ido perfeccionando a través de vídeos y logopedia. Verbaliza su enfado hacia los profesionales de ORL porque le han dejado entrever un posible origen "psicológico".

Explorando posibles ganancias económicas o legales, la paciente no realiza inicialmente, ni tampoco posteriormente en el seguimiento, ninguna demanda relacionada.

### *Otras conductas problema*

Presenta otras conductas problema como son: autolesiones en forma de cortes superficiales en ambos antebrazos, pseudoalucinaciones auditivas poco consistentes en contexto de mayor ansiedad, episodios disociativos contextualizados en disputas familiares en los que no recuerda lo ocurrido... También presenta pesadillas nocturnas y falta de apetito sexual que interfieren en su relación actual de pareja.

### *Diagnósticos clínicos*

Se plantean los siguientes diagnósticos, según DSM-5 (código):

- Trastorno por estrés postraumático (F43.1; 309.81)
- Trastorno límite de la personalidad (F60.31; 301.83)
- Trastorno por conversión, con síntoma sensitivo especial, persistente con factor de estrés psicológico (F44.6; 300.11) vs trastorno facticio aplicado a uno mismo con episodios recurrentes (F68.10; 300.19).

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la paciente se basa en dos pilares complementarios: 1) **Tratamiento farmacológico con el fin de atenuar la respuesta emocional.** 2) **Tratamiento psicoterapéutico.**

En este punto se debe señalar que la psicoterapia propuesta a la paciente está enmarcada dentro del sistema público de salud, con las limitaciones de tiempo (tanto de frecuencia como de duración de las sesiones) que conlleva. En el caso de esta paciente se le propone un seguimien-

to quincenal con sesiones de una hora de duración. No se acuerda fecha de terminación, si bien se expone una duración máxima de tres años por la misma terapeuta debido al tiempo de finalización de la residencia en psiquiatría.

Tras las entrevistas iniciales en las que se realiza valoración diagnóstica con ajuste de tratamiento farmacológico, se establece como foco terapéutico el síntoma de la sordera. Como en todo tratamiento, más aún en nuestro caso, es fundamental el establecimiento de una alianza terapéutica segura con la paciente. El establecimiento y consolidación de esta confianza básica resulta compleja por los problemas de apego temprano que presenta la paciente y su estructura de personalidad de características límites (inestabilidad emocional, la tendencia a la idealización/devaluación...) (Morales Aguilar, 2018). Es por ello que se dedican numerosas sesiones a fortalecer y estabilizar la relación con la paciente. El interés activo por su historia biográfica, la sensación de sentirse escuchada, y la validación del malestar que asocia, son aspectos clave para consolidar esa relación terapéutica. De este modo se consigue que la paciente acuda regularmente a las consultas y se involucre en la terapia. Conforme la alianza se afianza, avanzamos en un continuo desde una psicoterapia de apoyo a la validación empática de la experiencia subjetiva de la paciente, intentando llegar a una confrontación de aspectos disociados.

A lo largo de las entrevistas, siguiendo las premisas de las técnicas narrativas (García Martínez, 2012), tratamos de mejorar la coherencia interna del relato de la paciente y que el diagnóstico de sordera no sea vivido como una etiqueta impuesta desde el ámbito médico de un síntoma inexistente producido por su mente. Se intenta despertar la curiosidad del paciente y que el síntoma empiece a tener sentido para ella como parte de su historia vital. En todo momento se evita una confrontación directa agresiva y se valida su malestar.

Siguiendo el modelo retribucional de Goldberg, varias sesiones se centran en aspectos psicoeducativos de la patología psicosomática desde una perspectiva bio-psico-social (De la Fuente Rodríguez, López, Lerones, Fuentes, Juanes & Sáez, 2014). La paciente admite que sus síntomas (entre los que se incluye la sordera) empeoran en situaciones de estrés, lo que abre una vía natural para abordar la clínica psicosomática. Se trabajan las características especiales de su sordera, y la posible relación con conflictos emocionales internos. Contactamos con el servicio de ORL para manejo coordinado del caso. Se acuerda que se expongan de manera objetiva



los resultados de las pruebas complementarias pero que a su vez se reconozcan la realidad de los síntomas. Se insiste en que se evite la confrontación directa y un alta temprana por su parte, hasta que el trabajo psicoterapéutico permita que la paciente no viva el alta hospitalaria por parte de ORL como una incompreensión del síntoma.

Conforme avanzan las sesiones, y la paciente construye la narrativa de su historia biográfica, interioriza progresivamente un componente psicológico inherente a su sordera. Lleva a la terapia los sentimientos que experimentó cuando los médicos ORL empezaban a cuestionar su diagnóstico, reconociendo hostilidad y desconfianza hacia ellos inicialmente. En el momento actual, sin embargo, acepta un posible alta por parte de ORL a corto plazo y no demanda ninguna exploración añadida ni segundas valoraciones.

Si bien la terapia se centra en el síntoma de la sordera, se intenta relacionar ésta con el resto de síntomas de corte conversivo/disociativo que presenta, con el fin de devolver una imagen cohesionada del cuadro clínico. En todo momento se pone énfasis en que, al no existir daño orgánico, su sordera tiene un mejor pronóstico, además de la buena funcionalidad que ya mantiene en su día a día. De hecho, a lo largo de la terapia, la paciente encuentra un empleo estable como auxiliar en un centro de niños con necesidades especiales, llevando ya más de medio año trabajando sin dificultades.

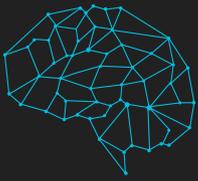
Conforme el diagnóstico de NOHL parece estar más claro la paciente describe situaciones familiares en las que cuestionan su diagnóstico auditivo, recibiendo en ocasiones comentarios peyorativos sobre su sordera. Este hecho le genera gran angustia, ya que ella sí que considera posible un origen psicógeno del síntoma. Por este motivo se decide dedicar varias visitas al abordaje psicoeducativo familiar, en este caso con la madre, ya que una errónea comprensión del síntoma podría desencadenar el rechazo hacia la paciente. El relato de la madre apoya la hipótesis de una significativa reparación de la relación entre madre e hija a raíz de la pérdida de audición, reconociendo haberse involucrado por completo en la búsqueda de un diagnóstico y tratamiento adecuado, solicitando numerosas valoraciones en centros tanto públicos como privados (clínicas de ORL, reumatología e incluso oncología). La madre describe la rabia que advierte en la paciente cuando le comunican desde ORL que las pruebas objetivas sugieren una audición normal. A la madre, sin embargo, no le sorprende el origen psicológico de la patología auditiva "cuando estaba más tranquila escuchaba bien" e intuye la

**Tabla I. Puntuaciones ICG-TLP pre y post-intervención**

ÍTEMS A VALORAR	ICG-TLP PRE-TRATAMIENTO	ICG DE MEJORÍA POST-TRATAMIENTO
Abandono	6	2
Rasgos inestables	6	2
Identidad	3	3
Impulsividad	6	2
Suicidio	4	1
Inestabilidad afectiva	5	2
Vacío	1	9 (No aplica)
Ira	4	3
Ideación paranoide/ Clínica psicótica	4	2
TLP general	5	2

relación de la sordera con los abusos sexuales. Intentando indagar aspectos biográficos relacionados con la sordera, la madre añade que en el verano en el que la paciente pierde bruscamente la audición estaba iniciando una relación íntima con un varón. Este dato se explora en las siguientes sesiones individuales con la paciente, señalándole lo llamativo que resulta que tras tantas sesiones de terapia nunca hubiera hecho alusiones al respecto, refiriendo la paciente que le daba "vergüenza" contarle, ya que no fue "capaz" de mantener relaciones sexuales con él.

Una vez trabajado el origen psicógeno de la sordera de manera individual y familiar, se establece como siguiente objetivo encontrar formas de relacionarse madre e hija que no sean a través de la sordera. Desde un abordaje conductual se prescriben durante varias sesiones actividades entre ellas que no impliquen a la enfermedad. En las siguientes sesiones la madre de la paciente sufre una enfermedad neurológica por la que necesita la baja laboral y realizar rehabilitación. La paciente se encarga de la tienda de repostería de la madre por las tardes, atendiendo a los clientes sin problemas pese a las dificultades auditivas, además de mantener su propio empleo por las mañanas. Ayuda en tareas del hogar como hacer la compra con la madre así como salir a pasear con ella para ayudarle en el proceso de rehabilitación.



Pese a que persisten fluctuaciones anímicas y crisis de ansiedad en contexto de estresores son de menor intensidad y frecuencia, sin haber precisado atención urgente. La mejoría, además, es objetivada a través de la escala de Impresión Clínica Global para Trastorno Límite de la Personalidad (ICG-TLP, validada por Pérez, Barrachina, Soler, Pascual, Campins, Puigdemont, et al., 2007). Se muestran los resultados en la tabla I. Esta escala puntúa la gravedad de cada uno de los ítems diagnósticos del 1 ("no enfermo") al 7 ("gravemente enfermo"), así como la mejoría a lo largo del tratamiento del 1 ("muchísimo mejor") al 7 ("muchísimo peor").

Actualmente se encuentra sin medicación antipsicótica, manteniendo el tratamiento con topiramato 200 mg/día, paroxetina a menor dosis (30 mg/día) y alprazolam 0.5 mg si precisa por ansiedad. Desde ORL ya le han comunicado la normalidad de la RM funcional, mostrándose conforme con su diagnóstico y sin haber expresado intención de contactar con otro especialista.

## DISCUSIÓN

Tal y como se expone en el artículo, el diagnóstico de NOHL puede ser de elevada complejidad. En el caso de nuestra paciente se realiza de manera tardía, tras múltiples consultas por diferentes especialistas y realización de numerosas pruebas diagnósticas. La confusión que genera conlleva a plantear a la paciente la colocación de un implante coclear, cirugía con la que se deterioraría la audición residual. En las pruebas previas al implante, que la paciente acepta, es cuando se detecta una clara discrepancia entre las pruebas objetivas y las subjetivas y se realiza, por fin, el diagnóstico final.

Realizando un análisis retrospectivo del caso, ya había signos que podrían haber alertado de manera más temprana a los profesionales tratantes la posibilidad de estar delante de un caso de NOHL. Al igual que parece claro en la literatura que el diagnóstico final se debe fundamentar en las incongruencias entre pruebas objetivas y subjetivas, también parece claro que todo profesional debe estar atento a una serie de "signos alerta" en las pruebas rutinarias, así como en el cuadro clínico, en vistas a reducir el tiempo entre inicio del síntoma y diagnóstico. Algunos de los signos "alerta" destacados en la literatura quedan resumidos en la tabla II.

En relación al diagnóstico psiquiátrico, resultaba difícil encuadrar la sordera de nuestra paciente de manera taxativa dentro de una de las siguientes categorías: conversión,

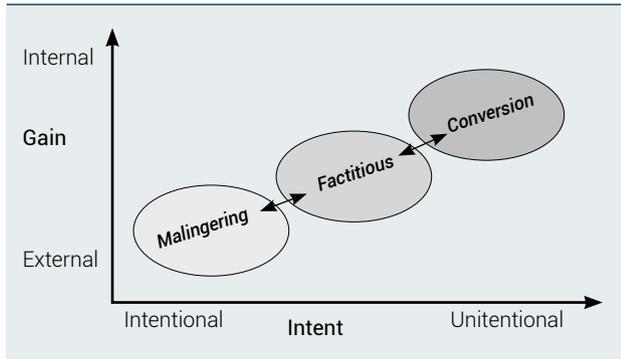
**Tabla II. Ejemplos de "signos alerta" para la NOHL, (destacados en negrita aquellos observados en nuestra paciente)**

Pruebas rutinarias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inconsistencias entre los resultados de audiogramas repetidos, tanto entre los del mismo tipo, como al comparar entre audiogramas tonales y verbales (Kompis et al., 2015).</li><li>• Mayor tiempo de reacción ante estímulos sonoros en los sujetos con sordera funcional (Wood, Goshorn &amp; Peters, 1977).</li></ul>
Sujeto "modelo" (Oishi et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor frecuencia del sexo femenino y una menor edad de inicio (20-30 años frente a 50-60 años).</li><li>• Mayor gravedad de pérdida referida.</li><li>• Presencia de estresores psicológicos recientes y factores psicológicos predisponentes.</li><li>• Un mayor intervalo entre su inicio y la demanda de ayuda profesional.</li><li>• Antecedentes de una pérdida de audición previa.</li></ul>
Características de la entrevista (Beagley & Knight, 1968)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor facilidad para comunicarse de la esperada, mostrándose el sujeto muy dependiente de la lectura bilabial.</li><li>• Falta de uniformidad.</li></ul>

facticio o simulación. Fue de gran utilidad seguir el modelo continuo descrito por Austen & Lynch (2004) por el que las tres categorías dependen de la motivación, definida por dos variables: la intencionalidad y la naturaleza de la ganancia secundaria [ver figura 1].

Los autores señalan en su artículo lo infrecuente que resulta encontrar un caso puro de conversión ó simulación, siendo lo más frecuente el punto intermedio. Dichas variables, además, son dinámicas, pudiendo un síntoma conversivo mantenerse como un facticio al advertir la ganancia secundaria. Ejemplificado en nuestro caso podría ser el mantenimiento de la sordera al advertir que la madre está más pendiente de ella. Debemos destacar en este punto las dificultades para llegar a la subjetividad del paciente e identificar el tipo de ganancias que conlleva el síntoma cuando éstas no son del polo externo (legales, económicas...).

Una mayor consistencia entre las evaluaciones audiométricas y una conducta acorde a la sordera en los diferentes ámbitos de la paciente (familiar, social, laboral...) nos enfo-



**Figura 1.** Modelo explicativo del trastorno por conversión, facticio y simulación. (Austen & Lynch, 2004).

caría hacia la conversión. En el caso expuesto la paciente se comportaba de manera similar cuando venía acompañada por otros familiares, y las pruebas audiométricas arrojaban resultados similares cuando se repetían. Otros datos que la literatura señala como orientadores de un origen conversivo son: el sexo femenino, un bajo nivel socioeconómico, una personalidad histriónica premórbida, y otros síntomas conversivos ó disociativos (Austen & Lynch, 2004), como en nuestro caso. La "belle indifférence", es decir, la inapropiada despreocupación sobre la naturaleza o implicación de los síntomas, que clásicamente ha sido relacionada con los trastornos conversivos (Psychogenic deafness, 1964), actualmente no se considera lo suficientemente específica para orientar el diagnóstico hacia la conversión (American Psychiatric Association, 2013; Stone, Smyth, Carson & Warlow, 2006).

En relación al tratamiento, no existen en la literatura artículos que versen sobre técnicas psicoterapéuticas específicas para la sordera. Las recomendaciones generales son completar el estudio médico de manera temprana, colaborar entre las especialidades médicas involucradas y tranquilizar conjuntamente al paciente explicando cómo los procesos inconscientes psicológicos pueden afectar al cuerpo en las enfermedades médicas. Se insiste en evitar la confrontación directa agresiva, que debilitaría la relación terapéutica. En el caso de nuestra paciente, además, hemos seguido las aportaciones de Austen & Lynch (2004), por las que se debe intentar comprender las motivaciones y ganancias del síntoma no orgánico, es decir, conocer la función que cumple

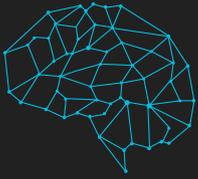
el síntoma, para que el paciente descubra una alternativa sana que supla esa función. Los autores se basan en que todo comportamiento no orgánico nace como respuesta a una necesidad (externa ó interna, de manera consciente ó inconsciente). En el caso de nuestra paciente nuestra sospecha ha sido que la sordera representa la forma de relacionarse con su madre, por eso uno de los objetivos ha sido que la paciente buscara formas más sanas de vincularse a ella. Otra recomendación interesante que realizan en su artículo es la inclusión del médico de atención primaria en todo el proceso diagnóstico y terapéutico. Destacan su relevancia como nexo entre las diferentes especialidades, ya que los pacientes que presentan un síntoma no orgánico tienen mayor probabilidad de presentar síntomas similares que afecten otros aparatos.

En cuanto a la evolución, parece ser muy variable entre estudios. Clásicamente se ha otorgado un peor pronóstico a las siguientes circunstancias acompañantes (Psychogenic deafness, 1964): mayor duración y severidad de los factores predisponentes; mayor severidad y duración de factores estresores precipitantes; mayor duración de los síntomas y bajo nivel educativo e intelectual. La sordera de nuestra paciente incluye varios de los factores de mal pronóstico y se mantiene tras el año de tratamiento psicoterapéutico expuesto. Sin embargo, se ha conseguido desplazarla a un segundo plano tanto a nivel individual como familiar. A nivel individual, consiguiendo la paciente la funcionalidad de una persona sin sordera, y a nivel familiar, desestigmatizando la situación y frenando la búsqueda de segundas opiniones y tratamientos.

Si bien el presente artículo se ha centrado en el análisis y tratamiento del síntoma de la sordera quisiéramos terminar el documento analizando de manera integral el caso expuesto. En las primeras reflexiones acerca de la patología de la paciente la clínica conversiva y disociativa nos hizo pensar en la necesidad de utilizar el antiguo concepto de histeria unitaria (Cubero, 2019) como elemento cohesionador de la clínica. Si bien este concepto en un primer momento parecía esencial, en análisis posteriores la complejidad clínica de la paciente queda bien recogida dentro del DSM-5 fragmentada en diferentes categorías diagnósticas:

La sordera como trastorno por conversión, con síntoma sensitivo especial, persistente con factor de estrés psicológico (F44.6; 300.11).

La sintomatología que acompaña a la pérdida de audición puede ser comprendida dentro de otros dos trastornos:



Si ponemos el foco en el suceso traumático de los abusos sexuales sufridos en la adolescencia la paciente presenta un trastorno por estrés postraumático con síntomas disociativos (F43.1; 309.81). Bajo este constructo quedan recogidos síntomas intrusivos como los sueños recurrentes con el suceso traumático y la sombra del agresor, así como las dificultades en las relaciones sexuales con malestar psicológico asociado. Tal y como recoge el DSM-5 en el diagnóstico diferencial, si la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la clínica somática y la disociativa están en relación con el suceso traumático, podrían ser entendidas como parte del trastorno.

Al poner nuestra atención en la estructura límite de personalidad de la paciente (F60.31; 301.83) encontramos la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la impulsividad, comportamientos de automutilación, la dificultad para controlar la ira... Uno de los criterios diagnósticos que ilustra especialmente nuestro caso son los "esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado" donde la sordera hipotéticamente jugaría un papel fundamental. Este tipo de pacientes, además, pueden presentar clínica disociativa grave y síntomas psicóticos en momentos de estrés, como las alucinaciones descritas.

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico y manejo de los síntomas conversivos pueden, en ocasiones, resultar de elevada complejidad. En el caso de la sordera de origen no orgánico la mayoría de literatura se centra en el diagnóstico ORL, siendo escasos los artículos que versan acerca de la salud mental del paciente. Sin embargo, las bases indispensables para el tratamiento son claras y quedan especialmente reflejadas en nuestro caso: la creación de una sólida alianza terapéutica y el trabajo coordinado entre los diferentes especialistas referentes.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

La publicación de este reporte de caso se ha realizado bajo consentimiento informado y manteniendo el anonimato del paciente. El presente artículo ha sido elaborado por los autores sin conflictos de intereses éticos, económicos o de otra índole.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington.
2. Austen, S. & Lynch, C. (2004). Non-organic hearing loss redefined: understanding, categorizing and managing non-organic behaviour. *International Journal Of Audiology*, 43(8), 449-457. Doi: 10.1080/14992020400050057.
3. Balatsouras, D., Kaberos, A., Korres, S., Kandiloros, D., Ferekidis, E., & Economou, C. (2003). Detection of Pseudohypacusis: A Prospective, Randomized Study of the Use of Otoacoustic Emissions. *Ear And Hearing*, 24(6), 518-527. Doi: 10.1097/01.aud.0000100206.96363.05.
4. Ban, J., & Jin, S. (2006). A Clinical Analysis of Psychogenic Sudden Deafness. *Otolaryngology-Head And Neck Surgery*, 134(6), 970-974. Doi: 10.1016/j.otohns.2005.11.045
5. Beagley, H., & Knight, J. (1968). The Evaluation of Suspected Non-Organic Hearing Loss. *The Journal Of Laryngology & Otology*, 82(8), 693-705. Doi: 10.1017/s0022215100069346.
6. Cubero, P. (2009). Histeria con mayúscula, En Ramos, J. (Ed.), *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*. (117-144). Madrid: Luarna Ediciones, S.L.
7. De la Fuente Rodríguez, A., López, A. P., Lerones, M. J. F., Fuentes, M. L., Juanes, M. L. R., & Sáez, E. M. (2014). Abordaje de los trastornos psicósomáticos desde atención primaria de salud: opciones terapéuticas para el abordaje de trastornos somatomorfos. *Medicina general*, (7), 182-192.
8. Ford, C., & Folks, D. (1985). Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*, 26(5), 371-383. Doi: 10.1016/S0033-3182(85)72845-9.
9. Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
10. García Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
11. Goldstein, L., & Mellers, J. (2016). Psychologic treatment of functional neurologic disorders. *Handbook Of Clinical Neurology*, 571-583. Doi: 10.1016/b978-0-12-801772-2.00046-1
12. Kompis, M., Senn, P., Mantokoudis, G., & Caversaccio, M. (2015). Cochlear implant candidates with psychogenic hearing loss. *Acta Oto-Laryngologica*, 135(4), 376-380. Doi: 10.3109/00016489.2014.985801
13. MacKinnon, R., Michels, R., & Buckley, P. (2008). *La Entrevista psiquiátrica en la práctica clínica* (2nd ed., pp. 413-425). Barcelona: Ars Medica.
14. Mistry, S., Carr, S., Tapper, L., Meredith, B., Strachan, D., & Raine, C. (2016). Inside implant criteria or not? – Detection of non-organic hearing loss during cochlear implant assessment. *Cochlear Implants International*, 17(6), 276-282. Doi: 10.1080/14670100.2016.1249993.
15. Morales Aguilar, D. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26(2), 135-144. Doi: 10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186.
16. Oishi, N., Kanzaki, S., Kataoka, C., Tazoe, M., Takei, Y., & Nagai, K. et al. (2009). Acute-Onset Unilateral Psychogenic Hearing Loss in Adults: Report of Six Cases and Diagnostic Pitfalls. *ORL*, 71(5), 279-283. Doi: 10.1159/000251195.
17. Pérez V., Barrachina J., Soler J., Pascual J., Campins M.J., Puigdemont D., et al. (2007). Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4).



18. Psychogenic deafness. (1964). *JAMA*, 187(3), 225. Doi:10.1001/jama.1964.03060160053015.
19. Qiu, W., Stucker, F., Yin, S., & Welsh, L. (1998). Current Evaluation of Pseudohypacusis: Strategies and Classification. *Annals Of Otolary, Rhinology & Laryngology*, 107(8), 638-647. Doi: 10.1177/000348949810700802.
20. Sanders J.W. & Lazenby B.B. (1983). Auditory brainstem response measurement in the assessment of pseudohypoacusis. *The American Journal of Otolary*, 4 (4), 292-299.
21. Saravanappa, N., Mephram, G., & Bowdler, D. (2005). Diagnostic tools in pseudohypacusis in children. *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(9), 1235-1238. Doi: 10.1016/j.ijporl.2005.03.039.
22. Spraggs, P.D., Burton, M.J. & Graham, J.M. (1994). Nonorganic hearing loss in cochlear implant candidates. *The American Journal of Otolary*, 15(5), 652-657.
23. Stone, J., Smyth, R., Carson, A., & Warlow, C. (2006). La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria. *British Journal Of Psychiatry*, 188(3), 204-209. doi: 10.1192/bjp.188.3.204.
24. William C. & Livingood MD (1963) Psychogenic Deafness. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 7:4, 415-423, Doi: 10.1080/00039896.1963.10663560.
25. Wood, T., Goshorn, E., & Peters, R. (1977). Auditory Reaction Times for Functional and Nonfunctional Hearing Loss. *Journal Of Speech And Hearing Research*, 20(1), 177-191. Doi: 10.1044/jshr.2001.177.



**ARTÍCULO ORIGINAL**

**ORIGINAL ARTICLE**



Recibido: 03/09/2019. Aceptado: 21/01/2020

## **FIBROMYALGIA – OFFERING EVIDENCE BASED TREATMENT**

### **FIBROMIALGIA: TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Mário Marques dos Santos<sup>1</sup>, Lúcia Ribeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatry Resident at CHVNG/E. <sup>2</sup>Psychiatry Consultant at CHVNG/E

**Correspondencia:** Mário de Castro Marques dos Santos, Rua Conceição Fernandes, s/n | 4434-502 Vila Nova de Gaia.  
mcm.dos.santos@gmail.com



**ISSN 2565-0564**

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:46-54



## ABSTRACT

**Introduction:** Fibromyalgia (FM) is a clinical condition characterized by chronic widespread pain, fatigue, non refreshing sleep, mood disturbance and cognitive impairment with accompanying functional disability. It's etiology and even it's existence as a clinical entity have been discussed over the last decades. The lack of understanding of it's physiopathology and the fact that, to this date, there is no strong effective treatment for it makes this discussion even more relevant for clinicians. We here try to revise some of the clinical relevant data available to this day.

**Methods:** This paper is a narrative revision which gathers information based on a PubMed database search from the last 6 years (2012-2018), in Portuguese or English, for clinical trials or reviews, on the term "Fibromyalgia treatment".

**Results and discussion:** Although there isn't a single strong intervention for FM patients, there is enough evidence suggesting that patient education on the symptoms, on the disease itself and on the realistic treatment goals can benefit these patients. Exercise is also evidence based and should be appropriately suggested. Classical and new Cognitive Behavioural Therapy (CBT) interventions should be seen as the corner stone of treatment in these patients, specially if having co-morbid affective disorders. Many drugs have been studied in the hopes of helping FM patients but few have evidence to support its recommendation.

**Keywords:** Fibromyalgia, pain, psychiatry, therapeutics, psychosomatic medicine.

---

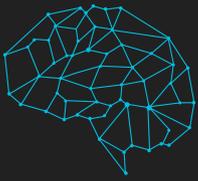
## RESUMEN

**Introducción:** La fibromialgia (FM) es una condición clínica caracterizada por dolor crónico generalizado, fatiga, sueño no reparador, alteraciones del estado de ánimo y deterioro cognitivo con discapacidad asociada, en casos extremos. Su etiología, e incluso su existencia como entidad clínica, se han debatido en las últimas décadas. La falta de comprensión de su fisiopatología y el hecho de que, hasta la fecha, no exista un tratamiento suficientemente efectivo, convierte el debate en muy relevante para los clínicos.

**Metodología:** Este documento revisa información basada en una búsqueda en la base de datos de PubMed de los últimos 6 años (2012-2018), en portugués o inglés, para ensayos clínicos o revisiones, en los términos "Fibromyalgia Treatment".

**Resultados y Discusión:** Aunque no existe una sola intervención suficientemente sólida para pacientes con FM, gozamos de evidencias suficientes que sugieren que la educación del paciente sobre los síntomas, la enfermedad misma y los objetivos del tratamiento realistas pueden beneficiarlos. El ejercicio también se basa en la evidencia y debe sugerirse de manera apropiada. Las intervenciones clásicas y de segunda y tercera generación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), deben considerarse la piedra angular del tratamiento en estos pacientes, especialmente si se asocian trastornos afectivos comorbidos. Muchos fármacos se han estudiado con la esperanza de ayudar a los pacientes con FM, pero pocos tienen evidencia para sostener su recomendación.

**Palabras clave:** Fibromialgia, dolor, psiquiatría, terapéutica, medicina psicosomática.



## INTRODUCTION

Fibromyalgia (FM) is a medical clinical condition characterized by chronic widespread pain, fatigue, non refreshing sleep, mood disturbance and cognitive impairment (Macfarlane et al., 2017) with accompanying functional impairment and disability.

This condition shares many features, including familiar increased risk, with other chronic pain entities such as primary headaches, temporomandibular disorder, irritable bowel syndrome or interstitial cystitis.

In 1990, the American College of Rheumatology (ACR) set the research criteria which characterized FM as condition of pain and tenderness requiring at least 11 points of tenderness for the clinical diagnosis (F. Wolfe et al., 1990).

Although it can be seen at any age, its prevalence peaks between 40 and 60 years (Turk & Adams, 2016). Prevalence is higher in women (1,0 to 4,9%) than in men (0 to 2,9%) as shown in studies from Europe, USA and Canada (Bourgault et al., 2015). However, studies in clinical settings tend to show a higher disproportion with a 8:1 to 10:1 ratio (Macfarlane et al., 2017). Women are only 1.5 times more likely than men to experience Chronic Widespread Pain (CWP) but are 10 times more likely to have 11 or more tender points. This is probably one of the reasons for a much higher prevalence rate in women (Williams & Clauw, 2009). The tender point diagnostic criteria is also hypothesized to have raised the frequency of distressed patients as population base studies find that CWP is less associated with distress comparing with the 11 tender point criteria (Williams & Clauw, 2009). The fact that most of the early studies took place in tertiary care centres may also have increased the perception that a high proportion of these patients had psychiatric comorbidity (Williams & Clauw, 2009). In 2010, the American College of Rheumatology suggested a new set of criteria based on a Widespread Pain Index and a Somatic Symptoms Scale, thus trying to improve diagnosis accuracy and acknowledging that most diagnosis were made without a proper physical examination to examine tender points (Frederick Wolfe et al., 2010). These new proposed criteria emphasize the importance of symptoms in other domains rather than pain, including cognitive and somatic symptoms.

The biopsychosocial model is crucial for understanding FM. Familial and genetic predisposition have been studied with an eight fold increased risk of developing FM in first degree relatives (Williams & Clauw, 2009) and several polymor-

phisms have been identified in genes related to monoamines transport (Williams & Clauw, 2009). Although still inconsistent and not clearly understood, dysfunction in hypothalamic-pituitary-adrenal axis and autonomic nervous system have been reported in FM patients. The presence of an environmental stressor/trigger, which can be a physical trauma, an infection, an hormonal alteration or a psychological/emotional stress, frequently one of interpersonal nature, is also known to be associated with FM (Williams & Clauw, 2009). All of these factors interact with psychological, cognitive and behavioural functioning to develop FM symptoms. To know these different etiological elements is essential to understanding FM and FM patients. We should also be aware of the relevance of central pain modulation to explain FM symptoms - central sensitization and defective pain modulation phenomena are crucial and seem to be altered by psychosocial factors (Bennett, 2016). The lack of diffuse noxious inhibitory control is linked to dysfunction in Serotonin and Noradrenergic activity while the endogenous opioidergic systems seem to remain intact or with increased activity - this could also explain why Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI) can be helpful while Opiates don't.

The ultimate causes for the central sensitivity are still not known but factors such as genetic predisposition, deficiencies in neurotransmitter levels, biochemical changes in the body, endocrine dysfunction, psychological trauma and comorbid disorders seem to play a part in its development. The subjective experience of pain seems to correlate with one's cognitions, feelings and behaviours (Turk & Adams, 2016) and psychological factors such as catastrophizing and expectancy beliefs are thought to influence central sensitization. The fact that therapeutic interventions of a more global nature - CBT and central acting pharmacologic agents SNRI antidepressants - show better results than those interventions commonly used for pain secondary to damage or inflammation of peripheral tissues - Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAIDs), opioids, injections, surgery - highlights the relevance of central abnormalities in pain processing (Williams & Clauw, 2009).

The response to pain is influenced by the patients own characteristics, determining whether a patient can keep on doing daily tasks despite of the pain or avoiding them, anticipating exacerbation symptoms and assuming a "seek role". It has been stated that personality traits play a role in FM, pain perception and response (Hermoso et al., 2017). The response that these behaviours elicit in the patient's social



environment is crucial to modulate these thoughts and behaviours (Turk & Adams, 2016).

## METHODS

This paper gathers information based on a search in the PubMed database from the last 6 years (2012-2018), in Portuguese or English, for clinical trials or reviews, on the terms "Fibromyalgia treatment".

## RESULTS

### OVERALL APPROACH

The evidence highlights the need for a multi step intervention on these subjects.

Being a medical condition we should start by an accurate diagnosis with clinical characterization of the symptoms and exclusion of other medical entities related to widespread pain and fatigue. Pain should be medically and pharmacologically addressed by the attending physician or a pain specialist – the evidence for symptom based analgesia goes beyond the scope of this paper.

A substantial proportion of these patients present with refractory or residual pain after these medical interventions. Every approach should begin with clear patient education on this disorder and the treatment goals. Exercise should also be considered as a first line intervention to be proposed for all patients.

Frequently these patients present co-morbid affective disorders and/or interpersonal conflicts which can benefit from a psychiatric intervention, both pharmacological and psychotherapeutic. Modern psychiatry has become somehow detached from pain as a mental state. The increasing importance of international classification systems for psychiatric entities and the intense search for a biological mechanism underlying pain has driven us away from the emotional, cognitive and psychosocial aspects of pain (González, 2017)

Traumatic experiences (physical and psychological) or significant life events should be searched for properly in order to better understand our patient and to explore a possible link with the symptoms presented through the body. Although it is not sufficient nor needed for FM to exist, a 97% increased risk for painful somatic syndromes in adulthood is linked to childhood abuse (González, 2017).

Psychotherapy should be provided, specially for those with psychiatric co-morbidity. Pharmacotherapy is largely used and many drugs have been studied in this field, the choice of which and when to use should be based on the clinical symptoms, response to other interventions and psychotherapy availability. Many other interventions have been studied as none of the above have had a substantial strength to respond to these patients needs.

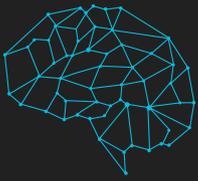
The connection established between the patient and its physician is crucial for treatment adherence, sense of patient's empowerment and clinical outcome. So it is important for physicians to be aware that this is a clinical valid medical problem and to validate patient's complaints while providing patient education on Fibromyalgia.

### PATIENT EDUCATION

It is crucial to educate these patients on the nature of this disorder. Their continuous search for "something wrong" with them prevents them from being engaged in ameliorating their symptoms and increasing their functionality (Bennett, 2016). Explaining the biopsychosocial model for FM – the relevance of genetics and psychosocial factors contributing to predisposition, triggering and perpetuation of FM symptoms, opens the patient to a new approach on this disease (Macfarlane et al., 2017). Also, knowing the planned treatment strategy and the expected outcome is important and should be addressed early on.

### EXERCISE

Exercise (aerobic and strengthening exercises such as walking or swimming) is the only strong for therapy based recommendation in European League Against Rheumatism guidelines (Macfarlane et al., 2017) as it reduces FM symptoms and improves physical functioning (Fernandes, Jennings, Nery Cabral, Pirozzi Buosi, & Natour, 2016). Exercise adherence seems to be related to self efficacy and belief about the benefit of the regime (Fernandes et al., 2016). Using Motivational Enhancement Therapy seems to improve pain, functional status and exercise engagement (Fernandes et al., 2016). A randomized control trial of seventy-five female patients showed no differences between swimming or walking on pain reduction, functional capacity and quality of life (Fernandes et al., 2016) with both interventions showing reduced pain, reduced analgesic usage and overall quality of life improvement (Fernandes et al., 2016). A recent Cochrane



revision on the available evidence favours aerobic exercise in improving Health-Related Quality of Life, physical function and pain intensity (Bidonde et al., 2017).

## PSYCHOTHERAPY

According to the evidence gathered, **Cognitive Behavioural Therapy (CBT)** is presented as the most cost effective treatment for FM in adults - versus FDA approved pharmacotherapy (Luciano et al., 2014) but is not always satisfactory (Kathrin Bernardy, Füber, Köllner, & Häuser, 2010) and should be constructed over a biopsychosocial model. The patient, the disease and the environment must be taken into place in order to restructure unhealthy thinking and push towards behavioural changes for a better functioning (Turk & Adams, 2016). Removing myths about the disorder – “I am crazy” or “I caused this and I’m faking the symptoms for my own benefit” – are a very important part of this approach. Explaining that there is a difference between hurt (the pain the patient experiences chronically) and harm (the pain caused by an injury) can help the patient understand that, to some extent, he will have to live with the pain as our goal is to alleviate it and not to cure it.

Pain and sleep quality have a bidirectional link, so CBT interventions aiming to improve sleep can be beneficial for FM patients.

These patients frequently overestimate their capability to perform physical activity. By making them try exercise they can gain insight of this discrepancy and increase their exercise routines (Turk & Adams, 2016). Using CBT can help us focus on these gains rather than the disease and set realistic goals. Practical behavioural changes can help patients know how to better pace and increase activity.

Cognitive approaches on the role of stress on symptom development, improving communication with others and assertiveness training can be a part of CBT strategies on FM patients (Bennett, 2016). FM patients often show some resistance in acknowledging the link between stress and their physical symptoms. Working on gaining this insight, on the ability to change the modifiable stressors and to accept and cope with those which can't be altered is of great importance (Turk & Adams, 2016). Also, relaxation techniques seem to be beneficial as they improve patient's awareness of self control over pain (Turk & Adams, 2016).

CBT is stated as a weak for on EULAR with studies showing reduced pain and disability with sustained long term results, although the quality of the individual trials was

generally considered poor (Macfarlane et al., 2017). CBT is especially relevant for those with mood disorders or poor coping strategies (Macfarlane et al., 2017) and it shows superior results in cognitive and affective domains. There is still conflicting evidence about its efficacy in reducing pain with some studies supporting it (K. Bernardy, Klose, Welsch, & Häuser, 2018) while others state it does not help in this domain (Macfarlane et al., 2017).

**Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)** has growing evidence to support its use in these patients as it seems to improve symptom severity, perceived stress, depressive symptoms and sleep disturbance (Cash et al., 2015). So far it lacks evidence in improving pain, physical functioning and fatigue (Cash et al., 2015). Interestingly the improvement seems to be dependent of the time spent in house practicing rather than sessions attendance (Cash et al., 2015). It is hypothesized to work by improving the patients perceived control of the symptoms and increasing present-moment focus leading to lesser concerns about past stressors and future concerns over the disease (Cash et al., 2015).

**Guided imagery (GI)** is a psychophysiological process in which a person imagines and experiences, an internal reality in the absence of external stimuli. It can be used to alter one's physiological processes, mental states or behaviours. Previous studies of GI in FM patients show conflicting evidence to support its use. The most recent data (Verkaik 2013) shows there isn't an effect on pain intensity in patients with FM. EULAR recommends it as *weak for* because there is still a lack of better and bigger studies.

**Acceptance and Commitment Therapy** is being studied as a possible approach to ameliorate clinical outcomes in these patients. ACT is a CBT based technique, it aims to improve thoughts on how to accept the experience of pain and disability by means of greater psychological flexibility and cognitive *disfusion* (the patient learns to step back from thoughts). Some studies have tried to evaluate its efficacy in chronic pain (McCracken, Sato, & Taylor, 2013), although more robust evidence needs to be set, the Randomized Clinical Trials (RCTs) showed improvement in disability and Depression in these patients. Acceptance of pain and emotional functioning aren't clearly stated as improving with ACT as further studies need to address these domains (McCracken et al., 2013). Pain intensity and physical quality of life don't seem to be improved by these approach but pain related functioning can be addressed using ACT (Wicksell et al., 2013).



**Brief psychodynamic psychotherapy** failed to prove superiority versus treatment as usual (patient education and pharmacotherapy) in patients with FM and Depression (Scheidt et al., 2013) but some studies support **Brief Interpersonal Psychotherapy** for multisomatoform conditions (Sattel et al., 2012)

As previously discussed in this paper, in clinical settings it seems rather important the type and quality of the doctor (or therapist) / patient relationship for a good outcome so this is something every physician should be aware when treating these patients.

## PHARMACOTHERAPY

Being a relatively new field of studies and having unsatisfying response rates, the recommendations of different entities show some differences. Food and Drug Administration (FDA) approves the use of **pregabalin** (2007), **duloxetine** (2009) and **milnacipran** (2009); **Sodium Oxybate** was not approved as it raised concern over the potential for abuse and misuse. European League Against Rheumatism (EULAR) supports the use of **pregabalin, milnacipran, amitriptyline, cyclobenzaprine** and **tramadol**. The European Medicine Agency (EMA) has not approved any drug for this purpose, Health Canada has approved **duloxetine** and **pregabalin** and the Department of Health of the Australian Government has only approved **milnacipran**.

Although it's still not clear how much do antidepressants help these patients, the 2012 Canadian Guidelines include all antidepressants as potential drugs for the management of Fibromyalgia.

Two basic principals should base pharmacotherapy in these patients: start on low doses and always reassess the need for continuation (Macfarlane et al., 2017) and also separate treatment for continuous pain, based on pain modulators, and incidental pain which can be addressed intermittently with classical analgesics (Macfarlane et al., 2017). FM diagnosed patients receive a greater number of different drugs and for a longer period of time comparing to FM fulfilling criteria patients who haven't received this diagnosis before (Rivera & Vallejo, 2016). Also, a significant positive correlation was found between the number of somatic symptoms and the number of drugs consumed (Rivera & Vallejo, 2016).

**Pregabalin** improves pain, has only a very small effect on fatigue (Macfarlane et al., 2017), a small effect on sleep disturbances (Macfarlane et al., 2017) but has failed to

improve Depression (Calandre, Rico-Villademoros, & Slim, 2017). Although stated by EULAR as a *weak for* there is growing evidence to support its use in high dosages (Davis et al., 2018).

**Amitriptyline** improves pain, fatigue and sleep disturbances but has failed to improve depression (probably due to low doses used in clinical trials) (Calandre et al., 2017) It is considered by EULAR as *Weak for*, at low dose (Macfarlane et al., 2017).

**Duloxetine** improves pain, sleep and depression but with no strong action in fatigue (Calandre et al., 2017). Dosages of 20-30 mg/day seem to have no significant effect, but there were no differences between doses of 60 to 120 mg/day, suggesting optimal dosage around 60 mg/day (Macfarlane et al., 2017). Considered *weak for* on EULAR Guidelines.

**Milnacipran** acts on pain but shows little to no effect on depression and sleep disturbances. It may decrease frequency of pain up to 30% and patients show an overall sense of improvement (Welsch, Üçeyler, Klose, Walitt, & Häuser, 2018). It improves fatigue (better than duloxetine) although with a nonsubstantial effect size (Calandre et al., 2017). Also stated as *weak for* on EULAR.

**SSRIs** on FM patients improves pain and depression with a small effect size, they improve sleep with a nonsubstantial effect size and have no effect on fatigue (Macfarlane et al., 2017). A recent Cochrane review showed they are not better than placebo in FM patients (Ablin & Häuser, 2016) being a *weak against* in EULAR Guidelines.

**IMAO** were evaluated as *weak against* with non convincing efficacy data and life threatening interactions being reported (Macfarlane et al., 2017).

**Sodium oxybate** is not recommend and even rejected by regulatory agencies (FDA and EMA) despite some initial promising results in FM.

**Cyclobenzaprine** improves sleep disturbances and pain but not fatigue or depression (Welsch, Üçeyler, Klose, Walitt, & Häuser, 2018) while showing a high rate of side effects and dropouts (Macfarlane et al., 2017).

**Tramadol**, as well as tramadol+acetaminofeno, acts only on pain – effects on sleep, depression and fatigue were not expected and therefore not studied (Calandre et al., 2017). *Weak for* on EULAR.

**NSAID (nonsteroidal anti-inflammatory drugs)** were considered *weak against* as there is no evidence of their benefit in these patients (Macfarlane et al., 2017).



Despite not finding any reviews, the EULAR committee stated a *strong against* evaluation on the use of **strong opioids** and **corticosteroids** in FM patients for the lack of evidence and the known side effects/risks of these drugs (Macfarlane et al., 2017).

**Growth hormone** was evaluated as strong against in EULAR recommendations based on concerns on safety and scarce effect on pain. A small study with 12 patients showed decreased muscle pain, stiffness and fatigue and increased libido using **transdermal testosterone gel** (White et al., 2015) but further studies need to take place to strengthen these data.

Despite improvement in sleep and fatigue, **benzodiazepines and Z-drugs** (zopiclone and zolpidem) are not recommended as they failed to improve other FM symptoms and raise concerns for their tolerance and abuse potential (Ablin & Häuser, 2016).

Many other drugs have had at least one Randomized Clinical Trial: **Gabapentin, Trazodone, Tropicisetron** and **Dolasetron** (5HT<sub>3</sub> antagonists), **Quetiapine, Nabilone** (synthetic cannabinoid agonist of the CB<sub>1</sub> receptor), **Naltrexone** (opioid antagonist), **Pramipexole** (a D<sub>3</sub>/D<sub>3</sub> dopaminergic agonist), **Moclobemide** and **Pirlindole** (two reversible MAO-A antagonist), **Memantine** (an NMDA receptor antagonist) and **Melatonin** (the pineal hormone). From all of the above, only Gabapentin showed some efficacy for the management of Fibromyalgia (Calandre et al., 2017), but, despite being similar to **Pregabalin, Gabapentin** hasn't been studied so extensively and has no formal indication for FM treatment to this date.

There have been few studies trying to analyse effects on cognitive impairment in FM – so far, **Milnacipran** shows a significant but nonsubstantial effect size and **Duloxetine** a small effect size (Calandre et al., 2017).

If we consider FM as a multidomain condition (pain, fatigue, sleep disturbance, cognitive impairment) we can see that none of the approved drugs strongly addresses all of them, with **Amitriptyline** being the broader one. This raises the possibility of a drug combination but there are still few trials on this option.

Many of the studies in this field try to establish evidence based pharmacologic possibilities for a common and difficult to treat condition. There is very scarce evidence comparing the effects of these drugs. **Duloxetine** seems to be superior to **Pregabalin** in amelioration of pain but **Pregabalin** was better than **Duloxetine** in addressing sleep disturbances (Calandre et al., 2017).

The drug selection should be based on the most disturbing symptom for the individual patient – **Duloxetine** for depression; **Pregabalin, Amitriptyline** or **Cyclobenzaprine** for sleep disturbances and **Milnacipran** or **Amitriptyline** for fatigue (Calandre et al., 2017).

## OTHER INTERVENTIONS

**Multimodal interventions** should be considered for those with severe disability.

Combining programs with exercise, education and CBT approaches seem to be beneficial for patients (Martins et al., 2014) with longer interventions showing better outcomes in reducing pain (Saral, Sindel, Esmaeilzadeh, Sertel-Berk, & Oral, 2016). Recommend by EULAR as a *weak for*.

**Occipital nerve stimulation** is not recommended at the time because of potential complications, invasiveness and cost of the procedure despite some reports of pain reduction (Ablin & Häuser, 2016), improved sleep, mood, fatigue and quality of life as it can alter pain processing (Plazier, Ost, Stassijns, De Ridder, & Vanneste, 2015).

**Lidocaine infusion** shows controversial evidence with trials lacking strength to support its use in FM patients. Although it seems to diminish pain, it is an expensive and time consuming procedure which needs to take place in a clinic with resuscitation and hemodynamic monitoring capacities (Ablin & Häuser, 2016).

**Vitamin D supplementation** is being studied enthusiastically in many fields of Medicine. Some studies seem to show it improves pain in FM patients but the results are still short and too controversial to recommend its use (Wepner et al., 2014).

**Hyperbaric oxygen therapy** seems to have an anti-nociceptive effect via activation of endogenous opioids and inhibition of the inflammation response, showing promising results in FM patients, but carries several risks of oxygen toxicity and other side effects so further studies are needed before it can become a recommended procedure in these patients (Ablin & Häuser, 2016).

**Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)** may modulate mood and show overall improvement in FM patients despite only marginal effects on pain (Ablin & Häuser, 2016), however, bigger and better studies still need to take place to establish TMS as a therapeutic option. **Transcranial Direct Currents Stimulation (TDCS)** over the primary motor cortex seem to improve pain in FM patients but there are still few studies on this subject to support its generalized use.



Acupuncture is stated by EULAR has having a *weak for* recommendation based on several studies showing improvement in pain reduction although also stating issues regarding the lack of understanding of its active mechanism and lack of consistency when compared with sham acupuncture (Goldie & Hogg, 2016).

**Biofeedback** is a *weak against* on EULAR with some results showing pain intensity reductions but lacking good quality studies to support its use (Ablin & Häuser, 2016).

**Hydrotherapy/spa therapy** has shown improvement in pain maintained in the long term therefore being recommended as a *weak for* on EULAR ((Macfarlane et al., 2017).

**Hypnotherapy** shows controversial results between trials which is why it is a *weak against* for EULAR. **Meditative movement** (qigong, yoga or a combination) is still being studied but seems to bring benefits in sleep and fatigue being recommend by EULAR as a *weak for*. In the same manner, Tai Ji Quan has some preliminary promising evidence improving fatigue, quality of life, disability, pain, sleep and anxiety but needs stronger studies to support it (Maddali Bongji et al., 2016).

## CONCLUSIONS AND DISCUSSION

Fibromyalgia is a complex entity sampling the interesting field of psychosomatics and bringing psychological and somatic pain together. Its understanding requires a vision of the patient as a whole in order to plan a multimodal and stepwise treatment to ameliorate the patient's symptoms and improve its functioning.

Patient education on the disease and its treatment should be the starting point. CBT based interventions (classical or more recent therapies) can help these patients in the affective domains of the disease but also in an overall manner in improving quality of life.

Many pharmacologic strategies have been studied. Some drugs have been approved to be used in these patients – Milnacipran, Duloxetine, Amytriptiline, Pregabaline. Their use should be tailored to patients needs and tolerance.

To these date, the interventions known show limited response so these patients should be treated by psychiatrists with experience in Psychosomatics. The use of multimodal interventions has been proved to be beneficial, so multidisciplinary teams are of major importance in this field. Being the basis of psychiatric practice, doctor-patient therapeutic relationship is critical in any intervention for Fibromyalgia

patients as these interventions may be frustrating and tense.

In the years to come more and better clinical studies are expected to bring better resources in the psychological and also in the pharmacological intervention.

## DECLARATION OF AUTHORSHIP, GOOD PRACTICES AND ASSIGNMENT OF RIGHTS

This study had no financing of any kind nor have the researchers involved in it. Author Mário Santos was responsible for data gathering and writing of the essay while author Lúcia Ribeiro was responsible for editing and reviewing its content. The authors declare the absence of potential conflicts of interest.

Declaration of authorship, good practices and assignment of rights

## FINANCING: THIS PAPER RECIEVED NO FUNDING.

Contribution: Mário Marques dos Santos planed the search method and gathered the scientific information, Lúcia Ribeiro supervised the paper's planning, also has actively and frequently revised and edited the paper's content.

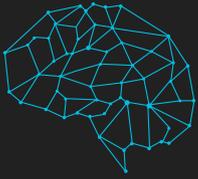
Conflicts of interest: the authors declare the absence of potential conflicts of interest.

## REFERENCES

1. Ablin, J. N., & Häuser, W. (2016). Fibromyalgia syndrome: Novel therapeutic targets. *Pain Management*, 6(4), 371–381. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0007>
2. Bennett, R. M. (2016). Pain management in fibromyalgia. *Pain Management*, 6(4), 313–316. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0026>
3. Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P., & Häuser, W. (2018). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain* (London, England), 22(2), 242–260. <https://doi.org/10.1002/ejp.1121>
4. Bernardy, Kathrin, Füber, N., Köllner, V., & Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome—A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of Rheumatology*, 37(10), 1991–2005. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100104>
5. Bidonde, J., Busch, A. J., Schachter, C. L., Overend, T. J., Kim, S. Y., Góes, S. M., ... Foulds, H. J. (2017). Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012700>
6. Bourgault, P., Lacasse, A., Marchand, S., Courtemanche-Harel, R., Charest, J., Gaumond, I., ... Choinière, M. (2015). Multicomponent Interdisciplinary Group



- Intervention for Self-Management of Fibromyalgia: A Mixed-Methods Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 10(5), e0126324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126324>
7. Calandre, E. P., Rico-Villademoros, F., & Slim, M. (2017). Pharmacological treatment of fibromyalgia: Is the glass half empty or half full? *Pain Management*, 7(1), 5–10. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0044>
  8. Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W. N., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L. A., ... Sephton, S. E. (2015). Mindfulness Meditation Alleviates Fibromyalgia Symptoms in Women: Results of a Randomized Clinical Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(3), 319–330. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9665-0>
  9. Davis, F., Gostine, M., Roberts, B. A., Risko, R., Cappelleri, J. C., & Sadosky, A. (2018). Interpreting the Effectiveness of Opioids and Pregabalin for Pain Severity, Pain Interference, and Fatigue in Fibromyalgia Patients. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 18(5), 611–624. <https://doi.org/10.1111/papr.12651>
  10. Fernandes, G., Jennings, F., Nery Cabral, M. V., Pirozzi Buosi, A. L., & Natour, J. (2016). Swimming Improves Pain and Functional Capacity of Patients With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(8), 1269–1275. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.01.026>
  11. Goldie, L., & Hogg, K. (2016). BET 2: Acupuncture and fibromyalgia: Table 2. *Emergency Medicine Journal*, 33(10), 743–744. <https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206204.2>
  12. González, P. A. M. (2017). PSQUIATRÍA Y DOLOR CRÓNICO. 11.
  13. Hermoso, B., García-Fontanals, A., García-Blanco, S., García-Fructuoso, F., Gutiérrez, T., López-Ruiz, M., ... Deus, J. (2017). DE DOLOR EN FIBROMIALGIA: UN ESTUDIO PILOTO DE CASOS Y CONTROLES. 11.
  14. Luciano, J. V., D'Amico, F., Cerdà-Lafont, M., Peñarubia-María, M. T., Knapp, M., Cuesta-Vargas, A. I., ... García-Campayo, J. (2014). Cost-utility of cognitive behavioral therapy versus U.S. Food and Drug Administration recommended drugs and usual care in the treatment of patients with fibromyalgia: An economic evaluation alongside a 6-month randomized controlled trial. *Arthritis Research & Therapy*, 16(5). <https://doi.org/10.1186/s13075-014-0451-y>
  15. Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
  16. Maddali Bongio, S., Paoletti, G., Calà, M., Del Rosso, A., El Aoufy, K., & Mikhaylova, S. (2016). Efficacy of rehabilitation with Tai Ji Quan in an Italian cohort of patients with Fibromyalgia Syndrome. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.010>
  17. Martins, M. R. I., Gritti, C. C., Junior, R. dos S., Araújo, M. C. L. de, Dias, L. C., Foss, M. H. D. A., ... Rocha, C. E. D. A. (2014). Randomized controlled trial of a therapeutic intervention group in patients with fibromyalgia syndrome. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 54(3), 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2013.10.002>
  18. McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, 14(11), 1398–1406. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.06.011>
  19. Plazier, M., Ost, J., Stassijns, G., De Ridder, D., & Vanneste, S. (2015). C2 Nerve Field Stimulation for the Treatment of Fibromyalgia: A Prospective, Double-blind, Randomized, Controlled Cross-over Study. *Brain Stimulation*, 8(4), 751–757. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2015.03.002>
  20. Rivera, J., & Vallejo, M. A. (2016). Fibromyalgia is associated to receiving chronic medications beyond appropriateness: A cross-sectional study. *Rheumatology International*, 36(12), 1691–1699. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3568-2>
  21. Saral, I., Sindel, D., Esmaeilzadeh, S., Sertel-Berk, H. O., & Oral, A. (2016). The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 36(10), 1379–1389. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3473-8>
  22. Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., ... Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(1), 60–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
  23. Scheidt, C. E., Waller, E., Endorf, K., Schmidt, S., König, R., Zecek, A., ... Lacour, M. (2013). Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.10.013>
  24. Turk, D. C., & Adams, L. M. (2016). Using a biopsychosocial perspective in the treatment of fibromyalgia patients. *Pain Management*, 6(4), 357–369. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0003>
  25. Welsch, P., Üçeyler, N., Klose, P., Walitt, B., & Häuser, W. (2018). Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD010292. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010292.pub2>
  26. Wepner, F., Scheuer, R., Schuetz-Wieser, B., Machacek, P., Pieler-Bruha, E., Cross, H. S., ... Friedrich, M. (2014). Effects of vitamin D on patients with fibromyalgia syndrome: A randomized placebo-controlled trial. *Pain*, 155(2), 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.10.002>
  27. White, H. D., Brown, L. A. J., Gyurik, R. J., Manganiello, P. D., Robinson, T. D., Hallock, L. S., ... Yeo, K.-T. J. (2015). Treatment of pain in fibromyalgia patients with testosterone gel: Pharmacokinetics and clinical response. *International Immunopharmacology*, 27(2), 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2015.05.016>
  28. Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., ... Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial: ACT for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(4), 599–611. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x>
  29. Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2009). Understanding Fibromyalgia: Lessons from the Broader Pain Research Community. *The Journal of Pain*, 10(8), 777–791. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.06.001>
  30. Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160–172.
  31. Wolfe, Frederick, Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 14/01/2020. Aceptado: 05/03/2020

## SÍNDROMES VINCULADOS A LA CULTURA

### CULTURE-BOUND SYNDROMES

Armand Guàrdia<sup>1</sup>, Alexandre González-Rodríguez<sup>1,2,3</sup>, Maria Betriu<sup>1</sup>, José Antonio Monreal<sup>1,2,3,4</sup>,  
Diego J. Palao<sup>1,2,3,4</sup>, Javier Labad<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Department of Mental Health. ParcTaulí University Hospital. Sabadell, Barcelona. Spain. <sup>2</sup>Institut d'Investigació i Innovació ParcTaulí (I3PT). Sabadell, Barcelona. Spain.

<sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Madrid, Spain. <sup>4</sup>Department of Psychiatry and Forensic Medicine.

Autonomous University of Barcelona (UAB). Cerdanyola del Vallès, Barcelona. Spain

**Correspondencia:** Armand Guàrdia Delgado, ParcTaulí, 1, 08208 Sabadell, Barcelona, Servicio Psiquiatría.

Email: [aguardia@tauli.cat](mailto:aguardia@tauli.cat)



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:55-69



## RESUMEN

En las últimas décadas, los movimientos migratorios han hecho que cada vez acudan más pacientes de otras culturas en nuestras consultas. Muchas veces, síntomas definidos como psicóticos o delirantes se explican, en parte, por un componente cultural. No hay duda de que la cultura influye en cómo las personas experimentan sus emociones, en cómo y en qué términos las expresan, y dónde buscan ayuda.

Los síndromes vinculados a la cultura, son síndromes psiquiátricos estrechamente relacionados con determinados aspectos culturales en su formación o manifestación psicopatológica, abarcando ciertas manifestaciones conductuales, afectivas y cognitivas observadas en culturas específicas. Las manifestaciones clínicas que presentan suelen ser diferentes de las de los trastornos psiquiátricos que se encuentran en las clasificaciones occidentales existentes.

En esta revisión se describirán las características de los síndromes vinculados a la cultura, veremos si están limitados a sociedades específicas o son las áreas culturales las que definen los criterios, si se deben considerar síndromes variantes de trastornos considerados como "universales" (neuróticos, afectivos, psicóticos o de personalidad), si todos los trastornos están "ligados a la cultura" y si son estables en el tiempo, así como sus manifestaciones clínicas y el manejo de los cuadros más frecuentes.

**Palabras clave:** Psiquiatría de enlace, síndrome culturales, cultura, psicosis, disociación; factores socioculturales.

---

## ABSTRACT

In the last decades, the occurrence of migratory movements has led us to attend more and more patients from other cultures in our mental health outpatient services. Many times, those symptoms considered psychotic or delusional may probably have a cultural component. There is no doubt that culture influences how people experience their emotions, how they express them and where they seek help.

Culture bound syndromes are psychiatric syndromes related to cultural aspects in their formation or psychopathological manifestation. They cover behavioural, affective and cognitive manifestations frequently observed in specific cultures. The clinical features are usually different from those similar psychiatric disorders found in Western classifications.

In this review, we will describe the characteristics of cultural bound syndromes. We will see whether they are limited to specific areas or not, whether they may be considered as "universal" disorders (neurotic, affective, psychotic or personality disorders), and if they are "linked to culture" and if they are stable over time.

Finally, we will describe their clinical manifestations and we will recommend some issues for the management of the most common symptoms.

**Keywords:** Consultation-liaison psychiatry; culture-bound syndromes; culture; psychosis; dissociation; sociocultural factors.



## INTRODUCCIÓN

Entendemos el concepto de cultura, como el conjunto de conocimientos, ideas, valores, tradiciones, costumbres y otros modelos de comportamiento que caracterizan un grupo humano, ya sea un pueblo, una clase social, una época, etc.; que son aprendidos y que se transmiten conscientemente o inconscientemente de generación en generación con el propósito de crecimiento y adaptación individual y social. (Ramsden I, 1992; Marsella A.J., 1993; Ojalehto, bethany I. & Medin, D. L., 2015; Gray, B., 2017).

Las normas culturales prevalentes localmente, la aceptación social y el papel del individuo en la sociedad tienden a influir en la manera de expresarse. Por lo tanto, vemos que la cultura influye en como entendemos y expresamos nuestras emociones. (Yekeena A.&Anand K., 1995; Gopalkrishnan, N. & Babacan, H., 2015).

La cultura impacta en la expresión de los trastornos mentales, de modo que la influencia cultural es evidente en varios niveles. Por ejemplo, la cultura y la sociedad configuran el significado y las expresiones que las personas dan a diversas emociones, determinan qué síntomas o signos son normales o no, ayudan a definir qué incluye el concepto de la salud y la enfermedad, y configuran el comportamiento de la enfermedad ayudando a buscar la conducta a seguir. (Kirmayer L.J. 1984; Kleinman AM et al., 1986 & 1987; Devins GM 1999; Al Busaidi ZQ 2010).

## ¿DELIRANTE, SOBREALORADA O NO?

- Idea sobrevalorada vs Idea deliroide vs Delirante (Wahn) ▶ Escuela Alemana
- Overvalued idea vs. Delusion ▶ Escuela Inglesa
- Délire ▶ Escuela Francesa

En algunas ocasiones, ideas que etiquetamos como delirantes o psicóticas en nuestro medio, pueden ser habituales en el mundo simbólico de otras culturas. Encontramos diferencias en las visiones teóricas y en el significado de los fenómenos, por lo tanto el marco cultural e histórico de cada sociedad indica lo que es delirante y qué no lo es (Weisz J.R. et al., 2006; Kaiser, B. N & Jo Weaver, L. 2019).

El contexto cultural tiene un cierto grado de influencia en los patrones de comportamiento que a menudo son vistos por trastornos mentales y pueden no serlo para personas forasteras. Existe la noción de que el contexto sociocultural

de la conducta de una persona determina tanto su etiología como sintomatología, expresión, curso y respuesta al tratamiento (Simons & Hughes, 1985; Oliver Paredes, E. (2018).

Será el nivel de estrés que esta creencia genere en el individuo y sobretodo la conformidad y tolerancia del grupo social en relación con ella, la que nos ayudará a diagnosticarla como a patológica o no (Mc Kenna PJ, 1991; Larøi, F et al., 2014).

## PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL

Hace más de cien años, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin tuvo la visión de una nueva disciplina de psiquiatría comparativa enfocada en los aspectos étnicos y culturales de la salud y de la enfermedad mental (Kraepelin E, 1904). Kraepelin ha sido reconocido como el precursor de la psiquiatría cultural comparativa por aquellos que formularon y organizaron esta nueva disciplina. A partir de 1950 se ha denominado psiquiatría transcultural, un término introducido por Eric Wittkower de la Universidad McGill, Montreal. La definición de su colaborador, Henry Murphy, de las metas principales de esta disciplina, refleja la preocupación de la mayoría de los obreros en el campo y se acerca a la noción de Kraepelin: identificar, verificar y explicar las relaciones entre el trastorno mental y las características psicosociales que diferencian naciones, poblaciones, y culturas (Jilek WG, 1995).

La psiquiatría transcultural estudia la expresión fenomenológica de los trastornos psiquiátricos en las diferentes culturas, y define los efectos patoplásticos de algunos factores socioculturales. Estos factores determinan la forma y el pronóstico de los trastornos psiquiátricos (Pérez-Lanzac Trujillo, M. 2002; Sussie Eshun & Regan A. R., 2009).

Este campo de la psiquiatría se orienta a los aspectos transculturales, dejando de tratar la cultura como un simple factor confuso y reconociéndola como constitutiva de diferentes visiones mundiales con impacto en la experiencia en la enfermedad. (Kirmayer, 2006). La psiquiatría transcultural incluye dos dimensiones básicas de análisis, estudio e intervención: (1) el fenómeno psicopatológico universal presente en todas las culturas y (2) el fenómeno psicopatológico específico de cada cultura (Canino G et al., 2008; Al Busaidi, 2010). (Ver Tabla I)

Para poder comprender esta vertiente de la psiquiatría, es importante entender los siguientes términos: *Embodiment*, *self* y *corporalidad* que son de elevada importancia en todas las culturas. La vivencia de la corporalidad es muy importante



**Tabla I. Psiquiatría transcultural**

Deja de tratar la cultura como un simple <b>factor confuso</b>	
<b>Impacto</b> en la <b>experiencia</b> de la enfermedad.	
<b>Objetivo:</b> Identificar, verificar y explicar las relaciones entre trastorno mental y las características psicosociales que diferencian poblaciones y culturas.	
Estudiar la <b>expresión fenomenológica</b> de los trastornos psiquiátricos en las diferentes culturas.	
Definir <b>efectos patoplásticos</b> de factores socioculturales, determinantes en la forma y pronóstico de los trastornos psiquiátricos.	
Incluye dos dimensiones básicas de análisis, estudio y intervención:	
<b>Fenómeno psicopatológico universal</b>	<b>Fenómeno psicopatológico específico</b>
Presente en todas las culturas	Específico de cada cultura

en la expresión de algunos trastornos mentales ya que vemos diferencias en las manifestaciones de culturas occidentales y no occidentales, en la percepción de las mismas, construidas por la cultura (Kleinman & Good, 1985; Cohen & Leung, 2009; Mistry J., 2013).

Así, las diferentes convenciones culturales sobre estos aspectos, hacen que sean difíciles de conseguir criterios descriptivos universales de síndromes y trastornos psiquiátricos (López-Ibor Jr. & J. J., 2003).

Debemos entender la importancia de la incorporación de la competencia cultural en los programas de formación en salud mental. Es de vital importancia para los psiquiatras la comprensión del concepto cultural del "yo" o "self" dado que los aspectos culturales pueden influir en cómo las personas experimentan y expresan su malestar ("Idioms of distress"), cómo solicitan ayuda ("Help seeking behaviours") y en cómo explican su enfermedad ("Explanatory models").

### SÍNDROMES VINCULADOS A LA CULTURA (CBS)

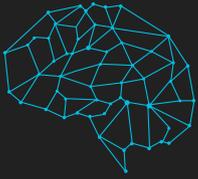
La etnopsiquiatría, psicosis étnicas, síndromes reactivos culturales o psicosis psicógenas culturales son los diversos nombres que se han utilizado para el estudio de las patologías psíquicas específicas de una cultura. El precursor fue Hipócrates, en su obra "De los aires, de las aguas y de los lugares" donde describe el primer síndrome cultural de la literatura: "la enfermedad de los Escitas", caracterizado por impotencia sexual y alteraciones de la conducta. Como anteriormente mencionábamos, en el 1904, Krepelin publicó

"Vergleichende Psychiatrie" (psiquiatría comparada), tras un viaje a Asia para estudiar sobre el campo del Amok y el Latah. Les siguieron más tarde revisiones del tema de Revesz (1911), Thurnwald (1930), Roheim (1939) y Kleinberg (1940). Alcanzando el máximo desarrollo con las investigaciones de Yapen su "Peculiar psychiatric disorders" (Yap, P.-M. (Yap PM. et al., 1951 & 1969) y posteriormente con Wittkower (1956) y Ellenberger (1960) que publicaría la revista "Transcultural Psychiatric Research". (Serrano Vazquez M. 2004).

En nuestro territorio el interés antropológico y cultural de la enfermedad mental, está presente en autores como Novoa Santos, Perez Hervada, Lopez Villamil y sobre todo por el doctor Cabaleiro Goas, que en 1953 presenta sus tesis doctoral sobre Medicina Popular, tal y como se describe en la obra "Espiritados" dos de los autores más comprometidos en este campo de investigación. (Gondar M. & Gonzalez E. 1992).

### DEFINICIÓN DEL CONCEPTO, ¿COMO IDENTIFICARLOS?

Podemos definir los síndromes culturales como síndromes psiquiátricos estrechamente relacionados con determinados aspectos culturales en su formación o manifestación psicopatológica (Tseng, W.S., 2006). Las manifestaciones clínicas suelen ser diferentes de las de los trastornos psiquiátricos que se encuentran dentro de las clasificaciones psiquiátricas occidentales existentes y se suelen observar con mayor frecuencia en determinadas áreas culturales que comparten rasgos o características culturales comunes (Thomas, D. C et al., 2010).



Antiguamente, se creía que los síndromes vinculados a la cultura sólo se producían en el país o región de origen. No obstante, los movimientos poblacionales y la tendencia de los inmigrantes a permanecer dentro de su cultura (aunque emigren a países con culturas distintas), hace que cada vez se observen más síndromes de este tipo en otras partes del mundo (Kirmayer, 2001; Greifeld, K. 2004).

Para la identificación de un síndrome cultural, debemos pensar en síndromes específicamente ligados a una cultura, categorizados como una enfermedad para esa cultura y no como un comportamiento voluntario o una falsa representación. La cultura debe conocer bien los síntomas e incluso el tratamiento y debe ser completamente extraña e ignorada por otras culturas. No hay una causa bioquímica u orgánica demostrada y aunque puedan observarse algunas similitudes en otras culturas, siempre incluyen elementos locales que las diferencian (Ritenbaugh, 1982; Balhara YP et al., 2011).

## CLASIFICACIÓN

Considerados en gran medida como curiosidades que se encuentran fuera de conceptos occidentales de salud mental, clásicamente no han tenido cabida en las clasificaciones psiquiátricas occidentales (Matcheri S. Keshavan, 2014). Las últimas ediciones del DSM-IV y 5, así como CIE-10 han intentado poner un valor de la cultura dentro de las disparidades en salud, al tiempo que deducen que no hay ninguna diferencia patológica real entre los seres humanos. Por lo tanto, se asume que el modelo biomédico es suficiente para su explicación de enfermedad y trastorno. No obstante, se pone en valor que los factores culturales influyen en la presentación de los diversos trastornos psiquiátricos (Anderson, L et al., 2003; Bhugra & Mastrogianni, 2004; McKenna, B. 2008).

El DSM-IV incluye tres tipos de información relacionada con aspectos culturales: 1) una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos; 2) una descripción de los síndromes relacionados con la cultura o "culture bound syndromes" (se incluyen en el apéndice J), y 3) directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el impacto del contexto cultural del individuo (v. también apéndice J). Definiéndose como patrones recurrentes, específicos de la localidad, de aberrante comportamiento y experiencia inquietante sin un diagnóstico específico de una categoría del DSM-IV (DSM-IV-RT, APA, 2000) (Ver Tabla II).

**Tabla II. Clasificación de los síndromes vinculados a la cultura (DSM-IV)**

LOCALIZACIÓN	SÍNDROMES
África	Agotamiento Cerebral Atracción Buffeé Delirant Rituales Mágicos Zar Sangre Dormido (Cabo Verde) Koro
Asia	Amok y Latah (Indonesia y Malasia) Dhat (India) Hikikomori (Japon) Hwa-Byung (Corea) Shin-Byung (Corea) Reacción psicótica de Qi-Gong (China) Shenjing Shuairuo (neuroastenia) Shenkui Shyn-Biung Koro
América	Susto Nervios Locura Colera y Bilis Ataque de nervios Rituales Mágicos Atracción Mal de ojo Enfermedad de los espíritus Fallo o desconexión temporal
Europa	Mal de ojo
Europa	Mal de ojo

El DSM 5, además de que denomina a los síndromes dependientes de la cultura como "Conceptos culturales del malestar o síndromes culturales" o "cultural concepts of distress", formas en que los grupos culturales experimentan, entienden y comunican su malestar, problemas de comportamiento o emociones inquietantes, se observa una reducción relevante de los síndromes dependientes de la cultura, quedando solamente 9, 3 de los cuales son añadidos a la lista (DSM-5, APA, 2013) (Ver Tabla III).

En la CIE-10, se incluyen los "trastornos específicos de la cultura" definidos en el anexo 2 en sus "Criterios diagnósticos para la investigación" (ICD-10-GM, 2004). Definiéndose como trastornos que no se alojan fácilmente en categorías de



**Tabla III. Clasificación de los conceptos culturales de malestar (DSM-5)**

SINDROMES	LOCALIZACIÓN
Ataque de nervios	Latinoamérica
Nervios	Latinoamérica
Shenjing shuairuo	Asia
Dhat	Asia (India)
Hikikomori	Asia (Japón)
Susto	Latinoamérica
Khyâlcap o ataque de viento	Camboyanos residentes en EEUU, Camboya, Laos, Tíbet, Lanka y Corea.
Kufungisisa o "pensar demasiado"	África, Caribe, América Latina, grupos del este asiático y nativos americanos
Malad imoun "enfermedad causada por los humanos" conocido popularmente como el "Mal de Ojo" en España y latinoamérica.	Latinoamérica

diagnóstico internacional. Su descripción inicial se encuentra en una población o determinada área cultural y su asociación posterior es con esta comunidad o cultura.

Otras clasificaciones como la "*Chinese Classification of Mental Disorders*" (Chen YF. Chinese clasificación of mental disorders (CCMD-3), 2002), evocan hacia otros tipos de clasificación culturales más específicos, apostando por un cambio de las clasificaciones universales de los trastornos mentales, hacia otras clasificaciones culturales más específicas y matizadas.

## CBS EN NUESTRAS CONSULTAS

A continuación, se describen algunos de los síndromes vinculados a la cultura:

### SÍNDROME DE LICANTROPIA

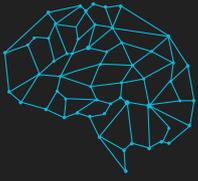
También llamado Lobismo en algunas partes de nuestro territorio, se trata de la creencia o vivencia falsa de transfor-

mación en un animal o de realizar comportamientos sugestivos de éste. En la literatura encontramos casos reportados de transformación en múltiples animales dependiendo de la religión, la cultura y el entorno del paciente, sobretodo en poblaciones con creencias interculturales en cuanto a figuras animales diabólicas y en la representación subconsciente colectiva del mal, por ejemplo: en la mitología griega con el personaje de Licaón, transformado por Zeus en un hombre lobo, también, el hombre lobo como figura satánica o la serpiente como el diablo en el antiguo testamento. También muy ligado a la cultura gallega (y en zonas con influencia Celta), donde existía la creencia que familias numerosas, el séptimo hijo que naciera en Viernes Santo o Nochebuena podría ser un hombre lobo (Serrano Vázquez M. 2004).

En este apartado, podríamos hacer una referencia también a los "Estados de posesión y síndromes relacionados", mencionados en la 4ª edición del libro "Uncommon Psychiatric Disorders (1967)" de D. Enoch y H Ball", que en el momento de su aparición marcaron un relevante interés. Definidos a lo largo de la historia como síntomas, experiencias o conducta que se encuentran influenciadas o controladas por fuerzas sobrenaturales, a menudo de origen diabólico, (Enoch D.&Ball H. 2001) podríanser un símil a lo que sucede con el síndrome de la licantropía.

Volviendo a él, el síndrome de licantropía es un síndrome cultural relacionado con la patología psiquiátrica del eje I o II. Puede manifestarse como una depresión psicótica con cogniciones delirantes de culpa o castigo. Si fuese un comportamiento podríamos orientarlo hacia un trastorno de personalidad histriónico o un trastorno de ansiedad. Descrito en Europa y América (poblaciones judías y cristianas) (Rojo Moreno J et al., 1990; Bou Khalil R et al., 2012). Las pocas referencias en los últimos años sobre estas formas de presentación, nos harían pensar en modificaciones plásticas a través de la historia (Garlipp P et al., 2004; Poulakou-Rebelakou et al., 2009).

Es importante entender que el contenido del síndrome no da lugar al diagnóstico, sino que éste, tiene cabida dentro de diferentes entidades nosológicas psiquiátricas. Es decir, el síndrome es la licantropía, y la orientación diagnóstica podría ser una depresión, una psicosis, un trastorno de ansiedad o también, una expresión somática de malestar desde un componente más cultural, es decir un síndrome vinculada a la cultura. Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial, ya que en ocasiones, son síndromes culturales que no son



**Tabla IV. Síndromes culturales descritos**

	LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA / POBLACIONES	DG EQUIVALENTES DSM-V	GÉNERO	TRATAMIENTO
LICANTROPIA	Cristianos, judíos, en Europa y América.	Psicosis Depresión	No diferencias	AD +/- AP
DHAT	India, Asia	Depresión Ansiedad Somatización	Hombre (semen) > Mujer (flujo vaginal)	Ansiolíticos AD
KORO	Asia, África, Malasia	Ataque de pánico	Hombre (pene) > Mujer (vulva/pecho)	Ansiolíticos AD
COUVADE	África, Europa, Papúa Nueva Guinea, Asia, África i grupos indígenas en América	Trastorno Afectivos Ansiedad Somatización	Hombre	AD +/- AP Ansiolíticos
AMOK	Asia (Indonesia y Malasia)	Ansiedad Ataque de pánico Despersonalización Trastorno personalidad	—	—
FRIGOFOBIA	Asia, Ártico (Esquimales)		—	—
HIKIKOMORI	Japón	Fobia social Agorafobia Ansiedad generalizada Trastorno de personalidad por evitación Esquizofrenia Depresión	—	—
EKBOM	En todo el mundo	Trastorno delirante Depresión Ansiedad	Mujer (mayor duración) > Hombre	AP AD

Abr.: AD: Antidepresivo, AP: Antipsicótico, TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

psicóticos o afectivos y que podrían ser más disociativos/somáticos, o una forma de expresión de malestar (Ross, C. A., 2013; Ma-Kellams, C., 2014).

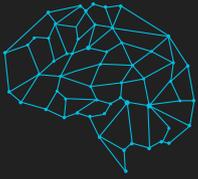
## SÍNDROME DE DHAT

Se trata de una preocupación por la pérdida de un fluido vital que los pacientes denominan "Dhat". La mayoría de las veces es la percepción de pérdida de semen (o flujo vaginal no patológico en la mujer) a través de la orina u otras vías (- Sumathipala A et al., 2004; Perme, B et al., 2005; Prakash S. et al., 2018). Se trata de una preocupación patológica relacio-

nada con esta pérdida o sus consecuencias. Muchas veces acompañado por síntomas somáticos tales como debilidad, anergia, fatiga, hiporexia, insomnio, disfunción sexual y pérdida de libido (Udina, M et al., 2012).

Puede ser considerado como un síndrome cultural relacionado con la patología psiquiátrica del eje I o II: con un trastorno ansioso o con ataques de pánico, un trastorno por somatización o hipocondríforme, trastornos depresivos o trastornos psicóticos.

Se ha descrito en la India y en otras partes de Asia, denominándose también "Shenkui" (Jadhav, S. 2007).



## SÍNDROME DE KORO

El síndrome de Koro es la creencia de la retracción de los genitales (pene, vulva o pecho) en el abdomen, provocando la muerte inminente. Asociado a culturas donde la capacidad reproductiva se considera importante en el valor de la persona joven (Jilek, W.G., 2006; Dan A et al., 2016).

Es un síndrome cultural relacionado con la patología psiquiátrica del eje I o II: con el trastorno de ansiedad o ataques de pánico, al trastorno depresivo mayor (con cogniciones de culpa), también a la psicosis, incluso con la catatonía.

Se ha descrito en Asia y África (también conocido como "Shook yang", "Suk-yeong" o "suoyang" en China, "rook-joo" en Tailandia o "jhinjini" en la India). Descrito también en Europa y América, con el nombre de "síndrome de retracción genital" (Garg K et al., 2017).

## SÍNDROME DE COUVADE O DE LA COVADA ("SYMPATHETIC PREGNANCY")

Se trata de la experiencia de embarazo que sufre un hombre, cuando su pareja o una persona cercana, está embarazada, presentando los síntomas del embarazo, sobretodo gastrointestinales (Thippaiah SM et al., 2018). El término se define como un ritual ancestral que consiste en que el marido se retire a la cama durante el parto de la mujer, simulando dolores del parto y recibiendo los cuidados de la parturienta (Westmarck, E 1921). A nivel nacional se han descrito casos en Galicia, recogido en algunos documentos propios. Aunque no se ha dado nombre hasta hace poco, han existido referencias en la literatura histórica durante siglos (Enoch D & Ball H. 2001).

Es un síndrome cultural relacionado con la patología psiquiátrica del eje I o II: con ansiedad, un trastorno del humor: depresión mayor o trastorno bipolar con ideas sobrevaloradas o delirantes y con la psicosis.

Se ha descrito en culturas con fuerte deseo por tener hijos y fuerte compromiso con la vida familiar. Por ejemplo en las culturas árabes: estrictamente dominada por el hombre. (Mrayan L et al., 2018).

Es importante diferenciar esta síndrome de la *Pseudociesis*, que sería el embarazo psicológico que sucede cuando una mujer cree que está embarazada sin estarlo, presentando signos y síntomas gestacionales (Seeman M.V. et al., 2014).

## SÍNDROME DE AMOK

Es la creencia de no ser respetado por la propia comunidad. En un ataque de amok la conciencia está modificada

con cambios en la percepción visual, apareciendo ilusiones amenazadoras causando temor y furor (Imai H et al., 2019). De pronto, en una descarga cinética y agresiva del hombre Amok, se produce un ataque de ira incontrolable, arrasando con todo aquel que se encuentra en el camino, para luego terminar exhausto y amnésico de los hechos. Finalmente siendo abatido o cometiendo suicidio.

Cabe destacar que en nuestro territorio, para ser más exactos en tierras gallegas, se han descrito casos recogidos en la hemeroteca de Galicia donde se detallan hechos parecidos. Los encontramos recogidos como: "A veces en Galicia, ese otro extremo del mundo, algún campesino temeroso o agraviado se vuelve silencioso y taciturno, se encierra en su casa y medita. Más o menos tiempo después, sin apenas avisos de lo que va a suceder, se arma con alguna herramienta de trabajo y ataca a sus vecinos". (Rof Carballo, X 1989; Serrano Vázquez M. (2004).

Es un síndrome cultural relacionado con la patología psiquiátrica del eje I o II: con un trastorno de ansiedad o ataques de pánico, con fenómenos de despersonalización. También con un trastorno de personalidad, apareciendo rabia e ira con importantes alteraciones de conducta y agitación psicomotriz.

Se ha descrito sobretodo en Malasia y Indonesia (Good BJ & Good M-JD, 2010).

## SÍNDROME DE FRIGOFOBIA (WEI HAN ZHENG / FRIGOPHOBIA)

Es el miedo patológico al frío, produciéndose una preocupación por la pérdida de virilidad (NgBy, 1998). Los que lo sufren, se visten de forma compulsiva con muchas capas de ropa. Es un síndrome cultural relacionado con la patología psiquiátrica del eje I o II: con el TOC y ansiedad.

Se ha descrito en Asia y en poblaciones esquimales (Perrera DN et al., 2013).

## SÍNDROME DE HIKIKOMORI ("ESTAR AISLADO")

Se trata de un fenómeno social que consiste en abandonar la vida social durante más de 6 meses; buscando grados extremos de aislamiento, debido a diversos factores personales y sociales (Nagata et al., 2013; Teo & Gaw, 2010).

El primer país donde se describió fue en Japón (donde se describió por primera vez en la década de los 70), pero en los últimos años se ha extendido a Europa y América (Kato, TA et al., 2011; Wong JCM et al., 2019). Incluso se han realizado estudios poblacionales en España (Malagón-Amor, Á. et al., 2014).



En la sociedad actual, cada vez más interconectada mediante las redes sociales y TICS pero paradójicamente cada vez más aislada en el contacto interpersonal, vemos comportamientos y manifestaciones sociales, denominados "Hikikomoris" en Japón o "Screenagers" en USA, caracterizados por pasar grandes cantidades de tiempo aislados en sus habitaciones frente a una pantalla, reduciendo significativamente las horas dedicadas al descanso, estudio o trabajo, familia y amigos (Pérez Mora G et al., 2018; Trujano Ruiz P 2009).

Sin embargo, puesto que el alma humana es universal y supera las barreras de las diferentes épocas y países, también es posible rastrear, tanto en la vida real como en el mundo literario, casos con características y síntomas muy similares a las de los hikikomori, como el fenómeno de los "Tumbados" o el "Síndrome de la puerta cerrada" en nuestro territorio a lo largo de la historia (Gallego Andrada E. 2008; Landero L. 1990).

Es un síndrome cultural relacionado con la patología psiquiátrica del eje I o II: se ha descrito en la fobia social o agorafobia, en el trastorno por ansiedad generalizada, en el trastorno de personalidad por evitación, en la esquizofrenia y en la depresión (García-Campayo et al 2007).

## SÍNDROMES CULTURALES DE EXPRESIÓN FUNDAMENTAL EN PAÍSES OCCIDENTALES

En cualquier sociedad, pueden existir síndromes específicos relacionados con la cultura. Se consideran fenómenos "peculiares" cuando los síndromes observados no se han podido clasificar en los sistemas de clasificación habituales. Aunque es difícil y controvertido considerar las manifestaciones de problemas psicológicos en la propia cultura, como síndromes vinculados a la cultura, podríamos encontrar: la dismorfofobia, el síndrome de cirugías plásticas repetidas, la anorexia nerviosa, la toma de esteroides anabólicos, el juego patológico, la obesidad, incluso se ha descrito el TOC.

Por lo tanto, se pueden considerar como condiciones psiquiátricas relacionadas con la cultura, que están influenciadas por diversos aspectos de la cultura occidental (Swift y (Swartz L. et al., 1985; Johnson TM et al., 1987; Keel, P. K., & Klump, K. L., 2003; Ibáñez A et al., 2003; Pope HG et al., 2017; González-Rodríguez A et al., 2019).

## SÍNDROME DE EKBOM / DELIRIO DE INFESTACIÓN (ANTERIORMENTE DELIRIO DE PARASITOSIS)

Es la creencia de estar infectado por algún organismo, ya sean parásitos, gusanos, partículas, etc. Los individuos que

lo sufren en muchas ocasiones aportan pruebas del hecho en la consulta del médico, acto conocido como "Match box sign" (Lepping, P., & Freudenmann, R. W., 2008; Healy R et al., 2009; Bewley AP et al., 2010; Campbell EH et al., 2018. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con una infestación real, con el consumo de tóxicos o fármacos, con una demencia y con otras enfermedades orgánicas.

Relacionado con patología psiquiátrica del eje I o II; Primario: en el DSM-5: Trastorno delirante de tipo somático y CIE-10: Trastorno delirante persistente. Secundaria: a un trastorno orgánico, ansiedad, hipocondría, depresión, otros trastornos psicóticos o el TOC.

Se ha descrito en todo el mundo. La razón es porque no está íntima o exclusivamente relacionada con una cultura en particular, pero sí que está relacionada con un énfasis cultural que acentúa típicamente en sociedades diversas, o relacionada con situaciones específicas del estrés socio-cultural. Un cambio de cultura, produciría en personas vulnerables, una ideación delirante de hipocondría y de perjuicio, apareciendo finalmente el delirio de infestación (Achoategui J., 2005; Lepping, P., & Freudenmann, R. W., 2010).

## INTENTOS DE RECLASIFICACIÓN DE CBS

En las últimas décadas, se ha intentado clasificar o re-interpretar el que en diversas culturas se considera una enfermedad física, a través de un punto de vista occidental.

Por un lado, encontramos:

- **Síndromes relacionados con un énfasis cultural a fertilidad o procreación** (Balhara, Y. P., & Deb, K., 2013). De retracción genital: el síndrome de Koro (África) o Suo-yang (China). De pérdida de esperma: el síndrome de Dhat (India), Shen-k'uei in (China), Sukrapameha (Sri Lanka). De creencia de embarazo: síndrome de Couvade ("sympathetic pregnancy"). De preocupación por la pérdida de virilidad: el síndrome de frigofobia (Asia).
- **Síndromes relacionados con un énfasis cultural a padecer episodios de disociación**: Como en síndrome de Latah y el síndrome de Amok.
- **Síndromes relacionados con un énfasis cultural a presentar buena apariencia física**: El síndrome de Taijin-kyōfu (Japón), donde hay un temor a que una persona conocida y respetada puede ser molestada por la imaginada mala apariencia física o mala olor del sujeto.
- **Síndromes relacionados con un estrés aculturativo por la occidentalización**: Como la depresión anómica (Indios Ameri-



canos), el bouffée delirante o psicosis cicloide (África y Caribe), el síndrome de BrainFag ("fatiga del cerebro"), el síndrome de Ekbohm (parasitosis).

- **Otros:** Como el ataque de nervios, nervioso el susto: equivalentes latinoamericanos a ansiedad. La histeria ártica, donde se ven reacciones a situaciones medioambientales extremas en habitantes indígenas de las regiones árticas y subárticas, entre otros (Ver tablas II y III) (W. G. Jilek & L. Jilek-Aall, 2001; Tseng WS., 2001; Bryan P & David A, 2009).

## TRATAMIENTO

Para iniciar un tratamiento, debemos tener en cuenta factores genéticos, dietéticos, de exposición a tóxicos, de farmacodinamia y farmacocinética que varían según las etnias, afectando a la absorción y el metabolismo de los fármacos. Por ejemplo, sabemos que hay diferencias en la velocidad de acetilación o en la conjugación de los isoenzimas del citocromo P450. Por este motivo, los asiáticos responden a dosis más bajas de antidepresivos que los caucásicos o presentan efectos indeseables a dosis más bajas de antipsicóticos que los caucásicos (Chee H. Ng et al., 2008; Noskova T et al., 2008; Taylor, D. M., & Werneke, U., 2018).

Diversos estudios evidencian la influencia que tiene la competencia cultural en el tratamiento por la satisfacción del paciente y el logro de metas terapéuticas, por la disminución de abandonos del tratamiento y por la alianza terapéutica intercultural que parece ser uno de los factores que más contribuyen al éxito de la intervención (Kirmayer LJ., 2001; Qureshi F., & Collazos F., 2006; Sue et al., 2009; Chowdhary, N 2013).

Por lo tanto, vemos que la insensibilidad cultural del psicoterapeuta se relaciona con una experiencia terapéutica negativa y con una alianza terapéutica desfavorable (Dowrick C, 2001; Qureshi, A., & Collazos, F., 2011).

A la hora de elegir el tratamiento es muy importante hacer el diagnóstico diferencial. Debemos descartar un trastorno afectivo o psicótico y tratarlos como tales. Es importante entender que los factores culturales influyen en la presentación de la sintomatología, pero no podemos olvidarnos de los síndromes vinculados a la cultura, que quedan en un cajón de sastre pero que realmente existen, en personas de otras culturas, con una vulnerabilidad individual, que expresan su malestar y sus preocupaciones de una forma más somática o disociativa en forma de estos síndromes.

Cuando éstos aparecen, la intervención debe ser multidisciplinaria. Se debe considerar el uso de antidepresivos o

antipsicóticos a dosis bajas, combinados con ansiolíticos, sumado a una intervención psicológica, parece ser la estrategia con mejor adherencia y eficacia en cuanto a tratamiento (Collazos, F. et al., 2013; Dan, A et al., 2017; Garg K et al., 2017). La terapia cognitivo-conductual (CBT) y la terapia cognitiva (TC) han demostrado ser las intervenciones no farmacológicas que tendrían más eficacia en este tipo de pacientes, con una reducción de la convicción de sus creencias y una mejora de la adherencia al seguimiento (O'Connor et al., 2007; Ghosh et al., 2013).

## DISCUSIÓN

Es de vital importancia la aceptación de las variables culturales a la hora de su gestión, ya que suponen un desafío para los médicos que deben entrar en el terreno de la discusión cultural (Rogler LH, 1993; Guarnaccia PJ et al., 1999). Si la teoría y la nosología psiquiátrica occidental se deben aplicar a todas las formas de psicopatología, los sistemas de diagnóstico actuales deberían tener herramientas para considerar las influencias culturales en la expresión psicopatológica, mejorando así la relación médico paciente, la adherencia al tratamiento, y obteniendo mejores resultados globales en salud. La no valoración de interculturalidad, nos llevará a un diagnóstico erróneo y excesivo, y a un mayor gasto económico (Qureshi, A et al., 2008; Kohrt, B. A., 2013).

Con las culturas en transición en muchas partes del mundo, como resultado de la interconexión y la globalización, es fundamental que los médicos seamos conscientes de cómo están cambiando las culturas locales. Como resultado de la globalización hacia sociedades cada vez más modernas y menos tradicionales, pueden existir cambios en las percepciones y expresiones idiomáticas de la angustia. En consecuencia, es probable que no solo cambien las expresiones y expresiones idiomáticas de la angustia, sino también los caminos hacia la búsqueda de ayuda. Esperamos en un futuro no muy lejano, una mejor comprensión entre las culturas que conduzca a enfoques más equilibrados y matizados para las categorías de diagnóstico (Sánchez Sendra A, 2019; Isaac D, 2013).

## CONCLUSIONES

Los trastornos mentales son universales, pero la expresión y explicación de cada trastorno mental puede variar en



diferentes culturas, entendiendo pues, que hay influencia de los factores socioculturales en todos los aspectos de los trastornos psiquiátricos. Sabemos también de la importancia de los efectos plásticos de los factores socioculturales en trastornos psiquiátricos, de interés primario por la psiquiatría transcultural (Fabrega H, 1992; Qureshi, A et al., 2013).

En los síndromes vinculados a la cultura, la aparición o manifestación de síntomas está estrechamente relacionada con factores culturales. Por lo tanto se justifica la comprensión y la gestión desde una perspectiva cultural. No están estáticos ni están ligadas permanentemente a una cultura, sino que evolucionan o desaparecen a medida que los rasgos culturales o las circunstancias que contribuyen a estos síndromes, cambian en relación con los cambios de la sociedad (Ventriglio, A et al., 2015).

Los síndromes relacionados con un énfasis cultural a fertilidad o procreación, como el síndrome de Dhat o el de Koro, serían los que podríamos encontrar con más frecuencia en nuestras consultas, así como el susto o ataque de nervios en paciente sudamericanos.

Muchos de ellos han sido categorizados como síntomas psicóticos o delirantes en países occidentales. Hacer un diagnóstico diferencial adecuado con el grupo de los trastornos afectivos, psicóticos o con otros trastornos psiquiátricos, es de vital importancia para tratarlos adecuadamente. Debemos tenerlos en cuenta en pacientes de otras culturas con una vulnerabilidad individual, que expresan su malestar desde un componente cultural con formas más disociativas o somáticas.

Las últimas corrientes de pensamiento incluyen los síndromes vinculados a la cultura en un grupo heterogéneo de fenómenos que comparten una serie de características comunes. Por un lado, verdaderos síndromes psiquiátricos, no asociados a una cultura particular, pero relacionados con un énfasis cultural o con una situación de estrés sociocultural en sociedades diversas. Y, por otro lado, términos populares para comportamientos o emociones comunes, de formas de expresar el malestar, también conocidos como "*idioms of distress*".

## PERSPECTIVAS DE FUTURO

Una característica definitoria del mundo moderno es la migración a gran escala, tanto dentro de un país como entre países, una consecuencia de lo cual es la diversidad étnica y cultural creciente en muchos lugares.

El término "*Idioms of distress*", se ha postulado como la alternativa reciente a la nomenclatura de los síndromes vinculados a la cultura, ya que proporciona una manera de estudiar estas formas de angustia culturalmente específicas sin recurrir a la categorización. Se utiliza este concepto para poner en primer plano las diversas maneras en que las personas entienden, expresan, detectan y responden a la angustia fuera de marcos biomédicos (Desai G, Chaturvedi SK., 2017).

En el DSM-5 (2013), ya se ha sustituido la terminología de síndromes vinculados a la cultura, por "*cultural syndroms of distress*" (Lewis-Fernández, R et al., 2019). También se prevé que haya cambios en el ICD-11 (Gureje, O et al., 2019).

En los últimos años ha habido un creciente interés en los aspectos culturales, con el fin de incorporar de manera productiva herramientas de evaluación en salud mental y así complementar el uso de herramientas de cribado psiquiátrico adaptadas. (Kaiser, B. N & Jo Weaver, L., 2019; Cork, C et al., 2019).

## FINANCIACIÓN:

Este manuscrito no ha recibido financiación por parte de ninguna entidad.

## CONTRIBUCIÓN:

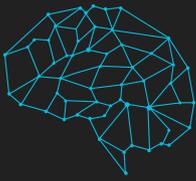
Armand Guàrdia ha escrito la primera versión del manuscrito y ha mejorado las siguientes. Alexandre González-Rodríguez ha colaborado en la elaboración de la primera versión y en las siguientes. Maria Betriu, José Antonio Monreal, Diego J Palao han supervisado el redactado del manuscrito. Javier Labad ha supervisado y ha revisado críticamente el contenido.

## DECLARACIÓN CONFLICTOS DE INTERESES:

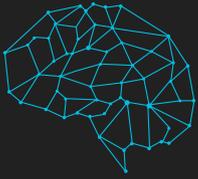
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con el contenido del artículo.

## BIBLIOGRAFIA:

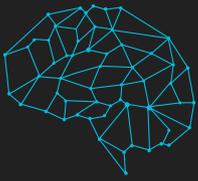
1. Achotegui, J. (2005). Emigration in hard conditions: the Immigrant Syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses' Syndrome). *Vertex*. 2005 Mar-Apr;16(60):105-13. PMID:15912217
2. Al Busaidi, ZQ1. (2010). The Concept of Somatisation: A Cross-cultural perspective. *SultanQaboosUnivMed J*. 2010 Aug;10(2):180-6. Epub 2010 Jul 19. PMID: 21509227 PMCID: PMC3074701.



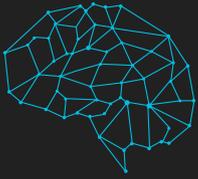
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association: Arlington; (2000).
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association: Arlington; (2013).
5. Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 68–79. doi:10.1016/s0749-3797(02)00657-8
6. Balhara, Y. P. S. (2011). Culture-bound syndrome: Has it found its right niche? *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33(2), 210. doi:10.4103/0253-7176.92055
7. Balhara, Y. P. S., & Goel, R. (2011). Culture bound syndromes: Need to relook, relabel and include? *Asian Journal of Psychiatry*, 4(1), 75. doi:10.1016/j.ajp.2011.01.007
8. Balhara, Y. P., & Deb, K. (2013). Dhat syndrome: A review of the world literature. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(4), 326. doi:10.4103/0253-7176.122219
9. Bayles, B. P., & Katerndahl, D. A. (2009). Culture-Bound Syndromes in Hispanic Primary Care Patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(1), 15–31. doi:10.2190/pm.39.1.b
10. Bewley AP, Lepping P, Freudenmann RW, Taylor R. (2010). Delusional parasitosis: time to call it delusional infestation. *Br J Dermatol*. 2010 Jul;163(1):1-2. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09841.x.
11. Bhugra, D., & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184(01), 10–20. doi:10.1192/bjp.184.1.10
12. Bou Khalil R, Dahdah P, Richa S, Kahn DA. (2012). Lycanthropy as a culture-bound syndrome: a case report and review of the literature. *J Psychiatr Pract*. 2012 Jan;18(1):51-4. doi: 10.1097/01.pra.0000410988.38723.a3.
13. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beckert DR. (2018). Diagnosis and management of delusional parasitosis. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Dec 11.pii: S0190-9622(18)33054-8. doi: 10.1016/j.jaad.2018.12.012.
14. Canino, G., & Alegría, M. (2008). Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 237–250. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01854.x
15. Chee H. Ng, Keh-Ming Lin, Bruce S. Singh. (2008). *Handbook. Ethno-psychopharmacology. Advances in Current Practice*; 2008.
16. Chen YF. (2002). Chinese clasificación of mental disorders (CCMD-3) 2002.
17. Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., Patel, V. (2013). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 44(06), 1131–1146. doi:10.1017/s0033291713001785
18. Cohen D and Leung A. (2009). The Hard Embodiment of Culture. Institutional Knowledge (Ink) at Singapore Management University. RESEARCH COLLECTION SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES DOI: <https://doi.org/10.1002/ejsp.671>
19. Collazos, F., Ramos, M., Qureshi, A., Eiroa-Orosa, F. J., Rodríguez, A., Castells, X., ... Casas, M. (2013). Effectiveness and Tolerability of Duloxetine in 2 Different Ethnic Samples. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(2), 254–256. doi:10.1097/jcp.0b013e31828567d4
20. Cork, C., Kaiser, B. N., & White, R. G. (2019). The integration of idioms of distress into mental health assessments and interventions: a systematic review. *Global Mental Health*, 6. doi:10.1017/gmh.2019.5
21. Dan, A., Mondal, T., Chakraborty, K., Chaudhuri, A., & Biswas, A. (2017). Clinical course and treatment outcome of Koro: A follow up study from a Koro epidemic reported from West Bengal, India. *Asian Journal of Psychiatry*, 26, 14–20. doi:10.1016/j.ajp.2016.12.016
22. Desai G, Chaturvedi SK. (2017). Idioms of Distress. *J Neurosci Rural Pract*. 2017 Aug;8(Suppl 1):S94-S97. doi: 10.4103/jnrp.jnrp\_235\_17.
23. Devins GM. (1999). Culturally informed psychosomatic research. *J Psychosom Res* 1999;46:519-24.
24. Dowrick C. (2001). Advances in psychiatric treatment in primary care. *Adv Psychiatr Treat* 2001;7:1-8. 12.
25. Enoch D. & Ball H. (2001). Libro: Síndromes raros en psicopatología. Fundación española de psiquiatría y salud mental. Cuarta Edición 2001.
26. Fabrega, H. Jr. (1992) The role of culture in a theory of psychiatric illness. *Social Science and Medicine*, 35, 91–103.
27. Gallego Andrada E, Gándara Martín JJ. Hikikomori y tumbados. Un análisis literario y social sobre la conducta patológica de aislamiento social. *Psiquiatría.com*[Internet]. 2008 [citado 3 de octubre de 2016];12(4). Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psiquiatría.com/article/view/212>
28. García-Campayo J, Alda M, Sobradie N, SanzAbós B. A case report of hikikomori in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2007 Sep 8;129(8):318-9.
29. Garg K, Kumar CN, Sharadhi C. Koro: Much more than just a culture bound syndrome. *Asian J Psychiatr*. 2017 Oct;29:146-147. doi: 10.1016/j.ajp.2017.05.022.
30. Garlipp P, Gödecke-Koch T, Dietrich DE, et al. (2004). Lycanthropy—Psychopathological and psychodynamical aspects. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:19–22.
31. Ghosh, S., Nath, S., Brahma, A., Chowdhury, A.N. (2013). Fifth Koro epidemic in India: A review report. *World Cult. Psychiatry Res. Rev.* 8(1), 8–20.
32. Good BJ and Good M-JD (2010). Amuk in Java: madness and violence in Indonesian politics. In: Good BJ et al. (eds) *A Reader in Medical Anthropology*. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 473–480.
33. Gopalkrishnan, N., & Babacan, H. (2015). Cultural diversity and mental health. *Australasian Psychiatry*, 23(6\_suppl), 6–8. doi:10.1177/1039856215609769
34. Gondar, M. & Gonzalez E. (1992). Libro: *Espiritados*. Ed. Liaovento.
35. González-Rodríguez A, Esteve M, Álvarez A, Guàrdia A, Monreal JA, Palao D, Labad J. (2019). What We Know and Still Need to Know about Gender Aspects of Delusional Disorder: A Narrative Review of Recent Work. *J Psychiatry Brain Sci*. 2019;4:e190009. [ <https://doi.org/10.20900/jpbs.20190009>].
36. Gray, B. (2017). Culture, cultural competence and the cross-cultural consultation. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(4), 343–345. doi:10.1111/jpc.13769
37. Greifeld, K. (2004). Conceptos en la antropología médica: Síndromes transculturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología*, 18 (35), 362-375.
38. Guarnaccia PJ, Rogler LH. (1999). Research on culture-bound syndromes: New directions. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(9):1322-1327.
39. Gureje, O., Lewis Fernandez, R., Hall, B. J., & Reed, G. M. (2019). Systematic inclusion of culture related information in ICD 11. *World Psychiatry*, 18(3), 357–358. doi:10.1002/wps.20676
40. Healy R, Taylor R, Dhoat S, Leschynska E, Bewley AP. (2009). Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology/ liaison psychiatry clinic. *Br J Dermatol*. 2009 Jul;161(1):197-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09183.x.



41. Hollweg MG. (1994). "Principales síndromes psiquiátricos culturales en Bolivia". *Salud Mental (Bolivia)* 1994, 4:5-11.
42. Hughes CC. (1985). Glossary of "culture-bound" or folk psychiatric syndromes. In: R.C.Simons&C.C.Hughes, editors. *The CultureBoundSyndromes*. Dordrecht, Reidel; 1985.469-505.
43. Ibáñez A, Blanco C, Moreryra P, Sáiz-Ruiz J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(3):295-301.
44. Imai, H., Ogawa, Y., Okumiya, K., & Matsubayashi, K. (2018). Amok: a mirror of time and people. A historical review of literature. *History of Psychiatry*, 0957154X1880349. doi:10.1177/0957154x18803499
45. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (2004). World Health Organization (WHO) ICD-10 German Modification (ICD-10-GM).2004
46. Isaac, D. (2013). Culture-bound syndromes in mental health: a discussion paper. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 355–361. doi:10.1111/jpm.12016
47. Jadhav, S. (2007). Dhis and Dhāt: Evidence of Semen Retention Syndrome Amongst White Britons. *Anthropology & Medicine*, 14(3), 229–239. doi:10.1080/13648470701772770
48. John C. Wong, Michelle J. Wan , Leoniek M. Kroneman, Takahiro A. Kato, Wing T. Lo, Paul W. Wong, Chan H. Gloria. (2019). Hikikomori Phenomenon in East Asia: Regional perspectives, challenges and opportunities for social health agencies. *Front Psychiatry*. 2019 Jul 23;10:512. doi: 10.3389/fpsy.2019.00512. eCollection 2019.
49. Johnson, T. M. (1987). Premenstrual syndrome as a Western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(3), 337–356. doi:10.1007/bf00048518
50. Jilek WG. (1995). "Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1995, 245: 231-238.
51. Jilek W. G. &L. Jilek-Aall. (January 2001). Culture-Specific Mental Disorders. In book: *Contemporary Psychiatry*. DOI: 10.1007/978-3-642-59519-6\_56.
52. Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., ... Kanba, S. (2011). Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1061–1075. doi:10.1007/s00127-011-0411-7
53. Kaiser, B. N., & Jo Weaver, L. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589–598. doi:10.1177/1363461519862708
54. Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129(5), 747–769. doi:10.1037/0033-2909.129.5.747
55. Keshavan, M. S. (2014). Culture bound syndromes: Disease entities or simply concepts of distress? *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 1–2. doi:10.1016/j.ajp.2014.11.003
56. Kleinman, A. (1986) *Social Origins of Distress and Disease*. Connecticut: Yale University Press.
57. Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454.
58. Kirmayer L.J. (1984). Culture, affect and somatisation. *Transcult Psychiatry Res Rev* 1984;21:159-88.
59. Kirmayer L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 (suppl 13):22Y28.
60. Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2001). AFFECTIVE DISORDERS IN CULTURAL CONTEXT. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 465–478. doi:10.1016/s0193-953x(05)70241-0
61. Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the "New Cross-cultural Psychiatry": Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144. doi:10.1177/1363461506061761
62. Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., ... Hinton, D. E. (2013). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 365–406. doi:10.1093/ije/dyt227
63. Kraepelin E. (1904). "Vergleichende Psychiatrie". *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1904, 27: 433-437.
64. Landero L. Los tumbados [Internet]. EL PAÍS. 1990 [citado 3 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://elpais.com/diario/1990/11/18/opinion/658882801\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1990/11/18/opinion/658882801_850215.html)
65. Lepping, P., Baker, C., & Freudenmann, R. W. (2010). Delusional infestation in dermatology in the UK: prevalence, treatment strategies, and feasibility of a randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Dermatology*, 35(8), 841–844. doi:10.1111/j.1365-2230.2010.03782.x
66. Lepping, P., & Freudenmann, R. W. (2008). Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clinical and Experimental Dermatology*, 33(2), 113–117. doi:10.1111/j.1365-2230.2007.02635.x
67. Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Bäärnhielm, S., Rohlf, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., Lu, F. (2014). Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2), 130–154. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.130
68. López-Ibor Jr., J. J. (2003). Cultural Adaptations of Current Psychiatric Classifications: Are They the Solution? *Psychopathology*, 36(3), 114–119. doi:10.1159/000071255
69. Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A., Deshpande, S., Fernyhough, C., Woods, A. (2014). Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl\_4), S213–S220. doi:10.1093/schbul/sbu012
70. Ma-Kellams, C. (2014). Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: a review of the literature and directions for future research. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.01379
71. Malagón-Amor, Á., Córcoles-Martínez, D., Martín-López, L. M., & Pérez-Solà, V. (2014). Hikikomori in Spain: A descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 475–483. doi:10.1177/0020764014553003
72. Marsella, A.J. (1993). Sociocultural foundations of psychopathology: an historical overview of concepts, events and pioneers prior to 1970. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 30, 97-141.
73. Mary V Seeman (2014). Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. *World J Clin Cases*. Aug 16, 2014; 2(8): 338-344. Published online Aug 16, 2014. doi: 10.12998/wjcc.v2.i8.338
74. Mc Kenna P.J. (1991). Memory, knowledge and delusions. *British Journal of Psychiatry* 151.
75. McKenna, B. (2008). Culture, Health and Illness. Fifth edition, by Cecil Helman. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(2), 204–208. doi:10.1111/j.1548-1387.2008.00014\_6.x



76. Mistry JI. (2013). Integration of culture and biology in human development. *AdvChildDevBehav.* 2013;45:287-314. PMID:23865120 DOI:10.1016/b978-0-12-397946-9.00011-7
77. Mrayan L, Abujilban S, Abuidhail J, BaniYassein M, Al-ModallalH.(2018). Couvade Syndrome Among Jordanian Expectant Fathers. *Am J Mens Health.* 2018 Nov 2:1557988318810243. doi: 10.1177/1557988318810243.
78. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristics and treatment response in a case series. *Int J Soc Psychiatry.* 2013 Feb;59(1):73-8
79. Ng, B.-Y. (1998). "Disturbios específicos de culturas": a culture-related psychiatric syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 32(4), 582–585. doi:10.1046/j.1440-1614.1998.00440.x
80. Noskova T, Pivac N, Nedic G, et al. (2008). Ethnic differences in the serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) in several European populations. *ProgNeuropsychopharmacolBiol Psychiatry.* 2008;32(7):1735Y1739.
81. Noronha M. (1997). "Disturbios específicos de culturas". *Salud Mental (Bolivia/Argentina),* 1997, 2:24-35
82. O'Connor, K., Stip, E., Pélissier, M.-C., Aardema, F., Guay, S., Gaudette, G., Leblanc, V. (2007). Treating Delusional Disorder: A Comparison of Cognitive-Behavioural Therapy and Attention Placebo Control. *The Canadian Journal of Psychiatry,* 52(3), 182–190. doi:10.1177/070674370705200310
83. Ojalehto, bethany I., &Medin, D. L. (2015). Perspectives on Culture and Concepts. *Annual Review of Psychology,* 66(1), 249–275. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015120
84. Oliver Paredes, E. (2018). Libro: Síndromes Psicopatológicos .ayer Y Hoy. Editorial ediciones libro amigo. Edición 2018.
85. Perera, D. N., Panduwawela, S., & Perera, M. H. (2013). Frigophobia: A case series from Sri Lanka. *Transcultural Psychiatry,* 51(2), 176–189. doi:10.1177/1363461513501711
86. Pérez-Lanzac Trujillo, M. (2002) Neurosis, evolución y cultura. Aspectos Transculturales. M. Roca Bennasar , Trastornos Neuróticos (181 – 198). Barcelona: Ars Medica
87. Perme, B., Ranjith, G., Mohan, R., &Chandrasekaran, R. (2005). Dhat (semen loss) syndrome: a functional somatic syndrome of the Indian subcontinent? *General Hospital Psychiatry,* 27(3), 215–217. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.01.003
88. Pérez Mora G, Cabrera C, Vega Dávila D. (2018). El Síndrome de Hikikomori: una emergente realidad en occidente. *www.psiquiatria.com.* Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis). 02/05/2018.
89. Pope, H. G., Khalsa, J. H., &Bhasin, S. (2017). Body Image Disorders and Abuse of Anabolic-Androgenic Steroids Among Men. *JAMA,* 317(1), 23. doi:10.1001/jama.2016.17441
90. Poulakou-Rebelakou E, Tsiamis C, Panteleakos LG, et al. (2009). Lycanthropy in Byzantine times (AD 330–1453). *Hist Psychiatry* 2009;20(80 Pt 4):468–79.
91. Prakash S, Sharan P, Sood M. (2018). A qualitative study on psychopathology of dhat syndrome in men: Implications for classification of disorders. *Asian J Psychiatr.* 2018 Jun;35:79-88. doi: 10.1016/j.ajp.2018.05.007.
92. Qureshi, A., Collazos, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo,* vol. 27, núm. 1, enero-abril, 2006, pp. 50-57 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España.
93. Qureshi, A., &Collazos, F. (2011). The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *International Review of Psychiatry,* 23(1), 10–19. doi:10.3109/09540261.2010.544643
94. Qureshi, A., Collazos, F., Sobradiel, N., Eiroa-Orosa, F. J., Febrel, M., Revollo-Escudero, H. W., García-Campayo, J. (2013). Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. *General Hospital Psychiatry,* 35(1), 93–99. doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.09.010
95. Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry,* 23, 49–58. doi:10.1016/s0924-9338(08)70062-2
96. Ramsden I. (1992). Teaching cultural safety. *N. Z. Nurs. J.* 1992; 85: 21–3.
97. Rof Carballo, X. (1989). Libro: Mito e Realidade da terra nai. Ed.Galaxia 1989.
98. Rogler LH. (1993). Culturally sensitizing psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 1993;181:401-408.
99. Rojo Moreno J, Rojo Moreno M, ValdemoroGarcía C, Rojo Sierra M. (1990). Thedelusion of lycanthropictransformation. *ActasLusoEspNeuroPsiquiatriaCienAfines.* 1990 Sep-Oct;18(5):327-31.
100. Ross, C. A., Schroeder, E., & Ness, L. (2013). Dissociation and Symptoms of Culture-Bound Syndromes in North America: A Preliminary Study. *Journal of Trauma & Dissociation,* 14(2), 224–235. doi:10.1080/15299732.2013.724338
101. Sánchez Sendra A (2019). Libro: Salud, enfermedad y cultura. (Manual de Enfermería nº 11)
102. Serrano Vázquez M. (2004). Libro: TemasDelirantes. Asociación Gallega de Psiquiatría.
103. Simons, R. C., & Hughes, C. C. (Eds.). (1985). *The culture-bound syndromes* (Vol. 7). Springer Science & Business Media.
104. Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., & Berger, L. K. (2009). The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology,* 60(1), 525–548. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163651
105. Sumathipala, A., Siribaddana, S. H., & Bhugra, D. (2004). Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *British Journal of Psychiatry,* 184(03), 200–209. doi:10.1192/bjp.184.3.200
106. Sussie Eshun, Regan A. R. Gurung. (2009). *Handbook: Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory, and Practice* (). First edition 2009.
107. Swartz, L. (1985). Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Social Science & Medicine,* 20(7), 725–730. doi:10.1016/0277-9536(85)90062-0
108. Taylor, D. M., & Werneke, U. (2018). Ethnopharmacology. *Nordic Journal of Psychiatry,* 72(sup1), S30–S32. doi:10.1080/08039488.2018.1525636
109. Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, a Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 198(6), 444–449. doi:10.1097/nmd.0b013e3181e086b1
110. Thippaiah SM, George V, Birur B, Pandurangi A. (2018). A Case of Concomitant Pseudocyesis and Couvade Syndrome. *Variant. Psychopharmacol Bull.* 2018 Mar 13;48(3):29-32.
111. Thomas, D. C., Fitzsimmons, S. R., Ravlin, E. C., Au, K. Y., Ekelund, B. Z., & Barzantny, C. (2010). Psychological Contracts across Cultures. *Organization Studies,* 31(11), 1437–1458. doi:10.1177/0170840610380811
112. Trujano Ruiz P. (2009). Hikikomoris y screenagers: Nuevas formas de reclusión, inhibición y aislamiento. *www.psiquiatria.com.* Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis) | 01/03/2009



113. Tseng WS. (2001). Handbook of Cultural Psychiatry. San Diego: Academic Press; 2001.
114. Tseng, WS.(2006). From Peculiar Psychiatric Disorders through Culture-bound Syndromes to Culture-related Specific Syndromes. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), 554–576. doi:10.1177/1363461506070781
115. Udina, M., Foulon, H., Córcoles, D., & Martín-Santos, R. (2012). Síndrome de Dhat: descripción de 6 casos. *Medicina Clínica*, 138(7), 320. doi:10.1016/j.medcli.2011.06.009
116. Ventriglio, A., Ayonrinde, O., & Bhugra, D. (2015). Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 3–6. doi:10.1111/pcn.12359
117. Weisz J.R., Weiss B., Suwanlert S., et al. (2006). Culture and youth psychopathology: testing the syndromal sensitivity model in Thai and American adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 1098–1107
118. Westmark, E. (1921): *The history of Human Marriage*, 3a ed., vol.1, London, Macmillan.
119. Yap, P.-M. (1951). Mental Diseases Peculiar to Certain Cultures: A Survey of Comparative Psychiatry. *Journal of Mental Science*, 97(407), 313–327. doi:10.1192/bjp.97.407.313
120. Yap PM. (1969). The culture bound syndromes. In: Cahil W, Lin TY (eds). *Mental Health Research in Asia and The Pacific*. East-West Centre Press, Honolulu, 1969; 33–53.
121. Yekeen A, Aderibigbe & Anand K. Pandurangi (1995). The Neglect of Culture in Psychiatric Nosology : the Case of Culture Bound Syndromes. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(4), 235–241. doi:10.1177/002076409504100401



NOTÍCIAS

NEWS



## NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

### PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

Gracia Lasheras<sup>1,8</sup>, Marta de-Gracia-de-Gregorio<sup>2,8</sup>, Borja Farré-Sender<sup>3,8</sup>, María Giralt<sup>4,8</sup>,  
Purificación Navarro<sup>5,8</sup>, Cristina Sanz<sup>6,8</sup>, Elena Serrano-Drozdowskyj<sup>7,8</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). Barcelona. <sup>2</sup>Psicóloga. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

<sup>3</sup>Psicólogo. HUD. Barcelona. <sup>4</sup>Psiquiatra. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>5</sup>Psicóloga. Servei de Psicologia. Regidoria de Polítiques de Gènere. Ajuntament de Terrassa, Barcelona. <sup>6</sup>Psicóloga. HUD. Barcelona. <sup>7</sup>Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid.

<sup>8</sup>Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:70-79



## TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD PERINATAL: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO.

### COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR PERINATAL ANXIETY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.

Green SM, Donegan E, McCabe1 RE, Streiner DL, Agako A, Frey BN

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 1 –10. <https://doi.org/10.1177/0004867419898528>

Antecedentes: hasta una de cada cinco mujeres cumple con los criterios de diagnóstico para un trastorno de ansiedad durante el período perinatal (considerado desde el embarazo y hasta 1 año después del parto). Si bien los psicofármacos son efectivos, están asociados con riesgos para las madres y los bebés, con una creciente demanda de tratamientos no farmacológicos basados en la evidencia para la ansiedad perinatal.

**Objetivo:** evaluar la efectividad de un protocolo de terapia cognitiva-conductual grupal (TCCG) para la ansiedad perinatal.

**Métodos:** un total de 96 mujeres fueron asignadas aleatoriamente (1:1) para recibir TCCG o lista de espera en una clínica especializada en salud mental de las mujeres. Las participantes tenían entre 22 y 41 años, estaban embarazadas o hasta 6 meses después del parto y tenían un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad, con o sin depresión comórbida, según la Entrevista Clínica Estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4a ed.; DSM-IV) (First et al., 1994) (todos los diagnósticos se compararon con los criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [5ª ed.; DSM-5; APA, 2013] y, en caso de discrepancias, se siguieron los criterios del DSM-5). Al inicio del estudio, se administraron: la entrevista de diagnóstico semiestructurada y las medidas de autoinforme. Todas las medidas, con la excepción de la entrevista de diagnóstico, se volvieron a administrar a las 6 semanas de la evaluación inicial y a los 3 meses posttratamiento (pero sólo en el grupo de participantes que realizaron TCCG). Los evaluadores fueron ciegos a la condición del tratamiento y al momento de evaluación. El tratamiento de TCCG fue diseñado para ser transdiagnóstico y se basó en el manual publicado de Green y cols. (2019); incluyó 6 sesiones grupales semanales (máximo seis participantes/

grupo; rango = 4-6) de 2 horas. El contenido de las sesiones se diseñó para abordar las dificultades particulares que experimentan las mujeres con ansiedad y depresión perinatal.

**Resultados:** en comparación con la lista de espera, las participantes en la TCCG informaron reducciones significativamente mayores en el resultado primario de la ansiedad (Inventario estado-rasgo de ansiedad cognitiva y somática,  $\eta^2p = 0,19$ ; Escala de calificación de la ansiedad de Hamilton,  $\eta^2p = 0,16$ ), así como en los resultados secundarios, incluida la preocupación (Inventario de preocupación de Pensilvania,  $\eta^2p = 0,29$ ), el estrés percibido (Escala de estrés percibido,  $\eta^2p = 0,33$ ) y los síntomas depresivos (Escala de depresión postnatal de Edimburgo,  $\eta^2p = 0,27$ ; Escala de depresión de Montgomery-Åsberg,  $\eta^2p = 0,11$ ). La situación materna (embarazo o posparto) y el uso de medicación, no estuvieron relacionados con los resultados del tratamiento. Todas las ganancias se mantuvieron, o continuaron mejorando, a los 3 meses de seguimiento.

Las limitaciones de este estudio incluyen un seguimiento relativamente corto (3 meses). Además, no se investigó el impacto potencial de la TCCG en los resultados del desarrollo y el bienestar infantil (por ejemplo, desarrollo cognitivo o emocional) a corto y largo plazo. Tampoco se comparó la TCCG con otras intervenciones activas.

**Conclusión:** la TCCG fue efectiva para mejorar la ansiedad y los síntomas relacionados entre las mujeres con trastornos de ansiedad en el período perinatal.

## AVANCES EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL POSPARTO

### ADVANCES IN THE PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN THE POSTPARTUM PERIOD

Vlasios Brakoulias, Kirupamani Viswasam, Alice Dwyer, Karen Hazell Raine & Vladan Starcevic

Expert Opinion on Pharmacotherapy. DOI: [10.1080/14656566.2019.1700229](https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1700229)

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), caracterizado por obsesiones (pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, recurrentes y angustiantes) y compulsiones (comportamien-



tos repetitivos o actos mentales que persiguen atenuar el malestar que generan las primeras), tiene unos datos de prevalencia que oscilan entre el 2 y el 11% en la etapa del posparto. El tratamiento de elección es la psicoterapia con técnicas de tipo cognitivo-conductual, mediante exposición y prevención de respuesta, así como los fármacos ISRS -o ambas combinadas-, en función de la gravedad del trastorno en el momento de la intervención. Sin embargo, en la etapa del posparto, la incompatibilidad de algunos fármacos o la resistencia de algunas mujeres a tomar medicación durante esta etapa, hace imprescindible ser lo más precisos posibles.

Mediante una búsqueda en los principales accesos a artículos científicos (PubMed, Medline, PsycINFO...) los autores plantean como objetivo estudiar el estado del conocimiento sobre la eficacia de los psicofármacos en esta etapa con esta categoría diagnóstica. Así, mencionan los principales tipos de obsesiones en este periodo y la respuesta de los fármacos encontrada. Más allá de las recomendaciones, al alcance de todos, recuerdan la precariedad de algunos estudios y la falta de información basada en muestras grandes y con un buen diseño. Interesante, sin embargo, para aquellos profesionales que quieran, de un rápido vistazo (pues se trata de un artículo corto de tres páginas), conocer el estado de la cuestión, a sabiendas de lo costoso que resulta siempre obtener datos claros en este periodo vital de la mujer.

## CURSO DE LA SALUD MENTAL Y EL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL EN MUJERES HOSPITALIZADAS CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

*COURSE OF MENTAL HEALTH AND MOTHER-INFANT BONDING IN HOSPITALIZED WOMEN WITH THREATENED PRETERM BIRTH*

Cornelia Hanko, Antje Bittner, Juliane Junge Hofmeister, Sabine Mogwitz, Katharina Nitzsche, Kerstin Weidner

Las complicaciones en el embarazo asociadas a un riesgo de parto prematuro llevan consigo frecuentes ingresos hospitalarios, a veces prolongados; esta situación es claramente estresante. No en vano, se ha demostrado que esta realidad suele estar asociada a síntomas de ansiedad, síntomas depre-

sivos y un mayor nivel de estrés. Sin embargo, no está claro si el curso de la salud mental perinatal de estas mujeres difiere de otras mujeres sin complicaciones asociadas y si puede haber diferencias en el vínculo materno-infantil en posparto.

A nivel de metodología, este es un estudio longitudinal con mediciones en dos tiempos (24-36 semanas de gestación y 6 semanas después del parto), donde se evalúa el grado de depresión (mediante la EPDS), la ansiedad (STAI-T), el estrés (PSS) así como el estado del vínculo materno-infantil en el posparto (mediante el PBQ). Se administran estas pruebas a un primer grupo de mujeres con complicaciones en el embarazo (N = 75) así como a mujeres sin problemas aparentes (N = 70).

Según los resultados, El grupo de pacientes ingresadas mostró tasas significativamente más altas de depresión, ansiedad y estrés durante el tratamiento hospitalario en el embarazo, así como 6 semanas después del parto en comparación con el grupo control. Si bien la depresión y la ansiedad disminuyeron con el tiempo en ambos grupos, el estrés se mantuvo en el mismo nivel 6 semanas después del parto que en el embarazo, lo que indica que el estrés percibido se comporta de forma transversal más allá de la población que se estudie. Dicho de otra forma, el posparto es una etapa de alta exigencia para cualquier mujer. No encuentran, sin embargo, diferencias significativas en el vínculo madre-bebé entre los dos grupos en ninguna de las escalas del PBQ.

Las autoras terminan recomendando prestar atención a la carga psicológica de todas las pacientes obstétricas como una rutina más para detectar posibles incidencias de salud en esta etapa que de per se es estresante para cualquier madre.

## FACTORES PRENATALES Y PERINATALES Y RIESGOS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

*PRENATAL AND PERINATAL FACTORS AND RISK OF EATING DISORDERS*

Janne Tidselbak Larsen, Cynthia M. Bulik, Laura M. Thornton, Susanne Vinkel Koch, Liselotte Petersen

Psychological Medicine, Diciembre 2019. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003945>

Cada vez hay más evidencia científica acerca de la influencia del período prenatal y perinatal en el desarrollo de



una gran variedad de trastornos psiquiátricos en un futuro. Entre las enfermedades psiquiátricas más graves, se encuentran los trastornos de la conducta alimentario (TCA). Muchas alteraciones psicopatológicas parecen estar influenciadas por factores pre y perinatales, mientras que la evidencia en TCA es contradictoria.

Por ello, el objetivo de este estudio es determinar si las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como las condiciones perinatales, se asocian con un mayor riesgo posterior a que aparezca un trastorno alimentario en la descendencia, y si estas asociaciones son exclusivas de los TCA.

Para hacer este estudio utilizaron diversas variables pre y perinatales: complicaciones en el embarazo (hemorragia, trastornos en la placenta, trastornos en el líquido amniótico, infecciones en el tracto genitourinarios, diabetes, hipertensión y tabaquismo), características del nacimiento (edad de la madre y del padre, peso al nacer, nacimiento múltiple o no, método de nacimiento (vaginal, cesárea, fórceps, etc.) puntuación de Apgar, edad gestacional), condiciones perinatales (infecciones, trastornos digestivos, endocrinos o metabólicos) y malformaciones congénitas (en la boca, en el sistema digestivo o en otros órganos).

La población de estudio comprendió a 1.167.043 individuos de origen danés, de los cuales el 48,67% eran mujeres. Los grupos de diagnóstico (anorexia (AN), bulimia (BN) o TCA no especificada (EDNOS)) no fueron mutuamente excluyentes.

En cuanto a los resultados de la AN, se obtuvo un riesgo significativo para la infección de tracto genitourinario, mientras que se observó una disminución significativa del riesgo de AN para el tabaquismo. El riesgo de AN aumentó con el incremento de la edad materna y paterna al nacer el bebé, mientras que había un riesgo significativamente menor para edades parentales por debajo de 25 años. Para los pesos al nacer, sólo se observó que los pesos superiores a 4.500 gramos se asociaron con una disminución del riesgo de AN. El parto múltiple correlacionó con un riesgo de AN, así como mayor probabilidad de nacimientos múltiples (gemelos, trillizos y cuádruples), en comparación con los nacimientos únicos. Se observó un riesgo significativamente mayor de AN para la cesárea en comparación con el parto vaginal no asistido y para las

malformaciones congénitas bucales o aparato digestivo. La edad gestacional se asoció inversamente con el riesgo de AN, con un mayor riesgo para los bebés nacidos antes de término; y una disminución del riesgo para los nacidos después de la semana 40.

En cuanto a los resultados de BN, se observó un mayor riesgo con el aumento de la edad de los padres, con asociaciones significativas para las edades maternas de 30 y 34 años, y edades paternas entre 30 y 39 años. El peso al nacer por encima de 4.500 gramos, también se asoció con un riesgo significativamente mayor de BN, así como nacer grande para la edad gestacional, en comparación con el promedio de nacimientos para la edad gestacional.

Por último, en cuanto a los resultados de la población con diagnóstico de EDNOS, se observó un riesgo significativamente mayor cuando había hemorragia durante embarazo. La edad paterna inferior a 20 años se asoció con una disminución del riesgo de EDNOS. También se observaron patrones similares a los de AN para la cesárea y las edades gestacionales prematuras, y un mayor riesgo de EDNOS al haber un peso menor de 1.500 gramos al nacer, cuando nacían pequeños para la edad gestacional, cuando había presencia de infecciones, trastornos digestivos, endocrinos o metabólicos, así como malformaciones congénitas de la boca o del sistema digestivo.

De estos resultados destaca la prematuridad como factor de riesgo, que también coincide con hallazgos de anteriores revisiones, lo que sugiere que la prematuridad supone una vulnerabilidad general que puede reducir el umbral para la expresión de predisposiciones genéticas. Otra consecuencia del parto prematuro es la maduración deteriorada del tracto gastrointestinal y de la microbiota intestinal, que puede afectar la salud más adelante en la vida. Además, los niños prematuros tienen un mayor riesgo de dificultades de alimentación en la infancia, lo que podría contribuir a un mayor riesgo de TCA en la vida.

Como conclusión, los resultados de este estudio indican que ciertos factores pre y perinatales pueden influir en el riesgo posterior de TCA. Los mayores riesgos de TCA fueron similares a los observados para otras enfermedades psiquiátricas, como la prematuridad y la infección del tracto genitourinario materno, lo que sugiere una influencia universal en el desarrollo neurológico y la salud mental posterior.



## APEGO PRENATAL EN EL EMBARAZO DESPUÉS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

### *PRENATAL ATTACHMENT IN PREGNANCY FOLLOWING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY: A LITERATURE REVIEW*

Fahimeh Ranjbar, J. Catja Warmelink, Maryam Gharacheh

Journal of Reproductive and Infant Psychology, Diciembre 2019. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1705261>

El apego prenatal se define como una relación única que se desarrolla entre los padres y el bebé en el útero, y se ha demostrado que es importante debido a su posible vínculo con el comportamiento de los padres tanto en el embarazo como después del parto. El apego prenatal promueve buenas prácticas de salud en el embarazo, facilita el ajuste al papel de los padres y actúa como un factor protector contra la depresión perinatal. La intensidad del apego aumenta a medida que avanza el embarazo. A pesar de que el embarazo después de haber realizado un tratamiento de fertilidad se considera normal y de bajo riesgo, dicho embarazo es vivenciado como muy estresante, por lo que, el apego prenatal puede ser experimentado de manera diferente por los padres que conciben a través de tratamientos de fertilidad. Aunque podría esperarse que el apego prenatal se vea influenciado por los tratamientos de reproducción asistida (TRA), hay resultados contradictorios en la evidencia científica.

Por ello, el objetivo de este estudio es resumir la literatura sobre el apego prenatal en embarazos tras haber realizado TRA.

El método utilizado fue revisar estudios con diseños transversales y longitudinales, publicados entre 1990 y 2019, realizando una búsqueda en MEDLINE / Pubmed, Embase, Web of Science y Scopus. Se encontraron un total de 17 artículos que cumplían los criterios de inclusión, los cuales fueron aceptados para su revisión un total de 15 artículos.

Los resultados muestran que el apego prenatal de las mujeres que concibieron mediante TRA comienza en el embarazo temprano y aumenta con el transcurso de la gestación. Respecto a los padres, se apegaron a sus hijos tras nacer en la misma medida que otros padres.

Por lo tanto, como conclusión, los estudios revisados muestran que las parejas que conciben mediante TRA experimentaron un nivel similar de apego prenatal en comparación con las parejas que concibieron naturalmente. También observaron que el apego prenatal aumentó con la progresión del embarazo en mujeres tratadas mediante TRA. Por tanto, no se puede concluir que el apego prenatal esté en riesgo en parejas que concibieron mediante TRA.

## EL VÍNCULO DE APEGO MADRE-BEBÉ ANTES Y DESPUÉS DEL NACIMIENTO: EL PAPEL DE LA PERCEPCIÓN MATERNA DEL PARTO COMO TRAUMÁTICO

### *THE MOTHER-CHILD ATTACHMENT BOND BEFORE AND AFTER BIRTH: THE ROLE OF MATERNAL PERCEPTION OF TRAUMATIC CHILDBIRTH*

Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G

Early Human Development 2020 Jan 20:1-42. [doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956)

Los estudios más recientes indican que el desarrollo del apego entre madre y bebé se produce antes del nacimiento, durante el embarazo, cuando la madre empieza a hacerse una representación mental de su hijo, denominado vínculo prenatal. El desarrollo de un vínculo prenatal materno positivo mejora la habilidad de la madre para hacer frente a los cuidados del bebé una vez nacido, hace más estimulantes sus interacciones con él y se emplea como predictor de una buena salud psicológica en la madre. Se ha demostrado que la calidad de este tipo de vínculo influye en la historia de vida e identidad de la mujer, así como en otros aspectos relacionados con la maternidad como la lactancia y la habilidad de cuidado del bebé.

Existen diversas variables que influyen en la calidad del desarrollo del vínculo de apego madre-bebé antes y después del nacimiento como, por ejemplo, la depresión o la experiencia del parto, siendo éste percibido como un evento estresante y traumático para un tercio de las mujeres. El



objetivo de este estudio fue analizar el papel mediador de la percepción de la experiencia del parto en la relación entre el vínculo prenatal y postnatal.

Se realizó un estudio predictivo mediante análisis mediacional a 105 mujeres atendidas en la maternidad del hospital público de Florencia, con edades comprendidas entre los 26 y 44 años, sin psicopatología y con un embarazo sin riesgo, durante dos momentos temporales diferentes: semana 31-32 de gestación (evaluación del vínculo prenatal) y en el tercer mes tras el nacimiento (evaluación del vínculo postnatal y de los síntomas de estrés postparto). Para evaluar las diferencias entre el vínculo prenatal, postnatal y la percepción del parto como un evento traumático, se realizaron tres análisis t-test entre madres primíparas y múltiparas.

Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre las mujeres primíparas y múltiparas en relación al vínculo prenatal ( $t(103) = -0.222$ ;  $p = .83$ ), vínculo postnatal ( $t(103) = -0.428$ ;  $p = .63$ ) y la percepción del parto como evento traumático ( $t(103) = 0.487$ ;  $p = .63$ ). Un alto vínculo prenatal se asoció de manera positiva y significativa con un alto vínculo postnatal y ambos correlacionaron de forma negativa con la percepción del parto como experiencia traumática, relacionándose éste con el nivel de vínculo desarrollado ( $\beta = 0.09$ ,  $p < .05$ ; IC 95% = 0.153-0.493).

Se concluyó que la calidad del vínculo prenatal de la madre con su bebé se relacionaba con la calidad del vínculo desarrollado tras el nacimiento y promovía niveles más bajos de sintomatología de estrés posttraumático tras el parto. Este estudio suscita la importancia de atender al estado emocional de la madre durante la etapa perinatal, en el embarazo y después del nacimiento, especialmente por los profesionales que atienden a las mujeres en esta etapa como las enfermeras. Los autores sugieren la necesidad de identificar otras variables que pudieran afectar a la calidad del vínculo madre-bebé y a la percepción del parto de manera traumática, haciendo referencia a la calidad de la relación de pareja, el soporte social percibido por la madre durante el embarazo o a su capacidad de mentalización. Proponen, además, la participación de madres con depresión durante la gestación o con embarazos de alto riesgo en futuras investigaciones, utilizando medidas diferentes a los autoinformes para confirmar los resultados obtenidos.

## COMPARACIÓN CUALITATIVA DE LA EXPERIENCIA DE LAS UNIDADES MADRE-BEBÉ ESPECIALIZADAS FRENTE A LAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS GENERALES

### *A QUALITATIVE COMPARISON OF EXPERIENCES OF SPECIALIST MOTHER AND BABY UNITS VERSUS GENERAL PSYCHIATRIC WARDS*

Griffiths J, Taylor B, Morant N, Bick D, Howard LM, Seneviratne G, Johnson S

BMC Psychiatry 2019 19:401. doi.org/10.1186/s12888-019-2389-8

Las unidades madre-bebé están especializadas en la atención a la salud mental de mujeres que han sido recientemente madres, y les permiten ser admitidas con sus bebés para recibir tratamiento psiquiátrico. Se estima que, durante el periodo perinatal, al menos una de cada cinco mujeres sufrirá problemas de salud mental. Estas unidades suelen atender madres con trastornos psicóticos, manía, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o ansiedad, pero a día de hoy aún son escasas en la mayoría de países y, las que se encuentran en funcionamiento, no permiten cubrir la totalidad de atención mental perinatal de las regiones donde se ubican. Estudios previos indican que las mujeres con psicosis postparto preferían la atención de las unidades especializadas madre-bebé frente a las de una unidad psiquiátrica general dado que estas últimas no les permitían ser coadmitidas con el bebé. El objetivo de este estudio fue comparar de manera cualitativa las experiencias de las unidades madre-bebé y las unidades psiquiátricas convencionales desde la perspectiva de las mujeres atendidas y de los profesionales de ambos servicios.

Este estudio cualitativo forma parte de un programa de investigación para valorar la efectividad de los servicios de atención mental para madres llevado a cabo en Inglaterra. Participaron 15 mujeres que habían recibido tratamiento en una unidad madre bebé y/o en una unidad de salud mental general, con edades comprendidas entre los 19 y 39 años, así como 11 profesionales de las unidades especializadas y 6 de unidades convencionales. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas y analizados de manera temática en función del grado experiencia perinatal, la inclusión familiar, el ambiente y las relaciones terapéuticas y el acceso a las unidades.



Los resultados indicaron que las mujeres, claramente preferían ser co-admitidas con sus bebés en las unidades especializadas por brindar éstas atención perinatal, soporte familiar, así como un mejor equipamiento y ambiente terapéutico para las necesidades de las madres. Tanto los profesionales como las mujeres admitidas en las unidades psiquiátricas generales refirieron que la separación de sus hijos no ayudaba en la recuperación, y no permitían dar el soporte necesario a estas madres en la etapa perinatal por falta de formación e instalaciones apropiadas. En contrapartida, las unidades madre-bebé especializadas son de difícil acceso en Inglaterra a pesar de que se prevé su ampliación en un futuro y dificultan el regreso a casa, una vez dado el alta, por la falta de equipos de atención y seguimiento perinatal.

Se concluyó que, eran preferibles las unidades especializadas de atención perinatal frente a las unidades generales, tanto por parte de las usuarias como de los profesionales. El estudio pone de manifiesto la necesidad de investigar en un futuro y de manera cuantitativa, las diferencias entre ambas unidades y explorar cómo funcionan a nivel internacional, así como evaluar otras alternativas de atención perinatal. Para mejorar la experiencia de la asistencia psiquiátrica de las unidades generales, sería recomendable aumentar la colaboración entre los equipos especializados en la etapa perinatal y aquellos que no lo son.

## LA EPIGENÉTICA DEL ESTRÉS PERINATAL

### THE EPIGENETICS OF PERINATAL STRESS

Moshe Szyf, PhD

Dialogues Clin Neurosci. 2019;21(4):369-378. doi: 10.31887/DCNS.2019.21.4/mszyf

La adversidad en fases tempranas de la vida se asocia a efectos a largo plazo sobre la salud física y mental, creyéndose que los mecanismos epigenéticos podrían estar mediando esta relación. El objetivo de este trabajo es describir el estado actual de la cuestión.

Durante el desarrollo temprano (prenatal y postnatal), los mecanismos epigenéticos determinan la expresión génica

específica para cada tipo celular, de forma que genes idénticos se pueden expresar de varias maneras en diferentes células y órganos del cuerpo.

Uno de los principales mecanismos epigenéticos es la metilación del ADN, una modificación enzimática covalente del ADN, un cambio estable y heredable en sucesivas divisiones celulares; también es sabido que existe una correlación negativa entre el estado de metilación de zonas promotoras de un gen y su transcripción, silenciando la expresión génica.

La evidencia reciente sugiere que los procesos epigenéticos incorporan, en el genoma, el impacto de las experiencias tempranas y median entre ambiente y fenotipos conductuales posteriores. Por ejemplo, diferencias en cuidados maternos se relacionan con cambios epigenéticos en el promotor del receptor de glucocorticoides (NR3C1) y con su expresión en el hipocampo de la descendencia.

Mientras la evidencia respalda esta hipótesis en estudios en animales, los estudios en humanos han sido menos concluyentes. La inaccesibilidad del cerebro humano y la cuestionada utilidad del análisis de la metilación del ADN en los tejidos periféricos, son una importante limitación para los estudios epigenéticos en humanos. Algunos trabajos han demostrado cambios epigenéticos placentarios o en sangre en situaciones de adversidad socioeconómica, estrés materno o abuso infantil, pero dichos hallazgos no siempre se han replicado.

Además, los cambios epigenéticos en respuesta al estrés temprano y conducta materna, no sólo implican sistemas neuroendocrinos cerebrales, sino también cambios en la placenta, convirtiéndola en una fuente única de biomarcadores precoces de riesgo psiquiátrico. Además, la respuesta fisiológica al estrés es de alcance sistémico, y el sistema inmune y el cerebro actúan de forma coordinada; así mismo el estrés temprano se relaciona con trastornos cardiovasculares y metabólicos.

Por otra parte, los glucocorticoides que se liberan en respuesta al estrés, cuentan con receptores nucleares que se distribuyen por todo el cuerpo y son moduladores epigenéticos, por lo tanto, estas hormonas podrían "traducir" el estrés prenatal en cambios de metilación de ADN a nivel sistémico.

El autor concluye señalando el interés que tiene el hecho de que los mecanismos epigenéticos estén mediando los efectos a largo plazo de las adversidades ambientales,



dadas las posibles implicaciones en la detección precoz y prevención en trastornos mentales.

Por otra parte, a diferencia de los cambios genéticos, las "huellas epigenéticas" son potencialmente reversibles, de manera que el descubrimiento de las causas epigenéticas subyacentes a un determinado fenotipo conductual, podría suponer una nueva diana terapéutica.

## CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN MATERNA POSPARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RESULTADOS MATERNOS E INFANTILES

### CONSEQUENCES OF MATERNAL POSTPARTUM DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW OF MATERNAL AND INFANT OUTCOMES

Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY and Bruyère O

Women's Health 2019, Vol 15: 1 –55. doi: 10.1177/1745506519844044

La depresión postparto (DPP) ocurre generalmente entre 4 y 6 semanas después del parto y su prevalencia varía de 1.9% a 82.1% en países desarrollados. Sus síntomas son similares a los del Trastorno Depresivo Mayor e incluyen tristeza, pérdida de interés o placer en actividades, trastornos del sueño, trastornos del apetito, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la concentración, irritabilidad, ansiedad y pensamientos suicidas. Así mismo, la DPP no tratada puede generar consecuencias negativas tanto para los bebés como para las madres.

El objetivo de este estudio fue evaluar las consecuencias maternas de la DPP no tratada y sus efectos en los niños entre 0 y 3 años.

Se realizó una revisión sistemática de los estudios publicados entre el 1 de enero de 2005 y el 15 agosto de 2016 utilizando las siguientes bases de datos: MEDLINE via Ovid, PsycINFO y el registro Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron "postpartum depression" OR "postnatal depression" OR "puerperal depression." Entre otros, se excluyeron aquellos estudios que incluían madres en tratamiento para la DPP.

En cuanto a las consecuencias maternas de la DPP, los estudios demostraban que se asociaba a una peor salud materna física y psicológica (síntomas depresivos y de ansiedad hasta 1 y 3.5 años postparto, respectivamente), una peor calidad de vida, mayor estrés percibido, más acontecimientos vitales negativos, más dificultades en las relaciones sociales o de pareja y más consultas a medicina general, pediatría y salud mental. La DPP también se relacionó con algunos indicadores o conductas de riesgo, como recaer en el consumo de tabaco durante el postparto y una mayor prevalencia de ideación suicida.

Por lo que se refiere a las consecuencias en los niños de 0 a 3 años, la DPP materna influía poco en el peso y la longitud de los bebés en países de altos ingresos, excepto durante el período transitorio al inicio de la vida del recién nacido. Sin embargo, en poblaciones de bajos ingresos, la DPP materna parecía relacionarse con un menor aumento de peso y retraso en el crecimiento. Además, muchos estudios mostraron asociaciones negativas entre los síntomas depresivos postparto maternos y el desarrollo cognitivo infantil, el desarrollo del lenguaje, problemas de conducta y alteraciones emocionales (temperamento difícil, trastornos del ánimo, menor regulación emocional, puntuaciones más elevadas de miedo o peor desarrollo comunicativo y simbólico). Por otro lado, hijos de madres con DPP también demostraron mayores índices de problemas generales de salud infantil (diarreas, cólicos, fiebre, mortalidad) y peor calidad del sueño.

Con respecto a la interacción madre-bebé, la DPP materna se asociaba a una atención materna deficiente, que resultaba en un peor vínculo madre-bebé y mayor riesgo de apego inseguro.

A su vez, las dificultades en el vínculo de madre a hijo podrían reducir la calidad de las prácticas parentales e incrementar las tasas de comportamiento abusivo.

También muchos estudios identificaron un efecto negativo de los síntomas depresivos maternos en la lactancia materna y / o sus parámetros (por ejemplo, discontinuación de la lactancia, menores niveles de oxitocina, prácticas de alimentación menos saludables...).

Los autores concluyen que la DPP crea un ambiente inadecuado para el desarrollo personal de las madres o el desarrollo óptimo de un niño, y señalan la importancia de detectar y tratar la depresión durante el período posnatal lo antes posible para evitar consecuencias perjudiciales.



## **PATRÓN DE SÍNTOMAS DE EPISODIOS MANÍACOS EN POSPARTO Y NO POSPARTO EN EL TRASTORNO BIPOLAR I: UN ESTUDIO INTRA SUJETOS**

*SYMPTOM PROFILE OF POSTPARTUM AND  
NON-POSTPARTUM MANIC EPISODES IN BIPOLAR  
I DISORDER: A WITHIN-SUBJECTS STUDY*

Gordon-Smith K, Perry A, Di Florio A, Forty L, Fraser C,  
Casanova Dias M, Warne N, MacDonald T, Craddock N,  
Jones L, Jones I.

Psychiatry Res. 2020 Feb. 284:112748. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112748. Epub 2020 Jan 2

La relación de la manía acontecida en el posparto, con los episodios de manía que ocurren fuera del período perinatal, entre las mujeres con trastorno bipolar, sigue siendo un tema controvertido. Estudios anteriores han comparado las presentaciones clínicas de estos episodios utilizando una metodología de comparación diseño entre sujetos, lo que significa que las diferencias pueden, en parte, reflejar diferencias entre grupos.

Para poder contrastar este efecto, el presente estudio ha comparado de forma intrasujeto el perfil de síntomas de episodios maníacos en el posparto y en el no posparto, en 50 mujeres con trastorno bipolar I. Para cada mujer se recopiló información detallada sobre los síntomas de un episodio de manía en el posparto y un episodio maníaco en el no posparto. Además, se comparó la ocurrencia de sintomatología maníaca, psicótica y depresiva en estos episodios.

En cuanto a resultados, destacamos los más significativos a continuación. Los episodios maníacos en el posparto tuvieron una incidencia significativamente mayor de perplejidad y auto reproche excesivo; los síntomas maníacos clásicos, específicamente la presión del habla y el aumento de la sociabilidad, fueron significativamente menos frecuentes en los episodios maníacos en el posparto; en general, hubo significativamente menor número de sintomatología maníaca y más sintomatología depresiva en los episodios del posparto que en los episodios en el no posparto.

En conclusión, los autores destacan que esta presentación mixta de los episodios maníacos en el posparto parece sugerir que el proceso de parto podría actuar como

un desencadenante patoplástico en mujeres con trastorno bipolar. Estas diferencias en los perfiles sintomatológicos en mujeres que experimentan episodios maníacos en el posparto y no posparto, sugieren la necesidad de más estudios de investigación con vista a desarrollar nuevas pautas de tratamiento.

## **DEPRESIÓN PRE Y POSNATAL: ¿LAS MATRONAS POLACAS ESTÁN REALMENTE PREPARADAS?**

*ANTENATAL AND POSTNATAL DEPRESSION –ARE  
POLISH MIDWIVES REALLY READY FOR THEM?*

Chrzan-Detko´s M, Walczak-Kozłowska T

Midwifery. 2020 Jan 22;83:102646. doi: 10.1016/j.midw.2020.102646.

De acuerdo con este estudio, antes de enero de 2019 no existían, en Polonia, soluciones establecidas para el cribado, evaluación y tratamiento de pacientes con depresión perinatal. A partir de 2019, un nuevo protocolo de atención perinatal ha impuesto la obligación de controlar el estado mental de las mujeres durante el embarazo y el posparto en los servicios de atención médica (principalmente parteras/matronas). Por este motivo, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de las matronas acerca de los trastornos de salud mental pre y posnatales en los primeros seis meses de implementación del nuevo protocolo de atención perinatal en Polonia.

Para ello, las matronas polacas completaron una encuesta que consistía en la Prueba de conocimiento de depresión prenatal y posparto (Jones, Creedy & Gamble, 2001) y otras preguntas relacionadas con un hipotético estudio de caso (mujer con depresión, "Mary", Buist and col., 2006), así como sus conocimientos y habilidades percibidas para evaluar la condición de salud mental de las mujeres. En cuanto a la muestra de estudio, estaba constituida por 111 matronas polacas con experiencia profesional y características socio-demográficas variadas.

Según los resultados obtenidos, las matronas calificaron sus conocimientos y habilidades para evaluar el estado mental de las pacientes como los más bajos. Una evaluación



objetiva posterior reveló su conocimiento insuficiente sobre la depresión pre y postnatal y las formas de tratamiento de estos trastornos.

Las autoras de este estudio concluyen que las matronas polacas no están suficientemente preparadas para las nuevas tareas resultantes del protocolo polaco de atención perinatal, específicamente para la evaluación de la salud mental de la mujer. En este sentido, destacan la necesidad de más formación especializada en salud mental con vista a garantizar la competencia y el conocimiento de las matronas en la evaluación y el tratamiento de mujeres en el periodo perinatal.

## ANTIPSIKÓTICOS DURANTE EL EMBARAZO: PROS Y CONTRAS

### ANTIPSYCHOTICS DURING PREGNANCY: PROS AND CONS

Seeman MV.

OJGOR: December-2019: Page No: 58-64.  
doi:<https://doi.org/10.36811/ojgor.2019.110010>

Existe un consenso global entre los médicos que, en general, es mejor evitar todos los psicofármacos durante el embarazo. Sin embargo, estos psicofármacos son fundamentales para la salud y el bienestar de una mujer y para la seguridad del feto.

El objetivo de este artículo es revisar los pros y los contras de que las mujeres embarazadas con esquizofrenia reciban tratamiento con antipsicóticos.

Con este propósito, se realiza una revisión sistemática de la literatura científica de la base de datos de PubMed de artículos en inglés de los últimos cinco años empleando los siguientes términos de búsqueda: "embarazo" y "antipsicóticos". Se seleccionaron cuarenta y cuatro artículos.

Respecto a los resultados, la literatura revisada sugiere que la decisión depende de la respuesta previa de la mujer, la gravedad de su enfermedad, el momento de la gestación y las particularidades del medicamento que esté tomando, incluidos dosis y patrón de efectos secundarios. Se deben discutir los riesgos asociados a la recaída por la reducción o retirada de la medicación, frente al riesgo de exposición del feto al antipsicótico. En muchos de los casos será necesario mantener el tratamiento antipsicótico, dado que los riesgos asociados a la recaída durante el embarazo y el postparto son muy graves. Además, se deben tener en cuenta otros factores que afectan al pronóstico como la situación de pobreza, el nivel de apoyo familiar, la calidad de las relaciones domésticas, el tabaquismo, el abuso de otras sustancias y el peso corporal.

Con los datos revisados, la autora concluye que, mientras la mujer esté bien informada y sea competente para tomar decisiones, se deben sopesar cuidadosamente los beneficios y los riesgos del tratamiento con antipsicóticos durante el embarazo. Reciba o no tratamiento con antipsicótico, siempre se precisará un seguimiento clínico estrecho durante el embarazo y el postparto de los casos de mujeres con esquizofrenia y psicosis relacionadas.



**NOTÍCIAS**

**NEWS**

## **NOTICIAS PSICOSOMÁTICA**

### **PSYCHOSOMATICS NEWS**

Iris Tolosa<sup>1</sup>, Gemma Mestre<sup>2</sup>

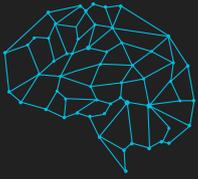
Psicóloga H.U.D. Consejo de Redacción .

<sup>2</sup>HUD. Barcelona. Consejo de Redacción



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:80-84



JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH

Juicios sobre el dolor y decisiones de tratamiento

## PSYCHOLOGICAL THERAPISTS' JUDGMENTS OF PAIN AND TREATMENT DECISIONS: THE IMPACT OF 'MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS'

*JUICIOS DE LOS TERAPEUTAS PSICOLÓGICOS  
SOBRE EL DOLOR Y LAS DECISIONES DE  
TRATAMIENTO: EL IMPACTO DE  
"SÍNTOMAS MÉDICAMENTE INEXPLICABLES"*

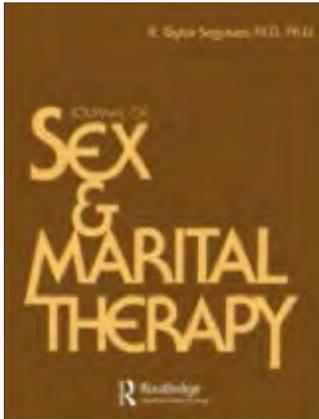
Brittni Jones, Amanda C de CWilliams

**Keywords:** Chronic pain, judgments of pain, medically unexplained symptoms, treatment.

**Palabras clave:** Dolor crónico, juicio sobre el dolor, síntomas médicamente inexplicables, tratamiento.

Los juicios clínicos del dolor están influenciados por factores del paciente y del observador, y afectan sus decisiones de tratamiento. El dolor crónico y los síntomas médicamente inexplicables se tratan cada vez más con terapia cognitiva conductual (TCC). Estudios previos sobre dolor crónico muestran sesgos en los juicios profesionales del dolor crónico que pueden tener un impacto negativo en las decisiones de tratamiento.

Este estudio investigó los factores de la falta de una explicación médica para el dolor, las condiciones comórbidas "médicamente inexplicables" y el origen étnico, sobre los juicios de dolor y tratamiento de los terapeutas de TCC. Mediante un estudio experimental, los participantes, terapeutas de TCC, vieron caras generadas por computadora que expresaban dolor con un breve historial escrito del paciente, luego estimaron la gravedad y la probable exageración del dolor, y la probabilidad de que el dolor fuera causado por un problema de salud mental o física. Los participantes, además, clasificaron una serie de opciones de tratamiento por prioridad. Los resultados muestran que las estimaciones de dolor fueron menores, y de probable exageración mayor, para pacientes con dolor presentado sin una explicación médica o con una condición comórbida "médicamente inexplicable". También era más probable que se les recomendara TCC para la depresión en lugar de derivarlo a un servicio especializado o tratamiento psicológico para el dolor. Así pues, se observa que la falta de explicación médica para el dolor y otras condiciones a largo plazo sesga la evaluación y las decisiones de tratamiento por parte de los terapeutas de TCC. A medida que los terapeutas de TCC se refieren cada vez más a las personas con síntomas "médicamente inexplicables" en la atención primaria, estos sesgos deben abordarse para un mejor tratamiento.



JOURNAL OF SEX & MARITAL THERAPY

Efectividad tratamiento vaginismo

## IS "DILATOR USE" MORE EFFECTIVE THAN "FINGER USE" IN EXPOSURE THERAPY IN VAGINISMUS TREATMENT?

¿ES EL "USO DEL DILATADOR" MÁS EFECTIVO QUE EL "USO DE LOS DEDOS" EN LA TERAPIA DE EXPOSICIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL VAGINISMO?

Melike Aslan, Şeyda Yavuzkır & Sema Baykara

**Keywords:** Vaginismus, dilator use, finger use, efficacy

**Palabras clave:** Vaginismo, uso de dilatador, uso de dedos, eficacia

El vaginismo es una disfunción sexual de etiología diversa tanto físicas como psicológicas. El tratamiento trata de abordar la contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico, pero a su vez también integra estrategias psicológicas para disminuir el temor al dolor, aumentar la capacidad de relajación muscular y cognitiva, trabajar otros miedos o acontecimientos traumáticos si los hubiera, entre otros. Para la intervención física de la contracción muscular de los músculos del suelo pélvico, concretamente se realiza una exposición progresiva con dilatadores o con dedos. El criterio para utilizar uno u otro a nivel clínico ha estado poco definido hasta la fecha. El presente estudio trata de investigar si existen diferencias de eficacia en el tratamiento según el material que se utilice para la exposición. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en términos de

abandono, siendo el grupo que utilizó los dilatadores el grupo que más continuó con el tratamiento. Además, se observó que el grupo que utilizó dilatadores también presentó una mayor mejoría en su función sexual tras el tratamiento. Se requiere mayor investigación sobre el vaginismo, su etiología y consenso en el tipo de tratamiento dado el elevado impacto negativo que tiene en las vidas de las mujeres que lo padecen.

JOURNAL OF SEX RESEARCH



Alfabetización sobre la pornografía

## TOWARD A MODEL OF PORN LITERACY: CORE CONCEPTS, RATIONALES, AND APPROACHES

HACIA UN MODELO DE ALFABETIZACIÓN PORNOGRÁFICA: CONCEPTOS CENTRALES, FUNDAMENTOS Y ENFOQUES

Kate Dawson, Saoirse Nic Gabhainn & Pádraig MacNeela

**Keywords:** Pornography, sex education, model

**Palabras clave:** Pornografía, educación sexual, modelo

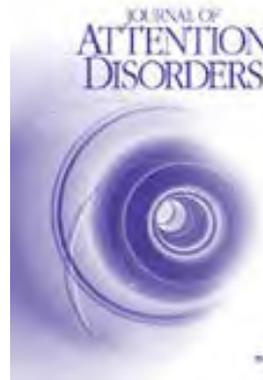
Aunque estudios anteriores han destacado algunos beneficios del uso de pornografía, determinados investigadores y educadores han expresado su preocupación por el impacto negativo de la pornografía sobre los jóvenes y consideran que la alfabetización en pornografía debería



incorporarse a los programas de educación sexual. Sin embargo, hasta la fecha no se ha llegado a un consenso sobre la manera más efectiva de proceder con dicha intervención. El presente estudio tuvo como objetivo, por tanto, explorar las creencias sobre la pornografía de los jóvenes irlandeses, así como sus sugerencias para los conceptos nucleares de un posible modelo teórico, y los enfoques educativos recomendados que deberían incorporarse en los programas de educación sobre la pornografía. 54 adultos jóvenes de 18 a 29 años participaron en el estudio proponiendo conceptos básicos para la alfabetización en pornografía, y estos conceptos fueron posteriormente explorados en entrevistas grupales.

Los autores concluyeron que estos programas educativos deberían centrarse en reducir la vergüenza con respecto al uso de pornografía. Asimismo, éstos podrían ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades de pensamiento crítico para desafiar los mensajes sexuales transmitidos por los medios de comunicación, tener expectativas realistas de sus primeras experiencias sexuales y potenciar su capacidad de tener relaciones sexuales satisfactorias. Los autores consideran que sólo cuando sabemos cómo comprometer a los jóvenes podemos desarrollar intervenciones efectivas de alfabetización en pornografía.

Estos hallazgos proporcionan un punto de partida prometedor para los educadores sexuales con el fin último de desarrollar contenidos que satisfagan las necesidades de los jóvenes. Investigaciones futuras deberían probar la eficacia de este modelo con adolescentes más jóvenes y adultos. Conocer las diferencias entre estos grupos permitiría desarrollar programas educativos con contenidos que resulten atractivos, apropiados para la edad, y efectivos.



JOURNAL OF ATTENTION DISORDERS

Factores asociados al trastorno de juego

## THE ROLE OF ADHD SYMPTOMATOLOGY AND EMOTION DYSREGULATION IN GAMBLING DISORDER

### EL PAPEL DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH Y LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DEL JUEGO

Mestre-Bach G, Steward T, Potenza MN, Granero R, Fernández-Aranda F, Mena-Moreno T, Magaña P, Vintró-Alcaraz C, Del Pino-Gutiérrez A, Menchón JM, Jiménez-Murcia S

**Keywords:** ADHD; emotion regulation; gambling disorder; severity

**Palabras clave:** TDAH, regulación emocional, trastorno de juego, severidad

Aunque estudios previos han encontrado una asociación entre los déficits de regulación emocional en el trastorno de juego y el TDAH, la interacción entre estos factores clínicos todavía no se ha estudiado sistemáticamente. En el presente estudio, los autores examinaron, por tanto, la interacción entre los síntomas del TDAH, la regulación emocional y la gravedad del trastorno del juego en una muestra de pacientes con trastorno del juego que acudieron a un hospital público en busca de tratamiento ( $n = 98$ ). Además, se examinaron las diferencias clínicas entre los pacientes con y sin sintomatología de TDAH. Para ello, los autores utilizaron el modelado de ecuaciones estructurales (SEM), que permitió evaluar los



efectos directos e indirectos del TDAH y la regulación emocional en la gravedad del trastorno del juego.

Se identificaron correlaciones significativas entre la sintomatología del TDAH y la regulación emocional, así como entre la regulación emocional y la gravedad del trastorno del juego. Asimismo, se encontraron diferencias entre los pacientes con trastorno del juego con y sin sintomatología de TDAH en cuanto a la regulación emocional. El análisis de la trayectoria reveló que la regulación emocional es un mediador entre el TDAH y el trastorno de juego.

Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar tanto

la sintomatología de TDAH como el trastorno de juego en poblaciones clínicas a fin de identificar posibles comorbilidades, que podrían aumentar la gravedad del trastorno y tal vez requieran enfoques terapéuticos diseñados específicamente para abordar ambos trastornos. Aunque se sabe poco sobre los programas de tratamiento más eficaces para los pacientes con trastorno de juego que presentan una sintomatología de TDAH comórbida, algunos estudios han sugerido que los psicoestimulantes, los medicamentos dopaminérgicos y la terapia cognitivo-conductual podrían ayudar a regular los estados emocionales y los niveles de impulsividad.



**NOTÍCIAS**

**NEWS**



## **NOTICIAS DE CONDUCTAS ADICTIVAS**

### **NEWS IN ADDICTIVES BEHAVIORS**

Vega González

AIS. Coordinadora S. Conductas Adictivas



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:85-86



## INTERNATIONAL CONFERENCE ON BEHAVIORAL ADDICTIONS

22 - 24 Jun 2020

Nottingham Conference Centre, Nottingham, UK

La 7ª Conferencia Internacional sobre Adicciones Comportamentales (ICBA) tendrá lugar del 22 al 24 de junio de 2020 en Nottingham, Reino Unido.

En el año 2011 la organización emitió el primer Journal of Behavioral Addictions y dos años después se instauró la 1ª Conferencia Internacional sobre Adicciones Comportamentales (ICBA) en Budapest, Hungría, con el fin de proporcionar un lugar para encuentros presenciales, así como un foro de intercambio de información científica. Después de las conferencias en Budapest (2013, 2015), Ginebra (2016), Haifa (2017), Colonia (2018) y Yokohama (2019), en 2020 se organiza el séptimo encuentro.

A esta Conferencia Internacional sobre Adicciones Comportamentales asistirán investigadores científicos, clínicos, trabajadores sociales, gerentes de servicios de salud y otros profesionales, interesados en las adicciones comportamentales y otros trastornos relacionados,

**Organizador:** Universidad Internacional de Eotvos Lorand, Hungría

**Más información:** <http://icba.mat.org.hu/2020/>

## 2ND INTERNATIONAL CONGRESS Y XLVII JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

del 05 al 07 de Marzo de 2020

Hotel Puerta de América. Madrid.

Del 5 a 7 de marzo del 2020 Socidrogalcohol es el punto de encuentro entre profesionales que trabajan en el campo de las adicciones en todas sus dimensiones, prevención, tratamiento, reinserción, investigación y/o docencia. La reunión será esta vez en Madrid.

El programa del congreso y Jornada contempla diferentes ponencias, comunicaciones, talleres y posters del ámbito de la salud, como por ejemplo: La elevada prevalencia de consumo de cannabis y alcohol en adolescentes y jóvenes, las nuevas sustancias de abuso, el consumo de hipnosedantes, el chemsex, la ludopatía y el juego on-line, el uso abusivo de las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población

adicta, la incorporación efectiva y eficaz de la perspectiva de género en los tratamientos, el abordaje de las adicciones fuera de las grandes ciudades, la legalización del cannabis y sus consecuencias, los nuevos tratamientos farmacológicos...

El objetivo del comité organizador de estas jornadas, es ofrecer un encuentro profesional, científico y actualizado, poniendo a disposición de profesionales de todas las áreas implicadas en el abordaje de las adicciones (medicina, psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, educación social...) un espacio de trabajo donde compartir experiencias y conocimientos.

**Más información:** <https://jornadas2020.socidrogalcohol.org/>

## WPA REGIONAL CONGRESS

«INTERDISCIPLINARY UNDERSTANDING OF CO-MORBIDITY IN PSYCHIATRY: FROM SCIENCE TO INTEGRATED CARE»

5 - 7 May, 2020. St Petersburg

La WPA es la asociación mundial de psiquiatría que representa 140 sociedades psiquiátricas de 120 países y da soporte a más de 250.000 psiquiatras. Dispone de 70 secciones científicas, con las que promueve el trabajo colaborativo en áreas especializadas en psiquiatría.

WPA, en colaboración con la Asociación Rusa de Psiquiatría organiza en San Petersburgo (Rusia) el congreso WPA bajo el título de «Comprensión interdisciplinaria de la comorbilidad en psiquiatría: de la ciencia a la atención integrada» desde el día 5 al 7 Mayo de 2020. Esta jornada va dirigida especialmente a profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería...)

Las nuevas posibilidades de investigación de alta tecnología han abierto una nueva era en el estudio de los trastornos mentales, junto con los avances en los campos psicológicos de la investigación psiquiátrica y de la salud mental.

Los datos recientes de las ciencias básicas han abierto una nueva perspectiva sobre la comprensión de la comorbilidad de los trastornos mentales y somáticos, así como la superposición de comorbilidad y síndromes entre los diferentes grupos de trastornos mentales. Esto enfrenta a los especialistas con el desafío de reconsiderar el enfoque existente de comprensión y clasificación de las enfermedades mentales.

**Más información:** <http://wpa2020spb.com/>



NOTÍCIAS

NEWS

## SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL

CHILDREN-ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

Natàlia Fort<sup>1</sup>, Anaïs Orobitg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>(SPMIJ).CSPT. Sabadell. <sup>2</sup>CREIX. Barcelona.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:87-93

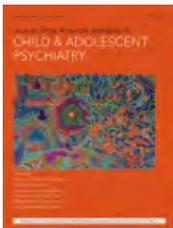


## NOVEDADES EN LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

En el marco de las Guías Informativas para pacientes del Hospital Universitario Niño Jesús se encuentra publicada la Guía Práctica para padres de Trastornos del comportamiento de Niños y Adolescentes. Una guía amena y clara sobre los principales trastornos y motivos de consulta acerca del comportamiento de los niños y adolescentes con información básica y consejos útiles para los padres incluyendo los criterios para consultar con los profesionales de la salud.

<http://www.infocop.es/pdf/231219gp.pdf>

## NOTICIAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)



### *THE INFLUENCE OF MATERNAL PARENTING STYLE ON THE NEURAL CORRELATES OF EMOTION PROCESSING IN CHILDREN*

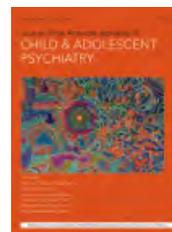
Elena Pozzi, Julian G. Simmons, Chad A. Bousman, et al.

Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry 2020.

Bien se sabe que la crianza es un factor importante para el desarrollo de la salud mental durante la infancia y la adolescencia. Este estudio pretende investigar la asociación entre el comportamiento de los padres y el procesamiento de las emociones en los niños y, particularmente, el vínculo entre la paternidad y la depresión.

En este estudio longitudinal participaron 86 niños y niñas de una edad media de 10.1 años. Se observó el comportamiento materno durante dos interacciones madre-hijo. Los niños estuvieron sometidos a imágenes de resonancia magnética funcional durante la realización de una tarea implícita de procesamiento de emociones.

Se manifiestan resultados significativos en la asociación del comportamiento materno con la actividad de en las regiones del cerebro involucradas en el procesamiento de las emociones en los niños. No obstante, se precisa más investigación para conocer más sobre la relación entre la crianza de los hijos, el procesamiento de las emociones y los síntomas depresivos en los adolescentes



### *INVESTIGATING SEX DIFFERENCES IN EMOTION RECOGNITION, LEARNING, AND REGULATION AMONG YOUTHS WITH CONDUCT DISORDER*

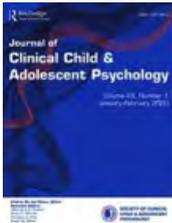
Gregor Kohls, Sarah Baumann, Malou Gundlach, et al.

Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry 2020.

Tenemos conocimiento que el trastorno de conducta está asociado con dificultades para reconocer las emociones, aprendizaje y regulación emocional. Sin embargo, hasta el momento, se desconocen si existen diferencias entre sexos en la relación entre el trastorno de conducta y la disfunción emocional. El objetivo principal de esta investigación es caracterizar las habilidades de procesamiento de las emociones, comparando una muestra con niños y niñas que presentan trastorno de conducta y un grupo de control de desarrollo típico.

Colaboraron 542 jóvenes con trastorno de conducta, 317 de las cuales eran niñas, y 710 jóvenes con un desarrollo típico (479 niñas). Las edades oscilaban de 9 a 18 años de edad. Se realizaron tres tareas experimentales donde se evaluaba el reconocimiento de las emociones, el aprendizaje y la regulación.

Se constató la existencia de déficits en el funcionamiento neurocognitivo relacionado con los tres ejes emocionales relacionados con la etiología del trastorno de conducta. No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas.



## CLINICALLY SIGNIFICANT ANXIETY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AND VARIED INTELLECTUAL FUNCTIONING

Connor M. Kerns, Breanna Winder-Patel, Ana María Josif, Christine Wu Nordahl, Brianna Heath, Marjorie Solomon, David G. Amaral

Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2020.

Este estudio tiene como objetivo evaluar como las distintas manifestaciones de síntomas de ansiedad y la discapacidad intelectual intervienen en la tasa de ansiedad clínicamente significativa en el trastorno del espectro autista (TEA).

Colaboraron 52 niños y padres con desarrollo típico como grupo control, y 75 niños con TEA y coeficiente intelectual variado, de edades comprendidas entre 9 y 13 años. Los niños realizaron evaluaciones de diagnóstico intelectual y TEA. Los padres realizaron una entrevista diagnóstica y evaluaron escalas de síntomas de ansiedad.

Se observó que el 69% de los niños con TEA presentaban ansiedad significativa, y únicamente se detectó la presencia de ansiedad significativa en el 8% de los niños con desarrollo típico. Las fobias específicas predominaron como trastorno de ansiedad específica en niños con TEA y discapacidad intelectual (CI<70=).

## RESEÑAS DE JORNADAS Y/O CONGRESOS DE SMIJ

### RESEÑA DEL XII CONGRESO AEETCA

Los días 14 y 15 de noviembre de 2019 se celebró en Zaragoza el XII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, que se organiza cada dos años. Se presentó un programa científico diverso y plural, donde ha primado la visión interdisciplinar e innovadora del abordaje de los TCA, generando debate sobre los dilemas y retos de los TCA en España y en el mundo.

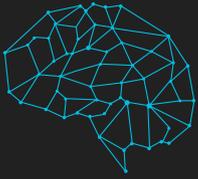
El equipo del Hospital Infanta Leonor de Madrid presentó un symposium sobre Nuevas Tecnologías en TCA. Analizaba

las enormes posibilidades de la aplicación de nuevas tecnologías en la salud, como por ejemplo el uso de aplicaciones móviles en el abordaje de los TCA. Presentaron la aplicación COCO-Eating, desarrollada por ellos para el abordaje del sobrepeso a través de una intervención biopsiconutricional, individualizada en función del perfil según el modelo EAT-ID (perfil emocional, adictivo, traumático, impulsivo y disejecutivo). Esta intervención trata de ayudar a conseguir unos hábitos saludables de alimentación, no una dieta hipocalórica, prestando especial atención, de forma novedosa, a los aspectos emocionales relacionados. Entre los resultados, destacaban una fácil accesibilidad y una mayor pérdida inicial de peso frente a intervenciones convencionales. Analizando las dificultades para mantener la adherencia, el mayor reto de estos programas, habían logrado resultados muy prometedores como herramienta complementaria a la intervención.

Desde la Unidad de TCA del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona se analizó en profundidad el Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) en niños y adolescentes, abarcando el perfil psicopatológico, la intervención psicológica y nutricional y la intervención familiar.

La incidencia de este trastorno ronda el 3% de la población general. Se clasifica en tres subgrupos: desinteresado (falta de interés por la comida o el comer), sensorial (somedores selectivos en función de las características de la comida, como la textura o el sabor) y ansioso (evitación por miedos específicos), aunque con mucha frecuencia se solapan, presentando características de más de un grupo. Destaca la elevada comorbilidad psiquiátrica (hasta del 55%, principalmente con Trastornos de Ansiedad, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno Negativista, y con Trastornos del Espectro del Autismo) y médica (especialmente digestiva). Se diferencia de la Anorexia Nerviosa en la ausencia de temor a ganar peso y la ausencia de distorsión corporal. El tiempo de evolución hasta el diagnóstico es mayor y presenta un mayor riesgo de desorden nutricional y metabólico, a pesar de que solo un tercio de los casos tienen bajo peso (por la dieta inadecuada, con mayor ingesta de azúcares, hidratos y alimentos ultraprocesados que en población general).

Desde el equipo de TCA han realizado un estudio comparando el estilo educativo, mediante el cuestionario EMBU, de madres de pacientes con ARDIF (vínculo controlado-forzado, con alta protección y altos cuidados; tendencia a la infantil-



zación) frente a madres de pacientes con Anorexia Nerviosa (vínculo óptimo con baja protección y altos cuidados).

En el symposium sobre Factores de riesgo psicopatológicos y biológicos en niños y adolescentes con pesos extremos, Ana Sepúlveda, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, expuso los factores de riesgo psicosocial y familiar en los niños con sobrepeso y obesidad. Llamó la atención sobre que los niños pertenecientes a entornos socioeconómicos más desfavorecidos tienen mayor riesgo de presentar sobrepeso y obesidad y sobre la relación del descenso de la obesidad infantil con algunas políticas territoriales, como el impuesto sobre las bebidas azucaradas en Cataluña. También puso de relieve que los niños con sobrepeso/obesidad presentan una alta comorbilidad psiquiátrica (alrededor del 57%), especialmente con trastornos de ansiedad (30%), afectivos (10%) y con TDAH (7%). Como conclusión final, destacó que, a pesar de que las dos principales causas percibidas de la obesidad (sedentarismo y mala alimentación) tienen una baja asociación en los estudios, la intervención se sigue enfocando en dieta y ejercicio. Por ello, es clave la necesidad de orientar la intervención hacia otros factores más relacionados con la génesis de la obesidad, como el abordaje del malestar psicológico (especialmente la mayor sensibilidad al estrés), la sobrecarga emocional y la impulsividad y la problemática en el ambiente familiar.

Por otra parte, Mar Faya presentó los factores de riesgo de TCA en niños y adolescentes. Analizó el vínculo de los pacientes con TCA, poniendo de manifiesto la relación de la insatisfacción corporal en mujeres con TCA con un vínculo inseguro ambivalente y con ansiedad de separación. Por otro lado, un vínculo seguro con el padre favorece una mejor evolución y una mejor autoestima. También destacaba que los factores genéticos vinculados con una mayor vulnerabilidad hacia la Anorexia Nerviosa también se relacionan con un desajuste metabólico en la quema de grasas y los niveles de azúcares, lo que explicaría la dificultad de muchos pacientes con Anorexia Nerviosa para mantener un IMC saludable incluso a pesar de ingestas aceptables.

Finalmente, Montserrat Graell presentó una brillante y enriquecedora ponencia, a pesar de la forzada brevedad por la falta de tiempo, sobre los factores biológicos asociados con la gravedad en Anorexia Nerviosa. Por el momento, el mejor biomarcador del que disponemos es el IMC. Sin embargo, destacó que hasta un 30% de la gravedad de los síntomas

del TCA pueden relacionarse con un peor funcionamiento familiar (percibido por las madres).

Centrándose en los biomarcadores circulantes, en la Anorexia Nerviosa se ha detectado una relación entre la gravedad y los niveles de Interleukinas; a mayor severidad psicopatológica, más estado inflamatorio, que es inespecífico y precoz. Por otra parte, los niveles de Ferritina altos en el momento del diagnóstico implican una peor tolerancia a la malnutrición y mayor gravedad clínica. Otros factores relacionados son las alteraciones de las neurohormonas implicadas en el metabolismo energético, como la Leptina y el Péptido YY (disminuidas) y la Adiponectina y la Grelina (aumentadas). La Dra. Graell dio especial importancia a los niveles de Leptina como biomarcador de gravedad. En el estudio que presentaba han detectado que se relacionan con la gravedad psicopatológica y presentan una relación inversa con la intervención psicológica (mediada por el peso). Además, los niveles de Leptina son normales en un IMC bajo de origen constitucional, frente al debido a una Anorexia Nerviosa. Los niveles de Leptina tras un año en IMC normal persisten bajos en los casos graves. De estos resultados, concluía con una aplicación práctica para la clínica: la recomendación de mantener una supervisión y una indicación nutricional y de actividad física más cuidadosas y prolongadas en aquellos casos que presenten un déficit de regulación del metabolismo energético (especialmente niveles bajos de Leptina) tras un año de IMC normal, debido a la relación con una mayor gravedad del trastorno.

Desde la Clínica CTA de Valencia, Mar Marzal y Eugenia Moreno-García presentaron el programa de Mindful Eating que desarrollan aplicando las técnicas de mindfulness orientadas al abordaje de los Trastornos por Atracón. Se basa en la toma de conciencia sobre la alimentación y la forma de comer, identificando las necesidades físicas y emocionales relacionadas con la comida, conectando con las señales corporales internas (como las sensaciones de hambre y saciedad), regulando así la ingesta y no a través de normas externas (como el número de calorías o acabar lo que se ha servido en el plato), liberándose en el proceso de la culpa y el miedo a engordar. El programa hace énfasis en el esfuerzo y la exposición siempre en positivo, con la compasión después de los deslices o atracones, volviendo a continuación a centrarse en el objetivo.

También comentaron la aplicación en TCA de la Terapia Focalizada en la Compasión. Han obtenido resultados prometedores, destacando la elevada eficiencia sobre el sentimien-



to de vergüenza, la autocrítica y la evitación, factores muy relacionados con las recaídas y la gravedad de la evolución del TCA. También logra disminuir la ansiedad, los síntomas depresivos y el aislamiento, mejorando además la expresión afectiva y emocional.

Entre las novedades presentadas en el Congreso llamó especialmente la atención el Symposium sobre Dismorfia Muscular. Los ponentes lograron que se disfrutase aprendiendo sobre este poco conocido trastorno. Ignacio Baile, de la Universidad a Distancia de Madrid, expuso la influencia de Youtube como apología de la Distrofia Muscular, destacando especialmente su papel en el uso de esteroides anabolizantes. En la interesantísima ponencia "Hombres, TCA y viceversa" de Robin Rica, de la Universidad Autónoma de Madrid y del Instituto Centta, se presentó un estudio sobre la epidemiología de los TCA orientados a la musculatura, y se complementó de forma perfecta con la ponencia de Emilio Compte, de la Universidad Favaloro de Argentina, sobre la evaluación del modelo de influencia tripartita en varones realizadores de ejercicio.

En resumen, se trata de un trastorno típicamente masculino donde el deseo de cambio de la imagen corporal a través del incremento de la musculatura es llevado al extremo. Actualmente en la clasificación de Trastorno Dismórfico Corporal, pero tiene más cosas en común con los TCA, como si se tratase de un fenotipo de TCA orientado a la musculatura más propio del sexo masculino. Los síntomas claves, al igual que en la Anorexia Nerviosa, son la insatisfacción corporal y la distorsión (inversa a la de la Anorexia Nerviosa, viéndose más pequeños de volumen a pesar de estar enormes), pero generan distintas conductas, con el ejercicio compulsivo como eje central (es el último síntoma en remitir y el primero en aparecer en las recaídas), más en relación con la regulación emocional que con el control del peso.

De forma característica, presenta dos fases: Una primera, de adquisición de volumen, que busca aumentar la masa muscular incrementando de forma importante el ejercicio y la ingesta (especialmente de proteínas, como legumbres, frutos secos y huevos); y una segunda fase, de definición, especialmente de cara al verano, centrada en disminuir la grasa corporal para aumentar la visibilidad de la musculatura, con un rechazo hacia la ingesta de grasas (dieta basada principalmente en arroz y pollo hervido). En comparación con la Anorexia Nerviosa, se caracteriza por un IMC mayor (alrededor de 25 o incluso sobrepeso, a pesar de presentar

una grasa corporal mínima) y una menor preocupación por el peso (la orientación a la delgadez se basa en mejorar la visibilidad de la musculatura). Es de inicio más tardío (pico de inicio a los 18-19 años) y se retrasa su detección y diagnóstico, en relación con que puede aparentar una conducta nutricional saludable, pasando más desapercibida y siendo mejor aceptada por el entorno. Además, presenta una mayor comorbilidad, especialmente con abuso de sustancias (como anabolizantes) y con síntomas psicóticos.

Se ha encontrado que hasta el 30% de los adolescentes varones presentan insatisfacción con su imagen corporal. De estos, hasta el 90% hacen ejercicio para aumentar su musculatura; alrededor del 70% hacen cambios en su dieta para favorecer el desarrollo muscular (proteica, baja en grasas) y alrededor del 10% llegan a utilizar fármacos con ese fin. El estudio presentado había detectado que hasta un 20% de los varones universitarios presentaban riesgo de Dismorfia Muscular. En la exposición se planteaba que las influencias socioculturales y la presión de pares, también a través de las redes sociales, podían condicionar la internalización del ideal musculoso, generando insatisfacción corporal, lo que lleva al desarrollo de ejercicio compulsivo y conductas alimentarias alteradas y a la aparición de la dismorfia muscular. Por otra parte, también se destacaba la posible influencia del sentimiento de pertenencia al grupo (de la subcultura del gimnasio) como reforzador de las conductas inadecuadas de ejercicio y alimentación encaminadas al aumento de la musculatura.

Y como broche final perfecto del intenso Congreso, la apasionante conferencia magistral de la profesora Mónica De la Fuente, catedrática de Fisiología de la Universidad Complutense de Madrid y prolífica investigadora, sobre Microbiota y TCA.

El eje microbiota-intestino-cerebro es el nuevo paradigma en neurociencias. La microbiota influye en el comportamiento, conclusión a la que llega la revisión de Cusotto de 2018, que analiza cómo interactúa en la modificación del comportamiento relacionado con el estrés, la conducta alimentaria, sexual, social y adictiva; es esencial para el comportamiento social (Desbonnet, 2013) e incluso puede relacionarse con la elección de pareja (Montiel-Castro, 2014).

La microbiota se relaciona con la obesidad. Lo que comemos puede producir una disbiosis, un desequilibrio de la microbiota; una dieta baja en fibra y rica en grasas y proteínas animales hace que predominen los Bacteroides, mientras que



una dieta rica en fibra y baja en grasas y proteínas animales favorece la abundancia de *Prevotella*. La disbiosis favorece la incidencia y el desarrollo de obesidad, mediada por el sistema inmune (los factores inflamatorios median los efectos de la microbiota sobre el tejido adiposo); a menor diversidad de la microbiota intestinal, más especies proinflamatorias, lo que genera mayor inflamación y más adiposidad. También se ha descrito una microbiota obesogénica (mayor relación Firmicutes/Bacteroidetes, disminuidos en obesos), con mayor capacidad de captación de energía, lo que supone que con la misma dieta se produzca un mayor aumento de la grasa corporal.

En cuanto al papel de la microbiota en los TCA, en 2017 se publicaron dos artículos claves sobre el tema, interesantes de revisar. El artículo de Glenn describe los mecanismos de homeostasis energética y la influencia sobre el comportamiento de la microbiota intestinal en los TCA. Al mismo tiempo, Lam publicó una revisión sobre el papel de la microbiota intestinal en la etiología, progresión de la enfermedad y el tratamiento de los TCA.

Al estudiarse las diferencias entre la microbiota de pacientes con Anorexia Nerviosa con la de población normal, se ha hallado una disbiosis, que condiciona un mayor deterioro de la homeostasis energética y una mayor morbilidad y mortalidad.

Para finalizar, se exponía que los probióticos pueden mejorar los sistemas de homeostasis y producen neurotransmisores. Hay diversas variedades, conocidas como Psicobióticos, que han demostrado eficacia en la mejoría del Sistema Nervioso, mostrando por ejemplo capacidad antidepressiva (Wallace and Milev, 2017), capacidad ansiolítica (Pirbaglou et al, 2016), disminución del estrés psicológico (McKean et al, 2017) y disminución de la percepción del dolor (Dai et al, 2017). En la misma línea, los suplementos de la dieta con leche fermentada que contiene probióticos se han relacionado con efectos ansiolíticos y mayor motivación (Hunsche et al, 2018).

**Raisa Agustín Morrás.**

## COMENTARIO DE LIBRO

### RECETAS PARA ENTENDER A LOS MÁS PEQUEÑOS

Actualmente se habla mucho de cómo educar a los niños, y en este tema la polémica está servida. Los padres de forma instintiva quieren lo mejor para sus hijos y constantemente se cuestionan cuáles son los mejores estilos educativos para

ellos, en qué colegio encajarán, qué teorías y métodos seguir para que crezcan sanos y felices.

Educar a un hijo no es tarea fácil y menos aún entender su comportamiento, ya que éste no es igual al de los adultos, lo que puede provocar confusión en los padres al no entender el porqué de algunas de sus reacciones o su forma de actuar.

Cada niño es diferente, cada hijo dentro de una misma familia también, y no vienen con un manual de instrucciones bajo el brazo. Es por ello que el Dr. Álvaro Bilbao ha recogido en su libro *El cerebro del niño explicado a los padres* una guía para entender, como su propio nombre indica, el desarrollo de los niños a través de los cambios que se van produciendo en su cerebro a lo largo de la infancia. Esto permite entender la forma que tienen de pensar los niños en función del momento evolutivo en el que se encuentran, y a qué se deben actuaciones y comportamientos a los que frecuentemente se enfrentan los padres. Así pues, con un lenguaje entendible y dirigido especialmente a los progenitores, el autor transmite de forma muy didáctica y a través de decenas de ejemplos cotidianos, pautas y consejos de crianza y formas de gestionar situaciones conflictivas o difíciles.

Adentrándonos en el formato del libro, este consta de cuatro partes precedidas por una introducción. Cada parte se encuentra dividida en capítulos, permitiendo consultar conceptos de forma fácil y rápida a voluntad del lector.

La primera parte contextualiza al lector en los fundamentos sobre los cuales se irá desarrollando el libro. Explicando de forma concisa la base funcional y estructural del cerebro, centrándose también en cómo educar desde el sentido común.

La segunda parte muestra un amplio abanico de estrategias para educar a los niños de forma consciente, establecer una buena comunicación con ellos y que así puedan sentirse comprendidos por el adulto. Destacar el capítulo *Poner límites sin dramatizar*, en el cual el autor expone los diferentes subtipos y tratando cómo incorporarlos de forma efectiva en casa, sin que se tengan que convertir en una lucha entre padres e hijos.

La tercera parte, titulada *Inteligencia emocional*, nos habla especialmente de la parte del cerebro menos racional y sobre cómo fomentar un ambiente propicio ayudando a nuestros hijos a gestionar sus emociones desde pequeños, haciendo que se sientan seguros, confiados y capaces de tomar decisiones.

La cuarta y última parte, trata sobre la capacidad intelectual de los pequeños y cómo ayudarles a potenciar sus



habilidades intelectuales, poniendo énfasis en el uso de las nuevas tecnologías y los efectos y consecuencias que tienen sobre los menores.

El Dr. Álvaro Bilbao nos muestra a través de esta guía una mirada diferente de educar, poniendo como eje principal el entender a los niños, respetando sus tiempos, acogiendo sus frustraciones y poniéndoles un nombre, lo que también acaba siendo un aprendizaje para los padres facilitándoles ser más pacientes y reduciendo su exigencia hacia los hijos. Todo ello, contribuye a ayudar al desarrollo cerebral del niño para que el día de mañana se convierta en una persona

autónoma, capaz de conseguir sus objetivos y sentirse bien consigo mismo.

Recomendación: Una buena guía para padres, psicólogos, educadores y todas aquellas personas que tenga un niño cerca, ya que para entender el mundo de los más pequeños es conveniente tener claro las pautas y consejos de crianza.

**Patricia Uriz e Inés Llor.**

1. Bilbao, A. El cerebro del niño explicado a los padres. 1a Ed. Barcelona: Plataforma Editorial; 2018.



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

## ENTRENA TU CEREBRO PARA EL ÉXITO

---

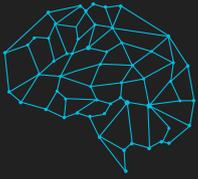
Cristina Fernández Martín

Psicóloga. CR (colaboradora)



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:94-95



El éxito, sinónimo de felicidad para muchos, es un concepto de difícil definición. No en vano, la mayoría de nosotros estaríamos de acuerdo en determinar que un aspecto importante del "éxito" es lograr que nuestra biografía esté presidida por factores que nos refuerzan positivamente y nos permiten unas adecuadas autonomía y autodirección. Infinidad de libros y manuales pretenden aproximarse a estos pilares (propósitos para una vida de logros, según el autor), pero difícilmente logran el objetivo propuesto. Hoy, contamos con este nuevo título<sup>1</sup>, que vincula de forma innovadora la posibilidad de conseguir una vida exitosa, recurriendo en este caso, a la Ciencia.

Germán García-Fresco, director del Adaptive Neuroscience Research Institute (ANRI) y doctor en Neurobiología Molecular, nos sumerge en trece capítulos basados en descubrir los entresijos de nuestro cerebro (ese gran desconocido para muchos) y en el potencial de nuestra mente a través de una serie de consejos y pautas con un esquema estrictamente divulgativo: arranca con el funcionamiento del sistema nervioso, con un repaso somero, pero extremadamente didáctico de la anatomía cerebral. Aborda teorías de la personalidad e inteligencia emocional, y cómo estas contribuyen, en gran medida, a alcanzar los ansiados pilares. Expone información relevante sobre las estrategias cognitivas y de cómo nuestro cerebro puede rendir de forma inadecuada debido al uso indebido de fármacos que atra-

viesan la barrera hemato-encefálica, o cómo, por contra, el cerebro tiene la capacidad para seguir manteniendo un desempeño adecuado pese a graves lesiones, gracias a la flexibilidad cognitiva.

El autor no obvia el cuidado de los hábitos para garantizar un mayor rendimiento en nuestro día a día. La diversidad de factores que aborda es muy amplia: prueba de ello es el código ictus y la actuación rápida cuando aparecen síntomas de cara caída, debilidad en brazo y dificultades en el habla lo que puede marcar la diferencia a nivel de secuelas, e incluso la muerte, en un accidente cerebrovascular.

Pero sin duda, lo mejor del libro se encuentra en la parte final de éste, donde se presenta el término "resiliencia" (concepto inicialmente utilizado en física), la hoy tan reconocida capacidad para recuperarnos de nuestros reveses; aconseja conductas resilientes con ejemplos prácticos, como enfrentarse a los miedos propios, reconocer las propias fortalezas, o encontrar significado a las malas experiencias. Reitera la subjetividad del éxito cómo lo realmente imprescindible para lograr nuestros objetivos: solo reestructurando los pensamientos, y reconvirtiéndolos en motivadores y positivos, se logrará la consecución de los anhelados pilares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fresco, G. (2020). Entrena tu cerebro para el éxito. España: Pirámide.

## LA RECOMENDACIÓN

**En el numeroso arsenal de libros dedicados al cerebro y su funcionalidad, destaca esta delicia divulgativa del prestigioso García Fresco, que nos aproxima con lenguaje divulgativo sin desvíos, sobre los caminos que permiten agilizar la mente para conseguir la autonomía y el logro positivo.**



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

## EL RETO DE LA FELICIDAD

---

Andrea Doreste

Psicóloga



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:96-97



Como si de una receta gastronómica se tratara, Jesús J. de la Gándara nos presenta la fórmula magistral con los ingredientes y las herramientas necesarias para conseguir una vida agradable<sup>(1)</sup>. Hoy en día, podemos toparnos con muchos libros con patrones para conseguir la felicidad; la originalidad de la Gándara reside en la búsqueda de los componentes que nos facultan para descubrir lo que llamamos felicidad.

El autor publicó el libro coincidiendo con el Día Mundial de la Salud Mental, en un guiño intencionado que rinde homenaje a los miles de personas que se han sentado al otro lado de su mesa cargados de sufrimiento e infelicidades. Psiquiatra por vocación y escritor por devoción, no nos deja indiferentes con su resolución de este enigma llamado felicidad, cargado de fórmulas que nos propone para ser felices. Porque, como dice de la Gándara, "Si eres feliz, qué importa el resto de las cosas".

Partiendo de que no existe ninguna fórmula perfecta para atinar con la felicidad, el autor realiza un análisis de la actualidad y receta trucos y tretas<sup>(2)</sup> para evitar los sufrimientos, esquivar las adversidades y reencontrarse con las prosperidades menudas, con determinación y valentía. La tendencia a conseguir dicha felicidad es un instinto humano universal, que algunos llevan incorporado en los genes y otros deben incorporarlo como los extras de un coche.

Para llegar a conocer la receta, debemos seleccionar los ingredientes con los que tendremos que elaborar. Son los eventos propios de la vida, los recursos a nuestro alcance, posibilidades: resulta de gran importancia, conocer el manejo de estos ingredientes. Para ello el autor nos desvela las Tres Efes, una suma de Fortaleza, Fertilidad y Fortuna que nos servirán para que el resultado pueda optar a la excelencia

La mayoría de las personas tienen algo de fortaleza, pero insuficiente, algo de fertilidad, aunque no demasiada, y algo de fortuna, aunque siempre menos de la que deseáramos. El autor expone, con un realismo que choca con el concepto de felicidad utópico, las claves para lograr que cada uno, en su condición, luche por ver y lograr aquello que le hace feliz.

Con todo esto, sabemos que la felicidad no se puede enseñar, pero sí podemos aprenderla. Y con este pretexto, de la Gándara va desmenuzando a lo largo de todo el libro los consejos con los que podremos lograr nuestra felicidad. Cuenta con cuatro apartados: Pretextos y Justificaciones, Modos y Maneras de ser felices, Los Caminos hacia la Felicidad y la Felicidad Líquida. Lejos de ser una fórmula filosófica de la felicidad, encamina un trayecto con ejercicios prácticos para que cada lector descubra su propia receta.

*La recomendación. Un libro delicioso, perfectamente escrito y altamente aconsejable para el lector que, como mínimo, pretenda dejar de ser infeliz. Al igual que otras obras del autor, un excelente pretexto para recrearse en la literatura de unos de los más brillantes profesionales de la Psiquiatría de nuestro entorno. Y que, además, navega en el lenguaje con la devoción de un escritor. Los enigmas íntimos, la comprensión de los modos de sufrir y de recuperar la esperanza son el mensaje que destilan sus libros desde hace mucho tiempo. Y crean que los profesionales se lo agradecemos. Y con ellos, sus pacientes.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. El reto de la Felicidad.(2019).Ed. Siglantana. Barcelona.
2. Trucos y tretas para vivir bien (2018). Ed. Siglantana. Barcelona.



AGENDA

DIARY



**27** Symposium Internacional sobre Controversias en Psiquiatría  
**VIOLENCIA y AGRESIÓN 2020**  
 14-16 de Mayo, 2020 BARCELONA & VIDEOSTREAMING en directo Auditorio AXA

@PsychRCN  
[www.ControversiasBarcelona.org](http://www.ControversiasBarcelona.org)

**MEDICINA DE LA ADICCIÓN  
 XIV JORNADA NACIONAL**

Próxima Edición: Barcelona, 23 Mayo 2019

III European Meeting on Women's Mental Health

**WMMH**  
 PSYCHOSIS AND GENDER

**Barcelona**  
 May 14<sup>th</sup>-15<sup>th</sup>, 2020



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:98-99



## SEXUALIDAD, PSIQUIATRÍA Y MODERNIDAD

Entre los días 25 y 27 de junio Salamanca acogerá la X reunión de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental (AESEXSAME). Este año el evento estará protagonizado por ponencias y comunicaciones que versarán sobre sexualidad, psiquiatría y modernidad, como puede ser el

uso de aplicaciones móviles en el ámbito de la evaluación e intervención en sexualidad. Además, habrá concurso de comunicaciones en formato póster. En el siguiente enlace se puede encontrar toda la información sobre el programa, participación en las comunicaciones e inscripción: <http://sexualidadysaludmental.com/>

**27 Junio, sábado**

09:00-11:00 **Mesa 7.**

- La restauración del honor: mujeres dilitectomizadas antes y después de la cirugía de repositión: **ALBA PALAZÓN, ELENA PUPULETE, GENIRA MESTRE, ANDREA DORESTE, GRACIA LASHERAS Y PEDRO BARRI SOLDEVILA**
- La Modernidad como penal de Narcisistas: Gestión emocional, tipos de amor y sexo: **ANA DÍAZ AZORÍN, JM FARRÉ Y GRACIA LASHERAS**
- Pornografía y postmodernidad: **MANUEL MARTÍN CARRASCO**
- Sexualidad, modernidad y neuroquímica del amor: **ANDRÉS L. MONTEJO**

11:00 Descanso-café

11:30-13:30. **EXPOSICIÓN DE BECAS**

Proyectos de investigación AESEXSAME 2019

- Autoeficacia, autoestima y actitudes sexuales como factores de riesgo en Disfunción Eréctil: **JOAQUÍN ALMEDA Y FERRAN OROUS**
- Difusión Sexual y Adherencia terapéutica en el paciente psicótico: **LLANRYA GARCÍA ULLÁN**

Proyectos de investigación AESEXSAME 2020

13:30-14:00 Cierre de la Reunión. Entrega de Premios.

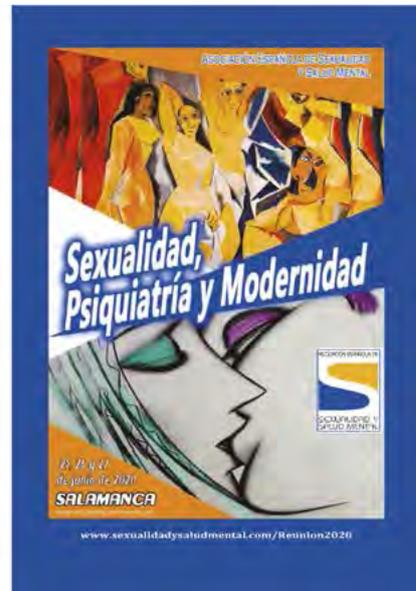
**Lugar:** Palacio de Fomento, Salón de Actos Salamanca  
**Duración:** 20 horas.  
**Dirigido a:** Médicos, Psicólogos, profesionales de la Salud Mental y la Sexología Residentes de Países de habla hispanica, Gerontología y Médicos de Familia.

**Objetivos:**

1. Actualizarse sobre el estado de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental, AESEXSAME.
2. Conocimiento de las habilidades básicas que sobre la sexualidad humana normal y sus alteraciones deben obtener los profesionales de la salud y los especialistas en formación.
3. Conocimiento en las modificaciones y problemas de la sexualidad asociada a la presencia de Trastornos Mentales.

**Patrocinio Científico:**  
Sociedad Española de Sexualidad y Salud Mental. (AESEXSAME)  
Sociedad Castellano Leonesa de Psiquiatría. (ACyLP)

Secretaría Financiera: **AGORA CIENCIA**, [agora.ciencia@ovh.es](mailto:agora.ciencia@ovh.es)



**PROGRAMA**

**25 Junio, jueves**

16:00-16:30 Acreditación, Recogida de documentación.  
16:30-17:00 Presentación de la Reunión.

**J. M. FARRÉ** (Presidente AESEXSAME)  
**AL MONTEJO** (Dtor. Científico AESEXSAME)  
Vicepresidentes: **ALONSO** y **USAL**  
Representante Ayuntamiento de Salamanca

17:00-18:30 **Mesa 1.**

Redes sociales, adolescentes y sexo postmoderno: **MANUELA DÍAZ MORA**  
Fenómenos sexuales y aislamiento universitario en la Modernidad: **ANDREA DORESTE, JM FARRÉ, BORJA FARRÉ-SENOR Y GRACIA LASHERAS**  
Adolescencia digital: datos de la relación con las redes sociales interactivas en 1500 adolescentes: **MOJIB AGUILAR, JM FARRÉ, MARIL SANDRA RAMOS, JOSÉ LUIS BOSCH, BORJA FARRÉ-SENOR Y GRACIA LASHERAS**

18:30 Descanso-café

19:00-20:30 **Mesa 2.**

La Adicción al Sexo en los tiempos del Covid: Abuso y otras obsesiones: **FRANCISCO MARTÍN MOLERO, JM FARRÉ MARTÍN, MARK ASO, NIKKA MALLORIBU, JORDI CURSÓ Y GRACIA LASHERAS**  
Transformación del estado afectivo-sexual hacia modelos de masculinidad no violentos vía un programa de socialización preventivo de la violencia de género con adolescentes: **SANDRA RACIONERO, ANA VIGU, SILVIA MOLINA Y RAMÓN FLECHA**  
Personalidad, comorbilidades y estrategias de afrontamiento en mujeres con Trastorno del Interés y la Excitación Sexual: nuevas fronteras: **HELENA DOMÍNGUEZ-CARRO, IRENE TELLO, GENIRA MESTRE, BORJA FARRÉ-SENOR Y GRACIA LASHERAS**

**26 Junio, viernes**

09:00-11:00 **Mesa 3.**

- Sexualidad y disfunciones por autoconceptos: **NEMEA CASADO**
- Nuevos problemas y nuevas soluciones: **CARMEN LÓPEZ SOGA**
- Transhumanismo, tecnología y sexualidad: **JAVIER AGUIRRE Y M. J. GARCÍA-MORÓN**
- Nuevas líneas de investigación en Sexología: **F. BLANCO COLMENAREKI**

11:00 Descanso-café

11:30-13:30 **Mesa 4.**

La Sexualidad efímera: **JOSE DÍAZ MORA**  
El desafío de las enfermedades crónicas: **MARIO LORENZO**  
Función sexual en el paciente de ginecología oncológica: **FRANKLIN-JOAF ESPITA DE LA HOZ**  
Psiquiatría, sexología y viceversa: **ANTONIO PACHECO PALMA**

13:30 Descanso

13:35-14:30 Presentación de Brexiprazol  
**Un antipsicótico para una nueva vida**

14:30 Comida

16:00-17:30 **Mesa 5.**

- Rango de Personalidad, gestión y dependencia emocional: estrategias de afrontamiento y alimentos medicados en parejas lesbianas de Alcazar al Sexo: (Especialización de género o resultados psicólogos): **ELENA PUPULETE, ALBA PALAZÓN, JM FARRÉ Y GRACIA LASHERAS**
- Filiofilia del amor y la modernidad: **GLADYS LLANOS**

17:30 Descanso-café

18:00-19:30 **Mesa 6.**

- Sexualidad y neurofarmacología: **RICARDO CAVALLARI**
- La captividad en el chat grooming desde la perspectiva psicopatológica y jurídica: **LEOPOLDO ORTEGA-MONASTERIO**
- Taller de Casos clínicos en sexología "Modernidad: nuevas tendencias, nuevas vinculaciones": **FROILAN SANCHEZ**

20:00 **ASAMBLEA ANUAL** de socios de la Asociación Española de Sexualidad y Salud mental (AESEXSAME)