

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

EL CUERPO ENAJENADO

Epoca II, Volumen XIX - 4º. trimestre 2008



76 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYÓN COBOS, MAR GÓMEZ MASANA, URSULA OBERST, JOSÉ LUIS MARTORELL YPIENS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMÓN ROSAL CORTÉS.

Comité Editorial: ALEJANDRO ÁVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSÉ NAVARRO GÓNGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, ÁLVARO QUIÑONES, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XIX - Nº 76 - 4º. trimestre 2008

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, venticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

| | |
|---|-----------|
| EDITORIAL | 3 |
| IMAGEN CORPORAL Y PSICOTERAPIA | 5 |
| Luis Botella García del Cid, Emma Ribas Rabert y Jesús Benito Ruiz | |
| CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS TRANSFORMACIONES CORPORALES QUIRÚRGICAS . | 17 |
| Maite Durán Fabr , Luís Botella | |
| INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN CASO DE INSATISFACCIÓN CORPORAL | 39 |
| Núria Gra   Sol , Diana Beriain Romera, Lluís Botella García del Cid | |
| EL CONOCIMIENTO EXPERTO DE PSICOTERAPEUTAS ESPECIALIZADOS EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA | 57 |
| Núria Gra   Sol  | |
| UNA MIRADA DESDE EL ESPEJO: CONSECUENCIAS DEL ABORDAJE BIOMÉDICO DE LAS MUJERES | 69 |
| Elena Gismero González | |
| EL CUERPO SACRIFICADO: UNA MIRADA COMPENSIVA SOBRE LA FIBROMIALGIA DESDE EL CONSTRUCTIVISMO..... | 99 |
| Sonia Fontecha, Silvia Hermosilla y Manuel Villegas | |

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Hurtado, 29
08022 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta) |
| <input type="checkbox"/> | Adjunto cheque bancario núm.: |
| <input type="checkbox"/> | Contrareembolso |
| <input type="checkbox"/> | VISA |
| <input type="checkbox"/> | MasterCard |

Tarieta N°:

A horizontal number line with 11 equally spaced tick marks. The tick marks are labeled with integers from 0 to 10, starting from the left and increasing to the right.

Fecha caducidad: / /

Precio de la
suscripción anual para 2008
Países comunitarios 52 EUR
Países extracomunitarios .. 80 \$USA

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi subscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia nº:

Dirección

Ciudad.....D.P.....

Fecha y Firma:



EDITORIAL

El presente número monográfico de la Revista está dedicado al estudio de las servidumbres a las que se somete el cuerpo en las relaciones de alteridad, razón por la cual lo hemos titulado “El cuerpo enajenado”. Estas servidumbres son de dos tipos fundamentalmente: las que tiene que ver con la imagen, reguladas por la socionomía complaciente, y las que son el resultado del sacrificio de dedicación durante largos años al servicio de los demás, reguladas por la socionomía oblativa. Como fenómenos relacionados con la primera podemos referirnos a distintos intentos dedicados a modificar la imagen corporal, a través de la cirugía o las dietas. Como fenómeno específico del cuerpo sacrificado en el servicio de los demás destacamos el significado de la fibromialgia como síntoma de un cuerpo extenuado sin recompensa en una entrega oblativa a los demás.

Pertenecen al primer tipo los artículos que componen la primera parte de la monografía, iniciando con el trabajo de Luís Botella y colaboradores, titulado “Imagen corporal y psicoterapia”, donde se presenta los resultados de un estudio llevado a cabo para identificar los perfiles psicológicos básicos de los pacientes que solicitan cirugía estética, así como sus posibles implicaciones para el trabajo psicoterapéutico con tales pacientes.

Partiendo de la constatación de que el número de operaciones de cirugía estética aumenta año tras año, el artículo de Maite Durán Fabrè y Luís Botella “Construcción social de las transformaciones corporales quirúrgicas” plantea la aspiración a estos cambios físicos como estrechamente vinculada con la búsqueda de un *self* positivo, relacionada, por tanto, con dimensiones tanto psicológicas como sociales. Así, el objetivo de este estudio es el abordaje de la construcción social de dichas intervenciones para poder comprender mejor la relación entre lo corporal, lo psicológico y lo social.

El artículo de Núria Grañó y colaboradores presenta un estudio de caso de insatisfacción corporal, acompañada de una sintomatología alimentaria, abordado desde una perspectiva constructivista narrativa, donde se describe el marco conceptual que guía la intervención de la terapia, la evaluación de la problemática en función de las metas de la cliente, el curso de la terapia y la evaluación de los resultados.

El siguiente artículo de Núria Griñó pretende recopilar el conocimiento de psicoterapeutas expertos en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Con este objetivo se administra una entrevista estructurada a 18 terapeutas expertos en TCA, realizando un análisis de dicho conocimiento

mediante una extracción sistemática de los heurísticos de toma de decisiones clínicas de dichos psicoterapeutas con la finalidad de fomentar la mejora y optimización del proceso y resultado psicoterapéutico

Elena Gismero en su artículo “Una mirada desde el espejo” revisa el abordaje a que ha sido sometida la salud de la mujer desde el ámbito médico: cómo se ha enfocado su cuerpo desde la investigación, el tratamiento de problemas comunes con los hombres, la medicalización de su ciclo vital reproductivo y de su malestar anímico, e incluso de su aspecto físico y cómo esta peculiar mirada sobre las mujeres tiene consecuencias no sólo sobre su salud, sino también sobre la forma de verse y entenderse a sí mismas.

La segunda parte de la monografía considera el fenómeno de la experiencia fibromiálgica desde una perspectiva constructivista y, más específicamente, desde la teoría del Desarrollo Moral (Villegas, 2005, 2008) llevada a cabo con dos pacientes diagnosticadas de fibromialgia. A partir de estos dos casos, explicados brevemente, Sonia Fontecha y Silvia Hermosilla en su artículo titulado “El cuerpo sacrificado: una mirada comprensiva sobre la fibromialgia desde el constructivismo”, proponen una serie de conclusiones e hipótesis sobre las modalidades de regulación moral de estas pacientes y la aparición de la fibromialgia, que pueden servir como marco para una mejor comprensión de la experiencia de la fibromialgia y la prosecución de nuevas investigaciones.

Aviso de la Redacción

La Revista de Psicoterapia está preparando la edición electrónica a la que podrán acceder todos nuestros suscriptores, así como al fondo editorial de todos los números publicados desde sus inicios hasta la actualidad. Se avisará en breve de las modalidades con que puede accederse a este nuevo servicio, que será gratuito para nuestros suscriptores.

Gracias por su atención

IMAGEN CORPORAL Y PSICOTERAPIA

Luis Botella García del Cid

FPCEE/SAAP Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona

Emma Ribas Rabert y Jesús Benito Ruiz

Antiating Group Barcelona. Clínica Tres Torres.

This paper presents the results of a study that identifies the psychological profile of patients requesting cosmetic surgery as well as the likely implications for psychotherapeutic treatment with such patients.

Key words: cosmetic surgery, psychotherapeutic treatment, psychological profile

La definición más aceptada de “imagen corporal” es la ya clásica de Schilder (1935): la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo. La importancia de dicho constructo ha sido puesta en evidencia en las últimas décadas en decenas de estudios –véase una revisión en Cash & Pruzinsky (1990) y, en español, en Botella, Grañó, Gámiz y Abey (2008). Algunos ejemplos de esta relevancia, ya comentados en otros trabajos, son los siguientes:

- Entre las personas que se consideran menos atractivas se encuentra mayor incidencia de fobia social, ansiedad social y *locus* de control externo.
- La satisfacción personal con el propio físico correlaciona con el grado de ajuste social percibido.
- La falta de atractivo comporta un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes patologías mentales (incluida la esquizofrenia), así como una complicación en el curso de su recuperación.
- El atractivo del paciente es considerado como uno de los factores que contribuye al buen pronóstico de la psicoterapia.
- Los problemas y síntomas asociados a la imagen corporal o a la corporalidad en general caracterizan a un buen número de patologías psicológicas (incluyendo por supuesto los tan abordados trastornos alimentarios): la hipocondría, los trastornos dismórficos corporales, las alucinaciones somáticas propias de algunas formas de trastorno paranoide, los trastornos

de identidad de género y las automutilaciones y autolesiones.

- Además, en los últimos años se han descrito otras formas menos comunes de patologías de la corporalidad tales como el *Síndrome de Munchausen*, la *adicción quirúrgica*, la *adicción a las transformaciones corporales cosméticas* (tatuajes, *piercings*, escarificaciones...), la adicción al ejercicio físico y la musculación (*vigorexia*) y la *apotemnofilia* (el deseo obsesivo de que se ampute una parte del propio cuerpo, normalmente una pierna, asociado a conductas parafilicas de excitación sexual con parejas amputadas).
- Por otra parte, no hay prácticamente ningún trastorno psicopatológico sin correlatos en la esfera de la corporalidad, y en algunos de ellos esos correlatos son especialmente nucleares: el desagrado por el propio físico, la falta de apetitos sensuales y las preocupaciones excesivas por el cuerpo de los pacientes depresivos; las disfunciones corporales evidentes en los trastornos sexuales; las alteraciones de la imagen corporal en la psicosis...
- Por lo que respecta a la influencia de lo físico en lo psicológico, son evidentes los efectos traumáticos y en ocasiones emocionalmente devastadores de la pérdida de funciones o de partes del cuerpo debida a accidentes, cirugías invasivas o procesos patológicos –por ejemplo las desfiguraciones accidentales por quemaduras, las amputaciones quirúrgicas o como resultado de accidentes, las deformidades debidas a patologías genéticas o adquiridas...

Todo lo anterior nos lleva a plantear la seriedad e importancia de lo corporal en la construcción de la identidad, en su patología y en su reconstrucción terapéutica. Como muy bien destacan Cash y Pruzinsky (1990) es evidente que el sentido del *self* se basa en nuestra experiencia corporal; al fin y al cabo no nacemos con un sentido del *self*, ¡pero sí inevitablemente con un cuerpo!

Ejemplos concretos de esta dialéctica demostrada en la investigación sobre imagen corporal son algunos de los siguientes (véase Cash y Pruzinsky, 1990):

- La conducta de los demás hacia uno varía sustancialmente en función de su atractivo percibido, en general en la línea de mayor agrado hacia quienes son considerados atractivos y mayor desagrado hacia quienes no lo son. Este efecto se ha demostrado incluso en situaciones en que parece impensable que afecte el atractivo físico: los bebés más atractivos reciben más atenciones no sólo del personal de la *nursery* sino incluso de sus padres y madres; los niños y niñas más atractivos reciben mayores atenciones de sus maestros y de sus compañeros de clase; los adultos más atractivos evocan en los demás más conductas de complacencia, honestidad, auto-revelación y ayuda prosocial; en el entorno laboral el atractivo discrimina favorablemente en cuanto a la probabilidad de ser contratado y la evaluación de las tareas llevadas a cabo; incluso, sorprendentemente,

en sistemas judiciales como los anglosajones, mucho más basados en procesos de influencia social que los napoleónicos, el atractivo del imputado ha demostrado influir en la sentencia.

- El atractivo físico también ha demostrado tener consecuencias discriminatorias en algunos casos; por ejemplo cuando las mujeres atractivas optan a puestos de trabajo tradicionalmente masculinos, son discriminadas negativamente. Otra consecuencia en ocasiones indeseable en este caso es que las mujeres atractivas son más frecuentemente objeto de aproximaciones erotizadas no bienvenidas por ellas. Además, tanto hombres como mujeres tienen tendencia a atribuir el éxito de las mujeres atractivas a su atractivo en lugar de a sus capacidades.
- En el caso de las mujeres la influencia mutua entre imagen corporal y autoconcepto es especialmente relevante: la influencia de los aspectos físicos de la construcción personal del *self* sobre el autoconcepto en general ha demostrado ser mucho más determinante para las mujeres que para los hombres –probablemente por una combinación de factores biológicos y socioculturales. Esta mayor influencia, unida al hecho de que el porcentaje de mujeres insatisfechas con su imagen corporal en prácticamente todos los estudios realizados hasta la fecha es mayor que el de hombres insatisfechos (un 33% de mujeres por término medio respecto a un 25% de hombres), hace que sea evidente que la relación de la mujer con su cuerpo en cuanto a la construcción de su autoconcepto puede en muchos casos ser problemática y causa de un cierto grado de malestar psicológico.
- En estudios en que se manipulaba la variable “atractivo físico percibido” (por ejemplo el clásico experimento de hacer creer a un hombre que habla por teléfono con una mujer muy atractiva sin que sea así) se ha demostrado que el efecto es claramente circular. En estos casos no sólo es el hombre quién evalúa la conversación posterior como más interesante sólo por el hecho de creer que habla con una mujer atractiva, sino que la mujer que colabora en el estudio suele informar de lo mismo. Parece que el hecho de ser tratado como si se fuese atractivo crea un contexto conversacional en que es mucho más posible manifestar los aspectos más atractivos de uno mismo –¡el Efecto Pigmalión en su demostración más literal!
- El efecto contrario (inhibición conductual y relacional debida a la percepción de falta de atractivo) también se ha demostrado repetidamente. Por ejemplo, los pacientes que solicitan cirugía estética en general han desarrollado toda una serie de estrategias defensivas y evitativas de algunas formas de contacto social que, de nuevo de forma circular, los hacen ser considerados menos atractivos aún, y acaban configurando un estilo de personalidad tímido, retraído y poco sociable, con las consiguientes consecuencias indeseables para su autoconcepto.

- Este patrón de retraimiento social es extremo en el caso de deformidades congénitas o adquiridas, que en algunas situaciones llegan a comportar el ostracismo o el auténtico escarnio social. No hace tanto que las personas con ciertos tipos de deformidades eran consideradas fenómenos de feria, y en algunas zonas del planeta aún lo son. Aún en pleno siglo XXI y con todo nuestro trasfondo de posmodernidad y corrección política, una breve excursión por Internet revela no sólo que no estamos muy lejos de las “barracas de los monstruos” de siglos pasados sino que incluso las hemos superado en perversidad y fetichismo decadente. Aunque ahora su ubicación no sea física sino hiperespacial eso más bien agrava el fenómeno al democratizar la perversidad y ponerla al servicio de cualquiera.
- Ambos efectos –tanto el de fomento conductual y relacional del atractivo como el de inhibición conductual y relacional de su falta– han demostrado correlacionar no con el atractivo “objetivo” evaluado socialmente, sino con la construcción personal de este. Así, las personas convencidas de su atractivo y seguras de su físico y de su presentación social en general actúan de forma que aumentan las posibilidades de ver ese atractivo confirmado, mientras que las que están convencidas de resultar poco agraciadas o desagradables actúan de forma que aumentan las posibilidades de verse relegadas a un segundo plano social. De nuevo nos encontramos ante una auténtica profecía de autocumplimiento.

Los resultados de nuestros estudios sobre correlatos percibidos de la imagen corporal femenina (en este caso del peso) avalan este proceso de estereotipificación social a partir del físico (Botella, Velázquez y Gómez, 2006). En uno de nuestros estudios solicitamos a 41 participantes (adolescentes y adultos de ambos sexos) que cumplimentasen una *Rejilla de Constructos Personales* a partir de la comparación sistemática de nueve fotografías de modelos femeninas que variaban en cuanto a su peso desde las claramente inferiores a lo normal, pasando por las que mostraban un peso ideal y llegando a las que tenían cierto sobrepeso –aunque ni mucho menos obesidad mórbida.

Nuestros resultados indicaron que, independientemente del sexo y la edad de los sujetos de la muestra, todos ellos fueron capaces de atribuir características psicosociales y de identidad (tales como el grado de realización personal, profesionalidad o dinamismo) a las modelos cuyas fotografías se utilizaron como elementos de la *Rejilla* en base exclusivamente a su peso corporal. A las modelos que fueron calificadas de “gordas” se les atribuyeron en términos genéricos características de poca realización personal, poca dedicación a la imagen, alta sociabilidad, control bajo, poco dinamismo, formalidad elevada, poca profesionalidad, poca dedicación al cuerpo, alta artificiosidad, poco atractivo, y (en menor medida) elevada sinceridad, poca madurez y poca popularidad. De alguna forma, nos encontramos ante el discurso de “las mujeres gordas como fracasadas y

dejadas pero simpáticas”, frente al de “las mujeres delgadas o normales como exitosas y atractivas pero menos simpáticas y sociables” –véase Botella, Velázquez y Gómez (2006) para una discusión detallada del estudio.

En un segundo estudio (Botella, Grañó, Gámiz y Abey, 2008) diseñado para analizar el efecto en dirección opuesta (es decir, la atribución de rasgos físicos en función de dimensiones narrativas autodescriptivas puramente “psicológicas”), solicitamos a 77 participantes (29 mujeres y 48 hombres de entre 19 y 45 años) que leyesen tres descripciones narrativas diferentes. Ninguna de ellas hacía referencia a ningún rasgo físico distintivo, y estaban redactadas de forma que ni siquiera era posible estar seguro del sexo de su autor o autora. En esencia, una presentaba la descripción de una persona segura de sí misma, satisfecha con su vida, con gustos sofisticados y socialmente exitosa. La segunda presentaba la descripción de una persona sencilla y natural que decía haber superado dificultades en la infancia hasta llegar a aceptarse tal como era ahora y a no sobrevalorar lo superficial. La tercera describía a alguien con un carácter sumamente firme y entregado sobre todo a la consecución del éxito profesional aún a costa de las relaciones personales.

Tras haber leído las tres narrativas solicitamos a los participantes que evaluaran su agrado hacia cada una de las personas que describían (interés psicológico) así como su posible deseo de conocerlas (atractivo psicológico). Les mostramos luego tres retratos –fotografías sólo del rostro– de tres mujeres jóvenes que variaban en su grado de atractivo físico: una de ellas mucho más atractiva que las otras dos. Les pedimos entonces que evaluaran el atractivo de cada una de las tres modelos que aparecían en los retratos (atractivo físico). Tras ello les dijimos que cada una de las narrativas que habían leído correspondía a una de las mujeres de los retratos (lo cual no era cierto, las narrativas habían sido redactadas por nosotros) y les solicitamos que especificasen qué narrativa correspondía a cada una según su opinión (atribución de rasgos físicos según características psicológicas). Por último, les pedimos que reevaluaran su agrado por cada una de las personas que describían las narrativas ahora que les habían atribuido un rostro (interés general) así como su posible deseo de conocerlas (atractivo general).

Por lo que respecta al interés psicológico, nuestros resultados indicaron que la mejor evaluada fue la segunda narrativa (la de la persona sencilla y natural) con una puntuación media de 3,13 y una desviación típica de 0,64 (en una escala Lickert de 0 a 4); además en este caso la evaluación hecha por las mujeres de la muestra era significativamente superior a la que hacían los hombres. Las siguientes narrativas en orden de preferencia fueron la primera (la de la persona sofisticada y exitosa) con una puntuación media de 2,66 y una desviación típica de 0,85 y finalmente la tercera (la de carácter firme y riguroso) con una puntuación media de 2,17 y una desviación típica de 0,98 –en estos dos casos no se constataron diferencias de género. Las diferencias de las medias de las tres evaluaciones fueron estadísticamente muy significativas ($p < 0,001$).

En referencia al atractivo psicológico, la mejor evaluada fue la segunda narrativa (la de la persona sencilla y natural) con una puntuación media de 1,83 y una desviación típica de 0,38 (en la misma escala Lickert de 0 a 4); también en este caso la evaluación hecha por las mujeres de la muestra era significativamente superior a la que hacían los hombres. Las siguientes narrativas en orden de preferencia fueron la primera (la de la persona sofisticada y exitosa) con una puntuación media de 1,60 y una desviación típica de 0,59 y finalmente la tercera (la de carácter firme y riguroso) con una puntuación media de 1,23 y una desviación típica de 0,65 —en estos dos casos no se constataron diferencias de género. Las diferencias de las medias de las tres evaluaciones fueron estadísticamente muy significativas ($p < 0,001$). Además en los tres casos relación entre el interés manifestado por la persona descrita en la narrativa y la evaluación de su atractivo antes de atribuirle unos rasgos físicos determinados fue estadísticamente muy significativa ($p < 0,001$).

Por otra parte, los participantes establecieron diferencias entre las tres mujeres que aparecían en las fotografías en cuanto a la evaluación de su atractivo pero sólo entre la fotografía de la mujer más atractiva (puntuación media de 3,22 y desviación típica de 0,85) y las otras dos (con una puntuación media de 1,49 y 1,43 y desviaciones típicas de 0,93 y 0,92 respectivamente). Este patrón no se vio afectado por la variable género. Lo interesante es que los participantes en el estudio atribuyeron mayoritariamente la narrativa de la persona sofisticada y exitosa a la foto de la mujer más atractiva de las tres. Las narrativas de la persona sencilla y natural y la de carácter firme y riguroso se atribuyeron a las dos menos atractivas también de forma mayoritaria, si bien en el patrón de atribución no fue tan unánime como en el primer caso.

Todos estos datos arrojan luz sobre la conexión intrínseca que se establece entre “lo físico” y “lo psicológico” en los procesos de construcción social del *self* y a los que hacíamos referencia al mencionar la borrosidad de tal discriminación. De hecho, el proceso puede ser más complejo de lo que parece y no deberse a un simple estereotipo “irracional” o a una especie de esteticismo superficial, sino a una auténtica profecía de autocumplimiento.

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, y en línea con nuestras investigaciones anteriores, el objetivo del estudio que se presenta en este trabajo fue identificar diferentes “patrones” o “perfiles” psicológicos entre los usuarios de los servicios de una clínica de cirugía estética que solicitaban diferentes tipos de intervención quirúrgica. Nuestra hipótesis fue que tras la aparente diversidad individual de las demandas podía haber una cierta comunidad interpersonal en lo tocante a la imagen corporal y a cómo esta lleva a desear modificar quirúrgicamente aspectos concretos de la corporalidad.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en este estudio fueron 130 pacientes que se sometieron a una operación de cirugía estética evaluados antes y, 30 de ellos, después de dicha operación. El grupo de pacientes estaba compuesto por 124 mujeres y 6 hombres entre 18 y 70 años, con un promedio de 40,3 años y una desviación típica de 10,2 años. Se trataba de pacientes de un Centro especializado en Cirugía Estética perteneciente a un prestigioso Instituto Médico de Barcelona que solicitaban un amplio rango de intervenciones de cirugía estética como consecuencia de su insatisfacción con diferentes aspectos de su imagen corporal que abarcaban las que son clásicamente objeto de dichas operaciones.

Instrumentos

En este trabajo se aplicó la versión española del MBSRQ, que se considera el más completo y multidimensional dicho cuestionario (véase Botella, Ribas y Benito, en prensa).

La estructura de la versión española adaptada y validada por nosotros mantiene los criterios de calidad en cuanto a sus propiedades psicométricas respecto a la versión original, si bien difiere en algunos aspectos formales.

En primer lugar, en la versión española emergen cuatro factores, en lugar de siete como en la versión original: (1) importancia subjetiva de la corporalidad (ISC); (2) conductas orientadas a mantener la forma física (COMF); (3) atractivo físico autoevaluado (AFA); y (4) cuidado del aspecto físico (CAF). Además, los ítems con cargas factoriales significativas en estos cuatro factores configuran un cuestionario más breve que el original. Así, si bien el original se componía de 69 ítems, la versión española se reduce a 45. Esto hace además que la versión española conste sólo de dos partes diferenciadas entre sí (no de tres como el original); una referida a evaluación general de la imagen corporal y otra a la evaluación del grado de satisfacción con varias áreas corporales por separado. La evaluación del peso corporal por separado (tal como aparece en el cuestionario original) no resultó cumplir los criterios de calidad psicométrica exigibles en la versión española.

En cuanto a los criterios de calidad de las propiedades psicométricas de la versión española del MBSRQ utilizada en este trabajo, son los siguientes:

- Fiabilidad global (consistencia interna)=0,884.
- Fiabilidad del factor ISC=0,940.
- Fiabilidad del factor COMF=0,807.
- Fiabilidad del factor CAF=0,709.
- Fiabilidad del factor AFA=0,842.
- Validez predictiva (diferencias estudiantes-pacientes)=Diferencias estadísticamente significativas en todos los factores excepto en el COMF.

- Validez predictiva (diferencias pre-post cirugía estética)=Diferencias estadísticamente significativas en el factor AFA.

Procedimiento

El cuestionario se administró por primera vez en el momento en que se evaluó la demanda quirúrgica de los pacientes y se volvió a administrar, tras haberse sometido a la operación de cirugía estética de la que se tratase, después del período necesario para que los efectos de la cirugía fuesen evidentes (entre 4 y 6 meses).

RESULTADOS

El análisis de los agrupamientos de los resultados de los pacientes en la combinación de los factores del MBSRQ reveló los siguientes patrones:

Perfil A (32% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una elevada importancia subjetiva a la corporalidad y (2) combinación elevada de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

Perfil B (18% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una elevada importancia subjetiva a la corporalidad y (2) combinación baja de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

Perfil C (18% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una reducida importancia subjetiva a la corporalidad y (2) combinación elevada de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

Perfil D (32% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una reducida importancia subjetiva de la corporalidad y (2) combinación baja de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

EJEMPLOS DE CASO Y ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

El tipo de paciente que hemos descrito como Perfil A, se podría identificar también como “preocupado/a, satisfecho/a y cuidado/a”. Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: “Me preocupa el físico, me gusta y me cuido”. Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por encima de la media a la preocupación por su aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Además de darle mayor importancia a estos aspectos, también lleva a cabo más conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su

aspecto por encima de la media y evalúa su atractivo físico también por encima de dicha media.

Es el caso, por ejemplo, de Angélica, una paciente de 55 años que solicitaba terapia porque, a pesar de su excelente aspecto físico, propio de alguien de 10 años menos, empezaba a acusar el paso del tiempo en pequeños detalles, algunos de los cuales corregía sistemáticamente mediante cirugía. Sin embargo, otros más subjetivos tales como “sentir que envejecía”, tal como ella comentaba, eran menos asequibles a una corrección puramente quirúrgica. Precisamente por la gran importancia que atribuía a su imagen corporal, que en su caso constituía un subsistema de constructos nucleares, la invalidación incipiente que anticipaba la hacía sentir presa de la ansiedad y el sentimiento de amenaza a su autoestima. Además, su reciente divorcio y el hecho de que se debiera a que su ex marido había iniciado una relación con su secretaria (20 años más joven que ella) contribuía marcadamente a su sensación de invalidación masiva e inminente.

La terapia con Angélica requirió un trabajo creativo de elaboración activa de la construcción personal de la paciente en aspectos más allá de lo exclusivamente corporal—aunque por supuesto sin ignorar ni invalidar dicho aspecto. Concretamente, Angélica redescubrió gracias a la terapia algunos talentos y competencias que había olvidado (o más bien dejado sin cultivar en su momento). Concretamente, Angélica tenía un talento musical destacable, y una pasión por el *jazz* al menos igual de destacable. De acuerdo con su terapeuta decidió reprender una de sus aficiones: tocar el bajo eléctrico. A consecuencia de su unión a un combo de aficionados que se había formado en la escuela de música a la que asistía empezó a ampliar sus horizontes y a redescubrir muchos aspectos de su vida y de sí misma que había olvidado—entre ellos su indudable atractivo, que se le volvió a hacer evidente una vez superado el golpe para su autoestima que representó el final de la historia de su matrimonio.

El tipo de paciente que hemos descrito como Perfil B, se podría identificar también como “preocupado/a, insatisfecho/a y descuidado/a”. Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: “Me preocupa el físico pero no me gusta y no me cuido”. Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por encima de la media a la preocupación por su aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Sin embargo, a pesar de darle mayor importancia a estos aspectos, lleva a cabo menos conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su aspecto por debajo de la media y evalúa su atractivo físico también por debajo de dicha media.

Este era el caso, por ejemplo, de Bernadette. A sus 59 años aparentaba bastantes más, y a pesar de haber sido una mujer sumamente atractiva hasta hacía

tan solo 6 ó 7 años, una espiral de circunstancias adversas la había llevado a engordar casi 20 kilos, descuidarse notablemente en su aspecto externo y envejecer considerablemente, hasta el punto de que algunas amistades de hacía años no la reconocían. Dada su preocupación por el aspecto físico, su dejadez no hacía más que acentuar los episodios existenciales que la habían llevado a esa misma dejadez, en una espiral que se retroalimentaba peligrosamente. El estado de ánimo de Bernadette era deprimido, ansioso y desesperanzado. En su caso la terapia comportó el trabajo simultáneo con la prescripción de actividades que la sacasen de esa espiral de autoinvalidación recursiva y con otras que le ayudasen a recuperar su autoestima en lo corporal y su estado de salud y de bienestar anterior –concretamente la paciente empezó un régimen bajo control médico y decidió renovar su vestuario así como su imagen externa en general (peinado, cosmética, complementos). Demostrando de nuevo la íntima conexión entre imagen corporal y bienestar psicológico, y para sorpresa de quien pueda considerar tales actividades como algo simplemente superficial, Bernadette obtuvo el empuje y la fuerza para salir de su estado deprimido precisamente de la inyección de optimismo y autoeficacia que le produjo el ser capaz de perder peso y verse más atractiva y cuidada al cambiar su imagen externa.

El tipo de paciente que hemos descrito como Perfil C, se podría identificar también como “despreocupado/a, satisfecho/a y cuidado/a”. Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: “No me preocupa el físico pero me gusta y me cuido”. Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por debajo de la media a la preocupación por su aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Sin embargo, a pesar de darle menor importancia a estos aspectos, lleva a cabo más conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su aspecto por encima de la media y evalúa su atractivo físico también por encima de dicha media.

Este tipo de pacientes en psicoterapia no plantean especiales problemas desde el punto de vista de imagen corporal, dado que para ellos no suele constituir un aspecto nuclear de su identidad. Eso hace que sus demandas sean mucho más centradas en aspectos propiamente psicológicos o relacionales que corporales, y que su capacidad para reconstruir los aspectos de su imagen corporal que puedan haber sido invalidados por su experiencia sea considerable.

Finalmente, el tipo de paciente que hemos descrito como Perfil D, se podría identificar también como “despreocupado/a, insatisfecho/a y descuidado/a”. Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: “No me preocupa el físico, no me gusta y no me cuido”. Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por debajo de la media a la preocupación por su aspecto físico, las

conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Además de darle menor importancia a estos aspectos, lleva a cabo menos conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su aspecto por debajo de la media y evalúa su atractivo físico también por debajo de dicha media.

En los casos en que este tipo de pacientes plantea una demanda psicoterapéutica resulta interesante analizar hasta qué punto su supuesta despreocupación responde a una posición existencial asumida o a una defensa contra la invalidación social debida a algún aspecto de su imagen corporal. Este era el caso, por ejemplo, de Dunia, una estudiante de bellas artes de 35 años que consultaba por problemas de ansiedad y depresión. Su aspecto externo era francamente descuidado y anticonvencional, hasta el punto de llamar la atención, pero según ella eso no le importaba. Sin embargo, durante la terapia se hizo evidente que esa imagen externa le dificultaba el acceso a determinadas relaciones que le interesaban, así como que centraba la atención de los demás en ella hasta al punto de hacerla sentir incómoda. Dunia se definía como muy tímida, y eso chocaba con la situación en la que se encontraba muy a menudo siendo el centro de atención. Una vez aclarado el dilema implicativo de Dunia que comportaba la paradoja de que para querer pasar desapercibida tuviese que llamar la atención se pudo avanzar significativamente en esta dirección con ella en terapia.

En resumen, los argumentos principales de este artículo radican en la necesidad de considerar los aspectos vinculados a la corporalidad de los pacientes en psicoterapia como algo más que puramente estéticos y de incluirlos como parte del tratamiento psicoterapéutico siempre que se considere conveniente. En la sociedad en que vivimos la imagen corporal ha llegado a ocupar un papel lo bastante preponderante como para que los problemas asociados a ella comporten un nivel significativo de sufrimiento psicológico. La identificación de perfiles o sistemas de constructos de pacientes con alteraciones de la imagen corporal pueden ayudar a orientar el tratamiento más adecuado, si bien por supuesto no se puede ignorar la naturaleza fuertemente subjetiva e individual de cada uno de estos problemas en cada uno de nuestros pacientes.

Este artículo presenta los resultados de un estudio llevado a cabo para identificar los perfiles psicológicos básicos de los pacientes que solicitan cirugía estética, así como sus posibles implicaciones para el trabajo psicoterapéutico con tales pacientes.

Palabras clave: Cirugía estética, psicoterapia, perfiles psicológicos, perfiles psicológicos

Referencias bibliográficas

- BOTELLA, L., GRAÑÓ, N., GÁMIZ, M. y ABEY, M. (2008). La Presencia Ignorada del Cuerpo: Corporalidad y (re)construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 245-263.
- BOTELLA, L., RIBAS, E., y BENITO, J. (en prensa). Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la Versión Española del *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- BOTELLA, L., VELÁZQUEZ, P., y GÓMEZ, A.M. (2006). Género, cuerpo e identidad femenina: La construcción personal y social del peso corporal. En L. Botella (Comp.) *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebé.
- CASH, T.F., & PRUZINSKY, T. (Eds). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- SHILDER, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS TRANSFORMACIONES CORPORALES QUIRÚRGICAS

Maite Durán Fabré, Luís Botella

FPCEE Blanquerna

maitedf@copc.es, lluisbg@blanquerna.url.edu

The number of patients undergoing cosmetic surgery in Spain increases day by day, and is now one of the highest in Europe. Despite the high percentage of adult women patients, the number of men and adolescent women undergoing cosmetic surgery is also increasing. Requesting such physical changes is closely related to the search of a positive self and, thus, to psychological and social dimensions. The goal of this study is to approach the social construction of cosmetic surgery in order to better understand the relationship between body, psychological and social dimensions.

Keywords: Cosmetic Surgery, Self-Esteem, Self-Concept, Body Image, Social Construction.

Construcción Social de las Transformaciones Corporales Quirúrgicas

Según los datos publicados en El Economista el 13 de Julio de 2009 (<http://www.eleconomista.es/economia/noticias/202823/04/07/La-cirugia-estetica-un-gasto-corriente-para-los-espanoles.html>) España es el país europeo con mayor número de intervenciones de cirugía estética (400.000 en el último año; lo que representa más de 1.095 operaciones al día) y un gasto medio de 2.000 euros, así como el tercero en empleo de Botox. En España se gasta aproximadamente 800 millones de euros al año en intervenciones de cirugía estética. Estas cifras siguen en aumento porque las principales compañías de medicina estética esperan crecimientos superiores al 10 por ciento.

Los hombres cada vez recurren más a cirugía de párpados, abdominal y liposucciones, y dichas intervenciones representan ya un 20 por ciento del total. Sin embargo un 80% de dichas intervenciones aún corresponden a mujeres. El aumento de pecho es la intervención más solicitada del sector, con cerca de 30.000 prótesis mamarias vendidas en 2006 con fines estéticos. Además, el interés por las opera-

ciones de cirugía estética en la adolescencia va en aumento continuamente.

El número de denuncias por mala práctica aumenta también probablemente como consecuencia de que, según los datos del presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SECPRE), en España están ejerciendo entre 3.000 y 4.000 personas sin el título de especialista en cirugía plástica, reparadora y estética.

La SECPRE, diferencia esta especialidad médica en tres áreas: (1) plástica, (2) plástica y reparadora y (3) plástica estética. La cirugía plástica se ocuparía de la corrección de procesos congénitos, adquiridos, tumorales o involutivos que requieran ser reparados o repuestos y que afecten a la forma y/o función corporal. En el caso de la cirugía plástica reparadora, se procura mejorar y/o restaurar la función y el aspecto físico en aquellas lesiones que hayan sido causadas por quemaduras, enfermedades en la piel, tumores, y anomalías congénitas. En cambio, la cirugía plástica estética –objeto de este trabajo– es aquella especialidad quirúrgica que trata, en principio, con personas sanas y que pretende corregir alteraciones en la norma estética para obtener una mayor armonía facial y/o corporal o bien aquellas alteraciones producidas por el propio proceso de envejecimiento.

La cirugía plástica estética forma parte de la medicina estética, cuya unidad de contenido según el libro blanco publicado por la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) es “tratar los procesos que afectan tanto a la estética y a la belleza como a su prevención, promoción y bienestar”. En consecuencia, la imagen corporal es un constructo clave en dicha práctica médica.

La noción de “imagen corporal” corresponde a un constructo complejo y multifacético que se encuentra vinculado con el autoconcepto y, consecuentemente, con la autoestima y cuya relevancia psicológica principal reside en la influencia que ejerce sobre la calidad de vida (Cash y Pruzinsky, 1990).

Según la clásica definición de Schilder (1935), la imagen corporal (IC) es “la imagen que forma nuestra mente del propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Slade (1988) va más allá y afirma que hablar de imagen corporal es hablar del “cómo nos vemos” y “cómo creemos que nos ven”. Cash y Pruzinsky (1990) resumen varias características de la misma: (a) está formada por percepciones, cogniciones y emociones; (b) las experiencias que la conforman están unidas a los sentimientos sobre el yo; (c) se encuentra determinada socialmente; (d) es un constructo variable; (e) influye en el procesamiento de la información y (f) tiene influencia sobre la conducta.

Sarwer *et al.* (1998) sugieren que los pacientes de cirugía estética tienen en común ciertos rasgos de personalidad relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal. Dichos autores hablan de dos dimensiones: “importancia” (*valence*) y “valor” (*value*). La primera consiste en la relevancia que tiene la IC en la autoestima mientras que por valor se entiende el grado de satisfacción con la apariencia física. La interacción de ambas dimensiones determinaría la decisión de

si someterse o no a una operación quirúrgica de esta especialidad.

La hipótesis de Sarwer *et al.* (1998) coincide con los datos de algunos de nuestros estudios previos (Botella, Ribas y Benito, en revisión editorial) que comparaban el perfil de de estudiantes sin problemas conocidos de imagen corporal y pacientes sometidos a operaciones de cirugía estética. Concretamente, los estudiantes (a) otorgan significativamente menos importancia subjetiva a la corporalidad que los pacientes que solicitan ser sometidos a cirugía estética; (b) consideran su atractivo físico autoevaluado significativamente mayor que los pacientes; y (c) cuidan su aspecto físico significativamente más que ellos. Sin embargo, no hay diferencias entre ambos grupos por lo que respecta a las conductas orientadas a mantener la forma física.

En cuanto al constructo “autoconcepto”, podríamos definirlo como “conjunto de imágenes, pensamientos y/o sentimientos que un individuo tiene sobre si mismo”. En este sentido, dentro de dicho autoconcepto incluiríamos la IC.

Por lo que respecta a la definición de autoestima, de entre las decenas de ellas que se encuentran en la literatura científica, nos basamos en la ya clásica de Rosenberg (1965) desde la psicología social: resultado del proceso de autoevaluación que realiza el individuo y por lo tanto, que expresa una actitud de aprobación o desaprobación hacia uno mismo.

La relación entre los tres conceptos (imagen corporal, autoconcepto y autoestima) reside en que la decisión de si someterse o no a una intervención de cirugía estética (modificación de la imagen corporal) está basada en las implicaciones que esta acarrea para la construcción de la identidad personal (autoconcepto) y asimismo, para la satisfacción subjetiva entre el cuerpo y el *self* (autoestima).

Teniendo en cuenta esta interconexión, es imposible fragmentar lo corporal y todo lo que significa de lo psicológico. De hecho, ya en el siglo XIX, William James abordó su profundo y clásico concepto de *self* incluyendo en él un *self* “conocedor” (el yo) y un *self* conocido (el mi). Según él, el yo conocido tenía una dimensión espiritual, otra material, otra social, y otra corporal.

Algunas evidencias empíricas de esta imposibilidad son las siguientes:

- La psicopatología de la imagen corporal está basada en los trastornos del yo (Sims, 1988).
- La imagen corporal negativa está relacionada con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tales como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, vigorexia. (Toro, 1999);
- Según Cash y Pruzinsky (1990) existen toda una serie de distorsiones y problemas asociados a la imagen corporal con otras patologías psicológicas tales como: hipocondría, dismorfofobia, alucinaciones somáticas en alguna manifestación y forma de trastorno paranoide; trastornos de identidad de género, automutilaciones y autolesiones así como con otras formas menos frecuentes de trastornos de la corporalidad tales como el

síndrome de Munchausen, la adicción quirúrgica, adicción a transformaciones corporales cosméticas (tales como *piercings*, tatuajes, etc...) y la apotemnofilia (deseo obsesivo por amputar una parte del cuerpo, asociado a conductas parafilicas de excitación sexual con parejas amputadas)

- La alteración de la imagen corporal en casos de cáncer de pecho, accidentes de tráfico, u otras circunstancias traumáticas produce efectos psicológicos profundos que se pueden reconstruir como resultado de operaciones quirúrgicas.
- Algunos trastornos psicopatológicos (de hecho la mayoría de ellos) tienen repercusiones en la esfera de la corporalidad. Por ejemplo la falta de apetito sexual o desagrado de su imagen en los pacientes que padecen depresión, las disfunciones corporales en los trastornos sexuales; o las alteraciones de imagen corporal en la psicosis (Cash y Pruzinsky, 1990).
- Un nivel de autoestima bajo está asociado a un mayor grado de insatisfacción corporal (Cash, 1990)
- Las mujeres que se sienten más satisfechas con su cuerpo presentan un mayor grado de autoestima (Serrano, 2003).
- Los constructos autoconcepto/autoestima y satisfacción corporal correlacionan con la “autoexpresión” social, entendida como “la capacidad de desenvolverse de forma positiva con los demás” (Serrano, 2003).
- Entre las personas con un bajo nivel de satisfacción corporal se da una mayor incidencia de fobia social, ansiedad social y locus de control externo (Cash y Pruzinsky, 1990).

En cuanto a la vinculación entre la corporalidad y la dimensión de funcionamiento psicosocial, el estudio de Schouten (1991) confirmó que las operaciones de cirugía estética estaban motivadas por la búsqueda de un *self* positivo y que estaban vinculadas al deseo de quienes se someten a ellas de mejorar su desempeño de roles sociales, especialmente en los casos en que se producían momentos de transición de rol. Dicho proceso de adaptación del *self* sería un catalizador para asumir un nuevo rol. Schouten emplea el término “*marketing character*” para referirse a dicho aspecto de marketing de la apariencia corporal como una ventaja para las relaciones sociales. Este autor concluye que la cirugía estética podría ser un ritual de paso para restaurar la armonía en el autoconcepto personal y por lo tanto, la autoestima.

En síntesis, hay múltiples evidencias empíricas y abordajes teóricos que permiten afirmar que nuestro funcionamiento psicosocial, normal o patológico, se ve afectado no sólo por el autoconcepto sino por el grado de satisfacción e insatisfacción con el propio cuerpo, es decir de autoestima en general y de imagen corporal en particular (Serrano, 2003).

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, el objetivo de este trabajo es profundizar en el estudio de la construcción social de las operaciones de cirugía estética con la finalidad de entender mejor la compleja relación entre las dimensiones psicoló-

gicas y corporales de los procesos psicosociales de funcionamiento humano. Para ello, y siguiendo la metodología que se describirá con detalle en el próximo apartado, se presentaron a los participantes una serie de casos prototípicos de pacientes que solicitaban someterse a cirugía estética.

Concretamente, el estudio se planteó responder a seis cuestiones de relevancia empírica y clínica –a modo de hipótesis exploratorias, dado que la falta de estudios similares a este no permitía anticipar de forma clara y definida cuáles serían los resultados previsibles.

(1) *Análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en el estudio:* la pregunta a la que el estudio pretendía responder en este punto, era, en síntesis, *con cuál de los casos prototípicos presentados se identificaban más (o menos).*

(2) *Análisis de la recomendación de someterse a la operación deseada:* en este punto el estudio pretendía responder a la pregunta de *en cuál de los casos prototípicos presentados consideraban los participantes más (o menos) recomendable la intervención quirúrgica.*

(3) *Análisis de la relación estadística entre identificación y recomendación de operarse:* en este punto la pregunta era si existía relación estadística significativa entre los resultados obtenidos en los apartados (1) y (2).

(4) *Análisis de la aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en el estudio:* la pregunta a la que el estudio pretendía responder en este punto, era, en síntesis, *cuál de los casos prototípicos presentados se aproximaba más (o menos) al yo ideal de los participantes.*

(5) *Análisis de la auto-aceptación de la cirugía estética:* en este punto el estudio pretendía responder a la pregunta de si los propios participantes en el estudio se someterían a una operación de cirugía estética.

(6) *Análisis de la correlación entre la auto-aceptación de la cirugía estética y la recomendación de someterse a la operación deseada:* en este punto la pregunta era si existía relación estadística significativa entre los resultados obtenidos en los apartados (4) y (5).

MÉTODO

Participantes

Los participantes incluidos en este estudio fueron 30 adultos de entre 22 y 44 años. El promedio de edad de la muestra fue de 30,43 años con una desviación típica de 8,43 años. La muestra estaba formada por 15 mujeres y 15 hombres, 16 de ellos estudiantes de último curso de licenciatura de una universidad de Barcelona elegidos aleatoriamente y 14 profesionales liberales con estudios universitarios también elegidos aleatoriamente de entre los participantes en un curso de formación sobre esta temática –todos ellos participaron de forma voluntaria, anónima e

informada.

Como criterios de exclusión se pidió a los miembros de este grupo que no participasen en el estudio si: (a) se habían sometido en algún momento a alguna operación de cirugía estética; (b) tenían algún problema significativo que implicase su imagen corporal (trastorno alimentario, dismorfofobia, deformaciones físicas o minusvalías); o (c) tenían intereses directos en el ámbito de la cirugía estética que pudiesen sesgar sus respuestas.

Material

Como forma de recopilar la información relevante sobre el tema objeto de estudio en este trabajo, utilizamos la Entrevista sobre Transformaciones Corporales Quirúrgicas (TCQ; Durán y Botella, 2008). La entrevista TCQ (véase Anexo 1) consiste en:

(a) Seis descripciones breves de dos hombres y cuatro mujeres que consultan sobre la adecuación o no de someterse a diferentes operaciones de cirugía estética. Tal como aparece detallado en el Anexo 1, las operaciones que solicitan son: otoplastia y trasplante capilar (caso A); lipoescultura (casos B, C, D y F), lifting facial y mejora quirúrgica de las mamas caídas (caso B); rinoplastia (caso D) y aumento de mamas (caso D y F) y mentoplastia y remodelación quirúrgica del contorno del ojo (caso E). Los motivos por los que consultan sobre la adecuación o no de dichas intervenciones son: alcanzar un mayor grado de autoestima (caso A), mantenerse joven (caso B), encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos (caso C), encajar con la imagen profesional preestablecida (caso D), trastorno de personalidad (caso E) y ajustarse a las expectativas de personas relevantes (caso F).

(b) Una Rejilla de Constructos (véase Anexo 1) que se compone, como elementos, de los seis casos descritos en el apartado anterior, más los elementos “yo” y “yo ideal”. Dichos elementos han de ser puntuados en una escala tipo Likert de 1 a 7 en cada uno de diez constructos dicotómicos que se extrajeron de entre los más comunes elicitados por una muestra de 50 voluntarios a partir de su consideración inicial de cada uno de dichos casos. En este caso se optó por estandarizar la muestra de constructos a incluir en la rejilla (en lugar de elicitarlos cada vez de nuevo con cada participante) por motivos de facilitación de la comparación estadística y para que la TCQ pudiese ser autoadministrada.

(c) Una escala tipo Likert de evaluación de la recomendación de someterse a la operación solicitada –valorada subjetivamente por los participantes entre 1 (totalmente de acuerdo) y 7 (totalmente en desacuerdo). La puntuación de dicha escala hace que sea importante tener presente que a mayor puntuación, menor nivel de recomendación .

(d) Una escala tipo Likert de auto-aceptación

de la cirugía estética. El término “auto-aceptación” se utiliza en este trabajo

para hacer referencia a la disposición personal y subjetiva de someterse uno/a mismo/a a una operación de cirugía estética. Hemos utilizado dicho término para acentuar la diferencia con lo que podría ser considerado simplemente “aceptación”, es decir, el acuerdo con la noción general de cirugía estética siempre que no se aplique a uno mismo, lo cual es diferente de lo que se está evaluando en este caso –también evaluada subjetivamente por los participantes entre 1 (totalmente de acuerdo) y 7 (totalmente en desacuerdo). También en este caso, a mayor puntuación, menor nivel de recomendación .

Procedimiento

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, para la obtención de los constructos estandarizados de la rejilla que aparece en la entrevista TCQ, se solicitó a 50 voluntarios que elicitasen todos aquellos constructos que considerasen relevantes tras la lectura de cada una de las seis descripciones de los casos presentados en dicha entrevista. De entre los más de 500 constructos así obtenidos, seleccionamos los diez que aparecieron con mayor frecuencia.

Una vez diseñada la versión definitiva de la entrevista, se contactó con los participantes incluidos en este estudio, descartando a aquellos sujetos que cumplieran alguno de los criterios de exclusión. Una vez seleccionados los participantes de la muestra definitiva y tras explicarles brevemente la finalidad de este proyecto, se les facilitó el material de la entrevista dejándoles un tiempo prudencial para que la cumplimentaran –entre 45 y 90 minutos aproximadamente.

Los datos generados por la entrevista se tabularon para su posterior análisis.

RESULTADOS

1. Referentes al análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en la RCP

En la Tabla 1 se presentan los resultados de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento “yo” y cada uno de los demás (puntuación mínima, máxima, media y desviación típica). La razón para utilizar distancias euclidianas en lugar de correlaciones es que la distribución matemática de las correlaciones reúne unas características que no permiten operar después con ellas al no reunir las condiciones de normalidad –cosa que hace imposible llevar a cabo, por ejemplo, un análisis de variancia, tal como se hizo en este estudio.

Tabla 1

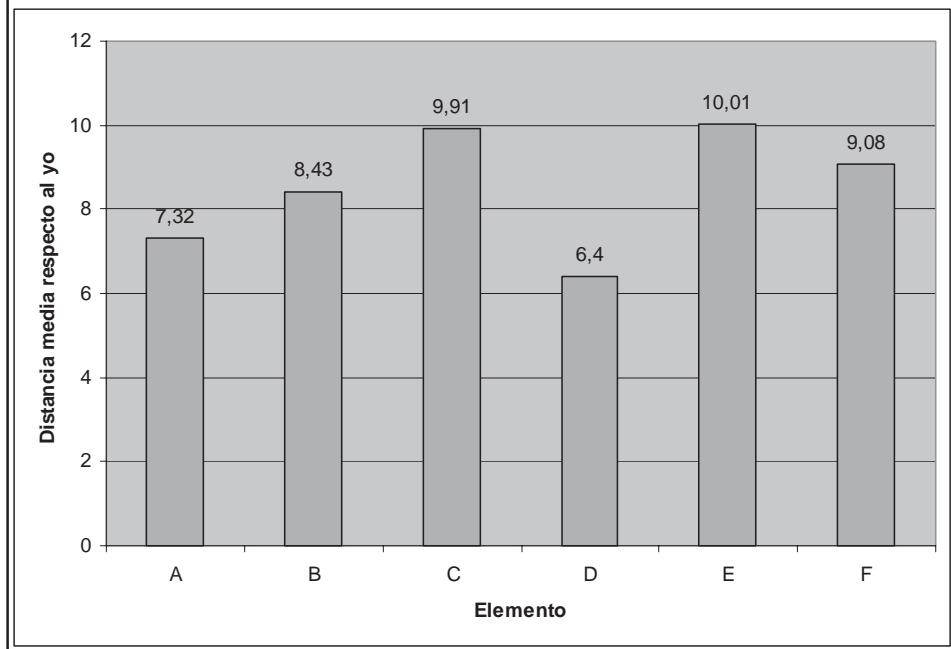
Puntuación mínima, máxima, media y desviación típica de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento “yo” y cada uno de los demás.

| Distancia del yo respecto al elemento: | Puntuación mínima | Puntuación máxima | Puntuación media | Desviación típica |
|--|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| A | 2,65 | 11,66 | 7,32 | 2,31 |
| B | 4,36 | 11,96 | 8,43 | 1,94 |
| C | 5,66 | 13,30 | 9,91 | 2,36 |
| D | 3,61 | 12,53 | 6,40 | 2,36 |
| E | 4,80 | 13,45 | 10,01 | 2,12 |
| F | 5,66 | 13,15 | 9,08 | 2,11 |

En la Figura 1 se presenta la distribución de dichas medias de distancias euclidianas de forma gráfica.

Figura 1

Distribución de las medias de las puntuaciones de las distancias euclidianas entre el elemento “yo” y cada uno de los demás.



El análisis univariante de la varianza (ANOVA) reveló que existían diferencias muy significativas ($p<0,001$) entre los diferentes grados de diferenciación de los participantes del estudio con cada uno de los casos presentados en la RCP.

Se realizó la prueba post-hoc de Tuckey para determinar la significación de dichas diferencias y ésta reveló que:

(a) La media de la diferenciación respecto al caso D ($M=6,40$; $SD=2,36$) fue significativamente menor ($p<0,001$) que la media de la diferenciación respecto al caso C ($M=9,91$; $SD=2,36$). A su vez, también fue significativamente menor ($p<0,001$) que la media de la diferenciación respecto al caso E ($M=10,01$; $SD=2,12$). Asimismo fue significativamente menor ($p<0,005$) que la media de la diferenciación respecto al caso F ($M=9,08$; $SD=2,11$).

(b) La media de la diferenciación respecto al caso A ($M=7,32$; $SD=2,31$) fue significativamente menor ($p<0,005$) que la media de la diferenciación respecto al caso C ($M=9,91$; $SD=2,36$). A su vez, también fue significativamente menor ($p<0,005$) que la media de la diferenciación respecto al caso E ($M=10,01$; $SD=2,12$).

2. Referentes a la recomendación de someterse a la operación deseada

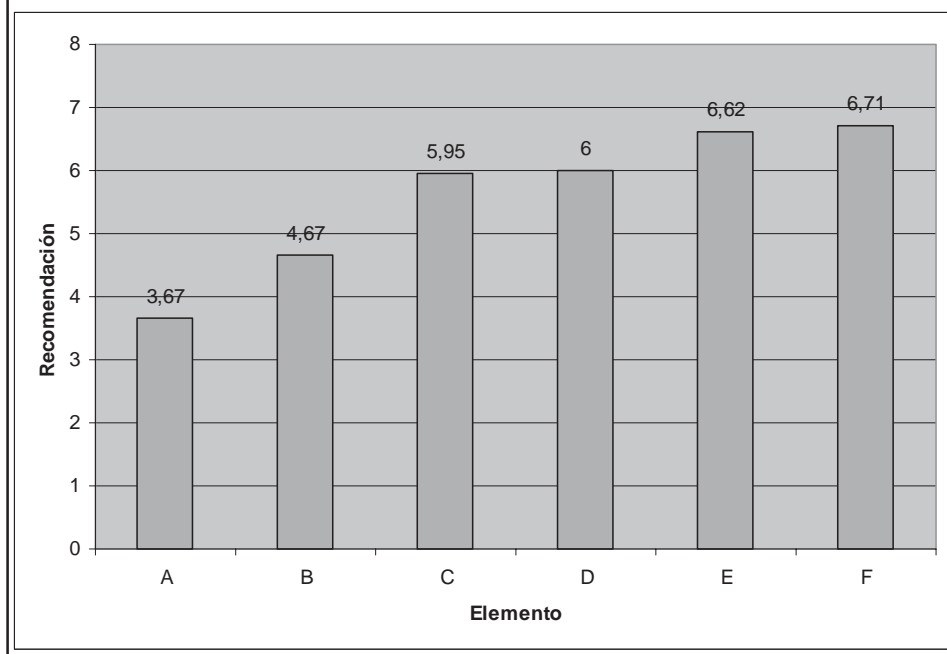
En la Tabla 2 se presentan los resultados de la distribución de las puntuaciones (mínima, máxima, media y desviación típica) que los participantes en el estudio otorgan a la pregunta de hasta qué punto consideran recomendable que cada una de las personas descritas en la RCP se someta a la operación deseada.

| Tabla 2 <i>Puntuación mínima, máxima, media y desviación típica de la distribución de la puntuación de la recomendación de someterse a la operación deseada.</i> | | | | |
|--|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Recomendación respecto al elemento: | Puntuación mínima | Puntuación máxima | Puntuación media | Desviación típica |
| A | 1 | 6 | 3,67 | 1,68 |
| B | 2 | 7 | 4,67 | 1,49 |
| C | 3 | 7 | 5,95 | 1,07 |
| D | 3 | 7 | 6 | 1,09 |
| E | 4 | 7 | 6,62 | 0,81 |
| F | 5 | 7 | 6,71 | 0,56 |

En la Figura 2 se presenta la distribución de dichas puntuaciones de forma gráfica.

Figura 2

Distribución de las medias de las puntuaciones de la recomendación de someterse a la operación deseada.



El análisis univariante de la variancia reveló que existían diferencias muy significativas ($p < 0,001$) entre los diferentes grados en que los participantes del estudio recomiendan la operación a cada uno de los casos prototípicos presentados en la Rejilla.

Concretamente, la prueba post-hoc de Tuckey para determinar la significación de dichas diferencias reveló que:

(a) La puntuación media de la inadecuación de operarse otorgada al caso prototípico A (3,67) es significativamente menor ($p < 0,001$ en todos los casos) que la otorgada a los casos C (5,95), D (6), E (6,62) y F (6,71) –téngase en cuenta que, tal como se comentó en el apartado Material, a mayor puntuación menor recomendación de operarse.

(b) La puntuación media de la inadecuación de operarse otorgada al caso prototípico B (4,67) es significativamente menor ($p = 0,08$) que la otorgada al caso D (6) e igualmente menor ($p < 0,001$) que las otorgadas a los casos E (6,62) y F (6,71).

3. Relación estadística entre identificación y recomendación de operarse

La correlación de Pearson entre la identificación con el caso prototípico y la recomendación de operarse fue positiva y altamente significativa ($r = 0,240$; $p = 0,007$), aunque más bien modesta.

4. Análisis de la aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en la RCP

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento “yo ideal” y cada uno de los demás (puntuación mínima, máxima, media y desviación típica). En la figura 3 se presenta la distribución de las medias de forma gráfica.

| Tabla 3 <i>Puntuación mínima y máxima, media y desviación típica de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento “yo ideal” y todos los demás para cada uno de los participantes.</i> | | | | |
|--|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Distancia del yo ideal respecto al elemento: | Puntuación mínima | Puntuación máxima | Puntuación media | Desviación típica |
| A | 5,20 | 13,60 | 9,83 | 2,14 |
| B | 7,48 | 14,66 | 10,74 | 1,91 |
| C | 9,38 | 16,85 | 12,67 | 1,77 |
| D | 3,46 | 13,49 | 8,49 | 2,82 |
| E | 7,62 | 15,49 | 12,34 | 2,12 |
| F | 8,66 | 16,25 | 11,80 | 2,12 |

Véase Figura 3 en página siguiente

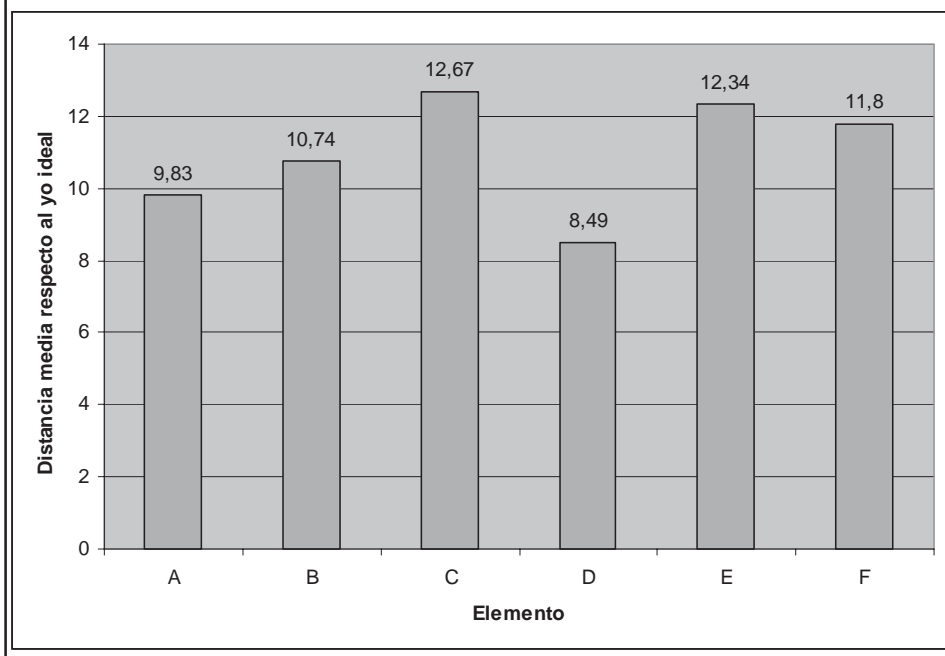
El análisis univariante de la varianza (ANOVA) reveló que existían diferencias muy significativas ($p < 0,001$) entre los grados de aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en la RCP. Se realizó la prueba post-hoc de Tuckey para determinar la significación de dichas diferencias y ésta reveló que:

(a) La media de la distancia del ideal respecto al caso A ($M=9,82$) es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso C ($M=12,67$). A su vez, también es significativamente menor ($p < 0,005$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso E ($M=12,34$).

(b) La media de la distancia del ideal respecto al caso D ($M=8,49$) es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso C ($M=12,67$). A su vez, también es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia del ideal respecto al caso E ($M=12,34$). Asimismo es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso F ($M=11,80$).

Figura 3

Distribución de las medias de las puntuaciones de las distancias euclidianas entre el elemento “yo ideal” y todos los demás para cada uno de los participantes.



5. Auto-aceptación de la cirugía estética

Los resultados de la distribución de puntuaciones al ítem “soy el tipo de persona que se haría una operación de cirugía estética” (ver Tabla 4) indicaron que la muestra estaba sesgada hacia la no auto-aceptación (subjetiva) de la cirugía estética. De hecho, las puntuaciones que indicaban un cierto grado de auto-aceptación (de 1 a 4) no llegaban a acumular ni siquiera un 50% de la distribución y la puntuación de auto-aceptación total (1) no se daba en ningún participante. Además la media estaba sesgada hacia una puntuación alta de no auto-aceptación (5,19 sobre 7) y la mediana de la distribución era un 6, que coincidía con la moda.

| Tabla 4 <i>Distribución de puntuaciones al ítem que evalúa la auto-aceptación de la cirugía estética.</i> | | | |
|---|------------|--------|-------------|
| Puntuación | Frecuencia | % | % acumulado |
| 1 | 0 | 0% | 0% |
| 2 | 2 | 6,67% | 6,67% |
| 3 | 5 | 16,67% | 23,34% |
| 4 | 3 | 10% | 33,34% |
| 5 | 6 | 20% | 53,34% |
| 6 | 10 | 33,33% | 86,67% |
| 7 | 4 | 13,33% | 100% |
| Mínima=2; Máxima=7; Media=5,19; Mediana=6; Moda=6; Desviación típica=1,5 | | | |

6. Correlación entre la auto-aceptación de la cirugía estética y la recomendación de someterse a la operación deseada

Los resultados del análisis de las correlaciones entre la auto-aceptación de la cirugía estética (para uno mismo) y la recomendación de someterse a la operación deseada (aplicada a los casos de la RCP) demuestran que ninguna de ellas fue significativa, es decir que la auto-aceptación de la cirugía estética para uno mismo no correlacionó en ningún caso con la recomendación de operarse.

| Tabla 5 <i>Correlación entre la auto-aceptación de la cirugía estética y la recomendación de someterse a la operación deseada.</i> | | |
|--|-------|----------------|
| Elemento | R | Sig. bilateral |
| A | 0,42 | 0,06 |
| B | 0,24 | 0,29 |
| C | 0,35 | 0,12 |
| D | -0,27 | 0,23 |
| E | -0,23 | 0,32 |
| F | -0,29 | 0,21 |

Discusión

Los resultados referentes al análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en la RCP muestran que la identificación promedio con el caso D fue la mayor de todos los casos presentados –dado que la puntuación de diferenciación fue la menor. No sólo la media de diferenciación fue la menor de todas, sino que fue significativamente menor que tres de las demás (C, E y F). Esto indica que los participantes de la muestra se

identificaron especialmente con alguien que se plantea someterse a una operación de cirugía estética cuando el motivo de ésta es encajar con una imagen profesional pre-establecida. Concretamente se identificaron con esta motivación mucho más que con las que consistían en plantearse la cirugía estética para (i) encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos (caso C), (ii) debido a un posible trastorno de personalidad (caso E) y/o (iii) para ajustarse a las expectativas de personas relevantes (caso F).

El siguiente caso con el que más se identifican los participantes es el A, cuya motivación para plantearse la cirugía estética consiste en alcanzar un mayor grado de autoestima. De nuevo, la identificación con este caso es significativamente mayor que con aquellos cuya motivación consiste en encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos (caso C) y/u operarse debido a un posible trastorno de personalidad (caso E).

Respecto a la recomendación de someterse a la operación deseada, los participantes en el estudio establecen diferencias significativas en su criterio. Concretamente, en los casos A (alcanzar un mayor grado de autoestima) y B (mantenerse joven) la cirugía les parece más recomendable que en los demás. En uno de los dos casos (A), este patrón coincide con la mayor identificación de los participantes discutida en el apartado anterior. Sin embargo, en el otro (caso B) no. Esto nos llevó a plantearnos dos interrogantes: (i) qué sucedía con el caso D que hacía que los participantes se identificasen con su motivación para operarse (encajar con la imagen profesional pre-establecida) pero no considerasen la cirugía recomendable; y (ii) cuál era la relación estadística entre identificación y recomendación de operarse.

La respuesta a la primera pregunta proviene probablemente de lo siguiente: los participantes en el estudio o son profesionales o lo serán de forma más o menos inminente (véase descripción de la muestra en el apartado “participantes”). Por ello es lógico que compartan el objetivo de dar una buena imagen profesional si bien no lo comparten hasta el punto de operarse para conseguir dicha imagen. Esta interpretación viene avalada por una parte por los resultados de la respuesta a la pregunta acerca de si ellos se someterían a una operación de cirugía estética que indican claramente que la muestra está sesgada hacia el no. Por otra parte, la ausencia de correlación entre la auto-aceptación y la recomendación indica que el hecho de que lo acepten o no en su caso es irrelevante a la hora de recomendárselo a los demás. Es posible que esta reticencia a someterse a cirugía estética para dar una buena imagen profesional se deba también a que los participantes de nuestra muestra pertenecen a profesiones no ligadas particularmente a la imagen física (psicólogos, economistas, abogados, educadores sociales...). Probablemente la respuesta hubiese sido diferente en caso de haber centrado el estudio en modelos o profesionales para los/las cuales la imagen es absolutamente fundamental.

Por lo que respecta a la relación estadística entre identificación y recomenda-

ción de operarse los resultados indican que efectivamente se da una correlación altamente significativa entre la identificación con el caso prototípico y la recomendación de operarse en cada caso concreto; es decir, a mayor identificación de los participantes en el estudio con el caso prototípico que estén considerando, mayor tendencia a recomendar que se opere. Esto explica parcialmente el resultado anterior, es decir, que en el caso prototípico A, que es precisamente uno de aquellos con los que más se identifican, se recomienda la operación.

La explicación de que en el caso D, a pesar de la correlación positiva significativa, los participantes se identifiquen con su motivación para operarse (encajar con la imagen profesional pre-establecida) pero no encuentren la cirugía recomendable ya ha sido discutida antes. En todo caso, que ésta constituya una “excepción” a la tendencia que marca la correlación, da aún más peso al argumento de que se trata de un caso atípico respecto al resto, probablemente debido a las características de su motivación tan ligadas a lo profesional.

Por lo que respecta a los resultados de aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en la RCP, para el caso D (encajar con la imagen profesional pre-establecida) dicha aproximación es la mayor de todas –dado que la puntuación de distancia al ideal es la menor. No sólo la media de distancia al ideal es la menor de todas, sino que es significativamente menor que en tres de los demás casos: C (encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos), E (trastorno de personalidad) y F (ajustarse a las expectativas de personas relevantes).

En orden descendente, el siguiente caso que más se aproxima al ideal de los participantes es el A, cuya motivación para someterse a cirugía estética consiste en alcanzar un mayor grado de autoestima. De nuevo, la aproximación diferencial al ideal para este caso es significativamente mayor que para aquellos cuya motivación consiste en encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos y/u operarse debido a un posible trastorno de personalidad.

Esta distribución de distancias es prácticamente idéntica a la de la distribución de las medias de las distancias euclidianas entre el elemento “yo” y todos los demás para cada uno de los participantes (es decir, la de identificación diferencial) – compárense las Figuras 1 y 3. Esta similitud se confirma con los resultados de los ANOVAs respectivos.

El hecho de que ambas distribuciones sean prácticamente idénticas (la correlación de Pearson entre ambas es de 0,66; significativa a un nivel $p < 0,01$) permite ratificar la respuesta a la pregunta que nos hacíamos a raíz de los resultados del análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en la RCP.

Concretamente, parece que el motivo de que los participantes de la muestra se identifiquen más con alguien que se plantea someterse a una operación de cirugía estética cuando el motivo de ésta es encajar con una imagen profesional pre-

establecida radica en que este caso prototípico se aproxima mucho más a su ideal que los demás; es decir, que lo encuentran más deseable. Esto no significa, tal como ya se ha comentado y como demuestran los datos, que los participantes de este estudio estén dispuestos a someterse a cirugía para conseguir dicho fin, sino literalmente que comparten esa motivación y la consideran muy próxima a su ideal. Sobre todo, se identifican con esta motivación mucho más que con las que consisten en plantearse la cirugía estética para (i) encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos, (ii) debido a un posible trastorno de personalidad y/o (iii) para ajustarse a las expectativas de personas relevantes porque estas últimas les parecen significativamente alejadas de su propio ideal.

En España, el número de operaciones de cirugía estética aumenta año tras año, situándose a la delantera de Europa. No sólo es un mercado abierto a las mujeres sino que cada vez se dan más casos de hombres y –desde hace unos años– chicas adolescentes, que demandan algún tipo de intervención relacionada con esta cirugía. El aspirar a estos cambios físicos está estrechamente vinculado con la búsqueda de un self positivo y por lo tanto, está relacionado con dimensiones tanto psicológicas como sociales. Así, el objetivo de este estudio es el abordaje de la construcción social de dichas intervenciones para poder comprender mejor la relación entre lo corporal, lo psicológico y lo social.

Palabras clave: Cirugía Estética, Autoestima, Autoconcepto, Imagen Corporal, Construcción Social.

Referencias bibliográficas

- CASH, T.F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- CASH, T.F., & PRUZINSKY, T. (Eds). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- BOTELLA, L., & DURÁN, M. (2009). *Psychotherapy, body image, and cosmetic surgery*. Poster presented at the 40th SPR International Annual Meeting. Santiago de Chile: Chile.
- SARWER, D. B.; WADDEN, T. A., PERTSCHUK, M. J., & WHITAKER, L. A. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- SERRANO, I. (Comp.) (2003). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Díaz de Santos: Barcelona.
- SIMS, A. (1988). *Symptoms in the mind*. London: Baillière Tindall.
- SCHOUTEN, J. (1991). Selves in transition: Symbolic consumption in personal rites of passage and identity construction. *Journal of Consumer Research*, 17, 412-425.
- TORO, J. (1999). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- SHILDER, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.
- SLADE, P. D. (1988). Body Image in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 20-22.

Anexo 1

ENTREVISTA SOBRE TRANSFORMACIONES CORPORALES QUIRÚRGICAS (TCQ)

(Durán y Botella, 2008)

En España, cada día se producen unas 1095 operaciones de cirugía estética, lo que supone la realización de unas 400.000 intervenciones al año.

La cirugía plástica se puede dividir en dos campos: el de la **cirugía estética o cosmética**, que sería la que se realiza para cambiar las partes del cuerpo y de la cara que no son satisfactorias para el paciente; y el de la **cirugía reconstructiva o reparadora**, que es la que se produce para reconstruir o disimular los efectos de una enfermedad, accidente o trauma.

Nosotros nos basaremos en la cirugía estética o cosmética, como por ejemplo, un aumento de pecho, una rinoplastia, etc.

A continuación, te describiremos seis situaciones de seis personas diferentes que consultan en un centro o clínica de cirugía estética.

1. Conseguir un aumento de autoestima.

Alberto es un hombre de 42 años, ejecutivo de cuentas en una empresa y siempre ha aparentado sentirse muy seguro de sí mismo. Está viviendo un momento vital delicado ya que hace un año que se divorció y, profesionalmente, ahora sería el momento idóneo para que lo hicieran socio en su empresa. Personalmente, siempre le han acompañado sus orejas, pero al tener mucho cabello, no le daba importancia a este hecho ya que quedaban ocultas. Ahora ve que empieza a quedarse calvo y se siente mal no sólo por esta pérdida progresiva de cabello, sino por el hecho de que se le nota mucho más el tamaño y la apertura de sus orejas. Cree que realizándosele una otoplastia y quizás, con un trasplante de cabello, su autoestima mejoraría y esto pudiera repercutir tanto en su vida personal – le agradecería poder rehacer su vida con otra pareja– como profesional.

2. Mantenerse joven.

Berta es una mujer de 47 años que a lo largo de su vida no ha estado muy pendiente de tener que cuidar su físico. Siempre ha sido una chica y una mujer atractiva: rubia natural, ya que su padre es de origen nórdico, ojos azules y una bonita figura. Hace ya un año que ha empezado a sentir los síntomas propios de la menopausia y, por lo tanto, ha empezado a aumentar de peso, su piel va perdiendo elasticidad, ve como cada vez más los pechos le van descendiendo, dice que la cara se le arruga y se le “descuelga” y que

cada vez tiene que hidratarla más; siente como el paso del tiempo empieza a pasarle factura. Además, hace tiempo que se casó con un hombre diez años más joven que ella. Aunque el matrimonio funciona y la diferencia de edad nunca ha sido un problema para ninguno de los dos, ahora ella empieza a ver dicha diferencia como una posible pérdida del atractivo físico por su parte y tiene miedo de que su marido se de cuenta, de repente, que se encuentra casado con una mujer “mayor”. Por dicho motivo, acude a la consulta para ver qué posibilidades de mejora le proponen; ella ha pensado en una liposucción, un lifting facial y quizás, poder subir los pechos.

3. Encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos.

Carlota es una mujer de 30 años que podríamos decir, pertenece a una clase social media-alta. No trabaja y, recientemente, ha sido madre de una niña. El parto fue difícil y además, engordó mucho durante el embarazo. Cada día acude –al igual que todas sus amigas– a un gimnasio para cuidarse y ponerse en forma. Se trata de una mujer impaciente y, según comenta, todas sus amigas “se cuidan mucho”. Teniendo en cuenta el poco tiempo que ha transcurrido desde que tuvo a la niña, dice que esto no le importa y que tendría que adelgazar más rápidamente ya que todas sus amigas se recuperaron en muy poco tiempo de los embarazos. Además, tanto ella como su marido, tienen siempre muchos compromisos sociales y comenta que tiene de cumplir con la “imagen” que se debe dar en dichas ocasiones. Por este motivo, quiere la opinión de un especialista para ver que podría hacerse para volver a disfrutar de la figura que tenía antes y, según ella, poder estar al “nivel” de los compromisos que le vayan surgiendo.

4. Encajar con la imagen profesional pre-establecida.

Diana es una chica joven, de 22 años que estudia arte dramático ya que quiere ser actriz. Le van saliendo pequeños papeles –muy pocos– y, cuando puede, para poder pagarse los estudios, hace anuncios publicitarios, normalmente por la televisión y vallas publicitarias. Hace poco entró a trabajar en una agencia nueva de modelos y, la directora, le ha comentado que tendría futuro como modelo siempre y cuando se hiciera “unos pequeños retoques” para poder encajar con la demanda del mercado. Dichos “pequeños retoques” consistirían en: una rinoplastia, aumento de pecho, liposucción en las rodillas y los tobillos. Diana no está muy convencida de dar este paso pero necesita el dinero para poder seguir pagando sus estudios y piensa que, quizás, si encaja como modelo, el paso para poder ser actriz vendrá después.

5. Trastornos de personalidad.

Ethan es un hombre de 30 años, homosexual, físicamente atractivo, y, desde los 21 (edad en que dejó sus estudios), ha trabajado en distintas tiendas de ropa como “*personal shopper*”. Siempre ha sido un hombre muy presumido, de hecho, cuando acude tanto a fiestas como a citas en donde se encuentra con amigos y más gente, cuida mucho su imagen y su físico. Incluso, cree que los demás hablan de él y que están pendientes de todo lo que él hace —la gente que lo conoce le ha dicho a menudo que esto no es cierto y que por lo tanto, no es necesario que se arregle tanto para agradar a los demás. Acude a una primera visita porque —aunque hace tiempo que se hizo una rinoplastia y una otoplastia; querría cambiarse la forma de los ojos y de la barbilla para poder tener un aire más “glamuroso”.

6. Ajustarse a las expectativas de personas relevantes.

Francesca tiene 20 años. Es una chica muy alta, delgada —excesivamente— con un cabello negro muy largo y unos ojos grandes y muy vivos. Desde hace tres años, sale con un chico y se siente muy vinculada a su familia ya que desde el primer momento, la acogieron como a una hija (ya que en su casa, con cinco hermanos, solía pasar desapercibida). Acude a la consulta porque desde hace aproximadamente un año, tanto su pareja como su futura suegra, le dicen que tiene “cartucheras” y además él le insiste en que le gustaría más si tuviera un poco más de pecho.

REJILLA

Una vez leídos los seis casos anteriores (Alberto, Berta, Carlota, Diana, Ethan y Francesca), valora como ves a cada uno de ellos según los constructos que figuran en la rejilla.

Verás que, a tu izquierda, hay dos constructos, por ejemplo, “Inseguro” versus “Seguro”; si crees que A (Alberto) es seguro, tendrás que marcar —según la flecha de abajo— un 5 si lo ves un poco seguro, un 6 si lo ves bastante seguro o un 7 si lo ves muy seguro. En caso de que lo encuentres “Inseguro”, sería lo mismo pero teniendo en cuenta el 1, 2 y 3. La línea azul y las puntuaciones 1-2-3 corresponden al primer constructo y la línea roja y las puntuaciones 5-6-7 corresponden al segundo; el 4 representa el punto medio (ni seguro ni inseguro).

| | A | B | C | D | E | F |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Inseguro/a – Seguro/a | | | | | | |
| Insatisfecho/a – Satisfecho/a | | | | | | |
| Atrevido/a – Prudente | | | | | | |
| Presumido/a-Vanidoso/a | | | | | | |
| Infeliz-Feliz | | | | | | |
| Valora la imagen-Valora aspectos profundos | | | | | | |
| Perfeccionista-Conformista | | | | | | |
| Inmaduro/a-Maduro/a | | | | | | |
| Influenciable-Seguro/a de si mismo/a | | | | | | |
| Acomplejado/a-Desacomplejado/a | | | | | | |



1. Mucho 2. Bastante 3. Un poco 4. Medio 5. Un poco 6. Bastante 7. Mucho

Te pedimos lo mismo que en el caso anterior, pero teniendo en cuenta el “YO”; es decir, como te ves tu mismo/a según dichos constructos. También en referencia a tu “YO IDEAL”.

| | Yo | Yo ideal |
|--|----|----------|
| Inseguro/a – Seguro/a | | |
| Insatisfecho/a – Satisfecho/a | | |
| Atrevido/da – Prudente | | |
| Presumido/da-Vanidoso/a | | |
| Infeliz/Feliz | | |
| Valora la imagen-Valora aspectos profundos | | |
| Perfeccionista-Conformista | | |
| Inmaduro/a-Maduro/a | | |
| Influenciable-Segur/a de si mismo/-a | | |
| Acomplejado/a – Desacomplejado/a | | |



1. Mucho 2. Bastante 3. Un poco 4. Medio 5. Un poco 6. Bastante 7. Mucho

Ahora, se trata de lo que piensas sobre cada uno de los seis casos. Pon la inicial del protagonista del caso en la casilla que corresponda.

¿Crees que esta persona debería hacerse la intervención?

| 1 Totalmente de acuerdo | 2 Bastante de acuerdo | 3 Un poco de acuerdo | 4 Medio | 5 Un poco en desacuerdo | 6 Bastante en desacuerdo | 7 Totalmente en desacuerdo |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

Contesta a la siguiente pregunta:

¿Soy el tipo de persona que optaría por una operación de cirugía estética?

| 1 Totalmente de acuerdo | 2 Bastante de acuerdo | 3 Un poco de acuerdo | 4 Medio | 5 Un poco en desacuerdo | 6 Bastante en desacuerdo | 7 Totalmente en desacuerdo |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN CASO DE INSATISFACCIÓN CORPORAL

Núria Grañó Solé, Diana Beriain Romera, Lluís Botella García del Cid

FPCEE/SAAP Blanquerna

Nuriags@blanquerna.url.edu, Dianabr@blanquerna.url.edu, Lluísbg@blanquerna.url.edu

This article presents a case study of body dissatisfaction symptoms accompanied by a food disorder which was approached from a narrative constructivist perspective. The work structure is as follows: firstly the case and the method used is contextualized, secondly the description of the client is provided, thirdly the conceptual framework guiding the therapist intervention is described, fourthly the challenges and the client goals are assessed, fifthly a treatment plan is formulated. Finally the course of the therapy is described and an evaluation of the results of the therapy is made.

Keywords: body dissatisfaction, narrative therapy, the family's relational dynamics and case study.

CONTEXTO DEL CASO Y MÉTODO

En este artículo analizaremos un caso de psicoterapia trabajado básicamente desde una perspectiva constructivista narrativa. En primer lugar vamos a justificar por qué hemos elegido el siguiente caso así como a describir cual fue la metodología de trabajo y el encuadre clínico.

La elección de este caso se produjo por ser representativo de un proceso psicoterapéutico en que se aplicaron distintas técnicas narrativas y cognitivas adecuadas para personas con un trastorno de la conducta alimentaria.

Para maximizar el rigor metodológico del estudio de caso se han incluido notas de las sesiones, así como ejercicios y técnicas realizadas por la cliente y se ha contado, además, con la colaboración de un grupo de supervisión. Así que la información relativa a la cliente de la que disponemos es la aportada por ella misma en las sesiones de terapia. Ésta tuvo lugar en un centro médico ambulatorio privado de Barcelona y en el proceso psicoterapéutico colaboró una nutricionista que revisaba de forma quincenal la parte nutricional.

Para garantizar el anonimato del caso se han modificado los datos de la cliente

y su familia.

LA CLIENTE

Seguidamente vamos a describir el contexto biográfico del caso de este estudio y su demanda. Anna residía en una población cercana a Barcelona con sus padres de 65 y 57 años. Cuando inició la terapia estaba a punto de cumplir 27 años y trabajaba como auxiliar de contabilidad en una cadena de hoteles de Barcelona. Tenía un hermano tres años mayor que ella que vivía con su pareja desde hacía tres años; la relación que Anna tenía con ellos era distante y no muy buena. Su madre tenía síntomas depresivos desde que a su hermano le diagnosticaron una enfermedad renal crónica, hacía unos dos años.

Hacía dos años inició su primera relación de pareja estable con Jordi de 26 años que vivía con sus padres en un pueblo de la provincia de Girona. Considera que lo único que le había hecho feliz en su vida es la relación con su novio. Tenían planes de ir a vivir juntos y en ese momento estaban buscando un piso en el pueblo de Jordi ya que él no quería moverse de allí. Anna había aceptado aun sabiendo que tendría que dejar su trabajo en Barcelona.

Según ella no tenía muchos amigos: solamente dos. Una era Silvia con quien se veía muy poco y la otra Esther con quien se había peleado dos días antes de iniciar la terapia. Tenía una buena relación con los compañeros del trabajo aunque no los consideraba amigos.

Cuando terminó el colegio, Anna empezó a estudiar los estudios de auxiliar de enfermería pero los dejó ya que no le gustaba e inició los estudios de auxiliar de contabilidad, asegurando que su trabajo actual le encanta.

Anna llama a nuestro centro pidiendo ayuda psicológica porque según ella no se siente bien porque no se gusta y se ve gorda. Su motivo de consulta era que quería ser feliz y sentirse bien consigo misma a nivel físico y psicológico. Anna había acudido con anterioridad a un centro dietético dónde una nutricionista le había propuesto hacer una dieta y comprar unos productos dietéticos para perder peso. Al cabo de tres meses Anna no había adelgazado y continuaba con su malestar por su cuerpo y decidió dejar de ir a dicho centro.

A la primera sesión acude sola y afirma que tanto su familia como su pareja no encuentran bien que acuda a un centro de psicología; es un gasto y lo único que le pasa es que está gorda y tiene que adelgazar.

MARCO CONCEPTUAL DE LA INTERVENCIÓN

La gran relevancia de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria en la actualidad está ligada a dos factores, por una parte al aumento de su incidencia en los últimos años y por otra a su compleja etiología y patogenia y su gravedad.

A continuación abordamos estos trastornos desde una perspectiva multicausal, integradora y compleja inspirada en una adaptación del modelo de Mapa Cognitivo

Borroso del Proceso de Formación y Resolución de Problemas Humanos (MCB-FRP: Botella, 2007). En este sentido, se parte de la concepción de que un trastorno psicológico se manifiesta como una combinación no lineal de Factores Predisponentes (FP) y Factores Desencadenantes (FD). Además, para mantenerse o cronificarse inhibiendo los procesos sanos y naturales de recuperación espontánea es necesario que actúen Factores de Mantenimiento (FM). La relación entre estos factores sería la siguiente:

(1) $FP + FD = \text{Problema}$

(2) $\text{Problema} + FM = \text{Cronicidad}$

Las definiciones de cada uno de estos factores son las siguientes:

Factores predisponentes. Entendemos por factores predisponentes todas aquellas variables o procesos biográficos, evolutivos y relacionales que contribuyen a aumentar la probabilidad de sufrir un trastorno. Entre los más contrastados e investigados se encuentran los siguientes: (1) relaciones familiares disfuncionales, (2) estilos de apego inseguros, (3) vulnerabilidad personal, (4) sumisión a narrativas opresivas.

Los estudios que relacionan la dinámica familiar con los pacientes con problemas de alimentación son muchos. Desde los primeros trabajos de Bruch en los años 70 hasta la actualidad varios autores que han trabajado con familias psicósomáticas afirman que la disfuncionalidad de las relaciones familiares (principalmente una comunicación perjudicada y falta de establecimiento de unos límites familiares adecuados) son factores predisponentes y de mantenimiento de los problemas alimentarios (Vandereycken, Kong y Vanderlinden, 1989; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; Minuchin, 2001; Espina, Joaristi, Ortego, y De Alda, 2003). Estos estudios derivan del Modelo Circumplejo de Olson (Olson, Russell y Sprenkle, 1983) que postula que las familias y parejas que manifiestan un equilibrio en las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación son más funcionales que las que no.

En esta línea, Botta y Dumlao (2002) analizaron como el conflicto y los patrones de comunicación entre padres e hijas pueden ser factores predisponentes de los TCAs. Estos autores destacaron que la capacidad de resolución de conflictos y la comunicación abierta entre los miembros de una familia pueden contrarrestar la aparición del TCA y que una carencia de estas capacidades puede contribuir a aumentar las conductas propias de estos trastornos.

En la misma línea son muchos los trabajos destacados que identifican las implicaciones clínicas del apego inseguro y que lo relacionan con los problemas de la alimentación (Ward, Ramsay y Treasure, 2000; Liotti, 2001; Crittenden, 2002; Diamond y Stern, 2003; Moretti y Holland, 2003; Kobak y Mandelbaum, 2003).

Estos estudios indicaban, independientemente del instrumento de evaluación empleado, que los procesos de apego en la población con TCA eran mayoritariamente inseguros. Un apego inseguro y una dinámica familiar disfuncional no promueven el proceso de individuación de los hijos en una familia, factor que también se identifica como predisponente de los problemas de alimentación (Moretti y McKay, 2000). Sin embargo, el estudio realizado por Delannes, Doyen, Cook-Darzens y Mouren (2006) no confirma la relación entre AN y apego inseguro, ni tampoco la relación entre estilo de apego y funcionamiento familiar. Otros estudios se centraron en encontrar qué aspecto de los patrones de apego inseguro tiene más relación con los TCAs, indicando que la mayor parte de las pacientes con TCA revelaban un patrón de apego ambivalente con sus madres, es decir, buscaban su proximidad y al mismo tiempo la rechazaban (Greenberg, 2001; Eckerd, 2005).

Siguiendo esta línea, un estudio realizado por Tasca, Kowal, Balfour, Ritchie, Virley, y Bissada (2006) con una muestra de mujeres con TCA sugiere que el apego inseguro puede conducir a la insatisfacción corporal (Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, Di Pasquale y Siracusano; 2006), en otras palabras, un apego inseguro puede ser un factor predisponente de estos trastornos. En conclusión, un estilo de apego inseguro así como un pobre estímulo del crecimiento personal puede conducir a baja autoestima e insatisfacción corporal, lo cual puede llevar al desencadenamiento de un TCA.

En conclusión, una comunicación abierta y clara, dicho de otra manera cooperativa, promueve un vínculo seguro, ya que los padres pueden empatizar con las necesidades de su hijo y como consecuencia responder adecuadamente a ellas (Kobak y Mandelbaum, 2003). Es evidente, que la relación que se establece entre padres e hijos está determinada por la calidad de comunicación existente entre ellos, y no es extraño que uno de los principales focos de atención de muchos terapeutas sea la comunicación. En este sentido, un vínculo seguro promueve la confianza en la relación entre padres e hijos, y como consecuencia, los sentimientos entre ambos son comunicados directamente, lo que potencia la habilidad de empatizar y abrir puertas para la negociación de los diferentes puntos de vista. En otras palabras, una buena comunicación y un vínculo seguro favorecen estas habilidades, especialmente importantes en la etapa de la adolescencia, y consecuentemente la capacidad de resolución de conflictos, tan necesaria para poder crecer como sistema vital. Por otro lado cuando los niños perciben amenazas del cuidado de sus cuidadores, características de un apego inseguro, emergen sentimientos de miedo y de cólera, ansiedad y comportamientos defensivos (Bowlby, 1973) que a menudo son expresados de manera sintomática (Kobak y Mandelbaum, 2003).

Otros estudios se han centrado en el perfil de personalidad de pacientes con un trastorno relacionado con la conducta alimentaria como factor predisponente. En la mayoría de estudios se identifica un perfil de personalidad caracterizado por la autoexigencia, inteligencia, la aceptación de normas sociales, aparente autonomía,

perfeccionismo, necesidad de aprobación externa, hipersensibilidad, rasgos ansiosos, falta de respuestas a las necesidades internas y conformismo, siendo personas con unas expectativas muy altas y con una gran necesidad de complacer a los demás a expensas de tener una autoestima muy baja (Morandé y Casas, 1997; Herscovici y Bay, 1997; Mesa, Rodríguez y Blanco; 1989). Wechselblatt, Gurnick y Simon (2000) destacan que las características de personalidad de perfeccionismo y complacencia resultan ser un alto riesgo para el desarrollo de los TCAS.

La característica de personalidad identificada en estos pacientes referente a la aceptación de normas sociales hace pensar que son más susceptibles al deseo de conseguir el canon de belleza promovido por la moda y la publicidad. En las sociedades en las cuales la falta de comida no es un problema el hecho de estar delgado es sinónimo de atractivo y éxito. Parece ser que el valor del aspecto físico se ha convertido en una “cultura” y existe un autentico bombardeo de mensajes culturales que proponen modelos y comportamientos basados en la idea de restricción, autocontrol, apariencia y modificación del propio cuerpo (Onnis, Bernardini, D’amore, Dentale, Di Gregorio, Ferilli *et al*; 2005).

En este sentido, el estudio de Botella, Velázquez y Gómez (2006) sobre las correlaciones del peso corporal en la construcción de la identidad femenina puede resultar ilustrativo en este punto. Los resultados indicaron que el constructo “gorda versus delgada” era uno de los que tenía mayor carga factorial, es decir, que la mayoría de participantes consideraban el peso corporal como un aspecto importante a la hora de atribuir características psicosociales y de identidad a las mujeres y que por tanto el discurso del peso es relevante para la formación de primeras impresiones en nuestro contexto cultural al menos en las mujeres. A partir de los resultados también se observó un discurso muy propio de nuestro contexto “las mujeres gordas como fracasadas y dejadas pero simpáticas y las mujeres delgadas como exitosas y atractivas pero menos simpáticas y sociables”.

Factores desencadenantes. Los factores desencadenantes de un problema son en general acontecimientos insidiosos, traumáticos o críticos que activan procesos de invalidación. Debido a la heterogeneidad de los problemas humanos a la que nos referíamos antes, también los factores desencadenantes pueden variar enormemente-incluso más que los propios problemas pues parece haber una tendencia humana a reaccionar a diferentes factores desencadenantes con la misma manifestación sintomática.

Factores de mantenimiento. Los factores de mantenimiento son aquellos que contribuyen a que, una vez desencadenado un problema, resulte más difícil resolverlo que perpetuarlo. Entre los factores más investigados destacan los siguientes: (1) posición respecto al cambio pre-contemplativa o contemplativa (Prochaska, 1994), es decir, negación del problema o falta de compromiso con su resolución, (2) creencias, constructos, narrativas y modelos internos incapacitantes, (3) problema egosintónico, es decir, problemas que paradójicamente contribuyen

a dar mayor coherencia a la identidad personal, y (4) coherencia relacional de la posición en que el problema sitúa al cliente.

EVALUACION DE PROBLEMAS Y METAS

En este apartado describiremos a la paciente de este estudio a partir de la evaluación que se realizó durante la primera sesión y analizaremos cuál era su demanda y sus metas terapéuticas.

Anna se consideraba una persona nerviosa, a veces demasiado tonta, con una autoestima bajísima, sencilla y bastante tolerante con los demás. Físicamente no se gustaba, se consideraba gorda y más concretamente odiaba sus piernas que le parecían desproporcionadas, por el contrario le gustaba su cara y su pelo que cuidaba especialmente. Para disimular su exceso de peso vestía siempre con ropa oscura y discreta, aunque ese tipo de ropa no era de su gusto. Anna se había medicado porque tenía varices y estaba pendiente de una operación.

Cuando tenía 13 años Anna comenta haber sufrido acoso en la escuela y un episodio de abuso sexual por parte de sus compañeros. En una excursión de final de curso unos chicos la inmovilizaron y le tocaron sus genitales.

Consideraba que la gente que le importaba le fallaba muy a menudo. En el momento que llegó a terapia Anna se sentía hipersensible, irritable, triste, impotente y con una gran inestabilidad emocional; todo ello según ella desde hacía dos años, momento que había dejado de tomarse las píldoras anticonceptivas. Cuando dejó de tomárselas aumentó en muy poco tiempo de peso, pasó de pesar 65Kg (peso en que se sentía a gusto) a pesar 90Kg (peso con el que no se siente bien). Inició varias dietas e incluso estuvo una semana sin comer nada. Consideraba que no había tenido apoyo de su familia ya que estaban todos centrados en la enfermedad de su hermano y por este motivo se sentía resentida con sus padres y con él. Como consecuencia Anna compraba su propia comida y se preparaba platos distintos a los de su familia, esto le hacía sentirse muy diferente y aumentaba su sensación de problema. Comentaba que su pareja le decía que estaba gorda y que debía adelgazar y le prohibía comer ciertos alimentos. En casa de su novio seguía la misma dinámica de comprarse y prepararse su comida ya que su novio y el resto de la familia les gustaba mucho la comida “basura” (pizza, hamburguesa...). Algunas veces, Anna había decidido comer la misma comida que ellos pero la miraban mal y les decían que no debería hacerlo, así que se sentía mejor comiendo sus verduras y pescado o carne a la plancha.

En resumen, la paciente presentaba una insatisfacción corporal con cierta distorsión de su imagen, malestar psicológico significativo y una baja autoestima. Estaba resentida con su familia por el poco apoyo que le habían ofrecido y lo único que le hacía feliz era la relación con su novio.

La evaluación de los problemas se realizó en la primera sesión mediante una entrevista semiestructurada elaborada por el mismo centro en que se desarrolló la

terapia. Con la finalidad de concretar el trabajo psicoterapéutico se exploraron los objetivos que Anna quería conseguir con la terapia, para que estos fueran realistas y hubiera un acuerdo con las dos terapeutas que llevaron el caso.

Anna expuso que su principal objetivo terapéutico era ser feliz. Este objetivo era demasiado general para poder establecer un trabajo psicológico y por este motivo las terapeutas le ayudaron a concretar unas metas preguntándole cómo sería feliz. Estos fueron los objetivos terapéuticos de Anna:

1. Disminuir de peso
2. Gustarse y quererse más
3. Mejorar la relación con sus padres y hermano

Para complementar la evaluación se le administraron dos test psicométricos de personalidad, dos cuestionarios sobre el estado de ánimo y dos sobre conductas alimentarias e imagen corporal. Seguidamente describiremos los resultados obtenidos a partir de la administración de estas pruebas.

Concretamente se le administró el **Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)** en que destacó en las escalas de personalidad clínica esquizoide y evitativa con la combinación de una puntuación alta en la escala esquizotípica de personalidad patológica, describiendo así un cuadro de personalidad de alejamiento defensivo de las relaciones sociales, surgido por el temor del rechazo posterior, una expectativa de que le rechazarán los demás, tendencia a amortiguar su hipersensibilidad interpersonal, una persistente tendencia a la depresión y la soledad, y un intenso resentimiento hacia aquellos de los que depende. En cuanto a la alta puntuación en el síndrome clínico de pensamiento psicótico, destacaríamos los pensamientos psicóticos relacionados en las problemáticas alimentarias.

En el **Cuestionario Factorial de Personalidad (16PF-5)**, destacaban una extrema puntuación en el polo bajo de asertividad que podía inducir a la cliente a pensar en los demás como desinteresados por sus necesidades, una puntuación alta en la escala de autosuficiencia, indicando una ineficiencia relativa a cooperar confortablemente con otros, así como también una alta puntuación en la escala ansiedad combinada con la baja fuerza del yo, reconociendo así la afectación por múltiple problemas.

En el **Symptom Check List-90-Revisado (SCL-90-R)**, destacó en las escalas de introversión, ansiedad y paranoia, con alta puntuación en el GSI, índice de sufrimiento y gravedad de los síntomas y PST, índice del número de síntomas.

En el **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**, obtuvo un nivel de ansiedad elevada en ambas escalas de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, por encima de puntuaciones de 75.

En el **Beck Depression Inventory (BDI)** obtuvo una puntuación de 21, indicadora de depresión moderada.

En el **Eating Disorders Inventory-III (EDI-III)** destacó en las escalas de impulso a la delgadez, insatisfacción corporal e ineffectividad y baja autoestima, lo

que evidencia su insatisfacción con su cuerpo, el deseo de adelgazar y su baja autoestima.

Después de esta sesión evaluativa se pudo hacer un análisis del caso de Anna desde la perspectiva integradora que se expuso en el apartado anterior. Como factores predisponentes del problema de Anna se identifica una dinámica familiar disfuncional caracterizada por una comunicación perjudicada entre los miembros de una familia y el patrón de apego ambivalente que ha establecido Anna con sus padres; la baja autoestima de Anna, su complacencia y perfeccionismo y el discurso social del cuerpo deseable de la sociedad dónde Anna vive. Como factores desencadenantes se destacaría el aumento de peso de la cliente después de dejar de tomar las píldoras anticonceptivas y la enfermedad de su hermano. Finalmente, como factores de mantenimiento se identificarían la no conciencia de sus factores predisponentes y desencadenantes, así como los constructos y creencias de que se ve incapaz de solucionar su problema, generados a partir de su poca confianza en sí misma, la percepción de poca ayuda familiar y la sensación de frustración de los intentos fallidos anteriores.

FORMULACIÓN DEL TRATAMIENTO

Seguidamente describiremos de forma general el plan de tratamiento de Anna. Para formularlo se partió de los objetivos acordados entre ella y las terapeutas y en este sentido se propuso a la cliente un proceso psicoterapéutico individual y de una hora a la semana y una vez cada tres semanas acudir a una nutricionista recomendada por el centro. Hubiera sido de mucha utilidad hacer algunas sesiones familiares pero se descartó la opción partiendo de la base de que tanto la familia como la pareja de Anna no la apoyaban en el proceso psicoterapéutico que había decidido iniciar.

En las sesiones de terapia se trabajaría la vulnerabilidad personal de Anna, la aceptación de su cuerpo, las narrativas opresivas del discurso social del cuerpo femenino deseado, la dinámica familiar y las relaciones de apego mediante técnicas narrativas y cognitivas. Esta inclusión partía de la idea de que estos factores son predisponentes y a la vez mantenedores de los problemas relacionados con el cuerpo y la alimentación (Botella y Grañó, 2007).

Como se ha indicado anteriormente la literatura científica indica que un perfil de personalidad caracterizado por la autoexigencia, la aceptación de normas sociales, la necesidad de aprobación externa, la aparente autonomía, el perfeccionismo y la baja autoestima son factores predisponentes de los problemas relacionados con la insatisfacción corporal y con la alimentación. La insatisfacción corporal que presentan los pacientes con TCAs está asociada con su autoestima, así que cuanto más distorsionada sea su imagen más baja será su autoestima. Partiendo de lo dicho, es importante trabajar la autoimagen y la autoestima de forma paralela durante el proceso psicoterapéutico.

La investigación revela que la influencia de los aspectos físicos de la construc-

ción personal del *self* sobre el autoconcepto en general es mucho más determinante para las mujeres que para los hombres. Esta mayor importancia es probablemente la que hace que las mujeres sean más vulnerables a experimentar dificultades psicológicas a causa de una discrepancia percibida entre su propio físico y el que la sociedad presenta como deseable. Respecto a otros aspectos de la imagen corporal (talla, forma física, características de la cara), el peso es con diferencia el factor vivido como más problemático y con una mayor contribución potencialmente negativa a la autoestima femenina.

Otro aspecto importante que no podemos obviar durante el proceso psicoterapéutico es promover el conocimiento del discurso social del cuerpo deseado ya que se puede considerar un factor predisponente y de mantenimiento de los problemas relacionados con el cuerpo y la alimentación.

En referencia a lo dicho sobre la relación entre la dinámica familiar y los TCAs es obvia la importancia del trabajo sobre las relaciones familiares en el caso de Anna, aunque entendiendo la situación familiar de la cliente el trabajo familiar se realizaría de forma individual.

La nutricionista propondría un estilo de vida saludable para Anna que le permitiera disminuir de peso ya que su IMC indicaba sobrepeso; en este sentido elaboraría una dieta hipocalórica y un plan de ejercicios así como un seguimiento de sus nuevos hábitos.

CURSO DE LA TERAPIA

En este apartado describiremos la construcción de la alianza terapéutica así como la intervención de las terapeutas (técnicas, estrategias y procedimientos) y las respuestas de Anna. Para organizar la siguiente información hemos dividido esta sección en cinco apartados, en ellos se describe cada una de las temáticas tratadas a lo largo de las 17 sesiones realizadas.

Alianza terapéutica

Una buena alianza terapéutica está considerada la variable con mayor capacidad predictiva de la mejoría del cliente (Corbella y Botella, 2004; Botella y Grañó, 2006). Una adecuada relación terapéutica requiere un buen vínculo entre terapeuta y cliente que permita un acuerdo entre metas y tareas terapéuticas, siendo un prerequisite para que se lleve a cabo un buen proceso psicoterapéutico. En este caso se tuvo una especial atención a construir la alianza terapéutica con la cliente ya que, como hemos apuntado anteriormente, Anna tenía un apego inseguro y este tipo de vínculo dificultaba el establecimiento de una buena alianza.

En este sentido, durante las primeras sesiones las terapeutas se interesaron por la vida de Anna así como por sus aficiones e intereses sin cuestionarla, facilitándole un espacio de confianza donde sus opiniones eran muy válidas, mediante una escucha activa y respetando su silencio si no quería contestar alguna pregunta. Esta

aproximación fue muy útil para establecer una buena alianza ya que Anna verbalizó en varios momentos sentirse escuchada y que no dudábamos de lo que nos explicaba ya que por parte de su familia y pareja sentía lo contrario. Anna empezó a colaborar desde el inicio, implicándose en las tareas y considerándolas útiles, lo que también contribuyó al establecimiento de la alianza. En este sentido, a lo largo del proceso terapéutico no hubo ningún hecho que evidenciara una ruptura de la alianza, al contrario la alianza fue aumentando como demostraban los cuestionarios de alianza terapéutica que se le iban administrando a lo largo de las sesiones.

En la primera sesión se le pidió como tarea una autocaracterización (ver tabla 1) que se describiera a sí misma en tercera persona, tal y como lo haría una persona que la conociera muy bien. Cuando se le explicó la tarea, Anna consideró muy difícil el hecho de describirse a sí misma. Nunca había pensado que valiera la pena saber cómo se veía, y además de la instrucción de tener que escribir desde el punto de vista de alguien que la conociera bien y la viera con buenos ojos sería difícil de cumplir; ya que no encontraría palabras bonitas para describirse.

TABLA 1: Autocaracterización

¿CÓMO ES EN TERCERA PERSONA?

Yo creo que a veces es adulta, otras en cambio es como si fuera una niña pequeña, al comportarse de esta manera parece que todo lo que le rodea no le hiciera daño. Siempre busca una segunda opinión, aunque acaba haciendo siempre lo que ella tiene pensado desde un principio.

Es demasiado confiada con la gente.

Es dulce y cariñosa con la gente que ella ve que le aporta el mismo cariño que ella da.

Es extrovertida y habladora cuando está bien con la gente que le rodea.

Es extremadamente sensible, llora enseguida y se siente mal con ella misma.

En su trabajo actual se siente muy a gusto, sobre todo con su compañera, al principio no había mucha comunicación entre ellas pero ahora sí y eso le gusta. El resto de la gente casi toda es maja y se portan bien.

Ya no se que poner más...

En la siguiente sesión, Anna trajo una hoja con una descripción pasada a ordenador, tal como se le había pedido. Se comentó dicha tarea, felicitando primeramente a Anna por su buen trabajo. De la autocaracterización se destacaron varios aspectos importantes: en cuanto a contenido, Anna se definía en función de las relaciones con los demás, dando mucha importancia a lo que la “gente” (como ella misma decía) pensaba de ella; aspecto relacionado con una baja autoestima. Y en lo que se refiere a aspectos estructurales, hay un uso considerable de adverbios de cantidad con un significado dicotómico (como por ejemplo: nunca, demasiado, muy, extremadamente, mucho...); así como una utilización del “pero” para contra-

restar los aspectos positivos que Anna indica en su descripción.

Aceptación de su cuerpo

En los pacientes con una insatisfacción corporal, como el caso de Anna, es muy importante evaluar su autoimagen para determinar si hay distorsión de la imagen corporal y la gravedad de su insatisfacción. Para realizar una buena evaluación de la autoimagen, las terapeutas se plantearon las siguientes preguntas: ¿Cómo se ve? ¿Qué piensa y siente de lo que ve? ¿Qué desea hacer o qué hace con lo que ve?

Para poder responder a la primera pregunta se le administró el test de las siluetas, que consistía en que Anna tenía que indicar con qué cuerpo se sentía identificada y cuál deseaba tener. Los resultados indicaron que Anna tenía una leve distorsión negativa de su imagen corporal y que no estaba lejos de su cuerpo ideal. La distancia entre su autoimagen e imagen ideal era óptima para estar motivada para el cambio.

Anna respondió a la segunda pregunta comentando que pensaba que en general estaba gorda y que concretamente sus piernas eran horribles y desproporcionadas. Estaba convencida que las otras personas pensaban lo mismo de ella y por este motivo tenía pocos amigos.

Respecto a la tercera pregunta Anna verbalizó que evitaba el contacto con la gente así como comer delante de otras personas. También comentó que varias veces había realizado conductas compensatorias, estado unos días en ayuno total para perder peso pero nunca había hecho conductas purgativas (vómitos, laxantes o diuréticos) o ejercicio excesivo. Verbalizó que en los días que estaba más desanimada había tenido pensamientos autolesivos con respecto a las piernas que le venían de forma automática pero que nunca los había llevado a cabo.

Para trabajar la autoimagen propusieron a Anna que aprendiera a centrarse en las partes de su cuerpo que le gustaban o que menos le disgustaban y que las resaltara con la finalidad de que no se recreara negativamente con las que no le gustaban. Esto lo tenía que hacer diariamente sin dejarse llevar por su estado de ánimo. En este sentido, Anna decidió que se iba a centrar en la parte superior de su cuerpo (cabeza y torso) que era lo que según ella menos le disgustaba. Con esta tarea Anna desvinculó su estado de ánimo de su autoimagen y al mismo tiempo a no estar tan pendiente de sus piernas que era lo que le creaba más malestar.

Para trabajar los pensamientos negativos le propusieron que hiciera un registro de sus pensamientos negativos sobre su imagen indicando cuando aparecían. Con el registro Anna se dio cuenta que estos aparecían principalmente después de las comidas o cuando se miraba en el espejo. Durante las sesiones se hacía una reestructuración cognitiva mediante la discusión sobre esos pensamientos y se buscaban pensamientos alternativos más adecuados para que Anna pudiera recurrir a ellos y así invalidar los negativos.

Estas dos tareas (centrarse en las partes que menos le disgustaban y el registro

de pensamientos) se revisaron a lo largo de todo el proceso, evidenciándose una mejoría significativa. A medida que avanzaban las sesiones Anna había automatizado la actitud de centrarse en las partes de su cuerpo que menos le disgustaban siendo el registro de pensamientos cada vez más corto y los pensamientos alternativos le aparecían de forma automática. Su malestar psicológico disminuyó significativamente, aunque los pensamientos negativos sobre sus piernas prevalecieron hasta la última sesión.

Con la finalidad de trabajar la aceptación del cuerpo se le pidió a Anna como tarea que escribiera una carta a su cuerpo para que pudiera narrar y expresar todas aquellas preocupaciones, juicios personales e insatisfacciones hacia él. De esta manera las terapeutas querían poder diferenciar y desdoblar esas dos percepciones que Anna tenía de su propia persona en aspectos generales y su exigente y distorsionada percepción corporal. Anna comentó no poder ser capaz de realizar la tarea debido a sus dificultades para dirigirse a su cuerpo. Las terapeutas decidieron utilizar una sesión para poder identificar las preguntas que tenía hacia su cuerpo con la finalidad de poner palabras a su insatisfacción y poder escribir todo aquello que le produjera rabia hacia ella misma, entre lo cual destacaba el porqué de todo aquello que le estaba pasando acompañado de su manifestación de no entender por qué su cuerpo estaba reaccionando así y la imperiosa necesidad de poder ser feliz y estar contenta consigo misma (ver tabla 2).

Al finalizar esa sesión, Anna parecía más segura a la hora de poder escribir esa carta a su cuerpo, y así lo demostró trayendo a la siguiente sesión un esquema de todo lo que había hablado con las terapeutas la sesión anterior, incluyendo la carta que se le había pedido y una pequeña descripción de cómo se había sentido al decidir escribirla.

TABLA 2: Preguntas a mi cuerpo

Hola *****,

Ni siquiera se por donde empezar, me resulta extraño escribiros un mail. La verdad es que no llevo una semana muy buena, ya que el viernes fue la despedida de una compañera y fuimos a comer fuera, no comí del todo mal, pero el sábado que me fui a Andorra con mi novio ahí si que me pasé y el domingo de llegada, como llegamos a las 16h a mi casa tenía hambre y tampoco comí del todo bien, por lo tanto llevo desde el domingo por la noche con la vocecita esa, que me dice "no comas" y me siento muy mal, esta mañana tenía nauseas, la leche me sabía mal, creo que todo lo produce esa voz... Pero bueno yo tenía que haceros un esquema sobre mi cuerpo, ¿no? No se como hacerlo... Supongo que serán las preguntas que me hago a mi misma, que me hacen sentir mal...

- ¿Porqué has reaccionado de esa manera, con unas pastillitas?
- No conozco ningún caso como tu.
- ¿Porqué has engordado tanto?

- ¿Porqué ahora te cuesta tanto perder el peso que has ganado?
- ¿Porqué no me facilitas las cosas?
- Solo pones impedimentos a mi felicidad.
- ¿Porqué me siento tan mal cuando veo una chica delgada?
- ¿Porqué no estás como todas las chicas delgadas?
- ¿Porqué me haces sufrir de esta manera?
- No me gusta sentir esto
- Quiero ser feliz, estar contenta conmigo y no me dejas.

No se si lo he planteado de la manera que vosotras queríais, pero es lo que siento dentro de mi siempre. Muchas preguntas sin respuesta.

Adeu,

Se utilizó otra sesión, en la que primeramente se la felicitó por haber sido capaz de hacerlo, a sabiendas de lo que significaba para la cliente. En la carta que Anna escribió se observa primeramente una descripción cronológica de la relación de ella con su cuerpo; en la que se diferencia constantemente la visión de debilidad que Anna tiene hacia su cuerpo por las constantes respuestas fisiológicas de que algo no iba bien, y la fortaleza que a veces demostraba pudiéndola herir con tanto ímpetu y no permitirle ser feliz. Una carta que finaliza con alguna esperanza, por pequeña que sea, de la cliente por poder volver a ser la de antes y poder estar como antes (ver tabla 3).

TABLA 3: Carta a mi cuerpo

Hola *****,

Siento no haberos mandado la carta antes, pero me ha costado mucho hacerla, no me salían las frases, en cambio las tengo todas en mi cabeza. Es una cosa que no entiendo.

A lo largo de toda mi vida he visto que eres más débil de lo que pensaba, algo frágil que se supone que tengo que cuidar más, porque me has demostrado que me puedes hacer mucho daño. Te ofrecí unas pastillas para que me dejaras más tranquila mensualmente cuando tenía la regla, pero no te gustaron y en vez de decírmelo has ido creando un daño a medida que pasaba el tiempo, un daño del que no me di cuenta, hasta pasados los años. Empezaste a crear un exceso de líquido en mi cuerpo, que no se notaba al principio, pero al final ya era imposible no verlo o notarlo, empecé a estar incómoda, me dolía todo el cuerpo, me hiciste sentir pequeña, triste, enojada, dolida... Creaste de mi hacia ti un odio, que no puedo sacar de dentro, un dolor que se nota día tras día y una tristeza que no se irá nunca. Y lo peor de todo unas ganas enormes de echar el tiempo hacia atrás y haberme pensado más de una vez el haberte dado esa medicina, pero te la di a pesar de que la gente me dijera que no era aconsejable. Y así me lo has pagado. Mis deseos de sentirme como antes son a diario y miro a la gente que me rodea con envidia, intento ser como ellos pero no me dejas, ya es demasiado tarde, ¿no? Haga lo que haga vas a negarme la felicidad.

Espero que algún día me des esperanzas para estar y ser la de antes.

Creo que esto es lo que me pedíais.

Adeu.

Alimentación

Como se ha apuntado anteriormente, le propusieron a Anna sesiones con una nutricionista cada tres semanas paralelamente con el proceso psicoterapéutico, lo que fue de gran ayuda. Anna empezó una dieta hipocalórica y saludable, y consiguió realizarla sin problemas ya que no presentaba conductas compulsivas, y además ir al gimnasio tres días a la semana haciendo un plan de ejercicios aeróbicos propuestos por el mismo. Lo que le resultó más difícil de seguir fueron las cinco comidas (porque encontraba que eran demasiadas) e ir al gimnasio ya que a Anna no le gustaba el deporte porque se sentía ridícula haciendo ejercicio.

Al inicio de cada sesión se le revisaban la realización de la dieta y del ejercicio como tareas propias del proceso psicoterapéutico. De esta forma Anna tenía un espacio para comentar cambios o preocupaciones respecto a sus nuevos hábitos y al mismo tiempo el hecho de comentarlos era un refuerzo positivo para ella.

Para hacer un trabajo interdisciplinar manteníamos contacto telefónico con la nutricionista, lo que a Anna le hacía sentir tranquila y segura, teniendo en cuenta su anterior experiencia negativa con una nutricionista.

Anna fue perdiendo peso consiguiendo llegar a 77Kg en la última sesión y cada vez se sentía más a gusto con su cuerpo aunque seguía viendo sus piernas gordas y desproporcionadas.

Narrativas opresivas del discurso social del cuerpo femenino deseado

Como se ha señalado en el apartado anterior, el cuerpo deseado es un discurso social propio de una época y de una sociedad. En este sentido dedicamos una sesión a hablar de las narrativas opresivas del discurso social que participan en la idea de que un cuerpo delgado es sinónimo de belleza y éxito. Así que salieron a relucir temas como la publicidad, la moda, las tallas de la ropa y las películas y series de televisión.

Esta sesión ayudó a Anna a identificar qué parte de su malestar era inducido por este discurso social y a no dejarse llevar por el marketing que se hacía a este respecto. Esto contribuyó al cambio de actitud que adoptó Anna respecto a su cuerpo, continuaba con el deseo de perder peso pero iba disminuyendo la idea de que veía horrible.

Dinámica relacional familiar

Después de unas diez sesiones se empezó a trabajar más intensamente con Anna la dinámica familiar y las relaciones de apego; ya que como se ha apuntado

anteriormente, son factores predisponentes de la problemática de Anna.

Las terapeutas consideraron que la familia de Anna era una familia disfuncional, ya que había una comunicación perjudicada así como también se observaba un patrón de apego inseguro entre Anna y su madre y una figura paterna ausente. Respecto a la comunicación familiar cabe destacar que no era una comunicación abierta y que el poder hablar de sentimientos, emociones y necesidades personales estaba prohibido. Por este motivo Anna nunca pudo expresar lo que sentía y pensaba respecto a su cuerpo y en consecuencia dificultó el apoyo de su familia. Este tipo de comunicación participa en la construcción de un patrón de apego inseguro-ambivalente entre Anna y su madre. La madre de Anna tenía un comportamiento intrusivo respecto a la alimentación de su hija y su manera de vestirse. Se mostraba muy exigente con que Anna debía hacer dieta y vestir colores oscuros para disimular su figura. En cambio, tenía una actitud distante respecto a los sentimientos que pudiera mostrar, en ocasiones desacreditando las opiniones de Anna. Se le propuso como tarea que describiera su rol de hija en tercera persona. En esta narrativa se puso de manifiesto la comunicación perjudicada entre Anna y sus padres a partir de la descripción de la relación distante que mantenía con su padre y la relación ambivalente con su madre: Anna indicaba que le encanta hablar con su madre dependiendo de los temas que se hablaran y que a pesar de su negativa a recibir muestras de afecto, en realidad le gustaban ya que quería mucho a sus padres (ver tabla 4).

TABLA 4: Descripción del rol de hija

| ¿CÓMO ES | COMO HIJA EN TERCERA PERSONA? |
|-----------------|--|
| | como hija es bastante seca y sin apenas conversación con sus padres. Le encanta hablar con su madre dependiendo de que temas para sentir que la escucha. Con su padre no habla tanto pero porque es un padre muy serio. Los quiere muchísimo. Lo daría todo por ellos. Cuando más se nota que los quiere es cuando tienen algún problema de salud, tipo resfriados, operaciones o están pachuchos los cuida mucho y es muy atenta con ellos. Es buena hija aunque ellos no lo vean así. No es que ayude mucho en casa porque siempre anda con mil cosas en la cabeza y no se acuerda. Pero en cuanto puede y se acuerda sí hace cosas. A veces su madre va a su cuarto y le da un beso en la parte de atrás del cuello, ella es reacia a ese beso pero en el fondo le encanta que se lo de... Porque lo hace poco. |

A mediados del curso de la terapia, tuvo lugar una situación crítica en el seno de la familia; Anna y su madre tuvieron una fuerte discusión, que desencadenó un aumento de síntomas de su problemática alimentaria. Las terapeutas consideraron este hecho como un factor que afectó negativamente al proceso terapéutico, ya que Anna se negó a hablar o a trabajar las relaciones y dinámicas familiares durante dos sesiones. Es por eso que las terapeutas consideraron que era oportuno que Anna pudiera escribir una carta a su madre en la que pudiera expresar sus sentimientos hacia ella (no necesariamente para enviársela), aunque Anna nunca la llegó a escribir por no sentirse preparada para ello. Sin embargo, el hecho de no poder dedicar estas sesiones al trabajo familiar, facilitó a que la terapia se recondujera para trabajar la sintomatología alimentaria.

Otro aspecto importante que se trabajó con Anna fue el ayudarla a dar un significado alternativo a la relación que mantenían sus padres con su hermano. Anna pudo entender que sus padres dedicaban más tiempo a su hermano porque consideraban que una enfermedad física requería más atención que un malestar psicológico, y no por un tema personal, por ser ella. Este aspecto se trabajó desde el inicio de la terapia porque se consideró uno de los factores desencadenantes del malestar psicológico de Anna.

EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO Y RESULTADO DE LA TERAPIA

En la decimoséptima sesión, las terapeutas consideraron que había una mejora significativa a nivel sintomático y a nivel relacional de Anna, aunque quedaban aspectos relevantes para conseguir sus objetivos y metas terapéuticas iniciales. En este momento del proceso terapéutico fue cuando Anna decidió abandonar la terapia debido a que se iba a vivir con su pareja en un pueblo de Girona, dónde este actualmente residía. Anna verbalizó que estaba muy contenta y satisfecha de los resultados obtenidos con la terapia, mostrando miedo a las consecuencias que podía tener el abandono de esta. Por este motivo, las terapeutas consideraron oportuno el poder derivarla a un terapeuta cercano a su nueva residencia para poder continuar con el trabajo terapéutico iniciado.

En resumen, el caso clínico analizado en este estudio parte de un punto de vista multicausal e integrador, es decir, se entiende que el TCA de la cliente se manifiesta como una combinación de unos Factores Predisponentes, unos Factores Desencadenantes y unos Factores de Mantenimiento. En este sentido, durante el proceso terapéutico se identificaron y trabajaron estos factores mediante técnicas narrativas como la autocaracterización y las cartas terapéuticas así como mediante técnicas cognitivas como el registro alimentario. En conclusión, este caso describe claramente un proceso psicoterapéutico trabajado desde una perspectiva constructivista en que se utilizaron técnicas narrativas y cognitivas adecuadas para personas con un trastorno de la conducta alimentaria.

En este artículo se presenta un estudio de caso de insatisfacción corporal acompañada de una sintomatología alimentaria que fue abordado desde una perspectiva constructivista narrativa. El trabajo incluye en primer lugar la contextualización del caso y la metodología empleada, en segundo lugar la descripción de la cliente, en tercer lugar se describe el marco conceptual que guía la intervención de las terapeutas, en cuarto lugar se evalúan la problemática y las metas de la cliente, en quinto lugar se presenta el plan de tratamiento, a continuación se describe el curso de la terapia y finalmente se realiza la evaluación de los resultados.

Palabras clave: insatisfacción corporal, terapia narrativa, dinámica relacional familiar, estudio de caso.

Referencias bibliográficas

- BOTELLA, L. (2007). Simulación de los procesos de formación y resolución de problemas humanos mediante mapas cognitivos borrosos: Aplicaciones a la psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 34-52.
- BOTELLA, L., VELÁZQUEZ, P., y GÓMEZ, A.M. (2006). Género, cuerpo e identidad femenina. En L. Botella (Comp.). *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. (pp. 411-438). Barcelona: Edebé.
- BOTELLA, L., i GRANÓ, N. (2007). *La construcció social de la feminitat*. Document no publicat.
- BOTELLA, L. i GRANÓ, N. (2006). Dimensions evolutives, neurobiològiques i clíniques dels vincles d'aferrament. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Aloma*, 18 (1), 229-238.
- BOTTA, R., & DUMLAO, R. (2002). How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health Communication*, 14(2), 199-219.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- CORBELLA C. i BOTELLA, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- CRITTENDEN, P.M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- DELANNES, S., DOYEN, C., ATTACHE, P., COOK-DARZENS, S. & MOUREN, M. (2006). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, 164(7), 565-572.
- DIAMOND, G.S. & STERN, R.S. (2003) Attachment- based family therapy for depressed adolescents. Repairing attachment failures. En S.M. Johnson & V.E. Whiffen (Eds.) *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 191-214). New York: The Guilford Press.
- ECKERD, L. (2005). The relation of attachment style and perfectionism in women with eating disorder symptomatology. *Dissertation Abstracts International*, 65, 6647. Retrieved October, 2007, from PsycINFO database.
- ESPINA, A., JOARISTI, L., ORTEGO, M.A. y DE ALDA, I.O. (2003). Trastornos alimentarios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. Un estudio exploratorio. *Estudios de Psicología*, 24 (3), 359-375.
- GREENBERG, D. (2001). Attachment themes relevant to young women with eating disorders. *Dissertation Abstracts International*, 63, 4953. Retrieved September 27, 2007, from PsycINFO database.
- HERSCOVICI, R.C. & BAY, L. (1997). Anorexia nerviosa: un abordaje integral. *Sistemas Familiares*, 3 (1), 35-42.
- KOBAC, R & MANDELBAUM, T. (2003). Caring for the caregiver. Attachment approach to assessment and treatment of child problems. En S.M. Johnson & V.E. Whiffen (Eds), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 144-164). New York: The Guilford Press.
- LIOTTI, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, 63-85.

- MESA, P., RODRÍGUEZ, J.M. y BLANCO, A. (1989). Planteamientos clínicos y modelos explicativos de la anorexia nerviosa. *Boletín de Psicología*, 25, 75-102.
- MINUCHIN, S. (2001). *Familias y terapia familiar* (4ª ed.). Barcelona: Gedisa.
- MORANDÉ, G. y CASAS, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2(3), 243-260.
- MORETTI, M.M. & HOLLAND, R. (2003) The journey of adolescence. Transitions in self within the context of attachment relationships. En S.M Johnson & V.E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 234-257). New York: The Guilford Press.
- MORETTI, M.M & MCKAY, S. (2000). *Self-discrepancy in adolescents: Parental autonomy support and self-esteem in girls*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington DC.
- OLSON, D.H., RUSSELL, C.S. & SPRENKLE, D.H. (1983). Circumplex model of marital and family systems, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- ONNIS L., BERBARDINI, M., D'AMORE, S., DENTALE, R.C., DI GREGORIO, L., FERILLI, C. et al. (2005). Cuando el tiempo está suspendido: individuo y familia en la anorexia mental. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 15, 9-24.
- PROCHASKA, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, M., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- TASCA, G., KOWAL, J., BALFOUR, L., RITCHIE, K., VIRLEY, B. & BISSADA, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors*, 7(3), 252-257.
- TROISI, A., DI LORENZO, G., ALCINI, S., NANNI, R., DIPASQUALE, C. & SIRACUSANO, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453.
- VANDEREYCKEN, W., KONG, E. & VANDERLINDEN, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. New York: PMA Publishing Corporation.
- WARD, A., RAMSAY, R., & TREASURE, J. (2000) *Attachment research in eating disorders*. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- WECHSELBLATT T, GURNICK G, SIMON R. (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: A clinical case series using grounded theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(1), 91-123.

EL CONOCIMIENTO EXPERTO DE PSICOTERAPEUTAS ESPECIALIZADOS EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Núria Grañó Solé
FPCEE/SAAP Blanquerna
Nuriags@blanquerna.url.edu

The aim of this article was to gain knowledge of expert psychotherapists in the treatment of eating disorders (ED). This was investigated through a structured interview and by systematical extraction of heuristic clinical decision-making of those psychotherapists who participated. The goal of the study was to perform an analysis of the participants' knowledge in order to promote the improvement and optimization of the psychotherapeutic process and outcome.

Keywords: expert knowledge, eating disorders, psychotherapeutic process.

Introducción

Los trabajos realizados sobre el tratamiento de los TCA demuestran repetidamente que requieren de la colaboración multidisciplinar ya que el abordaje terapéutico es necesariamente biopsicosocial porque sigue dos líneas paralelas. Por un lado se centra en normalizar la conducta alimentaria con una dieta individualizada, atender a las complicaciones médicas consecuentes de la Anorexia Nerviosa (AN), ofrecer una educación nutricional y administrar los fármacos precisos. Por otro lado, el abordaje psicoterapéutico se centra en la terapia individual, la terapia familiar, la terapia de grupo y talleres psicoeducativos (Rodríguez Cantó, 1997). Siguiendo la línea de este estudio, nos centraremos en describir los objetivos del abordaje psicoterapéutico, que se enmarcan de forma general en la psicoeducación, la modificación de la conducta, la reestructuración cognitiva, el trabajo familiar y la prevención de recaídas. En el siguiente apartado describiremos más específicamente estos objetivos.

Uno de los objetivos de la intervención psicoterapéutica es la psicoeducación que proporciona a los pacientes información sobre la sintomatología, así como

sobre sus consecuencias y riesgos con la finalidad de que aprendan a identificar sus conductas y promover la conciencia del trastorno. En este sentido, no es únicamente importante promover el conocimiento del trastorno sino también la educación nutricional, especialmente en la Bulimia Nerviosa (BN) ya que generalmente estos pacientes tienen una larga historia de dietas para controlar su peso. A menudo se sitúan en la etapa precontemplativa que se caracteriza por la negación del problema (Prochaska, 1994). Este objetivo también va dirigido a corregir las creencias irracionales sobre la comida y a establecer una dieta adecuada. La psicoeducación también tiene que abordar el conocimiento sobre la presión que ejerce el discurso social actual, promovido por los medios de comunicación, la publicidad y la moda que pueden actuar como factores de mantenimiento del trastorno (Botella, Grañó, Gámiz y col., 2009).

También es un objetivo psicoterapéutico la modificación de la conducta dirigida a identificar las conductas alimentarias problemáticas (ayuno, atracones o purgas) para establecer conductas alternativas incompatibles con las primeras y ofrecer así unas pautas alimentarias más saludables. En este sentido, es importante establecer unas metas realistas que a medida que se alcancen serán refuerzos positivos para el paciente. No debemos descuidar trabajar la resistencia al cambio o la falta de motivación ya que es un componente común en estos trastornos sobre todo en la fase inicial del tratamiento (Anguinaga, Fernández y Varo, 2000). Para ello puede ser útil seguir los criterios de Rogers: empatía, actitud de escucha, no ser directivo, aceptación del otro y atender las emociones (Miller y Rollnick, 1999).

La reestructuración cognitiva es otro de los objetivos psicoterapéuticos si bien debe posponerse en los períodos graves, al igual que los otros objetivos que vienen a continuación, es decir cuando hay complicaciones clínicas o bien cuando el peso del paciente no está normalizado. Este objetivo irá dirigido primero a promocionar que los pacientes asuman la responsabilidad del tratamiento con una actitud activa (Miller y Rollnick, 1999). También irá dirigido a modificar los pensamientos distorsionados sobre la comida y los pensamientos irracionales automáticos por pensamientos alternativos más adecuados para reducir la ansiedad, malestar respecto a la comida e insatisfacción corporal (más presente en la BN) así como a mejorar su autoestima, eliminar las emociones desadaptativas y reducir sus miedos. En el caso de la AN los pensamientos irracionales pueden estar propiciados por su perfeccionismo y en el caso de la BN por su impulsividad, características que se deberán tener en cuenta para trabajarlas. En este sentido, es importante establecer unas metas razonables y adecuadas, aunque no inalcanzablemente ideales, y aprender a mantenerse en el promedio. También son habituales las distorsiones de la imagen corporal y de las sensaciones corporales (sentirse lleno), que promueven el rechazo del cuerpo y como consecuencia el aumento de conductas alimentarias insanas (Toro, 1996).

Otro objetivo psicoterapéutico es la adquisición de estrategias de afrontamien-

to y habilidades sociales para modificar sus rituales y obsesiones con la comida, para recuperar las relaciones sociales, para afrontar los problemas cotidianos, para mejorar la expresión de sentimientos y la comunicación familiar y como consecuencia para aumentar su autoestima (Lechuga y Gámiz, 2005)

El trabajo familiar es también uno de los objetivos indispensables en el tratamiento de estos trastornos. Su finalidad reside en la modificación de la estructura familiar definiendo los límites entre los miembros de la familia para propiciar la individuación del paciente.

Y finalmente, otro objetivo psicoterapéutico que no podemos olvidar es la prevención de recaídas ya que en estos trastornos existe cierto riesgo (Cervera, 1996). Este objetivo comporta identificar factores de riesgo, establecer estrategias para afrontar estas situaciones y analizar las recaídas para prevenirlas en el futuro.

Existen varios trabajos que intentan manualizar el tratamiento de los TCAs (Garner, Vitousek y Pike, 1997 y Kleifield; Wagner y Halmi, 1996; Fairbun, 1981; Fairbun, Marcus y Wilson, 1993), pero cuando se tienen que tomar decisiones en momentos de incertidumbre los manuales resultan insuficientes, y es necesario recurrir al razonamiento de los expertos; por este motivo es interesante saber cómo razonan los expertos. Según la mayoría de estudios sobre psicología cognitiva del *conocimiento experto* este se compone de:

- (a) *Conocimiento explícito*: el saber que se puede hacer accesible a la conciencia sin demasiadas dificultades. Por ejemplo, si se le pregunta a un terapeuta que es la depresión su respuesta revelará su conocimiento experto sobre el tema en cuestión.
- (b) *Conocimiento tácito*: normas, procedimientos y estrategias que se utilizan sin ser del todo concientes. Por ejemplo, un terapeuta puede alterar su lenguaje no verbal en un momento de la terapia sin ser conciente de que el paciente empezaría a llorar.

La psicología cognitiva del conocimiento experto se ha centrado en estudiar el proceso de razonamiento de expertos en diversos ámbitos de conocimiento, partiendo de la idea que el experto piensa diferente que el novel y estudiando el razonamiento por ejemplo de ajedrecistas, físicos, camareros, psicoterapeutas y expertos en diagnóstico médico (Mahoney y Craine, 1991; Horgan, Millis, Neimeyer, 1989; Ericsson, Patel y Kintsch, 2000; Castejón, Prieto, Pérez y Gilar, 2004). Algunas de las características de los expertos en un dominio determinado más estudiadas son:

- Destacan en un dominio, área de conocimiento o actividad (Hoffman, 1998).
- Su nivel de ejecución tiene un nivel avanzado (Ericsson y Smith, 1991; Ericsson y Charness, 1994) ya que tienen un gran conocimiento sobre un tema que han aprendido con la experiencia (sabiduría cotidiana), lo cual no es sinónimo de inteligencia.

- Para el desarrollo de su experticia ha sido clave la acumulación de conocimientos y habilidades basadas en la experiencia y la práctica, no la maduración o el tiempo (Hoffman, 1998); así que se debe hablar de distintos niveles entre un novel y un experto (Schacht, 1991; Hoffman, 1998). En este sentido, un terapeuta por ejemplo puede ser experto en el tratamiento de los TCA, pero novel en el tratamiento de la ansiedad.
- Estructuran sus conocimientos a partir de esquemas organizados jerárquicamente e interrelacionados (Hoffman, 1998; Stenberg, 1999).
- Organizan mentalmente la aproximación a un problema asociándolo a patrones recurrentes que les son familiares y significativos, es decir, representan los problemas de forma abstracta lo cual les resulta más predictivo (Anderson, 1985; Schacht, 1991; Hoffman, 1998; Stenberg, 1999). Por ejemplo, un terapeuta experto puede percibir un patrón de una dinámica familiar observando una familia y un novel necesita ver varias dinámicas de la misma familia para llegar a percibir el patrón general.
- Recurren a análisis cualitativos de los problemas a partir de las asociaciones con dichos patrones; en este sentido profundizan más que los noveles que recurren a la lógica y a la normativa (Schacht, 1991) y realizan representaciones de los problemas más sofisticadas (Hoffman, 1998).
- Debido a que estas asociaciones llegan a ser automáticas su manera de procesar la información en lo que dominan es más fluida y son más rápidos en saber lo que es esencial, así que en terapia tienen más facilidad para contestar al paciente a tiempo real (Schacht, 1991; Hoffman, 1998; Stenberg, 1999).
- Para identificar estímulos utilizan términos a un nivel subordinado que posee más atributos distintivos (Chi, Feltovich y Glaser, 1981).
- Dedicar más tiempo a representar el problema que a aplicar una estrategia para la solución (Anderson, 1985; Hoffman, 1998).
- El hecho de representar el problema de forma abstracta y profundizar más en él hace que delimiten más la solución y, en este sentido, sea más precisa (Anderson, 1985; Hoffman, 1998).
- Utilizan el razonamiento abductivo en muchas situaciones, es decir, a partir del resultado son capaces de extraer los pasos que condujeron a ese resultado. En este sentido, los expertos utilizan un proceso cognitivo diferente al de los noveles (Hoffman, 1998; Stenberg, 1999).
- Poseen gran conocimiento procedimental sobre estrategias de solución de problemas (Hoffman, 1998).
- Tienen más facilidad para aprender más rápidamente sobre el tema que dominan ya que a más experticia más capacidad integradora de nuevos conocimientos de forma jerárquica (Schacht, 1991).

- Automatizan las secuencias que caracterizan sus procedimientos y por este motivo son más rápidos y eficientes (Stemberg,1999).
- Más capacidad de autorregulación, es decir, revisan continuamente sus procesos y se dan cuenta más fácilmente de sus errores (Schacht, 1991; Hoffman, 1998; Stemberg,1999).

Método

De acuerdo con los objetivos de este estudio, la muestra se compuso de 18 psicoterapeutas acreditados con una experiencia demostrable de mínimo tres años en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Para incluir las diferencias entre las distintas modalidades de tratamiento, los psicoterapeutas entrevistados trabajaban o habían trabajado en régimen ambulatorio, en régimen de centro de día y en régimen hospitalario.

En este estudio utilizamos una entrevista estructurada de seis preguntas específicamente diseñada para nuestros objetivos que fue administrada de forma individual a los participantes. En general la entrevista preguntaba a los participantes qué creían que preocupaba a los pacientes con TCA, cómo adaptaban sus terapias respondiendo a estas diferencias y como les afectaba como psicoterapeutas trabajar con pacientes con TCA. Más concretamente, la primera pregunta pedía a los participantes que identificasen los temas que aparecían con mayor frecuencia durante la terapia con este tipo de pacientes; la segunda hacía referencia a qué aspectos técnicos o de la terapia tenían que ser adaptados en la terapia; la tercera a qué diferencias hay en el proceso de cambio en los pacientes con TCA; la cuarta pedía qué consejo ofrecerían a un terapeuta principiante; la quinta si creían que el vínculo emocional terapeuta-paciente tiene la misma importancia cuando el paciente tiene un TCA; y la sexta y última pregunta cómo le afectaba trabajar con pacientes con TCAs.

A partir de la información extraída de las entrevistas, identificamos el conocimiento declarativo y el procedimental de los psicoterapeutas, es decir el conocimiento experto. Este conocimiento lo podemos clasificar en: el conocimiento explícito, es decir lo que creen que saben; el conocimiento que utilizan pero que no tienen integrado; y el tácito el que no saben que tienen.

Resultados

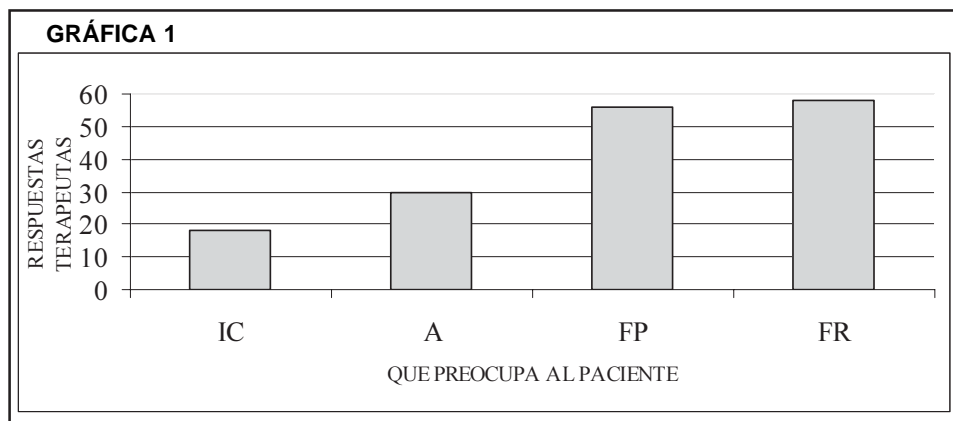
A partir de las respuestas de los terapeutas, organizamos la información para poder describir el conocimiento experto de los psicoterapeutas y poder llegar a unas conclusiones. Las respuestas de los terapeutas expertos fueron analizadas cualitativamente y se clasificaron en las siguientes categorías:

- Imagen Corporal (IC): Percepción y pensamiento de la autoimagen corporal.
- Alimentación (A): Hábitos alimentarios y conductas compensatorias.

- Funcionamiento Psicológico (FP): Autoestima y pensamientos irracionales o distorsionados.
- Funcionamiento Relacional (FR): Relaciones interpersonales familiares y sociales, habilidades sociales y asertividad.
- Formación (F)
- Trabajo en Equipo (TE)
- Apego Inseguro (AI): Cuando no se tiene una figura de referencia como una base segura, desde la cual explorar los entornos desconocidos, y hacia la cual retornar como refugio en momentos de alarma.
- Individuación (IN): Dificultades en la autonomía y límites relacionales.
- Manipulación (M): El paciente manipula al terapeuta mediante la mentira o conductas seductoras y/o complacientes.
- Baja Motivación (BM)
- Esfuerzo (E): El terapeuta tiene que esforzarse más para no entrar en las conductas manipuladoras del paciente y para motivar al paciente para continuar el proceso psicoterapéutico.
- Contaminación (C): Sobre implicación del terapeuta que le dificulta un punto de vista objetivo del caso clínico.
- Implicación (I): El terapeuta puede implicarse mucho en los distintos ámbitos de la vida del paciente.

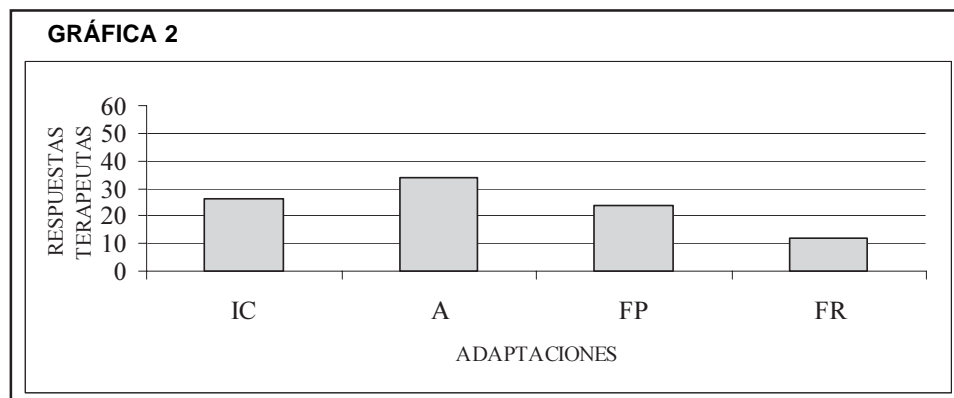
A continuación están representados los resultados gráficamente en porcentajes, de cada una de las preguntas de la entrevista.

Los resultados de la primera pregunta sugieren que los terapeutas piensan que lo que más preocupa al paciente es su funcionamiento relacional y psicológico, seguido de sus hábitos alimentarios, su imagen corporal y finalmente los problemas relacionados con el *self* o identidad.

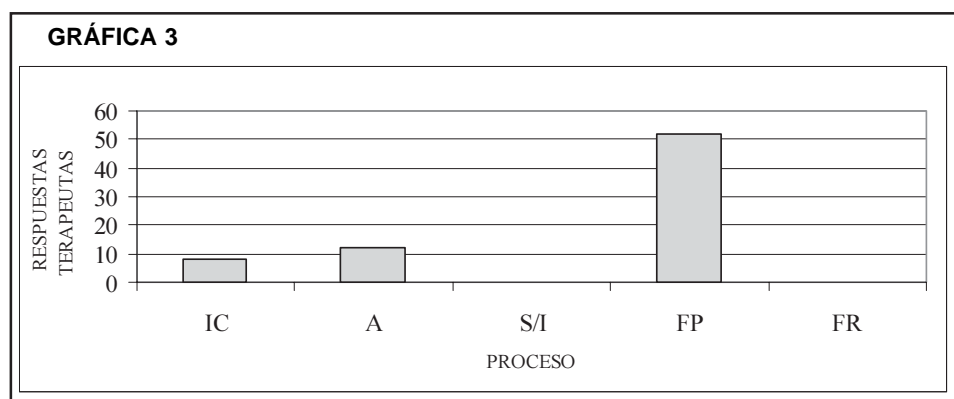


Los resultados de la segunda pregunta sugieren que las adaptaciones teóricas o técnicas que realizan los terapeutas en las terapias están relacionadas en primer

lugar con los hábitos alimentarios y la imagen corporal, seguidos del funcionamiento psicológico y finalmente el funcionamiento relacional.

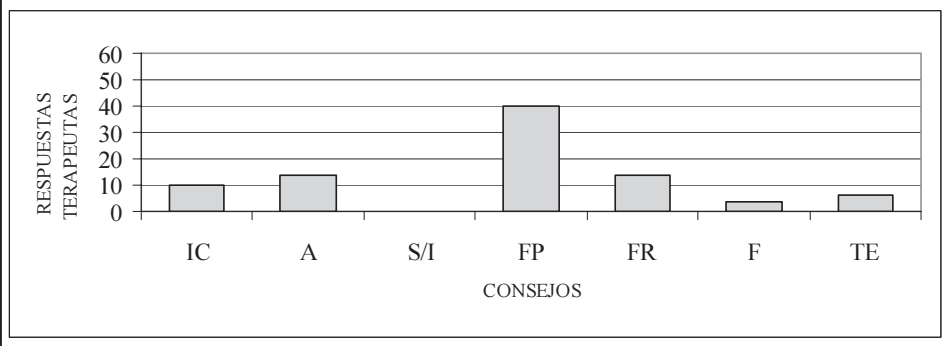


Los resultados de la tercera pregunta sugieren que los terapeutas piensan que las diferencias en el proceso de cambio se deben principalmente en el funcionamiento psicológico, seguido de los hábitos alimentarios y la imagen corporal.



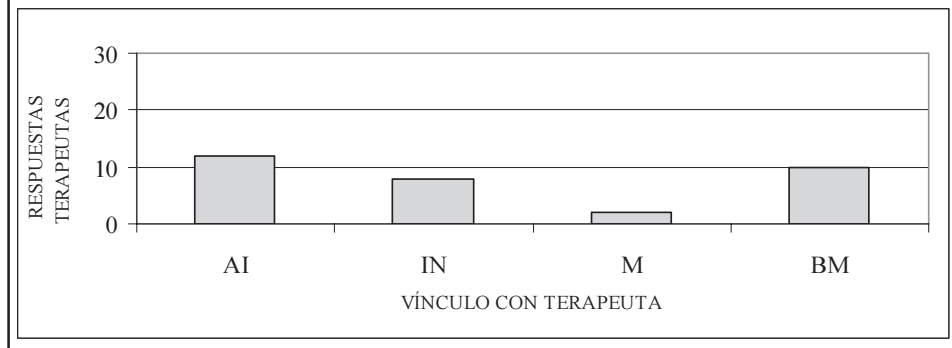
Los resultados de la cuarta pregunta sugieren que los terapeutas expertos aconsejarían a un terapeuta novel en primer lugar sobre el funcionamiento psicológico de los pacientes, seguido del funcionamiento relacional y de los hábitos alimentarios, después sobre imagen corporal y finalmente sobre la importancia del trabajo en equipo y la formación.

GRÁFICA 4



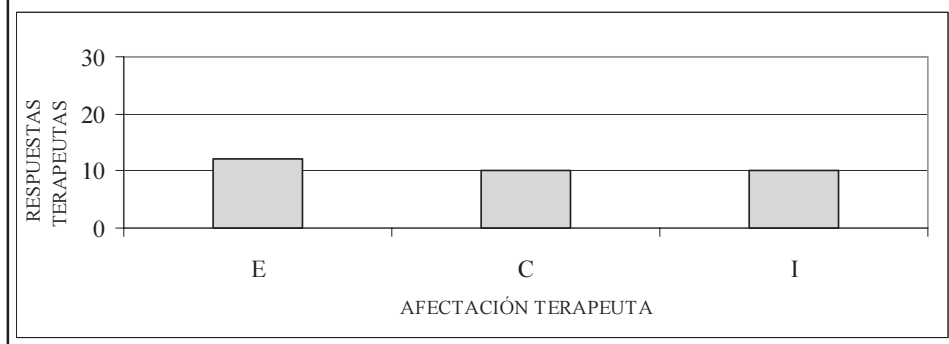
Los resultados de la quinta pregunta sugieren que respecto el vínculo terapeuta-paciente los terapeutas piensan que lo que más lo caracteriza es el apego inseguro de los pacientes, seguido de la poca motivación de estos, después su tendencia a las relaciones de dependencia y finalmente la manipulación que ejercen sobre los terapeutas.

GRÁFICA 5



Los resultados de la última pregunta sugieren que los terapeutas destacan el esfuerzo que tienen que realizar, seguido de la contaminación terapéutica y de su implicación.

GRÁFICA 6



Discusión

Según estos resultados podemos concluir que los terapeutas entrevistados expertos en TCA explicitan que en la terapia con este tipo de pacientes es importante centrarse en el funcionamiento relacional y psicológico, también hacen referencia aunque con menos énfasis a la alimentación y la imagen corporal. En este sentido el conocimiento explícito de los terapeutas coincide con los objetivos terapéuticos de la psicología cognitiva. Esta propone que la primera fase del tratamiento debe estar centrada en la psicoeducación y la modificación de conducta con el objetivo de restablecer el peso, cambiar los hábitos alimentarios y empezar a aceptar la imagen corporal; y una vez conseguidos estos objetivos se pase a la segunda fase del tratamiento dirigida a la reestructuración cognitiva, es decir a la modificación de los pensamientos distorsionados sobre el autoconcepto, la autoimagen y la alimentación. La primera fase, más centrada en los síntomas propios del TCA, requiere unas sesiones de carácter más psicoeducativo que psicoterapéutico y la segunda fase, más centrada en el funcionamiento psicológico y relacional, entra en el proceso psicoterapéutico en sí mismo. Teniendo en cuenta lo antedicho, puede que los terapeutas expertos hayan destacado los objetivos de estas dos fases del tratamiento propuestas por la psicología cognitiva y que hayan puesto énfasis en la segunda siendo de carácter más psicoterapéutico.

Esta idea también puede explicar que los terapeutas entrevistados hayan centrado su atención en el funcionamiento psicológico del paciente como indicador de proceso de cambio del paciente con TCA. En esta misma línea, los terapeutas expertos aconsejarían a los novatos en referencia al funcionamiento psicológico de los pacientes con TCA, lo que sugiere que los primeros dan mucha importancia a la reestructuración cognitiva en el trabajo con pacientes con TCA. Este resultado puede explicarse también por la misma idea anterior, es decir, que los terapeutas expertos trabajen desde la orientación cognitiva y por este motivo hayan destacado la reestructuración cognitiva, siendo esta uno de los objetivos terapéuticos de esta orientación.

Aún así, cuando a los terapeutas expertos se les pregunta por las adaptaciones que hacen en sus terapias con pacientes con TCA, es decir, cuando se explora su conocimiento tácito, se centran más en la alimentación y la imagen corporal, disminuyendo significativamente en lo que se refiere al funcionamiento relacional y psicológico. Esto se puede explicar porque probablemente los terapeutas consideren que lo que diferencia la terapia con TCA respecto a otros procesos psicoterapéuticos es la parte del proceso que se centra en el síntoma y en menor medida en la parte del proceso que se centra en la reestructuración cognitiva. En este sentido se vuelve a notar la influencia de la psicología cognitiva en las respuestas de los terapeutas entrevistados.

Esto nos hace pensar que puede que los terapeutas, en el sentido explícito no dan especial importancia en la psicoeducación y la modificación de conducta aunque si que adaptan sus terapias a estos objetivos terapéuticos, es decir forma parte de su conocimiento tácito. La psicoeducación participa en la recuperación de unos hábitos alimentarios saludables, en el reestablecimiento del peso así como en el aumento de la conciencia de enfermedad, de los factores predisponentes y de los precipitantes del TCA y como consecuencia a disminuir los factores que mantienen el trastorno. En este sentido, la psicoeducación es muy importante a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico y especialmente en la primera fase del tratamiento.

En lo que se refiere al vínculo entre paciente y terapeuta, los expertos destacan el apego inseguro de los pacientes con TCA esto coincide con la mayoría de estudios sobre este tema, que indican que, independientemente del instrumento de evaluación empleado, los procesos de apego aparecen como anormales en la población con TCA. Referente a este vínculo (paciente-terapeuta), los entrevistados coinciden con la baja motivación de estos pacientes probablemente por la baja conciencia de enfermedad y la elevada resistencia al tratamiento. Esto explicaría que los terapeutas hayan indicado el carácter manipulativo de estos pacientes, como consecuencia de lo antedicho. La baja conciencia de enfermedad y la elevada resistencia al tratamiento y el consecuente elevado riesgo de recaída también explicarían el esfuerzo que se realiza con este tipo de pacientes, destacado por los terapeutas expertos. Los entrevistados también coinciden en que es propio de este vínculo (paciente-terapeuta), la falta de autonomía de estos pacientes así como las dificultades para establecer límites interpersonales. Estas respuestas coinciden con la literatura sobre este tema que señala como uno de los factores predisponentes de los TCA, las familias con una falta de límites claros (aglutinadas/desligadas) que no promueven un adecuado proceso de individuación de sus miembros.

En lo que se refiere a la contaminación e implicación del terapeuta que trabaja con pacientes con TCA, que señalan los expertos entrevistados, probablemente se explica porque la mayoría de ellos trabajan o han trabajado en régimen hospitalario o centro de día. En este sentido, entendemos también que los terapeutas que trabajan

de forma no ambulatoria se sientan más involucrados en el tratamiento de estos pacientes y al mismo tiempo que sientan que requieren más esfuerzo para trabajar con ellos ya que la gravedad de los pacientes tratados en un hospital o en un centro de día es mayor que los tratados ambulatoriamente.

En resumen, el conocimiento explícito de los terapeutas expertos en el tratamiento de los TCAs pone de manifiesto la importancia de que en el proceso psicoterapéutico de dichos pacientes, los terapeutas se centren por un lado en trabajar el funcionamiento psicológico del paciente, es decir, la autoestima y pensamientos irracionales o distorsionados y por otro, en trabajar el funcionamiento relacional, es decir, las relaciones interpersonales familiares y sociales, las habilidades sociales y la asertividad. Así como, el conocimiento tácito de los terapeutas expertos remarca la importancia de trabajar la sintomatología alimentaria y la imagen corporal. Sus respuestas coinciden en que el establecimiento de la alianza terapéutica con estos pacientes es especialmente difícil por su tendencia al apego inseguro, por su baja conciencia de enfermedad, por su poca motivación y su alta resistencia al tratamiento, y en consecuencia la mayoría de ellos sienten que requieren más esfuerzo para realizar el tratamiento.

Este artículo pretende recopilar el conocimiento de psicoterapeutas expertos en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Con este objetivo se administra una entrevista estructurada a 18 terapeutas expertos en TCA. A partir de las respuestas se realiza un análisis de dicho conocimiento mediante una extracción sistemática de los heurísticos de toma de decisiones clínicas de dichos psicoterapeutas con la finalidad de fomentar la mejora y optimización del proceso y resultado psicoterapéutico.

Palabras clave: conocimiento experto, trastornos de la conducta alimentaria, proceso psicoterapéutico.

Referencias Bibliográficas

- ANDERSON, J.R. (1985). *Cognitive Psychology and its implications*. New York: WH Freeman.
- AGUINAGA, M.; FERNÁNDEZ L. J. y VARO J.R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, vol 32, 2:116-132
- BOTELLA, L.; GRAÑO, N.; GÁMIZ, M. y ABEY, M. (2008) La presencia ignorada del cuerpo: Corporalidad y (re) construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol XVII: 245-264.
- CASTEJÓN, J.L.; PRIETO, M.D.; PÉREZ A.M. y GILAR, R. (2004). El rol del conocimiento y las habilidades intelectuales generales en la adquisición del aprendizaje complejo. *Psicothema*, vol 16, 4.
- CERVERA, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y de la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- CHI, M; FELLOVICH, P. & GLASER, E. (1981) Categorization and representation of physics problems by experts and novices. *Cognitive Science*, vol 5:121-152.

- ERICSSON, K.A. & CHARNESS N. (1994). Expert performance: Its structure and acquisition. *American Psychologist*, vol 49: 725-742.
- ERICSSON, K.A.; PATEL, V.L. & KINTSCH, W. (2000). How experts' adaptations to representative task demands account for the expertise effect in memory recall. *Psychological Review*, vol 107: 125-133.
- ERICSSON, K.A. & SMITH, J. (1991). *Toward a general theory of expertise: prospects and limits*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- FAIRBURN, C.G. (1981) A cognitive behavioural approach to the Management of bulimia. *Psychological Medicine*, vol 11: 707-711.
- FAIRBURN, C.G., MARCUS, M.D. y WILSON, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: The Guilford Press.
- GARNER, D.M., VITOUSEK, K.M. y PIKE, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp.94-144). Nueva York: Guilford Press.
- HOFFMAN, R.R. (1998) A models of verbal/conceptual analogy. *Journal of experimental and Theoretical Artificial Intelligence*, vol 10: 259-286.
- HORGAN D., MILLIS, K. & NEIMEYER, R.A. (1989). Cognitive Reorganization and the development of chess expertise. *International Journal of Personal construct Psychology*, vol 2: 15-36.
- KLEIFIELD, E.I., WAGNER, S. y HALMI, K.A. (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol 19: 715-734.
- LECHUGA, L. y GAMIZ, N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, vol 2: 142-157.
- MAHONEY, M.J. & CRAINE, M.H. (1991). The Changing Beliefs of Psychotherapy Experts. *Journal of Psychotherapy Integration*, vol 1, 3: 207-221.
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- PROCHASKA, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, vol 13: 47-51.
- RODRÍGUEZ CANTÓ, F. (1997). *Psicoterapia de grupo en trastorno de alimentación*. Madrid: jornadas de AETCA.
- SCHACHT T.E. (1991). Can Psychotherapy Education Advance Psychotherapy Integration? A view from the Cognitive Psychology of Expertise. *Journal of Psychotherapy Integration*, vol 1, 4: 305-319.
- STEMBERG, K.J. (1999). Intelligence as developing expertise. *Contemporary Educational Psychology*, vol 24: 359-375.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.

UNA MIRADA DESDE EL ESPEJO: CONSECUENCIAS DEL ABORDAJE BIOMÉDICO DE LAS MUJERES

Elena Gismero González
Departamento de Psicología
Universidad Pontificia Comillas
Madrid

We review how women had been considered from the medical field: how has been dealt with their bodies from research, treatment of common problems with men, the medicalisation of their reproductive life cycle and their mood anger, and even their physical appearance. This peculiar gaze on women has consequences not only on their health, but also on how they see and understand themselves.

Keywords: women, health, gender biases, medicalization

El objetivo de la presente reflexión es el análisis del modo en que ciertas prácticas médicas y actitudes de los profesionales sanitarios pueden afectar la salud y la vivencia corporal de las mujeres. Trataremos de aportar algunos puntos de reflexión para el lector, moviéndonos entre las polaridades paradójicas que deben sortear las mujeres en el mundo occidental: desde el desconocimiento médico de sus procesos de enfermar a la hipermedicalización de sus procesos reproductivos y estados anímicos; desde su invisibilidad para la investigación biomédica a su posición como objetivos de mercado farmacéutico y médico-estético. Tras considerar estas cuestiones, se abren preguntas relativas a cómo ese peculiar tratamiento de la mujer, sus necesidades y formas de enfermar, e incluso la valoración médica de su estética corporal, pueden influir en la vivencia de su cuerpo y de su propia historia personal.

La invisibilidad. Las mujeres, esas desconocidas.

La calidad de la atención sanitaria que reciben las mujeres está condicionada por el desconocimiento científico sobre la historia natural de ciertas enfermedades, distinta a la de los hombres, y por diferentes tipos de enfermedades respecto a las padecidas por hombres. Como resultado, necesitan prevención, tratamiento y atención diferenciados (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Aunque las causas de muerte principales son las mismas para ambos sexos en los países desarrollados (excepto el cáncer del sistema reproductivo y de mamas en mujeres), las mujeres no han sido representadas en la investigación médica: se ha utilizado sistemáticamente a los hombres como prototipo de la población, y se han generalizado las conclusiones a las mujeres, como si su historia natural y social y sus respuestas a las enfermedades y los tratamientos pudieran ser iguales.

Hay por tanto un sesgo androcéntrico a la hora de explicar y tratar la enfermedad, un sesgo médico enmarcado en una tendencia general a considerar al hombre como la norma en todos los terrenos, incluida la salud. Un simple ejemplo: en medicina, los estudiantes estudian anatomía y fisiología, y separadamente, anatomía y fisiología femenina. El cuerpo masculino es anatomía propiamente; el femenino, algo diferente (Lawrence y Bendixen, 1992).

La investigación clínica (ensayos clínicos) ha tenido como objeto de estudio preferente —y en ocasiones exclusivo— a los hombres. La mayoría de los procesos (excepto los ginecológicos y obstétricos) se han investigado en los hombres, aplicándose después las conclusiones en la práctica clínica a las mujeres. Se asume que los factores de riesgo y los protectores para la salud son los mismos en varones y mujeres, cuando esto no es así. No todos los métodos de diagnóstico, prevención e intervención se pueden extrapolar, y hacerlo comporta invisibilizar la morbilidad y mortalidad experimental.

Hasta principios de los años 90 no se comenzó a debatir en la literatura científica sobre la exclusión sistemática de las mujeres en los ensayos clínicos. Un ejemplo muy citado es el estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud de USA que evaluaba si tomar una aspirina diaria podía ayudar a prevenir el ataque cardíaco (Physicians' Health Study Group, 1989). En este estudio participaron 22.071 personas, *todas hombres*. Y a pesar de no haberse investigado en mujeres, los resultados se consideraron aplicables tanto a hombres como a mujeres. La tendencia histórica a realizar ensayos con hombres como muestras de estudio y la extrapolación automática de los resultados a mujeres parten de la presunción errónea de igualdad entre ambos.

Con el argumento de prevenir el riesgo potencial de daño fetal se ha podido dañar a las mujeres más que protegerlas. La Food and Drug Administration (FDA) en 1977 excluía explícitamente a las mujeres en edad fértil de los ensayos. En 1993 rescindió esta prohibición, editando una guía para el estudio y evaluación de las diferencias según el sexo, y recomendando la inclusión de mujeres en un número

adecuado en todas las fases, para poder detectar diferencias clínicamente significativas. El Instituto Nacional de Salud (NHI) de Estados Unidos también recomienda en 1994 la inclusión de mujeres y minorías en la investigación. Sin embargo, ha habido pocos cambios desde entonces. Mujeres de todo el mundo siguen sufriendo los efectos de la comercialización de fármacos que no contaron con estas recomendaciones.

Para excluir a las mujeres de la investigación se argumenta que es más difícil incorporarlas a los ensayos, que abandonan más en el seguimiento, o que hay efectos confusos por los cambios hormonales y la interacción con otros tratamientos (como terapia hormonal sustitutiva o anticonceptivos). Pero precisamente estas son razones para su inclusión, ya que para prescribir un fármaco hay que saber si la respuesta al tratamiento varía según la fase menstrual, si es antes o después de la menopausia, si las terapias hormonales afectan la respuesta, si el fármaco puede influir en su fertilidad, y si ambos sexos responden diferente al mismo tratamiento. Todo ello coincide con los fines de la Ley del Medicamento Española de 1990. Otro argumento adicional para cuestionar la validez de la extrapolación de los resultados de los ensayos realizados con hombres es el hecho de que las mujeres sufren más efectos adversos que los hombres, incluso bajo el control de dosis y número de fármacos prescritos (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Además, muy pocas investigaciones tienen en cuenta indicadores de riesgo para la salud de las mujeres, de tipo *biológico* –tales como los efectos de la terapia hormonal– o de tipo *sociológico*, como las implicaciones de las condiciones de vida, en particular la violencia; la sobrecarga de trabajo y responsabilidades, su papel de cuidadoras; el estrés en la enfermedad, etc. Ello explica que haya un mayor porcentaje de mujeres que de varones agrupadas bajo el diagnóstico “síntomas y signos no específicos” (Martínez Benlloch, 2004).

Es necesario conocer qué sucede en el cuerpo de la mujer; de hecho, cuando se ha empezado a investigar específicamente en mujeres se van haciendo evidentes las diferencias: distintos efectos de un mismo producto (como la aspirina, una vez estudiada en mujeres), distintos riesgos (p.e. los antiarrítmicos cardíacos y los fármacos contra el colesterol tienen más efectos secundarios en mujeres; los antirretrovirales, los antipsicóticos, e incluso los antibióticos, añaden hormonas para que se distribuyan mejor por el organismo, y esto puede tener otros efectos adversos en las mujeres), necesidad de dosis diferentes, etc.

Existe todavía un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, sobre las enfermedades que padecen las mujeres, sus causas y el modo de prevenirlas. De hecho, el estamento médico no se había dado cuenta de que *existían diferencias en el modo de enfermar* de hombres y mujeres, que *los métodos de diagnóstico* podrían ser diferentes o que *las terapias y los fármacos actuarían de manera diferente* en las mujeres y en los hombres (Valls, 2006).

Ese desconocimiento se intensifica en el caso de enfermedades que afectan

fundamentalmente a las mujeres: por ejemplo, hasta la pasada década no se ha investigado seriamente sobre la prevalencia de las infecciones del tracto reproductivo, o la prevalencia y las consecuencias en la salud de la violencia doméstica (García-Moreno, 2002). La falta de investigación es también obvia en áreas relacionadas con la menstruación y con enfermedades crónicas que afectan desproporcionadamente a mujeres, tales como reumatismo, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.

Algunas consecuencias

La invisibilidad de la mujer en las investigaciones clínicas ha generado un desconocimiento sobre sus formas de enfermar, y por tanto una actuación terapéutica ciega en ocasiones a sus necesidades, y a menudo iatrogénica. Ello comporta consecuencias directas, tales como una peor atención en problemas comunes —que no se identifican ni diagnostican adecuadamente—, o como la atribución de determinados problemas al ámbito psicológico o psicosomático, con la consiguiente prescripción de psicofármacos.

Sesgos de género en problemas comunes entre hombres y mujeres

El esfuerzo terapéutico depende del esfuerzo diagnóstico; si no se diagnostica o no se realizan las pruebas oportunas, como mucho se tratarán los síntomas o se sobreprescribirán fármacos psicotrópicos. De hecho, hay datos que sugieren un sesgo androcéntrico a atribuir síntomas de enfermedades en mujeres a causas emocionales más que a causas físicas (Benrud y Reddy, 1998). Ya en 1981 Bernstein y sus colaboradores demostraron que el 25% de las demandas de las mujeres en atención primaria se atribuían, de entrada, a problemas psicosomáticos, frente a un 9% de las quejas de los hombres (Valls, 2006). La ciencia médica ha estudiado mejor las enfermedades agudas, predominantes entre los hombres, que las crónicas, como las causas del dolor crónico, de predominio femenino. Esta falta de conocimiento ha impedido la elaboración de protocolos de diagnóstico diferencial exhaustivo, que tengan en cuenta las más de cien enfermedades que pueden producir dolor.

Además de desconocerse muchos de los procesos de enfermar que afectan a las mujeres, el tratamiento de ciertos problemas comunes se ve resentido por su ausencia como sujetos de investigación. Por ejemplo, aunque las mujeres tengan un riesgo mayor de desarrollar ciertos problemas, como la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), se sigue diagnosticando más en hombres. Es posible que los médicos crean que son trastornos más frecuentes en los hombres, por existir históricamente una mayor incidencia, o mayor prevalencia del hábito de fumar en ellos. Tales creencias podrían llevar a subestimar el riesgo de estos trastornos en mujeres, y en consecuencia, a efectuarles menos pruebas diagnósticas. Pero un diagnóstico sesgado contribuiría a una estimación incorrecta de la prevalencia, lo que, en un círculo vicioso, llevaría a un desigual tratamiento de ambos sexos. Los

datos epidemiológicos que comparan por sexos la prevalencia y severidad de este tipo de enfermedad dependen del adecuado diagnóstico médico, que algunos estudios han cuestionado. Un estudio español, en el contexto de atención primaria, con 512 mujeres y 318 hombres, puso de manifiesto que aun cuando ambos consultan por los mismos síntomas respiratorios, *las mujeres recibían menos pruebas diagnósticas* (entre otras cosas, no se les preguntaba si fumaban; se les practicaban menos espirometrías, importantes para diagnosticar una EPOC) y acababan en un número considerablemente mayor que los hombres *sin un diagnóstico definido* (Ruiz-Cantero, Ronda y Álvarez-Dardet, 2007).

En los ataques cardíacos, una causa importante de muerte en ambos sexos, hay evidencias de un trato diferencial en función del sexo en la forma de cumplimentar los protocolos y administrar los tratamientos, y a la hora de considerar si es conveniente intervenir quirúrgicamente. Las mujeres tardan una hora más en ir a urgencias tras la aparición de los síntomas; durante el ingreso hospitalario, presentan más episodios de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico, entre otras diferencias. Sin embargo, a las mujeres ingresadas se les practican menos exámenes y pruebas diagnósticas y exploratorias, y menos técnicas de tratamiento (ver, p.e. Arbera y otros, 2006, Vaccarino, 2006, o Valls, 2006). Se ha constatado que a las mujeres el infarto agudo de miocardio se les diagnostica más tarde, se les ingresa con menor frecuencia y más gravedad, y esto eleva sus tasas de mortalidad post-infarto. Según el estudio español RESCATE, el primer infarto de miocardio en las mujeres es más grave y letal que en los hombres: tras un primer infarto, mueren el 63% de mujeres frente al 33% de hombres (Valls, 2006).

La falta de investigación sobre el modo de manifestarse las enfermedades en las mujeres conduce a sesgos que impiden valorar las diferencias en su sintomatología. Muchos estudios ponen de manifiesto que, aunque la enfermedad coronaria es la segunda causa de muerte en mujeres, con frecuencia no se detecta, ya que los factores de riesgo son distintos a los de los varones, cambian a lo largo del curso vital y cursan con distinta sintomatología. Más aún, cuando un hombre y una mujer presentan los mismos síntomas cardíacos, es más probable que los médicos atribuyan los síntomas de la mujer a otras causas psiquiátricas o no relacionadas con el trastorno (Benrud y Reddy, 1998). Y si un mismo problema se atribuye a factores biológicos o emocionales, en vez de a factores controlables –más modificables–, hay implicaciones evidentes, como poner menos énfasis en la prevención, o realizar menos pruebas diagnósticas y por tanto no prescribir el tratamiento correcto, además de generar en las mujeres (en este caso) una *menor percepción de control* de su problema y de sus hábitos de vida relacionados con él.

En definitiva, si se quiere asegurar el acceso a un tratamiento sin sesgos, no sólo se necesita más investigación sobre las condiciones de salud y enfermedad específicas de las mujeres, sino también sobre los problemas que afectan tanto a hombres como a mujeres. Deben revisarse las guías de tratamiento para que sean

sensibles a recoger las diferencias en el grado y naturaleza de los síntomas entre ambos sexos, como las que se han demostrado, por ejemplo, en la tuberculosis (Thorson y otros, 2007), el VIH (Bates y otros, 2004), o la enfermedad cardiovascular (Huxley, 2007). Tener en consideración estas diferencias es esencial para asegurar un tratamiento eficaz.

2.2. Hospitalización

Un indicador de sesgo de género sobre el que hay más información es la *mayor utilización del hospital por los hombres*. Exceptuando por causa de partos y embarazos, *los hombres son hospitalizados con más frecuencia, en todas las edades y para la mayoría de los grupos diagnósticos*. En cualquier grupo de edad, las mujeres acuden más al médico y se automedican más (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado informan que, atendiendo al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en 1999 se trató a más hombres que mujeres en hospitales españoles por problemas de aparato circulatorio, riñón y vías urinarias y aparato digestivo, mientras que el mayor porcentaje de mujeres se dio por problemas de obesidad y de cadera (datos del Ministerio de Sanidad y Consumo). Esto conlleva una desigual distribución de costes en el sistema sanitario. Hay más trasplantes de riñón, hígado y corazón en hombres. Sin embargo, aparece un dato curioso: aunque la proporción de obesidad entre hombres y mujeres es similar, las operaciones de cirugía bariátrica son del 84% en mujeres frente al 15% en hombres, siendo el coste de procedimientos quirúrgicos en mujeres alrededor de 5,54 veces mayor (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Este es un claro caso de desigualdad. La sociedad rechaza más la obesidad femenina, algo que puede apreciarse con facilidad si se observa la mayor presión hacia las mujeres del mercado de la belleza, la cirugía estética, la presión social reforzada por los modelos mediáticos y el énfasis en la importancia de la delgadez. Ante todo esto, es cierto que las mujeres han llegado a estar mucho más insatisfechas con sus cuerpos que los hombres, mucho más preocupadas por su peso y su figura, pero cuando se operan lo hacen con el consentimiento médico. ¿Es entonces la obesidad mórbida un problema de salud o de estética? Parece que depende del sexo del paciente.

Diferencias de género en prescripción y consumo de psicofármacos.

A las mujeres se les prescribe y consumen más fármacos psicotrópicos. Esto puede reflejar una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en ellas, o que al consultar y expresar más su malestar induzcan más la prescripción. Pero también es posible que los médicos atribuyan con mayor facilidad sus síntomas a factores psicológicos, o tiendan a recetarles a ellas más fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad.

Hay estudios que muestran que, *ante similar diagnóstico y número de*

consultas, a la mujer se le prescriben más psicofármacos, lo cual lleva a pensar en errores diagnósticos o sesgos de género en el diagnóstico (Gil y otros, 2005; Romo y otros, 2003; Vega y otros, 2004). Hay evidencia de la prescripción de altas dosis de tranquilizantes (ansiolíticos) como práctica habitual, incluso sin haber realizado ninguna exploración previa (Ashton, 1991, en Martínez Belloch, 2004).

El análisis de los motivos de consulta de las mujeres en atención primaria revela que el más frecuente es el *dolor* en alguna parte del cuerpo o en todo el cuerpo, seguido del *cansancio*, y el tercero es la ansiedad o depresión, diagnosticados como un problema de salud mental ante unos síntomas no definidos. Precisamente los estudios realizados en atención primaria reflejan que las mujeres son las que presentan la mayoría de síntomas sin diagnóstico (Valls, 2006). Enfermedades y carencias metabólicas más frecuentes en las mujeres, como anemias, ferropenias, carencias subclínicas de vitamina D y calcio, enfermedades autoinmunes o endocrinopatías, que producen dolor y cansancio, no se diagnostican ni se tratan correctamente. Al no haberse investigado las causas diferenciales y específicas del malestar en las mujeres, se promueve que se diagnostique erróneamente, etiquetando con rapidez determinados síntomas como problemas psicológicos, sin analizar detenidamente la existencia de patologías clínicas o subclínicas que pueden ocasionar la misma sintomatología.

Hay que tener en cuenta que, tanto los síntomas psicológicos, los trastornos mentales, los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento como las conductas desadaptativas y las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés pueden contribuir al desarrollo de dolencias físicas; pero además, determinados niveles de pobreza y la violencia contra las mujeres también inciden de modo significativo en la génesis de la enfermedad (Heise, 1994, en Martínez Belloch, 2004).

Muchas investigaciones constatan que los componentes de inferioridad social –desamparo legal o económico, dependencia emocional, autoestima devaluada, obediencia, dulzura y complacencia– contribuyen a anidar síntomas depresivos (Beck, 1972; Dio Bleichmar, 1991; Mingote, 2000; Seligman, 1975, citados en Martínez Belloch, 2004). El estrés familiar derivado de los problemas en el matrimonio tiene efectos más negativos en la salud de las mujeres que en la de los varones (a ellos les afecta más la ruptura familiar y el estrés socio-laboral). Diversos estudios confirman que la mayor morbilidad de las mujeres se asocia a demandas vinculadas al rol de cuidadora y al afrontamiento de la enfermedad de otros miembros de la familia, siendo los estresores familiares los que más les afectan. Y ya se conocen los efectos que el estrés produce en el metabolismo y el sistema inmunológico (Martínez Benlloch, 2004).

Lo destacable es que el *malestar emocional de las mujeres está medicalizado*. *Habitualmente, se tratan los síntomas de forma errónea y ciega a las causas*. Las mujeres presentan una serie de malestares psicológicos relacionados con sus roles de género: casadas, trabajadoras, cuidadoras, necesitadas de aceptación, sometidas

a violencia simbólica —o no tan simbólica—, escasa autoestima, anulación del deseo de autonomía, miedo a la soledad, etc. Se ha encontrado una relación entre el cumplimiento de roles de género insatisfactorios y la respuesta del sistema médico con algunos fármacos (Gil y otros, 2005; Romo y otros, 2003).

Los psicofármacos pueden generar dependencia y efectos secundarios negativos como pérdida de memoria, sudoración, taquicardia, temblores o efecto rebote que puede implicar un aumento de ansiedad. Pero más allá de ellos, el recurso a la medicalización excesiva cuando las dificultades básicamente se lidian en el ámbito de lo cotidiano, les conduce a la dependencia (de la pastilla y del sistema médico), a la “búsqueda de soluciones rápidas y mágicas” para minimizar los problemas (se reduce el malestar; no deja de ser una estrategia de afrontamiento evitativa), en lugar de desarrollar recursos propios y encontrar recursos en sus redes sociales y comunitarias que faciliten un afrontamiento real de los problemas desde su base y un mayor desarrollo y crecimiento personal. Es más fácil recurrir a la pastilla que dedicar un tiempo para cuidarse adecuadamente, y para ser cuidada. Y esto redundará de nuevo en su función de cuidadora-para-otros pero no para sí misma y en su baja autoestima.

Medicalización de los procesos naturales de las mujeres.

Hasta ahora hemos visto cómo las mujeres no son suficientemente bien atendidas por la medicina, en gran parte por el desconocimiento imperante sobre la especificidad de sus procesos patológicos, no siempre iguales a los de los hombres, que componen la población en la que se han estudiado la inmensa mayoría de tales procesos. Paradójicamente, sin embargo, en el ámbito de la sexualidad y la salud reproductiva femeninas nos encontramos con un abusivo exceso de intervención: hay condiciones fisiológicas normales que se tratan innecesariamente con medicamentos, como si fueran enfermedades. Se medicalizan de rutina e injustificadamente condiciones tales como el embarazo, el parto, el climaterio o la menopausia. Lanza (1999) señala que el uso de anticonceptivos es 3 veces mayor entre las mujeres que entre los hombres, y que entre los métodos contraceptivos disponibles, los empleados por las mujeres suponen más riesgo para la salud.

Uno de los procesos naturales que se ha medicalizado ampliamente ha sido la menopausia, a pesar de no tratarse de una enfermedad, sino de un conjunto de cambios fisiológicos ligados a un proceso biológico de envejecimiento. Aunque *algunas* mujeres pueden presentar estados de malestar, la magnificación de los síntomas asociados, como resultado de los intereses de la industria farmacéutica, ha llevado a medicalizar innecesariamente a muchas mujeres. Pese a la escasa evidencia de sus riesgos y beneficios, entre 1996 y 2000 las ventas de terapia hormonal sustitutiva (THS) aumentaron un 42%, siendo además mayores en centros privados que en los públicos (Mosquera, 2002).

Cuando al principio de los años 90 se presentaron los primeros trabajos para

tratar algunos síntomas menopáusicos con THS (tratamiento hormonal sustitutivo), las casas comerciales se basaron en estudios de corta duración (tres o seis meses) con mujeres sanas. El tipo de mujeres escogido era ya sesgado respecto al resto de población: más delgadas, practicaban ejercicio físico continuado, etc. Sin embargo, la terapia se aplicaba por igual a todas las mujeres ya fueran obesas o con sobrepeso, sin atender al conocimiento científico ya existente de que cada nanogramo de hormona administrada se multiplicaba por diez según el sobrepeso de las mujeres. La industria farmacéutica sólo realizó estudios a corto plazo, y no basados en población, pero se empezó a afirmar que podría servir para prevenir los infartos de miocardio y la arterioesclerosis de los vasos sanguíneos si se administraba durante diez o quince años.

Sin embargo, los primeros ensayos clínicos controlados en mujeres posmenopáusicas de la población general seguidas durante más de dos años, HERS I y HERS II, mostraron un incremento de fenómenos trombóticos periféricos y pulmonares, así como de mortalidad por infartos de miocardio, más frecuentes entre las mujeres que tomaban THS. La pretendida función de prevención de problemas cardiovasculares empezó a desmoronarse con el HERS I (Grady y otros, 1998) y se confirmó en el HERS II (Hulley y otros, 2002).

El estudio Iniciativa de Salud de las Mujeres (WHI, Women's Health Initiative) alerta sobre el elevado *riesgo de sufrir cáncer de mama y patologías coronarias* como consecuencia de la THS, además de otros tipos de cáncer y fracturas de cadera (Writing Group for the WHI Investigators, 2002). Los últimos datos, publicados en 2008 en *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, confirman que los riesgos para la salud del empleo a largo plazo de THS en mujeres posmenopáusicas sanas persisten años después de suspender el tratamiento, superando claramente los beneficios de la terapia: Heiss y otros analizaron los riesgos y beneficios de 15.730 mujeres que suspendieron la terapia hormonal, entre julio de 2002 y marzo de 2005, cuando ya no recibían el tratamiento. Constataron que el riesgo de cáncer de mama persiste: las mujeres que dejaron de tomar la terapia combinada tenían un 27% más de riesgo de desarrollar tumor de mama que las que no la tomaron. El riesgo de sufrir cualquier forma de cáncer también resultó un 24% mayor en el grupo de mujeres con terapia hormonal. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, observaron un aumento en el riesgo de infartos, ictus y trombos en el grupo de pacientes que fueron tratadas con THS, comparadas con las que no. La incidencia de fracturas durante este periodo postratamiento fue similar; el trabajo concluye por tanto que los riesgos de la terapia combinada persisten en el tiempo, por lo que no debería emplearse en mujeres posmenopáusicas sanas (Heiss y otros, 2008).

Otro estudio danés reciente, con 909 946 mujeres, suma a los riesgos comentados el *riesgo aumentado de cáncer de ovario* entre las mujeres que toman THS, al margen del tipo de hormona, dosis, vía de administración y duración del tratamiento (Steinrud Mørch y otros, 2009).

La THS es uno de los ejemplos de las paradojas de la ciencia y su aplicación: aunque eleva el riesgo de cáncer de mama, útero, colorectal, de ovario, y no se ha probado su utilidad en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia mantiene su indicación, después de la publicación en JAMA de diversos resultados de ensayos en contra, y de que en 2004 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), tras revisar algunos estudios sobre la seguridad de la TSH, restringiera las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal sustitutiva, informando a los profesionales sanitarios y a las usuarias (AEMPS, 2004).

Medicalización de la función reproductiva de las mujeres

La total medicalización que se produce en el momento en que una mujer está embarazada (y en muchas ocasiones, *antes*, para producir el proceso) limita la capacidad de elección de la mujer, su control y su satisfacción con muchos aspectos relativos al embarazo y al parto. No sólo disminuye el bienestar, sino su autonomía y su derecho a la auto-determinación (Cahill, 2001).

La mayoría de las consultas médicas de las mujeres tiene que ver con la reproducción y su prevención. Existe una especialidad médica exclusivamente dirigida a tratar las funciones reproductivas de las mujeres (ginecología –sin una especialidad paralela para los hombres–), lo que refuerza la percepción del embarazo como una enfermedad, e ilustra el control por parte de la medicina de las vidas de las mujeres. Con la consolidación del estamento médico, el parto pasó de ser un asunto doméstico, y atendido exclusivamente por mujeres, a ser un asunto público controlado por médicos. Y hombres. De las 42 cátedras y de *Obstetricia y Ginecología* y de las 30 de *Pediatría* en España *ninguna* está ocupada por mujeres. Y del total de 374 cátedras de distintas especialidades médicas, sólo el 4% las ocupan catedráticas. En contraste, el 41% de los colegiados son mujeres, así como el 71% de mujeres estudiantes de Medicina (Valls y Arrizabalaga, 2005).

La medicalización, apoyada en los avances de la tecnología médica, ha reforzado la dependencia de las personas en los médicos a la hora de buscar soluciones a sus problemas. Claramente las funciones reproductivas de las mujeres han sido objeto del proceso de medicalización, pasando de ser sucesos cíclicos naturales a definirse como potencialmente peligrosos, y esto repercute en la vivencia que tienen las mujeres sobre estos procesos y en su bienestar. De modo natural, se ha incrementado la pasividad y la dependencia de las mujeres hacia sus médicos tanto para prevenir el embarazo como para llevarlo con seguridad. Otros dos claros ejemplos de medicalización de la función reproductiva de las mujeres son el síndrome premenstrual (SPM) y la menopausia, donde se abusa de la interpretación hormonal de los problemas psicológicos, y se refuerza un modelo mecánico de la mujer. Pero esto último es especialmente relevante en el ámbito del embarazo y el parto.

El parto es un proceso fisiológico normal en el que los aspectos emocionales son fundamentales; un acontecimiento único en la vida de una mujer, que debería tener el papel protagonista y no verse reducida a un objeto pasivo de prácticas médicas y quirúrgicas. Ella tiene derecho a opinar sobre las intervenciones a las que va a ser sometida y recibir información sobre sus consecuencias y las alternativas existentes (artículo 4 de la Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, noviembre de 2002, España), pero en la práctica muchas veces ni se informa adecuadamente ni se pide consentimiento. El parto se trata como si fuera una “crisis” clínica, que requiere intervención médica, hospitalización (prácticamente el 100%), intervenciones tecnológicas que se practican de forma rutinaria, tales como la episiotomía, la inducción o aceleración del parto, la anestesia epidural o la monitorización fetal.

La OMS (1985 1 y 2, 1999) ha criticado prácticas tan habituales como obligar a las mujeres a parir tumbadas, administrarles oxitocina sintética para acelerar el parto, cortar el periné (episiotomía), afeitar el pubis, poner enemas rutinariamente y separarles de sus hijos al nacer. Todo esto no está indicado en partos de bajo riesgo (lo son el 90% de los partos), pero en los hospitales españoles se emplea de forma generalizada; el grado de medicalización en España se refleja en que tiene una de las tasas de cesáreas más altas de Europa (Johanson y otros, 2002). Los obstetras españoles han recibido críticas por ignorar las recomendaciones de la OMS respecto a la atención en el parto (las mujeres sufren con frecuencia rasurados, enemas y episiotomías), así como por no permitir a las mujeres participar en decisiones sobre su maternidad (Bosch, 1998).

El proceso del embarazo se tecnifica, poniendo el énfasis en lo fisiológico, y no prestando atención ni a la *autonomía* y capacidad de elección de la mujer, ni a su vivencia, ni a los cambios vitales psicosociales que ocurren en la importante transición social que está viviendo, por ejemplo en su tránsito de mujer a madre. Muchas mujeres informan que no han recibido información adecuada sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos, y por tanto, es cuestionable el grado en el que pueden ejercer un consentimiento informado (Johanson y otros, 2002).

Aunque el parto se medicalice en nombre de la mortalidad materno-infantil, los obstetras parecen muy resistentes a verificar la eficacia de sus prácticas, que a menudo son un consenso de profesionales no siempre verificadas científicamente: existen importantes *contradicciones entre las prácticas obstétricas habituales y lo que la literatura médica aporta desde la investigación*, por ejemplo:

- muchas de las inducciones en primíparas acaba en cesárea (Maslow y Sweeny, 2000; NCHS, 2009); pocas mujeres que firman un consentimiento “informado” conocen este dato, ni tampoco que la inducción aumenta el dolor, provoca sufrimiento fetal, y mayores costes. Las cesáreas también son cuestionadas por su utilización excesiva, y por la variabilidad de su

aplicación según se trate de centros públicos o privados, lo que no se explica simplemente por una distribución desigual de los partos de riesgo. Es una cirugía mayor con un riesgo de muerte para la madre 6 veces superior al de un parto vaginal, un postoperatorio muy doloroso, y lenta recuperación. Muchas veces la madre y el bebé son separados tras el nacimiento y la lactancia materna puede verse perjudicada. Se estima que en España se practican 36000 cesáreas innecesarias cada año (Olza y Lebrero, 2005). El 22% de los niños nacen por cesárea (50% si son partos gemelares) y el 18% con fórceps. En la medicina privada el número de cesáreas alcanza el 35%. Estas cifras son muy superiores a las de otros países de nuestro entorno con mejores resultados de bienestar y salud materno infantil.

- la monitorización fetal ha aumentado ininterrumpidamente, a pesar de que la investigación médica muestra que su uso no mejora la salud del bebé y que amenaza la salud materna incrementando el riesgo de otras intervenciones médicas (ACOG, 2000; AHRQ, 2004; NCHS, 2004; Thacker y Stroup, 2006); revisiones en profundidad han concluido que la monitorización fetal debería reservarse para embarazos de alto riesgo;
- muchas mujeres quieren anestesia epidural, que puede ser una ayuda eficaz en algunos partos, pero la investigación médica señala que su uso a menudo conduce a aumentar otro tipo de intervenciones, como fórceps, cesáreas, etc. (AHRQ, 2004; Cunningham y otros, 2001; NCHS, 2004; Robinson y otros, 2000; Putta y otros, 2000);
- muchas mujeres sufren una episiotomía, a pesar de que la evidencia médica prueba que este procedimiento no tiene beneficios y produce daños serios y permanentes (ACOG, 2000, AHRQ, 2004; Anthony y otros, 1994; Carroli y Mignini, 2009; Eason y Feldman, 2000; Eason y otros, 2000; Klein, 1995; Lede y otros, 1996; Shiono y otros, 1990; Sultan y otros, 1994; Wagner, 1999). En España se realiza con más frecuencia que en otros países de la Unión Europea, donde oscilan entre el 16 y el 30% (Henriksen y otros, 1994). M. Wagner afirma que nunca es necesaria en más del 20% de los partos. La ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo. Por todas estas razones, realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital de la mujer (Wagner, 1999). El índice de episiotomías del 89% en España constituye un escándalo y una tragedia (Wagner, 1989).
- mientras que actualmente se evita medicar a las mujeres embarazadas, no ocurre lo mismo durante el parto, a pesar de que la investigación médica afirma que no se ha probado que ningún medicamento sea seguro para un bebé no nacido (AHRQ, 2004, Cunningham y otros, 2001; NCHS, 2004);

- en muchos casos se practica a la mujer exámenes vaginales, que la actual literatura médica afirma que son una intervención invasiva, sin valor probado y alto riesgo (AHRQ, 2004; Cunningham y otros 2001; NCHS, 2004);
- las investigaciones señalan que la posición tumbada enlentece o inhibe el proceso del parto (y resulta cómoda sólo para los médicos) (AHRQ, 2004; Cunningham, 2001), y a pesar de ello, muchas mujeres son tumbadas, con goteros, epidurales y monitorización fetal constante;
- la mayoría de las mujeres asumen que estas intervenciones invasivas rutinarias deben ser seguras, y están dispuestas a renunciar a otras opciones, y a soportar incomodidades e intervenciones de todo tipo, convencidas que de la hospitalización implica ponerse en manos expertas que asegurarán un parto sin problemas. Pero la investigación médica muestra que tales intervenciones pueden tener efectos a corto y a largo plazo sobre la salud física y emocional de la madre y del bebé (AHRQ, 2004; Anthony y otros, 1994; Carroli y Mignini, 2009; Christianson y otros, 2003; Combs y otros, 1990; Combs y otros, 1991; Klein, 1995; Lede y otros, 1996; NCHS, 2009; Persson y otros, 2000; Sultan y otros, 1994; Thacker y Stroup, 2006; Tourangeau y otros, 1999; Wagner, 1999).

Oakley (1980) investigó cómo el uso rutinario de tales intervenciones está directamente relacionado con la incidencia de trastornos anímicos después del parto. Esta investigadora descarta las explicaciones de los cambios en el estado anímico en base a factores puramente hormonales, y en cambio, considera que pueden ser una consecuencia iatrogénica de todas las intervenciones tecnológicas innecesarias en torno al parto.

Emocionalmente, la mujer debería sentirse segura, apoyada y reconfortada. Ciertas exigencias, actitudes y frases desconsideradas, recibir un trato humillante o ser ignoradas, produce que el parto se viva con frecuencia de forma traumática. Está demostrado que el apoyo social durante el embarazo y el parto no sólo reduce la ansiedad de la madre y el consumo de analgésicos sino incluso el riesgo de un parto prolongado (Oakley, 1985).

El Dr. Wagner, ex Director del departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, afirma que “durante los últimos 20 años la mortalidad perinatal ha disminuido muchísimo, y los médicos lo atribuyen a que los partos tienen lugar en los hospitales. No hay ninguna prueba de que esto sea cierto. La evidencia científica es que mueren menos bebés porque hay una mejor nutrición, mejor salud en la mujer, mejores condiciones de vivienda y algo muy importante, porque las mujeres tienen menos hijos y los tienen cuando desean a través de la planificación familiar. Esta es probablemente la razón por la que mueren menos niños que hace 20 años. La explicación está en lo que hacen las mujeres, no los médicos” (Wagner, 1989).

En Nueva York se presentó un exhaustivo estudio con las experiencias de

13000 mujeres (se revisaron 15 ensayos controlados aleatorios de alta calidad), en el que se concluye que el apoyo continuo de un acompañante durante el parto tiende a producir un 26% menos de cesáreas, a requerirse muchas menos intervenciones de otro tipo (anestesiás, ventosa o fórceps...) y a tener una experiencia mucho más satisfactoria (Hodnett y otros, 2007).

Fernández del Castillo afirma en su obra *La revolución del nacimiento* (2006) que en el parto medicalizado, atendido por la obstetricia convencional, la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios para la madre y el bebé. En el parto natural, que se produce gracias a la fisiología y en el que los procedimientos obstétricos se aplican *sólo en caso de necesidad*, la técnica está al servicio de la naturaleza; en el medicalizado, la naturaleza está al servicio de la técnica. En los países y hospitales que respetan los procesos naturales, la tasa de cesáreas no supera el 10%; cuando la asistencia es intervencionista, esta tasa se dispara.

También indica que no se puede atender dignamente a una mujer parturienta sin entender la verdadera naturaleza del parto: un acontecimiento involuntario, como el sueño y el orgasmo, aunque mucho más complejo. La mera pretensión de controlar un proceso involuntario lo inhibe, y esto es lo que sucede con el parto hospitalario. Por eso se suele estancar la dilatación cuando una mujer llega al hospital. Cuando el parto se inhibe, se prepara el terreno para todo tipo de procedimientos que sustituyen la función de la naturaleza que no se puede desarrollar en esas condiciones: estimulación con oxitocina, episiotomía, anestesia, fórceps, cesáreas innecesarias... Se sustituye un proceso natural, sabio y sofisticado, por un conjunto de técnicas dirigidas a resolver los problemas que a menudo crean ellas mismas. Y también para acelerar un proceso con su propio ritmo al ritmo acelerado que establece el hospital (Fernández del Castillo, 2006). Y eso hace sentir a la mujer que no lo está haciendo bien, que “es disfuncional” porque no puede seguir el ritmo que se espera; se culpará y aceptará toda la parafernalia del hospital.

Las condiciones idóneas para que un parto se produzca requieren un ambiente *íntimo*, de seguridad física y emocional, que si se impide lo interrumpe: las hormonas del estrés inhiben las hormonas del parto. Por ello es fundamental el soporte emocional y las condiciones y ambiente en que transcurre el parto. Las primeras recomendaciones de la OMS se refieren a que debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del mismo (OMS, 1985).

Las prácticas rutinarias que se imponen de forma sistemática a las mujeres que no las necesitan son inoportunas. La evidencia científica muestra que el parto natural es no sólo más digno sino más seguro. Por ello la OMS recomienda una *calidad de atención basada en el protagonismo de la mujer y su fisiología, y el mínimo grado de medicalización posible*. (Fernández del Castillo, 2006).

Y los derechos de las mujeres a la información sobre opciones clínicas,

consecuencias de los tratamientos, consentimiento informado, etc. deben respetarse escrupulosamente porque *la mujer embarazada no es una paciente*, ni el parto es una enfermedad. Además, los padres tienen derecho a estar informados sobre las consecuencias de ciertas prácticas sobre la salud de su hijo y a decidir sobre ellas. Y las intervenciones practicadas a una mujer de parto tienen lugar sobre sus órganos genitales, y son muy intrusivas, por lo que su salud y su dignidad están más expuestas que en otros ámbitos médicos.

En el ámbito de la reproducción asistida, la medicina hace suyo un nuevo objetivo; no ya velar por la salud, sino conseguir el embarazo. Al abordar la esterilidad como enfermedad, la disciplina médica ha realizado una operación de naturalización de un fenómeno como la maternidad, configurando la infertilidad y el deseo de un hijo como enfermedad.

Las intervenciones médicas en este campo han convertido las actividades relativas a la reproducción humana —algo que estaba inscrito en el ámbito de lo personal, privado e íntimo— en acto público, tecnificado, masificado y con elevado grado de ansiedad. El carácter que adquieren las mujeres de recipiente en donde se depositan los resultados del saber médico-tecnológico, cuyo foco son los aspectos bioquímicos o fisiológicos del receptáculo, genera en las mujeres un efecto de extrañamiento sobre lo que les está pasando. Sobre su cuerpo, en tanto que fábrica de óvulos, laboratorio y espacio de implantación de embriones, los médicos realizan múltiples acciones que parecen otorgarles gran protagonismo; pero están desposeídas de ese protagonismo y convertidas en pacientes.

Las mujeres, en la medida en que se someten a estas intervenciones, se sienten exigidas a adecuarse absolutamente al ideal cultural de la maternidad biológica; no vale la maternidad social, a través de la adopción, por ejemplo. El sujeto, entonces, se borra y deja lugar al cuerpo anatómico, a un cuerpo sin referencias subjetivas, sexuales, que será abordado como ajeno a toda estructura, práctica o discurso que no sea el discurso médico o el discurso social de la maternidad. La exterioridad del cuerpo lo conviene en una entidad supuestamente natural a la que hay que hacer funcionar como debe (Tubert, 2002). Las mujeres se someten a procedimientos tecnológicos duros, y asumen las incomodidades, los efectos secundarios e incluso los errores, como parte del proceso, y más aún cuando los médicos se han convertido en la única alternativa de alcanzar su objetivo. Estos asumen mejor el éxito que el fracaso; los médicos tienen previsto un amplio abanico de actuaciones de refuerzo a las mujeres en la situación de éxito, pero carecen de un protocolo de atenciones para las *frecuentes* situaciones de fracaso.

En la actualidad, parece que el sistema médico proporciona el eje vertebrador desde el que comprender el ciclo de vida de las mujeres, definiéndolas en función de las etapas de su ciclo fértil: niñas, adolescentes, maduras, madres, menopáusicas y mayores. Así, la menarquia, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia y otras manifestaciones asociadas específicamente a la salud de las mujeres, que

forman parte del funcionamiento fisiológico de su cuerpo, se convierten en los nudos claves a partir de los cuales se interpretan otros aspectos sociales. Efectivamente, como sugiere Bodoque, *estas etapas definen algo más que periodos relacionados con procesos de salud y enfermedad; se han dotado de contenido social y cultural haciendo que las mujeres identifiquen cada una de las etapas con determinadas pautas de comportamiento* (Bodoque, 2001). Por ejemplo, la menopausia es un concepto científico que ha traspasado los límites del campo estrictamente médico para pasar a ser un vocablo que se utiliza de forma constante e indiscriminada, que todo el mundo conoce, y es utilizado no sólo para conceptualizar determinados estados de ánimo, sino, lo que es más importante, sirve para calificar una etapa (al parecer bastante negativa) del ciclo vital de las mujeres

Y es la medicina la que utiliza la edad para determinar cuándo y cómo tienen que manifestarse estos periodos. Más allá de que el componente biológico existe en cada una de las etapas, éstas sirven para *pautar* determinados estados de ánimo, signos más o menos ocultos y síntomas asociados que abocan a las personas a tener que asociarse automáticamente a ellos.

El mercado de la salud.

“A las mujeres se les crean y dictan sus deseos y necesidades para justificar luego cualquier forma de intervención con el pretexto de que son ellas mismas quienes lo solicitan” Victoria Sau

La excesiva medicalización de ciertos procesos naturales se enmarca en una tendencia general a etiquetar como enfermedad muchos problemas y condiciones humanas. Ello trae como consecuencia la invención de nuevos trastornos y su comercialización, con las mujeres situadas como un foco prioritario del marketing médico y farmacéutico.

Los medios de comunicación establecen el ideal de salud que circula en la ideología dominante y las enfermedades de moda (lo que vende). Se convierten en mediadores entre la salud y el mercado, y ponen en circulación remedios que se rigen por criterios de novedad y rentabilidad, más que por su eficacia. *La salud vende*: se ha convertido en producto de consumo, de bienestar inmediato, sin implicación del propio estilo de vida, sin esfuerzo personal, pero con consecuencias: demasiadas ofertas “mágicas” que juegan con la autonomía de quienes las reciben.

En los anuncios de las revistas, de televisión, en las páginas web, etc. a las mujeres se les inunda con “conocimiento experto” que las anima a reconocer algunos “síntomas” e identificarlos con un determinado trastorno, y a “beneficiarse” de un nuevo tratamiento que se ha desarrollado... Este esquema sería aplicable a los “trastornos premenstruales” (fluoxetina), la celulitis, las arrugas, la flacidez, los trastornos asociados a la menopausia, el sobrepeso, la incontinencia urinaria, el estreñimiento (fibra), el cansancio (vitaminas), etc.

La publicidad nos educa en nuevos hábitos de consumo, en nuevas formas de pensar, sentir y actuar. La estrategia típica consiste en “*establecer una necesidad*” de un nuevo tratamiento y “*crear el deseo*” entre los afectados. La preocupación clave son “los intentos invisibles y no regulados de cambiar las percepciones del público sobre la salud y la enfermedad para ampliar los mercados para nuevos medicamentos” (Moynihan y otros, 2002, p.890).

Cuando se promocionan productos para las mujeres (p.e. medicamentos para adelgazar, cremas o vitaminas), la publicidad resalta la imagen de belleza, juventud y vitalidad. Pero si el producto falla y la mujer sufre cansancio o dolor menstrual, hay más soluciones: más vitaminas, tónicos, analgésicos y antiinflamatorios para el dolor. En el caso de medicamentos para los niños, el mensaje se suele dirigir a las madres. La publicidad de vitaminas, remedios para la tos, resfriados, etc. generalmente muestra a la mujer en el papel de cuidadora. Las mujeres se han convertido en el blanco de las campañas publicitarias. De la propaganda dirigida a los médicos, una gran parte promociona específicamente el uso de medicamentos bajo prescripción para las mujeres, y muchas veces ese material enfatiza estereotipos negativos sobre la mujer.

Las indicaciones de buena parte de esos productos confirman que están destinados a solucionar estados que sencillamente pueden tratarse con medidas básicas como nutrición adecuada, ajuste en la dieta o alternativas no farmacológicas. La industria farmacéutica se aprovecha de la falta de información de la población sobre las desventajas de la auto-medicación, los efectos indeseables de los fármacos, seguridad, eficacia, costo razonable, etc.

¿Nos estamos inventando nuevas enfermedades? La tristeza, el envejecimiento, la menopausia... de ser procesos naturales pasan a etiquetarse como enfermedades, para posibilitar la venta de medicamentos que “*las curen*”. En inglés hay una expresión para denunciar esta penetración abusiva del modelo médico en ámbitos vitales que no le son propios: “*a pill for every ill*” (Forcades, 2006).

Comentaré algunos ejemplos ilustrativos. El *síndrome premenstrual* empezó a considerarse un “trastorno” o “enfermedad” cuando los medios comenzaron a informar que costaba millones de dólares anuales en pérdidas de productividad (Tavris, 1992, cit. en Offman y Kleinplatz, 2004). Con esta etiqueta llega una próspera industria dirigida a su cura. Al identificar el *trastorno disfórico premenstrual* (PMDD) como trastorno psiquiátrico, se construye una condición patológica que requiere intervención y tratamiento. Se establece así una fuerte relación entre la legitimidad del PMDD como trastorno mental, la prescripción y marketing de fluoxetina como tratamiento, y las creencias sociales sobre el ciclo menstrual (Caplan, 2004). Chrisler y Caplan (2002) observan que el único tratamiento psiquiátrico para el PMDD es la fluoxetina, y las mujeres lo solicitan al haberlo visto anunciado para tratar el PMDD.

Quizá el ejemplo más paradigmático lo constituye la invención y promoción

de la supuesta “*disfunción sexual femenina*”, que la industria farmacéutica ha creado en función de sus intereses. Esta “enfermedad” se definió en tres reuniones científicas organizadas por iniciativa de diversas empresas farmacéuticas, y financiadas por ellas, entre 1997 (poco antes de comercializar la *viagra*) y 1999. Ese año apareció un artículo en la revista JAMA titulado “Disfunción sexual en EEUU: prevalencia y variables predictivas”, donde se afirmaba, con supuesta objetividad científica, que un 43% de las mujeres de EEUU sufría la “nueva enfermedad” (Launmann y cols., 1999). Para identificar a la “población enferma”: 1) se elaboró una lista de 7 “problemas” considerados cada uno de suficiente peso como para justificar el diagnóstico si una mujer los había presentado durante dos meses o más en el último año; 2) se aplicó el cuestionario a una muestra de 1.500 mujeres; 3) responder “Sí” a un solo ítem se consideró criterio suficiente para identificar la enfermedad. Uno de los 7 ítems era la ausencia de deseo sexual. Es decir, que las mujeres que respondieron que no habían tenido deseo sexual durante dos meses o más en el último año, automáticamente –al margen de si estaban de luto por la muerte de un ser querido, preocupadas por falta o por exceso de trabajo, atrapadas en una relación insatisfactoria o gozando de una etapa de plenitud interior–, se etiquetaban como “disfuncionales” y pasaban a engrosar el porcentaje de candidatas potenciales para el tratamiento que la industria farmacéutica confiaba poder desarrollar en breve. Dos de los tres autores del citado artículo tenían vínculos económicos con laboratorios farmacéuticos (Forcades, 2006).

En 2003, esta manipulación de los criterios médicos en función de los intereses comerciales fue denunciada por Ray Moynihan en una de las revistas médicas de mayor prestigio, el *British Medical Journal* (Moynihan, 2003). En diciembre de 2004, la agencia reguladora de los medicamentos en EEUU impidió que se comercializara el primer medicamento destinado a sanar la “disfunción sexual femenina” (el parche de testosterona de los laboratorios Procter y Gamble) (Moynihan, 2005). Los responsables de los estudios clínicos –todos financiados y supervisados por Procter y Gamble– habían presentado sus resultados de forma sesgada, de modo que lo que eran unos beneficios dudosos y unos más que probables efectos secundarios peligrosos (cáncer de pecho y enfermedad cardíaca) se anunciaban como beneficios claros y riesgos negligibles. De momento no se ha desarrollado ningún otro medicamento para la disfunción sexual femenina, entre otras cosas debido a una creciente conciencia por parte de todos los agentes implicados de los efectos nocivos del exceso de influencia de las compañías farmacéuticas en el ejercicio de la medicina.

Un ejemplo de factor de riesgo conceptualizado como enfermedad es la *osteoporosis*. Ralentizar la pérdida ósea puede reducir el riesgo de futuras fracturas (tal como reducir la presión sanguínea puede disminuir el riesgo de un futuro ataque cardíaco) pero para la mayoría de las personas sanas, los riesgos de fracturas serias son bajos y, en términos absolutos, el tratamiento preventivo con medicación a largo

plazo ofrece reducciones de riesgo muy pequeñas (Moynihan y otros, 2002).

La definición de osteoporosis es controvertida (la OMS establece que el criterio “normal” es la densidad ósea de las mujeres blancas jóvenes, y evalúa los huesos de las mujeres mayores por comparación a éstos –por cierto, la reunión clave del grupo de estudio de la OMS para definir la osteoporosis fue patrocinada en parte por 3 compañías farmacéuticas–). También es objeto de controversia el uso de la medida de la densidad del hueso para indicar el riesgo de fractura en una persona y emplearlo como guía de la terapia, por su escaso valor predictivo. Los medicamentos que se publicitan para reducir el riesgo de fracturas ofrecen pocos beneficios para el conjunto de las mujeres menopáusicas, son caros, y no se habla de sus riesgos.

Pese a todo esto, las actividades promocionales de las farmacéuticas tratan de persuadir a millones de mujeres sanas de todo el mundo de que están enfermas. La osteoporosis sigue siendo otro claro ejemplo de “tráfico de enfermedades” o “*disease mongering*” (Moynihan y otros, 2002) por el importantísimo papel desempeñado por las compañías farmacéuticas en el cambio del modo de pensar de la población sobre la pérdida ósea. Las farmacéuticas han patrocinado reuniones en las cuales se ha definido la enfermedad, financiado estudios de tratamiento, y establecido vínculos financiadores con líderes de investigación. Han subvencionado grupos de pacientes, fundaciones sobre el problema, y campañas publicitarias (sobre la enfermedad y los tratamientos farmacológicos) dirigidas a médicos y han patrocinado lucrativos premios periodísticos sobre osteoporosis.

Este es un ejemplo de la comprensión de los problemas de salud de la mujer desde una óptica puramente biologicista, ya que la osteoporosis aparece parcialmente ligada a los cambios hormonales de la etapa menopáusica. Sin embargo, el foco promocional en las soluciones químicas al complejo problema de prevenir fracturas óseas resta atención a otros factores potencialmente más importantes que afectan la vulnerabilidad a la osteoporosis en las mujeres, como el aislamiento de las ancianas, las malas infraestructuras públicas o privadas que favorecen el riesgo de caídas, o aspectos preventivos fundamentales relacionados con la dieta nutricional, o aportes de calcio y vitamina D, abandono del tabaco, ejercicio, etc.

Como hemos ido viendo, las informaciones que recibimos sobre nuestros procesos, posibles trastornos, y sus tratamientos, no siempre resultan completas ni fiables. Medicalizar los procesos naturales, como el parto normal o la menopausia, o medicalizar el sufrimiento, no es una opción saludable, aparta el foco de atención de otras soluciones más globales y mejores, y sólo parece beneficiar claramente a quienes se dedican al “comercio de enfermedades”. Mucho de lo que etiquetamos como enfermedad es en realidad un subproducto de la edad, como la osteoporosis. Los criterios para diagnosticar muchos trastornos varían, en función de lo que se sabe a ciencia cierta sobre ellos (a menudo mediatizado por intereses –se investiga en lo que resulta productivo–...), y en función de la cultura a la que se pertenece.

Y de las “modas”: la obesidad, un signo de prosperidad económica hace un siglo, hoy es una de las grandes enemigas de la salud.

El mercado de la insatisfacción corporal: Transformaciones corporales.

Las mujeres hemos perdido conciencia corporal, desconfiamos de nuestra propia sabiduría corporal. Todos estos procesos nos alienan de nuestro propio cuerpo, y sin embargo, pareciera que nunca el cuerpo ha tenido un lugar tan – aparentemente– importante en la sociedad. En realidad hoy se da importancia a la imagen corporal, entendida como la apariencia del cuerpo. En este sentido, es sintomático que en España sea una de las sociedades que más demandan intervenciones de cirugía estética en el mundo, y de las que más implantes mamarios hacen.

Estar preocupado por el peso y la forma del cuerpo es muy frecuente hoy en nuestra sociedad occidental; pocos temas relacionados con la salud afectan a porcentajes tan elevados de la población como las preocupaciones sobre la imagen corporal. Resulta evidente que *cuando tanta gente vive con insatisfacción y malestar por un supuesto exceso de peso o por tener determinados rasgos corporales, estamos alejándonos claramente de lo que sería una preocupación saludable por el cuerpo*. Otorgar una importancia excesiva a la imagen suele llevar a “cosificar” el cuerpo, viéndolo como partes fragmentadas (estómago, nalgas, cartucheras, muslos, arrugas...), partes a perfeccionar no integradas entre sí ni expresión global de un ser individual.

La delgadez ha sido normalizada e idealizada de tal forma que las mujeres con un tamaño corporal medio se sienten insatisfechas con sus cuerpos. La prescripción imposible de tener un cuerpo “joven” y delgado es una fuente de intensa insatisfacción, que conduce a infinidad de mujeres a tratar de modificar sus cuerpos para aproximarse al “ideal”, y que, entre otras cosas, sustenta un mercado multimillonario de dietas, cosméticos, “anti-celulíticos”, alimentos “light”, cirugía estética, gimnasios, etc. Los intereses de este mercado están bien asegurados: *se ha creado la necesidad* (de adelgazar y tener un cuerpo joven) *y se mantiene externamente* gracias al impacto de la publicidad (Gismero, 2002).

La preocupación por la figura, el peso, las dietas, el ejercicio, la angustia por todo lo que sobra o falta, se han convertido en una forma de vivir la relación con el cuerpo en una cultura que idolatra el *fitness* y tiraniza a las personas a través de la exigencia de uniformidad a un modelo impuesto. La tecnología médica estética y el mercado de la belleza ofrecen la promesa de un cuerpo perfecto y prácticamente el “elixir de la eterna juventud” al alcance de la mano. No sólo se incentivan los deseos de transformar el cuerpo, sino que se convierten casi en un imperativo para ser feliz. Los “cuerpos a la carta” se ofertan como otro bien de consumo al alcance de cualquiera (si no, se ofrecen financiaciones “a medida del consumidor”), y la prescripción de conseguir un cuerpo “perfecto” (joven y bello) se vincula descaradamente al logro del éxito y la felicidad. En un contexto social con muy poca

tolerancia al malestar, la cirugía se presenta como un remedio fácil y rápido.

Los altos índices de insatisfacción corporal generados en la población, y aún más en las mujeres, así como la actitud social cada vez más proclive a aceptar las “soluciones” a los problemas creados, ha dado paso al negocio y a la medicina para no envejecer. Poco a poco conceptos como belleza, juventud, éxito, salud (cada vez peor entendida), riqueza, placer, felicidad... se han entrelazado para conformar conciencias. Y surgen múltiples soluciones para no envejecer, adelgazar, estar firmes, triunfar, destacar... Dermoestética, dermocosmética, medicina estética, cirugía estética, medicina antienvjecimiento... son el arsenal contra la agresión de la edad, la celulitis, los radicales libres, el estrés, la gravedad... Las inyecciones de toxina botulínica y de colágeno y los implantes mamarios están entre las armas preferidas. Hay que dar salida a multitud de productos, aunque para ello haya que inventar enemigos. Se cuenta con los medios: basta con enseñar el antes y el después. Una vez que la población no está satisfecha con su cuerpo, el gasto es de millones de euros.

Que la insatisfacción corporal es un negocio lo demuestra por ejemplo la reciente inclusión en el cálculo del IPC de la cirugía estética, la cotización en bolsa de Corporación Dermoestética, la proliferación exponencial de gimnasios privados, o el que hoy estén pendientes de aprobación 1800 medicamentos para adelgazar (cuando no se investiga en enfermedades esenciales, que afectan a millones de personas).

Muchas empresas se lucran gracias al descontento de las mujeres con sus cuerpos. Entre las usuarias, además del gasto, hay ciertas actividades que pueden conllevar graves riesgos para la salud, como la práctica de dietas insanas o la ingesta de determinados productos. Pero si hay un ámbito que destaca como paradigma del mayor conflicto es el de la *cirugía estética*, en el cual se alían la búsqueda de la belleza con los medios de comunicación y la medicina, un trío que genera sustanciosos beneficios. Como la belleza a la carta se promueve a un extenso mercado, pierde su estatus elitista y llega a convertirse en un producto al alcance de todos.

Como ejemplo, comentaré algo sobre los implantes mamarios, una de las intervenciones más demandadas; han resultado ser el mejor negocio de “2x1” de la historia. Los medios extienden la relevancia del tamaño del pecho, la medicina ofrece los recursos para transformarlo, la publicidad se encarga de transmitirlo, y la tecnología se desarrolla gracias a una industria que facturaba 500 millones de dólares en EEUU hace ya más de una década. La paciente con implantes es una creyente en los múltiples mensajes transmitidos por una cultura que exalta la belleza y la medicina, la libertad individual y la conformidad, combinaciones de valores con inconsistencias inherentes que pueden poner en riesgo el bienestar en la búsqueda del “fitness” ideal.

Con la llegada de la “moda de los grandes pechos”, infinidad de mujeres son

capaces de someterse a una operación quirúrgica, con todos sus riesgos, para conseguir el contorno de pecho deseado, con la esperanza de que conformándose a los estándares impuestos ganarán aceptación, acabarán con sus complejos, se sentirán satisfechas consigo mismas y con los demás... La cirugía siempre implica sufrimiento, y una cirugía innecesaria provoca un sufrimiento innecesario y con frecuencia efectos secundarios muy negativos.

El Parlamento Europeo ha recibido más de 2000 denuncias de mujeres con problemas de salud que atribuyen a los implantes que se hicieron en su día. José M^a Martín Moreno, director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, que ha coordinado un estudio realizado por investigadores españoles (AETS, 2000), señala que una de las primeras cosas que debe saber quien solicita una prótesis es que *no duran toda la vida: es posible que tenga que pasar de nuevo por el quirófano*. De acuerdo con este informe, a las posibles complicaciones de la propia intervención quirúrgica (debidas a la anestesia, infección, hematomas, hemorragias, trombosis, necrosis del tejido cutáneo...), habría que añadir los efectos derivados de la prótesis implantada: además de la *rotura de los implantes*, otras complicaciones frecuentes son la *contractura capsular* (que puede requerir volver a pasar por el quirófano), las *fugas de gel*, *interferencias con las mamografías*, *aumento o pérdida de la sensibilidad*, formación de depósitos de calcio en el tejido circundante que pueden causar dolor y endurecimiento, *dolor* si el implante se rompe, se desplaza o comprime nervios, *desplazamiento del lugar original*, deformaciones permanentes cuando las operaciones no tienen éxito (una de cada 10 mujeres acaba con un pecho más grande que el otro), etc. Estos problemas se consideran frecuentes, y constituyen la principal fuente de preocupación sanitaria (Gismero, 2008).

En EE.UU. las prótesis de silicona están prohibidas desde 1992, cuando la FDA (Dirección Federal de Alimentos y Medicamentos) los autorizó sólo para el reemplazo de implantes anteriores o por otros problemas de salud, al comenzar a registrarse los primeros efectos adversos, como la ruptura y derrame de silicona, trastornos en los tejidos conectivos y riesgo de desarrollar cáncer de mama. La FDA solicitó a las compañías productoras sus estudios, pero éstas no pudieron aportar ningún dato. Estos problemas llevaron a la prohibición del uso de la silicona en los implantes mamarios, decisión que no han logrado cambiar los adelantos realizados en la producción de implantes. En 2004, el director del área de salud radiológica, David Feigal, afirmaba que “todavía es necesario recabar más información sobre los efectos de estos implantes en la salud y debemos descubrir cuáles son los factores que permiten predecir la ruptura de la prótesis, que suele ser el principal motivo por el cual se retira del paciente” (Redacción Ondasalud, 2000). Añadió que se debe prestar especial atención a las ‘rupturas silenciosas’ de los implantes, que provocan el derrame de la silicona y sólo pueden ser detectadas mediante resonancia magnética.

Se inventan nuevos modelos, *pero se implantan sin estudios a largo plazo que aseguren que no crearán nuevos problemas*. En el Reino Unido se retiraron los implantes de soja 5 años después de comercializarlos como una alternativa “natural”. Los implantes de hidrogel, también vendidos como la alternativa natural y segura a la silicona, dieron problemas a los miles de mujeres que optaron por ellos a los 6 meses de salir al mercado, y también tuvieron que ser retirados. Como estos ejemplos muestran, *productos cuya implantación requiere cirugía mayor obtienen permiso para ser utilizados sin disponerse de datos suficientes que avalen su seguridad*.

Por otra parte, aunque cada vez se pone más énfasis en subsanar las graves deficiencias detectadas en la información que reciben las pacientes sobre los riesgos de este tipo de operaciones, los supuestos “beneficios” de una intervención estética no se pueden asegurar: ahí están las quejas –además de las motivadas por causas graves– por insatisfacción con los resultados. En 2006 el Defensor del Paciente recibió 900 denuncias vinculadas a la cirugía estética, el 90% de las mismas motivadas por resultados insatisfactorios; la OCU señala que la mayoría de las reclamaciones recibidas por ellos se deben a que los resultados obtenidos por los pacientes no son los que se les prometía en la publicidad.

En definitiva, todo lo que es esencialmente femenino –la vida expresada en la cara, la sensación de la piel, la forma del pecho, las transformaciones de la piel después del parto– está siendo recalificado como feo, y la fealdad es un problema, casi una enfermedad. Un tercio de la vida de las mujeres está marcada por el envejecimiento, un tercio de su cuerpo es grasa; ambos símbolos se han convertido en condiciones operables. Las mujeres deben ser conscientes no sólo de los riesgos de este tipo de intervenciones, sino de la insatisfacción impuesta respecto a sus cuerpos; *pareciera que el principal reducto de poder a su alcance fuese transformar su cuerpo, como medio privilegiado de conseguir aceptación, reconocimiento, poder y valoración*. Pero la prevención no debe dirigirse únicamente a modificar las actitudes y comportamientos individuales, sino también a crear un entorno social saludable donde no haya lugar para las actividades cuestionables de muchas empresas.

Reflexiones finales

A lo largo de este artículo hemos ido exponiendo algunas prácticas habituales tanto en la investigación biomédica como en el abordaje de distintos trastornos que afectan a las mujeres, a su salud, a la vivencia de su cuerpo e incluso, más indirectamente, a la vivencia que tienen de sí mismas, de sus procesos y de su vida. Muy brevemente, podemos recopilar las siguientes conclusiones:

- a) hasta ahora, ha habido una falta de investigación sobre los procesos que específicamente afectan a las mujeres, así como de las diferencias en sus procesos de enfermar, en los efectos de los fármacos sobre ellas, etc.

- b) no sólo se desconocen muchas enfermedades que afectan prioritariamente a las mujeres, sino que, ante problemas comunes con los varones, los datos informan que sufren desigualdad en la asistencia sanitaria, siendo peor diagnosticadas y tratadas que ellos;
- c) muchos de los problemas que afectan a las mujeres son atribuidos por los médicos, en proporción mucho mayor que en el caso de los hombres, a sus estados anímicos o a sus cambios hormonales, con la consiguiente sobreprescripción de psicofármacos, sin explorarse más en profundidad otros factores físicos ni socio-familiares, laborales o relacionales que puedan estar afectándolas;
- d) respecto a sus procesos naturales, hay un exceso de intervenciones médicas innecesarias. El ámbito vinculado a la reproducción ha sido el ámbito por excelencia de abordaje de la mujer, con una medicalización absoluta de procesos naturales, que se han ido ampliando a todos los aspectos vinculados a su ciclo vital reproductivo: se medica la menstruación, por “obsoleta y perjudicial”, tal y como la definen ahora, y factor de “síndrome premenstrual” (adolescentes medicadas con la fórmula de Prozac bajo otro nombre); se medica el parto, en nombre de la seguridad (programado, inducido, rasurado, episiotomizado y quirúrgico); se define como “sexualidad enfermiza” la no disponibilidad permanente (disfunción sexual femenina); y el círculo se cierra con la definición del cese de la menstruación como enfermedad de “deficiencia de estrógenos” que dura hasta la muerte (menopausia y postmenopausia), lo que ha permitido medicalizar a millones de mujeres durante años en nombre de la prevención y la juventud causándoles graves enfermedades a muchas de ellas.
- e) pese a la ausencia de mujeres como sujetos de investigación biomédica, las mujeres han sido convertidas en dianas del marketing farmacéutico y médico: además de consumir más ansiolíticos y antidepresivos, son las responsables de la contracepción, así como de la adquisición y toma de medicamentos del resto de la familia –en su papel de cuidadoras–; son más longevas y a menudo soportan enfermedades crónicas cuyas causas no se han estudiado; reciben mucha más presión para “cuidar” y transformar su cuerpo, manteniéndolo permanentemente joven y delgado, etc.

Además de todas las implicaciones comentadas, y aunque sólo hemos recogido algunos aspectos avalados por la investigación, es posible intuir ciertos efectos que puede producir en las mujeres la mirada del sistema médico vigente hacia ellas: un desconocimiento de sus propios procesos corporales así como un alejamiento del origen de su malestar anímico y físico; una percepción de falta de control sobre sus procesos de enfermar (más atribuidos a causas biológicas que a hábitos de vida, por ejemplo)... Para poder responsabilizarse de la propia salud es necesario disponer de información veraz y tener poder de decisión. Y ello requiere exigir informaciones

fiables y objetivas, libres de los intereses comerciales de las empresas implicadas en los sectores afectados (por ejemplo, objetividad en los revisores de las revistas especializadas, subvenciones a la investigación al margen de las grandes compañías farmacéuticas, etc.).

Parece que las mujeres se las induce a aprender a reescribir su experiencia vital desde los parámetros propuestos por la medicina, que giran, como hemos comentado, en torno a las fases de su ciclo vital reproductivo. Esto las hace correr diversos riesgos, tales como dejarse medicalizar, delegando su sexualidad-maternidad en manos de los médicos y perder confianza sobre su capacidad de vivir naturalmente tales procesos; asumir las categorías patologizantes propuestas (desde sentirse disfuncionales sexualmente, a vivirse con más problemas de los debidos si tienen la menstruación o rondan la menopausia, pasando por creerse incapaces de parir sin ayuda tecnológica, etc.). Más aún; el énfasis en enmarcar alrededor de tales parámetros la vida de las mujeres hace que muchas de ellas se sientan profundamente inadecuadas si no logran adecuarse al ideal cultural de la maternidad biológica, olvidando otros aspectos desde los que definir distintos proyectos vitales, y acercándose a un proceso en el que se borra el sujeto, dejando lugar a un cuerpo sin referencias subjetivas, sexuales, que será abordado como ajeno a toda práctica o discurso que no sea el discurso médico o el discurso social de la maternidad.

El abordaje médico habitual parece asumir una metáfora reduccionista: el *cuerpo como máquina*, metáfora que sugiere que el cuerpo puede ser separado en partes y esas partes “rotas” o disfuncionales ser tratadas sin tener en cuenta la totalidad del organismo, ni los distintos factores que afectan su funcionamiento global, incluidos los emocionales y sociales. Sin entender ni facilitar la capacidad natural de la persona y su organismo, se trata las partes enfermas desde fuera, justificando así a menudo los tratamientos agresivos y minimizando los efectos secundarios sobre el resto del cuerpo. El cuerpo se ha convertido en un artefacto de la industria, una máquina observada, medida y cuantificable, contrastada con estándares de todo tipo a los que se espera que se ajuste. Esta mecanización oscurece las particularidades que distinguen a cada ser humano de otro.

La tecnología permite desconectar y descontextualizar las partes del cuerpo, neutralizando la experiencia personal de ser un ser humano y fragmentando el cuerpo en patologías. En particular, las mujeres aprenden a reescribir sus cambios corporales mediante un lenguaje tecnológico, más que a través de un lenguaje desde la experiencia. Las tecnologías reproductivas redefinen la fertilidad, reducen la inseminación a un procedimiento de laboratorio, y disputan a la biología el papel de asignar la paternidad y la maternidad. Las mamografías examinan un pecho aislado, sin relación con el conjunto de un cuerpo maternal o sexual, y tratan el pecho como una parte femenina desencarnada que, si es defectuosa, puede ser extirpada o reconstruida. La cirugía estética cosifica y fragmenta el cuerpo humano para reconstruirlo, considerando sus partes (también definidas como adecuadas o

defectuosas) y no la integridad corporal. El cuerpo de las mujeres se objetiviza, y las experiencias de las mujeres de sus cuerpos se despersonalizan.

Todas estas prácticas que hemos comentado no sólo tienen efectos nocivos directos sobre la salud física y emocional de las mujeres, sino que contribuyen a generar un alejamiento de su realidad corporal, un sentido del cuerpo fragmentario y fragmentado, una percepción sesgada y poco integrada de su vivencia corporal, un extrañamiento respecto de sí mismas, focalizándose en ocasiones en aspectos vividos como problemáticos cuando no lo son (como en el caso de la menopausia, la celulitis, o el tamaño de sus senos) o descontextualizando sus vivencias de un sentido más profundo y enraizado en su historia personal y su proyecto vital único. El desconocimiento sobre sus propios procesos, la fragmentación en aspectos parciales –a veces irrelevantes–, la patologización de su discurrir vital son algunos de los efectos del reflejo de la mirada del sistema sanitario sobre la vivencia corporal y personal de la mujer. Y en el camino se dejan de lado verdaderos problemas de salud de las mujeres porque no estamos mirando con la mirada adecuada.

Revisamos en este artículo cómo se ha considerado a la mujer desde el ámbito médico: cómo se ha abordado su cuerpo desde la investigación, el tratamiento de problemas comunes con los hombres, la medicalización de su ciclo vital reproductivo y de su malestar anímico, e incluso de su aspecto físico. Esta peculiar mirada sobre las mujeres tiene consecuencias no sólo sobre su salud, sino también sobre la forma de verse y entenderse a sí mismas.

Palabras clave: mujer, salud, sesgos de género, medicalización

Referencias bibliográficas

- (ACOG) American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). News Release. Issue: Recommendations on Cesarean Delivery Rates, *Medical Letter on the CDC & FDA*, disponible en http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-650131_ITM (descargado el 20-07-2009).
- AEMPS. (2004). *Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios*. Ref: 2004/01, 23 de enero. Nota informativa. *Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución en la menopausia*. Disponible en <http://www.fitec.ull.es/docs/Nota%20%202004-1.pdf> (recuperado el 30 de junio de 2006).
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)-Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo (2000). *Riesgos para la salud causados por implantes de silicona en general, con atención especial a los implantes mamarios (Informe STOA/Parlamento Europeo)*, Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III.
- (AHRQ) Agency for Healthcare Research and Quality. (2004) *Nationwide Inpatient Sample*. En www.marchofdimes.com/peristats (recuperado el 16 de Julio de 2004).
- ANTHONY, S., Buitendijk, S.E., Zondervan, K.T., van Rijssel, E.J., Verkerk, P.H. (1994). Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101 (12), 1064-1067.

- ARBERA, S., McKinlayb, J., Adams, A. Marceau, L., Link, C. y O'Donnell, A. (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment, *Social Science and Medicine*, 62, 103-115.
- BATES, I., Fenton, C., Gruber, J., Laloo, D., Lara, A. M., Squire, S. B., Theobald, S., Thompson, R. y Tolhurst, R. (2004) Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *The Lancet Infectious Diseases*, 4, 368-75.
- BENRUD, L.M. y Reddy, D.M. (1998). Differential explanations of illness in women and men, *Sex Roles: A Journal of Research*, 38, 375-386.
- BODOQUE, Y. (2001). Tiempo biológico y tiempo social: aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres, *Gazeta de antropología*, 17, texto 17-12 (disponible en internet: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_12Yolanda_Bodoque_Puerta.html, consultado el 27/5/2009)
- BOSCH, X. (1998). Spanish doctors criticised for high tech births, *British Medical Journal*, 317, 1406.
- CAHILL, H.A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: An historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 334-342.
- CAPLAN, P. (2004). The debate about PMDD and Sarafem: Suggestions for therapists. *Women & Therapy, A Feminist Quarterly*, 27, 55-67.
- CARROLI, G. y Mignini L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081.
- CHRISLER, J. y Caplan, P. (2002). The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annual Review of Sex Research*, 13, 272-306.
- CHRISTIANSON, L.M., Bovbjerg, V.E., McDavitt, E.C. y Hullfish, K.L. (2003). Risk factors for perineal injury during delivery, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189 (1), 255-260.
- COMBS, CA., Robertson, PA., Laros, RK. (1990). Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 163, 100-104.
- COMBS, C.A., Murphy, E. y Laros, R. (1991). Factors associated with post partum hemorrhage with vaginal birth. *Obstetrics and Gynecology*, 77, 69-76.
- CUNNINGHAM, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. (2001). *Williams Obstetrics*, New York, McGraw-Hill.
- EASON, E. y Feldman, P. (2000). Much ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile? Clinical Commentary. *Obstetrics and Gynecology*, 95 (4), 616-618.
- EASON, E., Labrecque, M., Wells, G. y Feldman, P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 95 (3), 464-471.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I. (2006). *La revolución del nacimiento*, Barcelona, Granica.
- FORCADES, T. (2006). *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*. Barcelona, Cristianismo i Justicia.
- GARCÍA-MORENO, C. (2002) Violence against women: consolidating a public health agenda. En Sen G, G. A. y Östlin, P. (Eds.) *Engendering international health: a challenge of equity*. Cambridge, MIT Press.
- GIL García, E., Romo Avilés, N., Póo, M., Meneses, C., Markez, I. y Vega, A. (2005). Género y psicofármacos: La opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35, 402-7.
- GISMERO, E. (2002). Cuerpo y salud: determinantes e implicaciones de la insatisfacción corporal, en M.I. Serrano (ed.): *La educación para la salud en el siglo XXI*, Madrid, Díaz de Santos.
- GISMERO, E. (2008). Cambiar de cuerpo, *Mente y cerebro*, 29, 32-37.
- GRADY, D., David Herrington, D., Bittner, V. y otros (2002). Cardiovascular Disease Outcomes During 6.8 Years of Hormone Therapy. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Follow-up (HERS II), *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 288, 49-57.
- HEISS, G., Wallace, R., Anderson, G.L., Aragaki, A., Beresford, S.A., Brzyski, R., Chlebowski, R.T., Gass, M., LaCroix, A., Manson, J.E., Prentice, R.L., Rossouw y J., Stefanick, M.L. (2008). Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 299 (9), 1036-1045.
- HENRIKSEN, T.B., Bek, K.M., Hedegaard, M. y Secher, N.J. (1994). Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *British Medical Journal*, 309, 1255-8.
- HODNETT, E.D.; Gates, S.; Hofmeyr, G.J.; Sakala, C. (2007). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007, N° 3. John Wiley & Sons, UK. Disponible en internet: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003766/frame.html> (recuperado el 20 de julio de 2009).

- HULLEY, S., Grady, D., Bush, T., Furberg, C., Herrington, D., Riggs, B., Vittinghoff, E. (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 280 (7), 605-13.
- HUXLEY, V. H. (2007) Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently, *Advances in Physiology Education*, 31, 1722.
- IASIST. (1997). *Hospitalización de agudos, 1996. Grupos relacionados con el diagnóstico*. Barcelona, IASIST.
- JOHANSON, R., Newburn, M., Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far?, *British Medical Journal*, 324,892-895.
- KLEIN, M.C. (1995). Studying episiotomy: When beliefs conflict with science, *The Journal of Family Practice*, 41, 483-487.
- LEDE, R., Balizan, J.M., Carroli, G. (1996). Is routine use of episiotomy justified? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 174 (5), 1399-402.
- LANZA, O. 1999. "Género, pobreza, salud y medicamentos". Comunicaciones *Fármacos*, Vol. 2 (1). Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/project/farmacos/992com01.htm> (descargado el 20 mayo de 2006).
- LAUMANN, O., Paik A, y Rosen R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281, 537-544
- LAWRENCE, S.C. y Bendixen, K. (1992). His and hers: Male and female anatomy in anatomy texts for U.S. medical students, 1980-1989. *Social Science and Medicine*, 25, 925-934.
- MARTÍNEZ BENLLOCH, I. (2004). Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género, en Barberá, E. y Martínez Benlloch, I.: *Psicología y Género*. Madrid, Pearson Educación.
- MASLOW, A.S. y Sweeney, A.L. (2000). Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term, *Obstetrics and Gynecology*. 95 (6), 917-22.
- MOYNIHAN, R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction, *British medical Journal*, 326, 45-47.
- MOYNIHAN, R. (2005). The marketing of a disease: female sexual dysfunction, *British medical Journal*, 330, 192-194.
- MOYNIHAN, R., Heath, I. y Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, *British Medical Journal*, 321, 886-890.
- MOSQUERA, C. (2002). La medicalización de la salud reproductiva de las mujeres: ¿suficientemente contrastados los beneficios y los riesgos?, *Gaceta Sanitaria*, 16,(Supl 1),66.
- (NCHS) National Center for Health Statistics (2004), final natality data. En www.marchofdimes.com/peristats (recuperado el 16 de Julio de 2004).
- (NCHS) National Center for Health Statistics (2009), final natality data. En www.marchofdimes.com/peristats (recuperado el 16 de Julio de 2004).
- OAKLEY, A. (1980). *Women confined: towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson.
- OAKLEY, A. (1985) Social support in pregnancy - the 'soft' way to increase birthweight?, *Social Science and Medicine*, 21(11), 1259-1268.
- OFFMAN, A. y Kleinplatz, P.J. (2004). Does PMDD belong in the DSM? Challenging the medicalization of women's bodies, *Canadian Journal of Human Sexuality, The*. En http://findarticles.com/p/articles/mi_go1966/is_1_13/ai_n7459081/ (recuperado el 9 de julio de 2009).
- OLZA, I. y Lebrero, E. (2005). *¿Nacer por cesárea?*. Barcelona, Granica.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1985). *Tener un hijo en Europa*. Informe Sanidad Pública en Europa, 26.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1985). *Declaración de Fortaleza: Tecnología apropiada para el parto*. Y (OMS, 1999). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra.
- PERSSON J., Wolner-Hanssen P. y Rydhstroem, H. (2000). Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstetrics and Gynecology*, 96 (3), 440-445.
- PHYSICIANS' Health Study Group (1989). Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *The New England Journal of Medicine*, 321(3), 129-35.
- PUTTA, L.V., Spencer, J.P. y Conemaugh, T. R. (2000). Assisted vaginal delivery using the vacuum extractor. *American Family Physician*, 62(6), 1316-20.
- Redacción Ondasalud.com (2004). *La FDA mantiene su desconfianza en los implantes de silicona*, 9 de Enero de 2004 En www.dmedicina.com (recuperado el 20 de mayo de 2007).

- ROBINSON, J.N., Norwitz, E.R., Cohen, A.P. y Lieberman, E. (2000). Predictors of episiotomy use of first spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology* 966 (2), 214-8.
- ROMO, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Markez, I., Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres, *Revista española de drogodependencias*, 28, 4, 372-379.
- RUIZ-CANTERO, M.T., Ronda, E. y Álvarez-Dardet, C. (2007). The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (2), ii11-16.
- RUIZ- CANTERO, M.T. y Verdú- Delgado, M. (2004). Gender bias in treatment. *Gaceta Sanitaria*, 18, 1, 118-125.
- SHIONO, P., Klebanoff, M.A. y Carey, J.C. (1990). Midline episiotomies: more harm than good?, *Obstetrics and Gynecology*, 75 (5), 765-770.
- STEINRUD MØRCH, L., Ellen Løkkegaard, E., Anne Helms Andreassen, A., Susanne Krüger-Kjær, S., Lidegaard, Ø. (2009). Hormone therapy and ovarian cancer , *JAMA*, 302(3), 298-305.
- SULTAN, A., Kamm, M., Hudson, C. y Bartram, C. (1994). Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair, *British Medical Journal*, 308, 887 – 891.
- THACKER, S.B. y Stroup, D.F. (2006). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD000063. Oxford: Update Software.
- THORSON, A., Long, N. H. & Larsson, L. O. (2007) Chest Xray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39, 337.
- TUBERT, S. (2002). *Mujeres y Salud*, 9. Disponible en. <http://mys.matriz.net> (descargado el 7 de mayo de 2009).
- TOURANGEAU, A., Carter, N., Tansil, N., McLean, A. y Downer, V. (1999). Intravenous therapy for women in labor: implementation of a practice change. *Birth*, 26 (1), 31-36.
- VACCARINO, V. (2006). Angina and cardiac care: are there gender differences, and if so, why?, *Circulation*, 113, 467-469.
- VALLS Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona, Random House Mondadori, Debolsillo.
- VALLS, C. y Arrizabalaga, P. (2005). *Las mujeres médicas, de la incorporación a la discriminación*, en *Medicina Clínica*, citado en El País, 21 de junio, p.44.
- VEGA, A.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E.; Márquez, I.; Poo, M. (2004). Mujeres y prescripción de psicofármacos: un estudio comparativo entre comunidades autónomas, *A tu salud*, 45, 4-10.
- WAGNER, M. OMS. (1989). *Nacer en Europa, realidad y perspectivas*. Ponencia presentada en las I Jornadas Mediterráneas de Embarazo y Parto. Valencia. (Citado en Fernández del Castillo, I. (2006). *La revolución del nacimiento*, Barcelona, Granica).
- WAGNER, M. (1999). *Episiotomy: a form of genital mutilation*. The Lancet, 353, 1997-1998.
- WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS (2002). Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial, *JAMA*, 288 (3), 321-333.



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

Crisis de ansiedad

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

Problemas de pareja

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

Supervisión clínica

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

centroitaca@gmail.com

EL CUERPO SACRIFICADO: UNA MIRADA COMPRENSIVA SOBRE LA FIBROMIALGIA DESDE EL CONSTRUCTIVISMO

Sonia Fontecha, Silvia Hermosilla y Manuel Villegas
Centro Itaca. Barcelona

This paper poses psychotherapeutic intervention from the framework of constructivism and specifically the theory of moral development (Villegas, 2005, 2008) carried out with two diagnosed fibromyalgia patients. From these two cases we propose a series of conclusions about modalities of moral regulation of these patients and the emergence of fibromyalgia, hypotheses that can serve as a framework for understanding the experience of fibromyalgia and the pursuit of new research.

Keywords: Fibromyalgia, theory of moral development, constructivism, pain, psychotherapy

Introducción, presentación del trabajo.

A continuación presentamos nuestra propuesta de intervención psicoterapéutica con pacientes diagnosticadas de fibromialgia, que sufren también problemas psicológicos. Los objetivos que nos planteamos con esta intervención es mejorar la calidad de vida de la persona afectada (el aumento de la autoestima, estado de ánimo, relaciones sociales, la incorporación de actividades, experiencias gratificantes y enriquecedoras, así como la reconstrucción de la propia identidad y el sentido vital) y aumentar la sensación de manejo con respecto al dolor. No pretendemos establecer una etiología de la fibromialgia, sino analizar desde una perspectiva global y vital la evolución de la persona antes y después de la aparición de la fibromialgia.

Marco teórico:

El marco teórico en el que se encuadra la intervención psicoterapéutica es el constructivismo, el cual otorga al ser humano el papel activo de construir su realidad a través del significado que da a sus experiencias. En particular se considera la fibromialgia dentro del **contexto existencial** de la persona, cómo ésta aparece en el seno de **una historia** caracterizada por una **regulación sociométrica** de tipo

vinculante oblativo. Estos conceptos provienen de la **Teoría del Desarrollo Moral** (Villegas, 2005, 2008) para la cual las personas se regulan según el momento **evolutivo** en función de dos ejes: el **eje egocentrado** correspondiente al periodo postnatal y primera infancia y el **eje alocentrado**, correspondiente a la niñez y pubertad. Estos ejes introducen una tensión o dialéctica en el desarrollo de la persona hacia la autonomía que idealmente correspondería a la vida adulta. Toda la evolución y posterior regulación del sujeto es el resultado de esta tendencia hacia la autonomía, razón por la cual se le otorga el calificativo de “**moral**”: cada uno es responsable frente a los determinismos internos y externos a que se halla expuesto durante su trayectoria vital. Los distintos estadios evolutivos toman igualmente su denominación de esta referencia al criterio de regulación moral en base al concepto de **-nomía** (del griego “nomos” criterio o convención), dando origen a cinco momentos evolutivos llamados **pre- a hetero- socio- y auto-nomía**) que luego se convierten en sistemas estructurales de regulación psicológica (determinando **emociones, pensamientos y comportamientos**), cuyo significado se irá especificando a lo largo del trabajo (véase Villegas, 2005, 2008) . En el ámbito del trabajo con la fibromialgia será también de particular interés elaborar los **procesos de duelo** que llevan consigo las pérdidas tanto en el ámbito relacional como social y en el de la incapacitación subsiguiente a la experiencia del dolor crónico.

Setting terapéutico. Formato de terapia breve llevado a cabo dentro de las actividades clínicas del Master de Terapia Cognitivo Social, en el contexto de un grupo de trabajo de investigación en fibromialgia. Pacientes derivadas por el psiquiatra del Centro de Salud Mental al estudio que se realizaba desde el Master.

Formato: 16 sesiones terapéuticas de una hora, con frecuencia semanal, más dos sesiones de seguimiento.

Metodología: Cuestionarios de evaluación empleados:

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje-I del DSM-IV (SCID-I), Escala Visual Analógica (EVA), Cuestionario del Impacto de la FM (FIQ; Burckhardt, Clark y Bennett, 1991, adaptación española de Rivera y González, 2004), Técnica de Rejilla (TR) (Kelly, 1955; Feixas y Cornejo, 1996), HADS - Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital (Zigmond y Snaith), BDI – II: Inventario de Depresión de Beck (Beck et al.), C.E.R.

Casos:

I.- CASO ALICIA

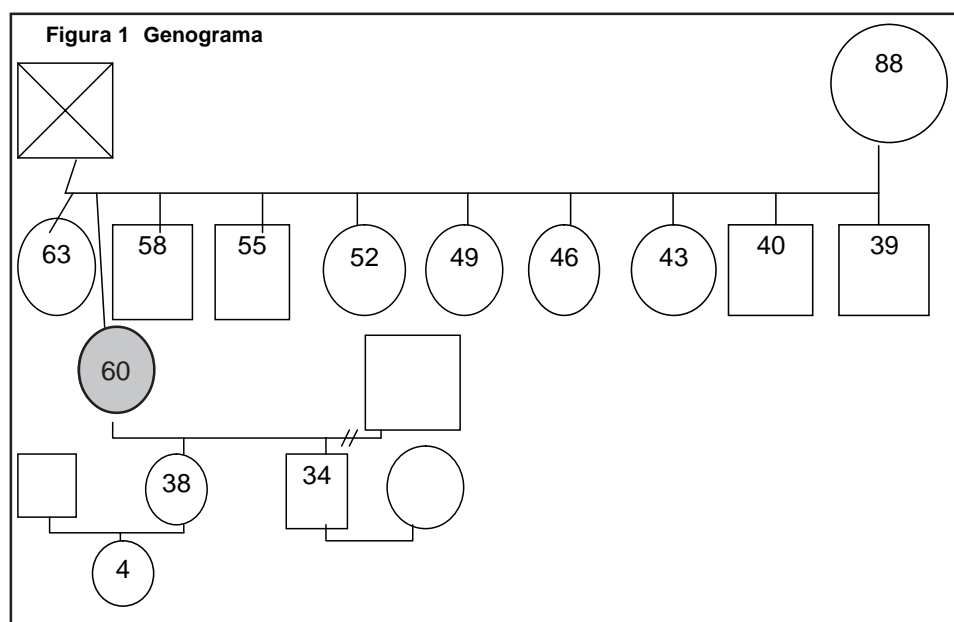
Datos demográficos y genograma trigeracional

Alicia (nombre ficticio) es una mujer de 60 años, natural de un pequeño pueblo de Jaén, donde todavía residen 3 de sus hermanos y su madre. Es la segunda de 11

hermanos. Proveniente de una familia de clase social baja con grandes necesidades económicas, sin estudios, apenas sabe leer y escribir. (Ver genograma, figura 1).

Separada desde hace 18 años, en la actualidad, reside en Barcelona, en un piso en el que vive ella sola, desde que sus hijos se fueron de casa hace siete y cinco años, respectivamente

Alicia es la segunda de 11 hermanos, hija de dos padres autoritarios por los que no se ha sentido querida. Su padre murió hace treinta años, fruto de un accidente. Lo define como: buena persona, generoso, cariñoso, trabajador, humilde, responsable, apegado a la familia, alegre, que se preocupa, callado, no cotilla. Pero también como influenciable por su madre, quien lo instigaba para que los pegase cuando no “cumplían las normas”, como ejemplo me cuenta que cuando se ponían a jugar y armaban jaleo, su madre les decía que fuera a pegarles y éste lo hacía.



Línea de vida

Desde pequeña se encarga de **cuidar** a sus hermanos pequeños hasta que cumple 10 años, edad en que comienza a trabajar. A los 16 se va con su hermana mayor a Madrid a trabajar para ganar más dinero, pasando de depender del criterio de sus padres al criterio externo de su hermana mayor que era la encargada de cuidar de ella. La relación autoritaria de la madre hacia ella, es ahora mantenida por la hermana. Si Alicia se oponía a lo que su hermana le decía o quería hacer, la dejaba encerraba en su cuarto sin poder salir. Alicia entraba entonces en conflicto entre lo que le apetecía hacer y lo que le decían tenía que hacer, interrumpiendo así su camino hacia la autonomía.

Después de 6 años en Madrid, un verano que vuelve a su pueblo de vacaciones conoce un hombre con quien comienza una relación sentimental. Al poco tiempo, decide irse a vivir con él y unos dos meses después contraen matrimonio pese a la manifiesta oposición de su padre (quien le decía era un mal hombre).

Al año de matrimonio, por motivos laborales, se mudan a vivir a Barcelona, momento en que empiezan los maltratos psicológicos, físicos y sexuales. Su marido es un hombre ausente de casa, que bebe y mantiene relaciones con prostitutas. En su primer año de matrimonio nace su primera hija, 4 años después nace su segundo hijo. En Barcelona, aislada de su familia, y sin amistades, sintiéndose avergonzada de lo que pasaba, se dedica por entero a trabajar y sacar adelante a sus hijos. Su padre muere cuando ella tiene 30 años, a causa de un accidente, ella comienza a sentir sentimientos de vacío.

Mientras tanto continúan los maltratos. Presenta diversas denuncias sin éxito, en una, la policía le dice que vuelva cuando tenga sangre, en otra meten al calabozo a su exmarido durante una noche, al día siguiente sale y vuelve a dar una paliza a Alicia. En algún momento se plantea la posibilidad de separarse, pero dado que ella había tomado la decisión de casarse con él tenía que “cargar” con las consecuencias y creyendo que su marido cambiaría y que era el padre de sus hijos, sigue con él durante veinte años. Hasta que intenta pegar a uno de sus hijos. Momento en que decide separarse, ella tiene entonces 42 años. Desde entonces, continúa su **lucha** para sacar a sus hijos adelante ella sola, una lucha sin descanso. El tiempo continúa pasando y ella comienza a tener **dolores** a raíz de una operación de menisco por el que coge la baja. Después de una peregrinación por distintos médicos durante dos años, un reumatólogo le diagnostica fibromialgia y le dice que no vaya a ningún médico más puesto que no tiene cura. Posteriormente le dan la invalidez, y la incapacidad total por larga enfermedad.

Poco después de comenzar a tener dolores, su hija mayor se independiza, y al poco lo hará también su hijo, quedándose sola en casa. Se intensifica entonces el miedo a su marido traducido en una intensa desconfianza hacia los demás, pero también hacia ella misma. Aparecen también sentimientos de **vacío, soledad, culpabilidad y un bajo estado de ánimo**. Momento en que comienza a acudir a consulta psiquiátrica. Después de dos años, y aconsejada por su Psiquiatra viene a terapia.

Demanda inicial Cuando se le pregunta a Alicia qué es lo que quiere conseguir de la terapia, responde que lo que quiere es:

“volver a ser yo misma, ahora no soy yo, hacer más cosas, estar mejor de estado de ánimo, relacionarme más con la gente, no tener tanto miedo y no tener tanto dolor”.

Objetivos de terapia

- Teniendo en cuenta su motivo de demanda inicial, el formato de terapia breve y las circunstancias y características de la paciente los objetivos se centraron en:
 - ☐ establecer un vínculo seguro donde poder comprenderse a sí misma, para comenzar a quererse y recuperar la confianza ante la vida.
 - ☐ llevar a cabo un análisis de significados, para reconstruir un nuevo ciclo de validación.
 - ☐ disminuir el dolor.

Comprensión del curso vital de Alicia: Siguiendo la clasificación de Villegas, Alicia presenta ya desde muy pronto en su infancia una regulación **prenómica compensada por la heteronomía**, característica de una prenomía que no ha seguido una evolución hacia la anomía, a causa de un déficit en la constitución de un criterio propio, pasando a depender de criterios externos por los que regirse. En el caso de Alicia esto es debido a las excesivas responsabilidades que asume desde pequeña puesto que sus padres no se hacían cargo de ella, ni le daban cariño, Alicia no se ha sentido protegida ni querida, más bien al contrario. Sentía que cuando hacía lo que le apetecía por ejemplo jugar con sus hermanos, sus padres le pegaban. De manera que comienza a regirse por la **heteronomía** por lo que tiene que hacer, durante una gran parte de su vida. Se llena de responsabilidades sin llenarse de sí misma.

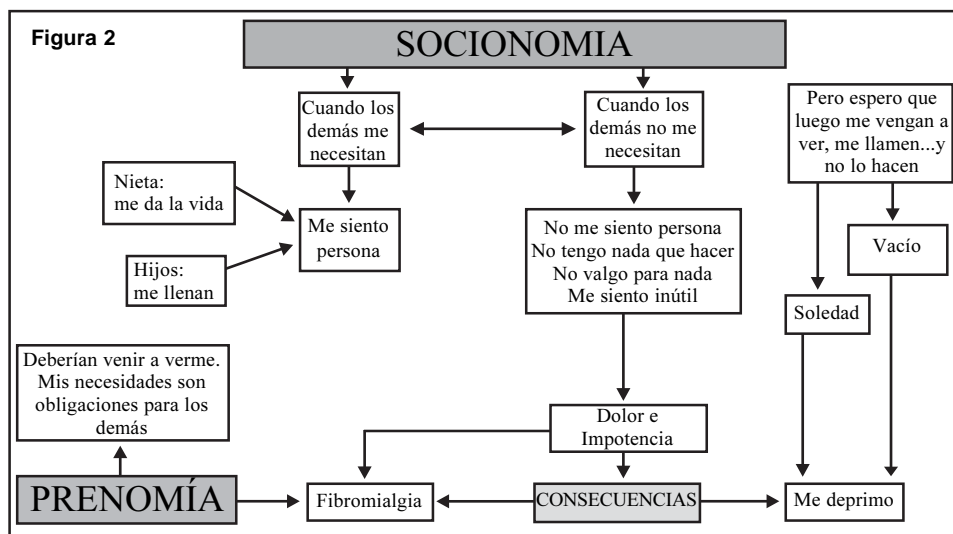
Durante la adolescencia, pasará del criterio autoritario de sus padres, al criterio de su hermana mayor, interrumpiendo su pasaje hacia la autonomía. Hasta que conoce al que será su futuro marido, y decide casarse con él desde una posición de rebeldía, para escapar de sus obligaciones.

Cuando se casa con él y su marido comienza a maltratarle, ella quiere volver con su familia, de hecho su padre ya le había avisado de que éste era un mal hombre. Pero entonces él la amenaza con hacerle algo a su familia y ella decide continuar con él para **proteger a su familia y para cargar con las consecuencias de la decisión que había tomado**. Al poco tiempo, se trasladan de Andalucía a Barcelona, donde Alicia se siente perdida y sola. Al cabo de poco tiempo se quedará embarazada y desde entonces su vida se vuelca en el sacrificio por sus hijos, mientras continúan los maltratos y las constantes invalidaciones **“No vales para nada”**. Alicia que pensaba su marido cambiaría, y considerando que era el padre de sus hijos decide continuar con él. **Estas condiciones (proteger la familia de origen, mantener el vínculo y el cuidado de sus hijos) la inducen a regirse por una socionomía vinculante oblativa, que viene a sumarse a la regulación heteronómica de base, potenciando con ello el criterio alocentrado.**

En algún momento intenta salir de esa situación y decide poner una denuncia pero la policía le dice que “hasta que no vengas con sangre no vuelvas” por lo que Alicia decide continuar con él, mientras su ánimo y su autoestima se van mermando.

Finalmente cuando sus hijos ya son más mayores, y su marido está a punto de pegar a uno de sus hijos, decide separarse. Continúa el sacrificio por sus hijos “*no merece la pena pensar en mí, es egoísta y además yo no valgo para nada*”, hasta que sus hijos se hacen mayores y se independizan.

Paralelamente a este proceso, comienza a tener dolores, e inicia un peregrinaje por distintos médicos hasta que recibe el diagnóstico de fibromialgia, acompañado del mensaje “no se cura”. Surge entonces el sentimiento de vacío, de soledad, el bajo estado de ánimo, momento en que inicia tratamiento psiquiátrico. Ya no se fía de nadie, y siente que la vida no merece la pena, que ella como persona no vale. Posteriormente, el hecho de que sus hijos se vayan de casa y “ya no la necesiten”, hace que sienta que no valga para nada. Las sensaciones de vacío, fracaso e impotencia a partir de la ruptura que supone en su vida el diagnóstico de fibromialgia y la invalidez total, que la incapacita para trabajar la devuelven a una **posición prenómica pero esta vez originaria reactiva**. (Ver Fig. 2)



Desde pequeña Alicia no ha sentido sus necesidades cubiertas de una manera adecuada y pese a que mediante otras estructuras (heteronomía y socrionomía) ha podido funcionar durante mucho tiempo, no han sido dos estructuras integradas, ni desarrolladas. De manera que cuando la fibromialgia le impide hacerse cargo de las obligaciones y/o de los demás, se encuentra con ella misma, con unas necesidades que no sabe satisfacer. Y espera que sus hijos se las satisfagan. Confunde sus deseos con sus necesidades, ejemplo el deseo que vengan a verla, tratando de imponérselo a sus hijos como si fuera su obligación. Y las emociones que durante tanto tiempo han permanecido dormidas, se despiertan ahora en forma de vacío, de tristeza y de dolor. Una **anomia**, con la que Alicia no está acostumbrada a conectar.

Por eso el trabajo terapéutico se centró primero en crear un vínculo, donde Alicia se sintiera segura y pudiera expresar su dolor, su resentimiento, su rabia, su tristeza, su denuncia frente al mundo. Para que pudiera a la vez ir legitimando sus emociones para poder ir validándolas y validarse a través de ellas como persona. Pudiendo perdonarse a sí misma, pudiendo salir de la culpabilidad, para poder dejar paso a la libertad, al desarrollo. Para poder ir integrando responsabilidades con voluntad. Un proceso de cambio largo, que durante el proceso de terapia breve simplemente se inició.

TÉCNICAS Y ACTITUDES EMPLEADAS

Validación y empatía

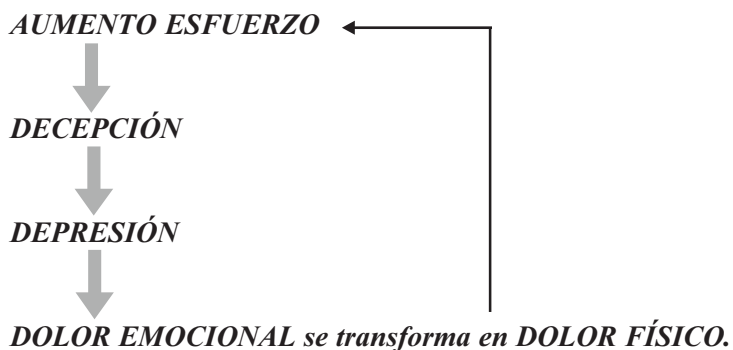
Una actitud terapéutica basada en la empatía y en la validación de los sentimientos, de sus pensamientos, de transmitirle que era válida como persona fue fundamental para el proceso de terapia. Alicia nunca había tenido un lugar en la que se le escuchara sin temor, con comprensión, en el que se sintiese aceptada. Para ella supuso crear un primer entorno seguro, de confianza, en el que aprender a escucharse y a legitimar sus emociones.

Muy importante fue también el respeto de su ritmo y de su tiempo. Le costó abrirse y llegar al núcleo de su verdadero dolor, de manera que cada día añadía nuevos matices, nuevos hechos que recomponer y reconstruir.

Reformulación de significados:

Se definió la fibromialgia como el resultado de un esfuerzo continuado puesto en los demás, que le impedía centrarse en ella misma. Un esfuerzo que le llevaba a la decepción cuando veía que los demás no le daban el reconocimiento exterior que ella buscaba. Esto le llevó a la depresión, a un dolor emocional, que se había convertido en un dolor físico (la fibromialgia).

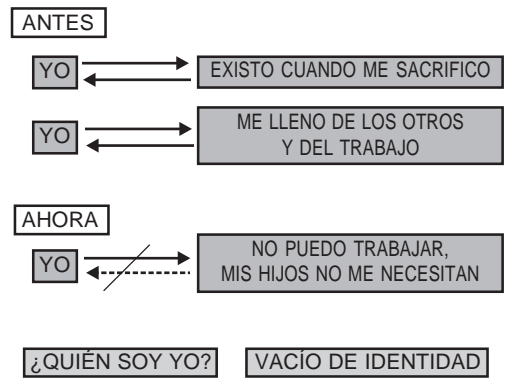
1.- FIBROMIALGIA COMO AGOTAMIENTO DEPRESIVO



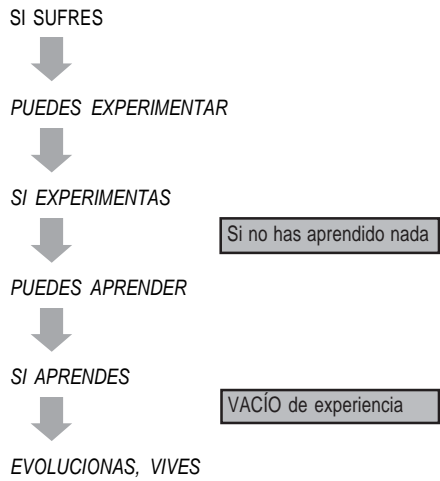
Se trabajó la REFORMULACIÓN del dolor, como proceso curativo que le estaba permitiendo el contacto con ella misma, como un dolor transformador, que le permitiría el camino hacia la libertad y su propia autonomía.

2.- Vacío: fruto de un mirar hacia fuera, no hacia dentro.

Se trabajó también que en su vida sus fuentes de validación era externas: ella existía a través de los otros o a través de su trabajo. Cuando no puede trabajar y ya sus hijos no le necesitan no recibe esta validación externa. Y entonces ella se encuentra con ella misma y se pregunta: ¿Quién soy yo? Se encuentra con el vacío de identidad.



Se reformula entonces la función del dolor, que le estaba permitiendo el contacto emocional con ella misma, lo que le ayudaría a sentir, a experimentar, a vivir y a hacer suya su vida. Para ella hasta entonces su existencia estaba vacía porque se había llenado de la vida de los otros y no la suya.



VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y DEL PROCESO DE CAMBIO.

En función de los instrumentos de análisis

A continuación se muestra una tabla con las puntuaciones de los diferentes cuestionarios en el inicio del tratamiento y en la sesión número dieciséis.

SCID-I:

Pre:

- Depresión Mayor.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Trastorno por Estrés Postraumático.

Post:

- Depresión Mayor.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- **ha dejado de cumplir criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.**

Resultados cuantitativos

■ Rejilla de constructos personales (Kelly)

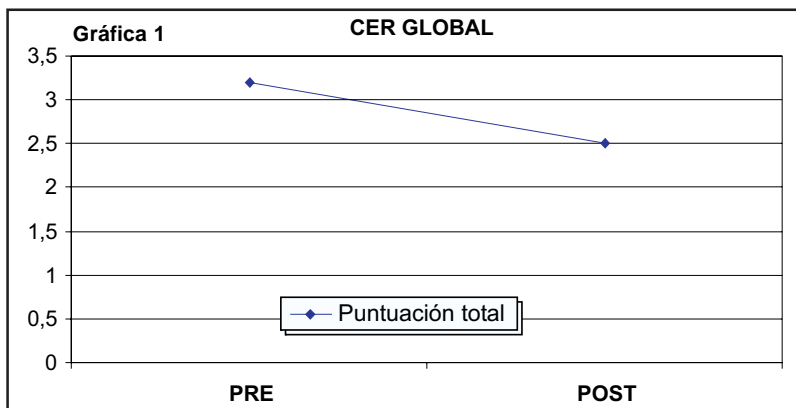
| | Pre | Post |
|--|-------|------|
| o Porcentaje de varianza: | 53% | 42% |
| o Polarización: | 65% | 40% |
| o Número de dilemas: | 2 | 2 |
| o Índices cognitivos: | | |
| <input type="checkbox"/> Yo- ideal: | -0,03 | 0,26 |
| <input type="checkbox"/> Yo- otros: | 0,03 | 0,22 |
| <input type="checkbox"/> Ideal- otros: | 0,19 | 0,22 |

Perfil de resentimiento —————→ Perfil de positividad

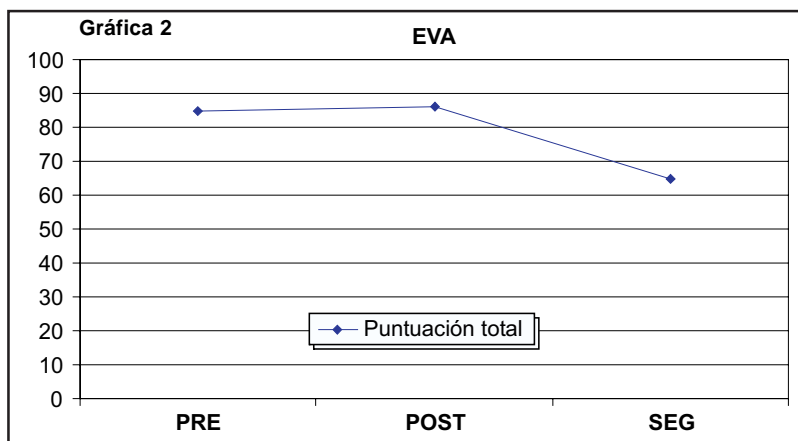
A continuación se muestra una tabla con las puntuaciones de los diferentes cuestionarios en el inicio del tratamiento (Pre) y en la sesión número dieciséis (Post).

| Cuestionario | PRE | POST |
|-----------------|------|-------|
| BDI-II | 52 | 42 |
| C.E.R. | 3,19 | 2,5 |
| EVA | 85 | 86 |
| FIQ | 94,2 | 87,48 |
| HAD- ANSIEDAD | 15 | 18 |
| HAD - DEPRESIÓN | 15 | 12 |

Teniendo en cuenta simplemente los datos cuantitativos recogidos por los cuestionarios, podemos ver que en general las puntuaciones han disminuido si bien continúan siendo significativas puesto que se encuentran todas por encima del punto del corte. (Ver gráfica 1).



Esto tiene que ver con varios aspectos: uno es el hecho de que el proceso de cambio durante las dieciséis sesiones simplemente se inició. Otro es que se trata de un proceso de cambio lento y a largo plazo. Este proceso de cambio que ya se había empezado a dar y que se puede ver sobre todo a nivel cualitativo tal y como recoge la paciente y la terapeuta a continuación. Cambios que además se mantienen en las sesiones de seguimiento, tal y como puede verse en la gráfica 2 que representa la evaluación del dolor.



Según la perspectiva del paciente

El cambio experimentado por la paciente fue grande, ella misma así lo expresó: “he podido hablar de mis problemas que tenía antiguos, sacarlos un poco fuera y

EXPRESAR EL DOLOR QUE TENÍA DENTRO y entonces pues me ha venido muy bien”. “Veo diferente que ahora me relaciono más, que puedo hablar con más gente, o pararme, o salir más, que antes estaba metida en casa y no salía y estoy contenta”. Pudo experimentar que merecía la pena como persona y fue capaz de poder aceptar mi regalo: la rosa como símbolo de mi cariño hacía ella, sin esperar ni tener que darme nada a cambio.

Hubo también un cambio de significados, una redefinición acerca del dolor en su vida, como un duelo de su proyecto vital, de esa pérdida de expectativas de lo que le hubiera gustado que fueran sus padres y no fueron. Y sobre todo de lo que le hubiera gustado que fuera su vida. Recalcaba un gran sentimiento de impotencia, cuando a causa de los dolores que tenía no podía trabajar, pues afirmaba eso era lo que le más deseaba.

Ella se había planteado crear una familia unida y junto con su marido criar a sus hijos y poder trabajar. Y no en cambio, tener que sacarlos adelante sola y recibir la invalidez por larga enfermedad.

II. CASO SARA

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE: Sara es una mujer de 65 años, casada y con cuatro hijos, procedente de Galicia pero que reside en Barcelona desde que tenía 15 años. Había trabajado limpiando despachos de lunes a viernes y en una inmobiliaria vendiendo pisos los fines de semana, aunque en los últimos años trabajaba menos días debido a los dolores y agotamiento físicos producidos por la fibromialgia. En la actualidad está jubilada. Su nivel sociocultural es bajo y su nivel de estudios es mínimo. Su marido tiene 73 años, es de Barcelona y también está jubilado. Cuando estaba en activo, cambiaba continuamente de trabajo, siendo el último de comercial en la misma inmobiliaria que la paciente. Sus hijos, todos varones, tienen 42, 37, 34 y 29 años. El mayor vive en Brasil y se casó allí; el de 37 tiene pareja y conviven juntos; el de 34 años tiene pareja y una hija de tres años, y el menor tiene pareja con la que convive. Los padres de Sara están ambos muertos y ésta tiene dos hermanos y dos hermanas de los cuales sólo vive en Barcelona la hermana mayor, con la cual mantiene más relación. Al empezar la terapia Sara y su marido vivían solos, pero en el transcurso de ésta su hijo de 37 años y su pareja se mudaron a su casa por motivos económicos.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA: Sara es derivada por la psiquiatra del Centro de Salud Mental que colabora con el estudio sobre fibromialgia que se realiza en la Universidad de Barcelona. Acudió al centro por sus síntomas depresivos, cumpliendo criterios para la depresión mayor en el SCID II. Su demanda en términos generales es estar más tranquila, lo que se concreta en no estar tanto por los demás, cuidarse más y aprender a decir que no.

HISTORIA DEL PROBLEMA: Sara nace en Galicia donde, desde bien pequeña, trabaja en el campo con sus padres. Su padre abre un bar en Barcelona y, a la edad de quince años, Sara se muda con su familia para trabajar en él. Por aquel entonces relata vivir atemorizada por su padre a quien describe como un hombre agresivo, autoritario y déspota tanto con ella como con su madre. A la madre la describe como una mujer sumisa y víctima impotente de los continuos abusos de su padre.

Su infancia está caracterizada por asumir responsabilidades excesivas y sufrir continuas invalidaciones por parte de su padre. Sara no tuvo sus necesidades afectivas cubiertas ni un entorno favorable para el desarrollo de su núcleo volitivo y criterio personal (**anomia**). Pasó de una regulación **prenómica** a una regulación **heteronómica**, desde el miedo y la autoridad de su padre.

Conoció a su marido en el bar. Empezaron a verse y cuando se enteró su padre le dijo que o se casaba en un año o no le dejaba verle más. A su padre nunca le gustó su marido, decía que no era un buen hombre y que no le convenía. Sara, en un deseo desesperado de salir de la situación en que estaba y como un acto de rebeldía hacia la autoridad de su padre, decidió seguir con él. Ella no era capaz de salir de su casa sola, sustituyó el vínculo parental por el de pareja adoptando una posición **socionómica**. Sara proyectó en este hombre tanto la figura del salvador como su felicidad, manteniéndose en el eje alocentrado.

En cosa de un año apenas sin conocerlo, se vio casada y viviendo en un piso que les dejó un tío del marido. No tardó mucho tiempo en darse cuenta del error que había cometido. Su marido distaba mucho de aquel hombre cariñoso y atento que ella había idealizado. Resultó ser una calcomanía de todos los aspectos que más odiaba de su padre. Sara entró en crisis, sintió que no era lo que quería, y, en un intento de rectificar, corrió a hablar con sus padres pidiéndoles ayuda. Sara se posicionó **heteronómicamente**, necesitaba de la autoridad de su padre para tomar esa decisión, ya no era capaz de escucharse y fiarse de lo que quería, su **anomia**. Éste la recriminó por no haberle hecho caso en un primer momento y le dijo que ahora tenía que “apechugar” con su situación. Sara se volvió a acoger al criterio externo, ignorando lo que sentía y quería. Desolada y desesperanzada, se resignó y volvió a casa a asumir el destino que se había forjado como irrevocable.

Sara intentó salvar la situación y devolverle el sentido a su vida teniendo a sus hijos. Creo así un proyecto existencial desde la **socionomía vinculante oblativa**. Así, no es de extrañar, que describa la época de crianza de sus hijos como la más feliz de su vida. A pesar de trabajar de lunes a viernes limpiando y cuidar a sus hijos sola, ya que su marido pasaba la mayor parte del tiempo fuera de casa, Sara se sentía feliz. Se dedicaba con esmero a llevar siempre a sus hijos “como una patena” y a que no les faltase de nada, trabajando las horas que hiciera faltar para cubrir los gastos y responsabilizarse de lo que su marido era incapaz de asumir.

Este frenesí de obligaciones y tareas le dejaban poco tiempo para pararse a pensar y sentir en qué se estaba convirtiendo su vida. Ya le iba bien. Pero su cuerpo

empezaba a resentirse. Relata que ya, por aquel entonces, los dolores empezaban a hacerse presentes de forma puntual y localizada en partes del cuerpo como la espalda y cuello. También iba notando un cansancio y fatiga que parecían fuera de lo normal.

La cosa se mantuvo así hasta que Sara cumplió los 50 años y coincidieron varias situaciones: la menopausia y el inicio de la marcha de sus hijos. Sara entró entonces en una **crisis existencial**. Empezó a sentir el vacío, la tristeza y el dolor que suponía la pérdida de todo aquello que había dado sentido a su vida. Allí fue cuando la **fibromialgia** hizo su aparición con toda su intensidad junto con unos sentimientos de decepción hacia sus hijos y de rabia. Sentía también culpabilidad por saber que su mala relación con el marido y el comportamiento de éste con ellos había influido mucho en su marcha precipitada. La rabia por no ser capaz de expresar su disgusto, **anomia**, se vio reprimida por un sentimiento de culpa **heteronómica** dando lugar a la aparición del síntoma.

Sara se fue refugiando en un rol de víctima del destino y adoptó la queja como válvula de escape. Retomó la **posición prenómica** originaria, que había estado compensando primero desde la **heteronomía** al vivir con sus padres, y después desde la **socionomía vinculante oblativa** con la relación de su marido e hijos.

Poco a poco Sara se iba construyendo como una persona cobarde, negativa y con pocas posibilidades y recursos para afrontar las situaciones de su vida. El hecho que hizo que Sara tocara fondo fue la jubilación de su marido. Hasta entonces, su marido trabajaba y prácticamente estaba fuera de casa toda la semana. Uno de sus hijos y su pareja tuvieron una hija, haciéndola así abuela, Sara, desde una **posición socionómica vinculante oblativa**, volvió a encontrar algo de sentido a su vida y compensó la **regulación prenómica** mejorando de la depresión.

Sara había tenido que dejar de trabajar debido a los dolores y agotamiento provocados por la **fibromialgia** y contaba con tiempo y libertad hasta que su marido se jubiló. En ese momento se reencontró con la persona con la que se había casado y su libertad se vio cortada de golpe. Relata que el marido desarrolló unos celos patológicos controlándola continuamente y no dejándola salir sola a ninguna parte. Se empezó a obsesionar con el sexo, exigiéndolo como un derecho y demandándolo continuamente a pesar de las negativas y resistencias de su mujer. La chantajeaba cuando venían los hijos con portarse mal con ellos para que no volvieran si Sara no le proporcionaba lo que quería y cuando él quería. Sara, movida tanto por el miedo a una reacción agresiva del marido como por el miedo a la pérdida de lo único que le proporcionaba satisfacción y sentido, accedía a todo sin rechistar. Esto provocó que tanto la situación con su marido como la autoestima de Sara no hicieran más que empeorar. Sara desarrolló un **conflicto** entre lo que deseaba, salir de esa situación (**anomia**), y la culpa que le producía el pensar en dejar al marido y no cumplir con su obligación de mujer, (**heteronomía**). Desarrolló síntomas de ansiedad; pero el sentimiento de impotencia ante la situación terminó por dominarla y sumirla en la

resignación, retrocediendo de nuevo a la **regulación prenómica**. Reaparecen los síntomas de depresión con los que llega a terapia. Los síntomas que relata Sara en la primera sesión de psicoterapia son los siguientes:

- Dolor físico (en más de once puntos distribuidos por todo el cuerpo), falta de energía, anhedonia, tristeza alternada con rabia, insomnio, episodios de ansiedad con sensación de claustrofobia y falta de ilusión por la vida e incapacidad de encontrarle sentido.

EL PROCESO DE PSICOTERAPIA

Podríamos dividir el proceso de terapia de Sara en las siguientes fases atendiendo a las emociones, sentimientos y actitudes que ésta pone de manifiesto en el transcurso de la terapia:

Fase de resignación

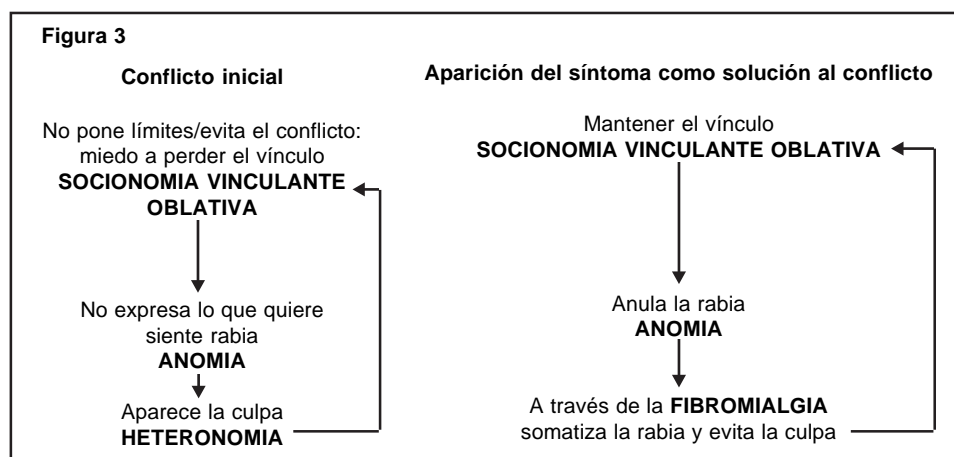
Cuando Sara llega a terapia predominan los síntomas depresivos, llega regulada desde una **posición prenómica**. Le inunda una sensación de hundimiento profundo y se ve sumida en un pozo sin fondo. Es incapaz de encontrar sentido a su vida y no tiene ningún tipo de ilusión que le ayude a salir adelante. Tiene una visión catastrófica de su pasado, del presente y del futuro. La paciente no logra ver salida a la situación en la que está, y encuentra en la queja una válvula de escape que le permite expresar su desdicha. Sin embargo, es esta misma conducta de queja la que la mantiene en una posición de víctima que imposibilita vislumbrar y movilizar cualquier tipo de recurso. Este rol pasivo, que justifica achacándolo todo a la mala suerte y a los genes heredados de su madre (**atribución externa, prenomia**), desemboca en un sentimiento de impotencia e incapacidad, que se alternan con momentos en los que siente rabia y se quiere rebelar (**anomia**). Aquí aparecen síntomas de ansiedad. La propia identidad construida como cobarde le sirve de refugio y excusa para apaciguar la ansiedad y quedarse en la impotencia. El trabajo terapéutico, en ese momento, se orientó a crear y consolidar la alianza terapéutica. Se acogieron sus quejas mediante escucha empática y se le mostró, tanto de forma verbal como no verbal, aceptación y apoyo incondicional a su persona, así como comprensión de la magnitud de la situación en la que relataba encontrarse.

Fase de rabia y culpa

Conforme avanza la terapia, se pone de manifiesto que Sara vive en una lucha constante por mantener su identidad de buena persona y hace conductas que cree que se adecuan a ese ideal sin tener en cuenta si es eso realmente lo que quiere o necesita. Entra así en un dilema constante entre hacer lo que cree que es correcto (**heteronomía**) o hacer lo que siente que desea y necesita (**anomia**). Esto le causa problemas en las relaciones que mantiene con los demás y con ella misma, ya que vive en un continuo mar de dudas y sentimiento de culpa que no le permiten disfrutar

de nada de lo que hace.

De forma más concreta y volviendo a su demanda, Sara se siente incapaz de decir no o poner ningún tipo de límites a los demás. De la única forma que lo consigue es mediante el dolor incapacitante de la **fibromialgia**. Entonces se siente legitimada para pensar en lo que a ella le conviene y evita el sentimiento de culpa por no cumplir con su rol de buena persona con respecto a los demás. Para Sara el ser buena persona entra en contradicción con pensar en ella misma, lo que ella vive como ser egoísta. Sara explica episodios donde es incapaz de expresar lo que piensa o siente por miedo a que los demás la vean como mala o egoísta y, en última instancia, perder su afecto (**posición socionómica vinculante oblativa**). Acaba aceptando las demandas de los demás sin rechistar y haciendo más cosas de las que le permite la fibromialgia creyendo que así evita conflictos y protege las relaciones. El resultado es un agotamiento tanto físico como mental, y una rabia hacia los demás por exigirle más de lo que ella puede dar, sabiendo que parte de la responsabilidad la tiene ella por ser incapaz de poner límites. Para solucionar el **conflicto** que le causaba el sentir rabia al no expresarse (**anomia**), junto con el sentimiento de culpa por la percepción de la inadecuación de esa rabia (**heteronomía**) y con el fin último de preservar las relaciones (**socionomía vinculante oblativa**), Sara “sacrificó” la rabia y la expresión de sus deseos (**anomia**) somatizándola en forma de dolor, **fibromialgia**, evitando así la culpa pero creándose un problema mayor. (Fig.3):



El miedo

El caso del marido era una cuestión delicada. El marido la había maltratado constantemente a través de agresividad verbal, humillaciones y descalificaciones llegando a empujarla y zarandearla en ocasiones y a someterla sexualmente a su antojo. El miedo a disgustarle y a su reacción si ella se opusiera, le habían paralizado a la hora de plantarle cara.

Durante la terapia Sara menciona a menudo la posibilidad de separarse de su marido, pero no se lo plantea seriamente debido al miedo a que los hijos no la entendieran (anticipando la pérdida de su afecto) y a la posible reacción violenta del marido.

El tema del miedo fue tomando el protagonismo conforme avanzaba la terapia. Un miedo que se materializaba en evitar acciones con personas concretas y que, en general, se refería al proceso de cambio en sí. Sara sabía lo que pasaría si seguía igual, sin escucharse a sí misma, sin expresar sus necesidades (**anomia**) y sin poner límites a los demás. Anticipaba consecuencias altamente indeseables si eso cambiaba.

Podríamos relacionar su vivencia con el ciclo de experiencia de la Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1955; 2001; Botella y Feixas, 1998). La hipótesis o anticipación con la que Sara afronta la experiencia podría expresarse así: *“Si hago lo que yo quiero, los otros se enfadarán”* de la cual se derivaría un miedo a perder la relación y a no ser querida, lo cual denota una alta implicación en el resultado. La paciente evitaría la situación dificultando el encuentro con el acontecimiento motivo por el que la anticipación no podría ni validarse ni invalidarse y no se daría lugar a la revisión constructiva del sistema. Eso explicaría la persistencia de su miedo y su pasividad ante su situación.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN ESTA FASE

- Se reformuló el constructo “egoísta” por “autocuidado” para que pudiera verse coherente con el ser “buena persona”.

TRABAJO CON EL DOLOR

- Sara identificaba que las situaciones conflictivas en las que no conseguía expresar lo que sentía le aumentaban el dolor.
- La única actividad gratificante que realizaba era cuidar a su nieta, la cual acababa por agotarla aún más.
- La única manera que encontraba para poner límites a los demás sin sentirse culpable era a través de su enfermedad. El dolor la legitimaba. (Función del síntoma)
- Aquí el trabajo se orientó en la devolución de su funcionamiento por un lado, y, por el otro, favorecer el contacto con sus deseos y necesidades (**anomia**), y el reconocimiento de su legitimidad. Eso le permitirá tanto cuidarse y mimarse más, como encontrar fuentes de gratificación menos agotadoras que mitiguen la percepción del dolor.

APERTURA DEL CICLO DE EXPERIENCIA

- Se le iba animando, respetando su ritmo, a afrontar sus miedos y expresar lo que sentía y quería en situaciones de menor a mayor significación identificados previamente por Sara.

CONFRONTACIÓN CON UNA POSICIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Se le reconoció que hasta ahora no había podido escoger en su vida debido a sus circunstancias, pero que tenía ahora una oportunidad de elegir cómo quería que fuese el resto de su vida y que de su elección dependería el resultado y satisfacción de ésta.

De la esperanza a la desilusión

En esta fase de la terapia Sara ve una solución a todos sus problemas desde fuera, es decir, a través de cambiar su relación con su marido. Hasta ahora, y desde el momento de la jubilación del marido, la relación marital era totalmente insatisfactoria. Relataba cómo su marido se comportaba de manera egoísta y déspota continuamente y sin dar ninguna muestra de cariño ni consideración hacia ella. La única manera que Sara encontró para sobrellevar la relación fue pasando el menor tiempo posible con él. Ello le ocasionaba diversos problemas, por un lado, con el propio marido ya que los celos y sus ganas de controlarla no la dejaban respirar y, por otro lado, llevándola a comprometerse con cuidar a su nieta, como única vía de salida que el marido aceptaba, incluso cuando estaba agotada y dolorida.

La situación siguió igual hasta que su marido visitó a un andrólogo por un problema de eyaculación precoz, tema que lo tenía muy preocupado. En el transcurso de la terapia del marido, Sara fue llamada para participar y explicar su vivencia. Por primera vez, Sara pudo dar voz a sus quejas delante de su marido en un entorno “seguro” a pesar de temer las represalias al llegar a casa. Sara llegó a plantear delante del andrólogo la posibilidad de la separación si su marido no cambiaba. Ante la encerrona y el miedo a quedarse solo, el marido prometió cambiar dando la impresión de que entendía lo que su mujer le pedía y su parte de responsabilidad en el problema.

Cuando Sara explica esto en nuestra terapia, lo hace con una luz de esperanza en sus ojos. Tiene la ilusión de que si su marido cambia, todos sus problemas se resolverán y podrá estar tranquila de una vez. En este punto, la terapia se vio interrumpida por un periodo vacacional en el que la paciente se instaló con su marido en el apartamento que tenían en la playa, lejos de la ciudad, de sus hijos y de su nieta. Fue allí donde Sara se encontró con la cruda realidad.

Su marido, lejos de cambiar, se mostró más autoritario y controlador que nunca, haciéndole la vida imposible. Sara vio todas sus expectativas fallidas y pasó de la ilusión a la desilusión más grande entrando en una profunda crisis. Relata vivir un continuo nerviosismo y no poder parar de llorar, se siente desorientada y, sobretodo, decepcionada.

Aparecen síntomas ansiosos y depresivos que consigue sobrellevar a base de valerianas, paseos en la playa y, también, con una larga llamada telefónica a la terapeuta. (Fig.4)

Figura 4: Crisis e invalidación



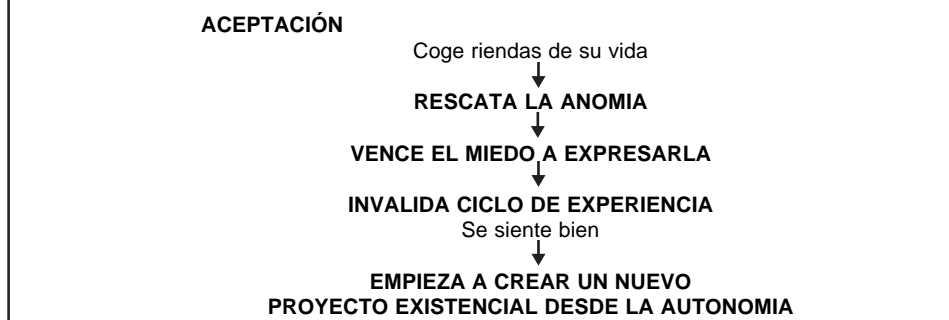
Fase de aceptación

Al ver que su marido no iba a cambiar, Sara aceptó su situación y empezó una movilización desde dentro.

Cogió las riendas de su vida y empezó a tomar decisiones desde lo que ella quería y necesitaba: vencer el miedo y enfrentarse a su marido. Se atrevió a plantarle cara y le amenazó con separarse e irse de vuelta a casa sin él si no la dejaba hacer lo que ella quería y cesaba de controlarla. Explica ver un asomo de temor en la cara de su marido.

A partir de ahí, Sara se envalentona, empieza a salir sin darle explicaciones, a no volver para hacerle la comida, y a plantearse qué es lo que ella necesita y quiere para sentirse bien (conexión con la **anomia**). Empieza una búsqueda activa de sentido a su vida en sintonía con lo que ella siente que es (**proyecto existencial desde la autonomía**). (Fig.5)

Figura 5: Creación de un proyecto existencial desde la autonomía



Nuevo ciclo de experiencia

Al permitirse el encuentro con el acontecimiento (*afrontar el miedo*) y dejar de evitar, se ha permitido la **invalidación de su anticipación** (“*Si hago lo que quiero los otros se enfadarán y los perderé*”) dándose así una revisión constructiva del sistema que le permitió cambiar tanto su experiencia como la construcción de sí misma. Como consecuencia, el cambio se consolidó y generalizó a otros ámbitos de su vida.

Fase de consolidación y generalización

Cuando Sara vuelve a terapia después de vacaciones parecía otra persona. Explica que tras el episodio de plantarle cara a su marido, poco a poco ha ido perdiendo el miedo tanto a éste como a poner límites y decir lo que siente a sus hijos y a otras personas sin sentirse culpable, mostrando **signos de autonomía**. Dice sentirse más fuerte, segura y valiente a la vez que tiene ganas de apuntarse a las actividades que siempre había querido hacer, habiéndose ya apuntado a clases de catalán y de Tai-Chi. Dice haber encontrado un nuevo sentido a su vida y no tener síntomas de depresión y ansiedad.

Fase de finalización

Durante el cierre de la terapia se le leyó y entregó una carta hecha por la terapeuta, donde:

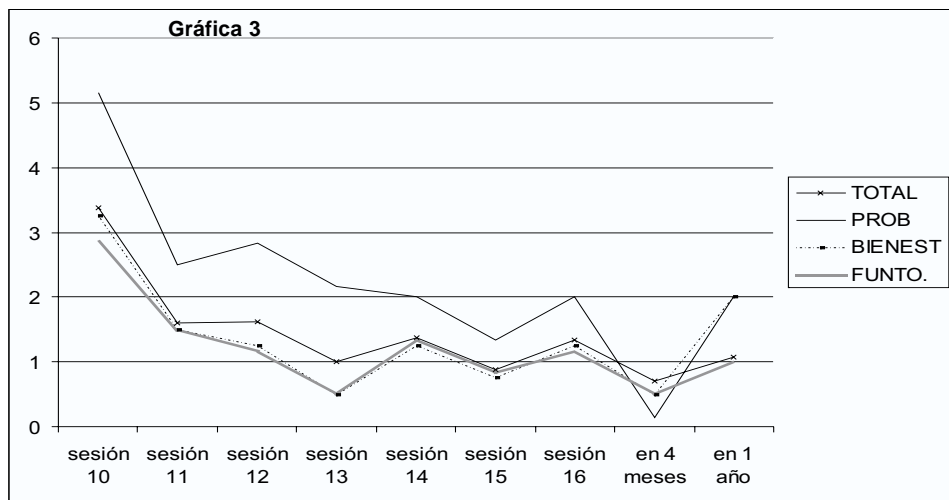
- Se hacía una reconstrucción de su historia de vida dotándola de nuevos significados y dando un sentido a los sufrimientos relatados por Sara.
- Se resumió el proceso de terapia apuntando sus logros y recursos como algo que había iniciado en terapia, pero que estaba en su mano el continuarlos y mantenerlos fuera de ésta.

EVALUACIÓN

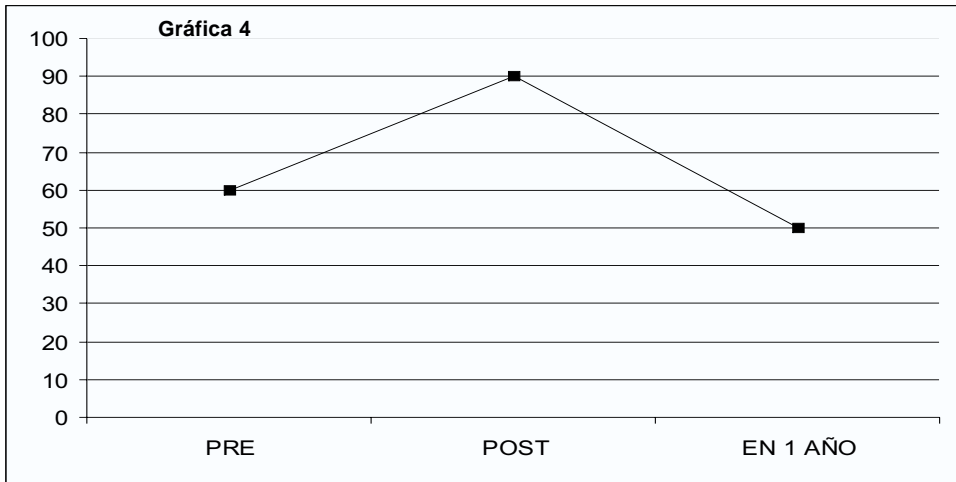
| | PRE-TRATAMIENTO | POST-TRATAMIENTO |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| FIQ | 85 | 65.19 |
| HADS | Depresión 17 Ansiedad 16 | Depresión 8 Ansiedad 11 |
| EVA | 60/100 | 90/100 |
| BDI-II | 53 | 16 |
| LA REJILLA: | | |
| Correlación YO-IDEAL | 0.140 | 0.500 |
| Correlación YO-OTROS | 0.100 | 0.180 |
| Correlación IDEAL-OTROS | 0.291 | 0.373 |
| POLARIZACIÓN | 46.032 | 68.651 |
| PTC Varianza Primer factor | 61.02 | 65.68 |
| DILEMAS IMPLICATIVOS | 21.90 | 17.61 |

RESULTADOS

- Al terminar la psicoterapia ya no cumple criterios de depresión mayor (SCID-II).
- Después de un año, se observa un ligero empeoramiento en el CER. Este cuestionario, en el caso de esta paciente, se empezó a pasar en la sesión número 10 puesto que no lo habíamos hecho en casos anteriores, y pensamos nos podría proporcionar una información valiosa de la evolución sesión a sesión. (Ver gráfica 3)



- La paciente explica que estaba muy bien hasta que le diagnosticaron una posible rotura de la vena aorta en el estómago que podría haberle provocado la muerte, cosa que la perturbó notablemente. Parece estar controlada.
- Manifiesta molestias estomacales y está pendiente de pruebas médicas.
- También muestra una preocupación por sus hijos que no acaban de estabilizarse.
- El tema de su marido sigue sin solucionarse, a pesar de que casi no pasa tiempo con él y ya no le tiene miedo.
- En el EVA vemos una mejoría del dolor, notable respecto a la evaluación POST, y ligera respecto a la PRE. (Ver gráfica 4)



- La paciente realiza actividades gratificantes a diario desde que acabó la terapia: Tai-Chi, catalán, sardanas, coral.
- Se mantienen las dificultades para dormir y la necesidad de descansar a la mitad del día.
- Dice estar peor de la osteoporosis y de la artrosis, por lo que es difícil valorar la eficacia de este tratamiento específicamente para la fibromialgia.

CONCLUSIONES

Análisis comparativo de los casos, en relación a la teoría del desarrollo moral

Observamos que en ambos casos las pacientes presentan similitudes en cuanto a su historia y posicionamiento moral. Así ambas tienen en común:

Infancia

1. Ausencia de cuidado y protección en la infancia temprana.
2. Excesivas responsabilidades, entorno autoritario y poco o nada afectivo.
3. Infancia secuestrada, impedimento del desarrollo de su anomia en el momento evolutivo correspondiente. Salto de la prenomia a la heteronomia.

Adolescencia

4. Adolescencia truncada, pasaje de la heteronomía a la socionomía oblativa sin el desarrollo de la socionomía complaciente más propia de la adolescencia.

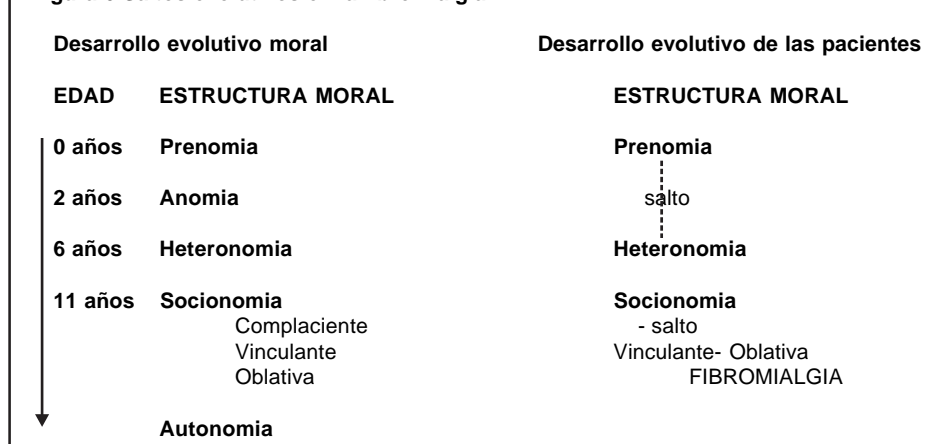
Inicio vida adulta

5. Elección y unión a la pareja desde la idealización de un salvador como escape de la situación en la que se encuentran.
6. Proyecto existencial desde la sconomía vinculante oblativa: creación y cuidado de una familia.
7. Escasa red de apoyo social, abandono de los propios intereses y cuidado personal.
8. Aparición de dolores puntuales sin conciencia de enfermedad.

Madurez

9. Síndrome del nido vacío, frustración del proyecto existencial: crisis vital.
10. Aparición de síntomas, primer contacto con ellas mismas: el vacío, el dolor, y la emoción predominante es la rabia.
11. Crisis vital. Construcción del dolor como síndrome fibromiálgico: la estructura desde la que funcionaban ya no les sirve (sconomía vinculante oblativa). Surgimiento del conflicto: anomia (no legitimada, ni integrada) vs. sconomía vinculante oblativa.
12. Posición prenómica originaria: mis necesidades son obligaciones para los otros. Ausencia de responsabilidad propia, intento fracasado de que los otros asuman esa función.
13. El cúmulo de la no legitimación, ni aceptación del dolor y de sus emociones, hacen que la situación se perpetúe y empeore. Momento en el que las dos pacientes llegan a terapia.

Figura 6 Saltos evolutivos en la fibromialgia



Pese a las diferencias individuales en relación a la historia y a las experiencias vividas por cada una de las pacientes en cuestión, a nivel de funcionamiento moral ambas pacientes parten de una regulación sconomía vinculante oblativa por la

cual dan y se sacrifican por los demás esforzándose y anulándose por ellos hasta el agotamiento físico y moral, esperando recibir amor y reconocimiento a cambio. Cuando el esfuerzo no es correspondido, la expectativa socionómica no se cumple, se produce, entonces, la invalidación de su identidad social puesto que pierden la única fuente de validación de la que disponen: los otros.

Según la posición socionómica vinculante oblativa la persona se llena de los demás sin llenarse de sí misma, ya que no es capaz de validarse internamente lo que genera un vacío de entidad y de identidad. La persona intenta llenar este vacío mediante el reclamo de un amor y un reconocimiento que es incapaz de darse a sí misma, de manera que depende de los otros para validarse. Esto convierte a los demás en su única fuente de validación.

Cuando **la expectativa socionómica no se cumple** aparecen diversos sentimientos que pueden ir oscilando: el fracaso y la sensación de inutilidad; la decepción que da lugar a la sensación de vacío, y/o la frustración que origina el sentimiento de impotencia.

Si se otorga el significado de fracaso a la experiencia, las pacientes acuden a la regulación heteronómica. Se preguntan qué han hecho mal o sienten que no han hecho bastante, aparece el sentimiento de culpa al no sentirse capaces de continuar haciéndose cargo de todo, lo que les llevaría a un estado depresivo. Compensan este estado potenciando de nuevo la regulación socionómica oblativa que les permite seguir funcionando.

Esta regulación heteronómica les lleva a aumentar el esfuerzo, produciendo un agotamiento que da lugar a un estrés físico y emocional causante de dolor o estrés hasta el agotamiento. Dicho dolor al que no encuentran explicación, les lleva a buscar un diagnóstico médico, el de fibromialgia, lo que las legitima socialmente proporcionándoles una nueva identidad desde la enfermedad. Se sienten con derecho, entonces, para pedir a los otros (sistema médico asistencial y sistema familiar) que las atiendan y cubran sus necesidades ya que ellas no se sienten capaces.

En este caso las pacientes se moverían en el eje alo-centrado, es decir, reguladas desde el exterior ya sea por un criterio impersonal (heteronomía) o a través de mantener el vínculo con los otros mediante el sacrificio personal (socionomía vinculante oblativa).

Cuando la expectativa socionómica no se cumple puede aparecer también el sentimiento de decepción y vacío, las pacientes, a través de la tristeza, contactan con sus necesidades y pasan a regularse desde la prenomía originaria.

El contacto con sus necesidades les lleva a conectar con el estrés físico y emocional acumulado, perceptible en la sensación del dolor característico del síndrome fibromiálgico, un dolor que no es imaginario sino real, repitiéndose el proceso de búsqueda del diagnóstico, con la consecuente legitimación social desde la nueva identidad de enferma, esperando que el sistema médico y familiar cubra y

atienda sus necesidades como resultado de la percepción de su incapacidad.

Al constatar que el deseo de correspondencia por parte de los demás es en vano la sensación predominante es la frustración, dando lugar a una respuesta en que se alternan rabia e impotencia.

Esta rabia puede encontrar dificultades para su expresión dando lugar a una somatización que derivaría en estrés físico y emocional relacionado con el dolor y su consecuente búsqueda de diagnóstico, como legitimación social desde la nueva identidad de enferma y la expectativa de que el sistema asistencial y familiar se haga cargo de sus necesidades por su sentimiento de incapacidad.

Puede manejarse también de forma pasivo-agresiva, es decir, expresándola a través de la queja con la finalidad de que tanto el sistema médico asistencial como el sistema familiar las atiendan y cubran sus necesidades sintiéndose ellas incapaces.

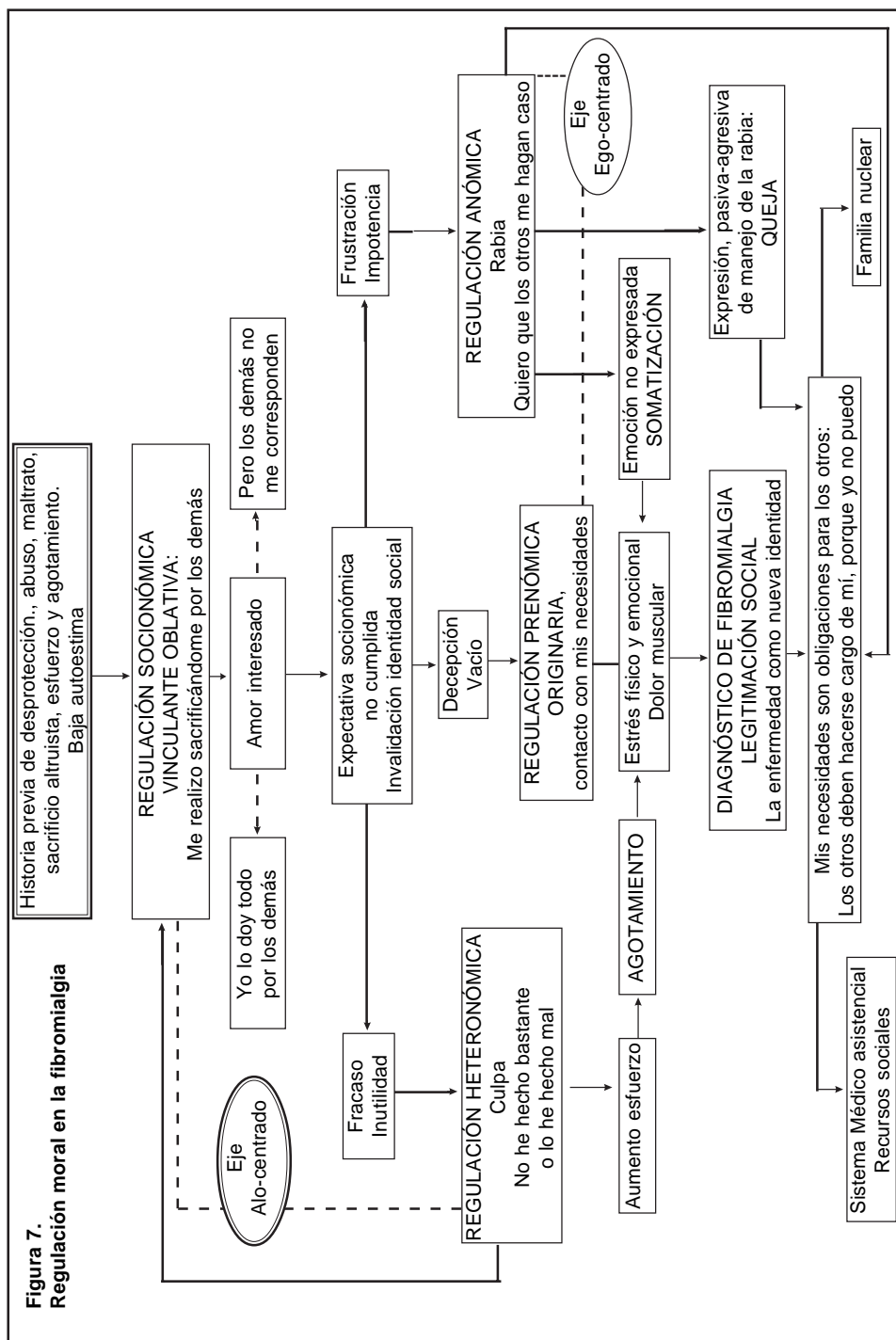
Al regularse tanto desde sus necesidades (prenomia) como desde sus reacciones emocionales de rabia (anomia) intentan en ambos casos recuperar el eje ego-centrado que habían perdido en su trayecto o historia vital, para volver a centrarse en ellas mismas, aunque sea a costa de su autonomía. (Ver figura 7).

Criterios para una intervención terapéutica

Validación, empatía, creación de un vínculo terapéutico y un entorno seguro facilitador de la expresión emocional.

Fases en el proceso terapéutico

1. Trabajo con la demanda, acogida y profundización.
2. Reformulación de la demanda en términos psicológicos abordables.
3. Relacionar síntoma con momento vital: contextualización.
4. Recorrido de la historia vital desde la construcción hecha por las pacientes.
5. Reconstrucción de su historia de vida dotándola de nuevos significados que le permita un crecimiento personal. Reformulación del dolor como un duelo (aceptación de la pérdida del proyecto vital inicial, fases del duelo: negación, rabia, tristeza, aceptación, reconstrucción) y una posibilidad de cambio y de evolución.
6. Devolución a la paciente de su funcionamiento y posicionamiento moral:
 - Posición sacionómica vinculante oblativa.
 - Función del síntoma: legitimar deseos y necesidades desde la prenomía y la fibromialgia.Flexibilización de la estructura sacionómica oblativa vinculante (integración prenomica y anómica tomando en cuenta necesidades y deseos: fomento del autoconocimiento).
7. Trabajo con las emociones (miedo-rabia, pasar de la impotencia a la potencia, desarrollo de la capacidad de elección y el posicionamiento



como agente activo de su vida)

8. Trabajo en el reconocimiento, legitimación e integración de la anomia, conocer los propios límites para poder expresarlos a los demás si fuera necesario.
9. Trabajo con la posición prenómica: Concienciación de la libertad y responsabilidad de su vida con el fin de posicionar activamente a la persona ante su vida y movilizar hacia un estilo atribucional interno.
10. Reconstrucción de su identidad hacia la autonomía
11. Nuevo proyecto vital-existencial desde la autonomía (resolución del duelo).

COMENTARIOS FINALES

Puesto que cada proceso de terapia es diferente y cada persona parte de unas circunstancias y problemática idiosincrásicas, trabajar con un formato cerrado como el que presentamos en este trabajo limita la adaptación de la terapia al proceso de cambio personal pudiendo dar lugar a procesos inacabados.

Una de las dificultades encontradas a la hora de valorar la eficacia de esta intervención específicamente para la fibromialgia ha sido la existencia de otros problemas y enfermedades físicas que ocasionan dolor además de la misma fibromialgia.

Debido a que uno de los cambios importantes de las pacientes es en relación a su posición vital, los instrumentos de evaluación cuantitativos tradicionales resultan insuficientes para reflejar el alcance de dicho cambio. Por ello consideramos pertinente la introducción de nuevos instrumentos de evaluación de tipo cualitativo como el Protocolo de entrevista de cambio terapéutico.

Nos gustaría resaltar que el trabajo terapéutico con este tipo de pacientes puede resultar complicado tanto para las pacientes como para el resto de profesionales, hasta el punto de poder provocar la sensación de que el proceso no avanza. La razón que nosotros encontramos a este hecho, es que es necesaria una fase inicial de terapia más larga. Fase en la que se recoge la demanda, se escucha la queja, y se crea el vínculo. Fase que dura hasta que la paciente siente que ha sido escuchada, entendida y aceptada, lo que le prepara para el inicio de la siguiente fase: la devolución de su funcionamiento. La fase inicial es especialmente importante en estas pacientes, ya que a menudo, no se han escuchado a sí mismas y cuando se han expresado lo han hecho desde la queja. Este hecho puede provocar el cansancio y rechazo tanto por parte de su entorno como de los profesionales que las atienden, potenciando en ellas la sensación de incomprensión y manteniéndolas en esa misma actitud de queja.

Para finalizar, señalar la escasa colaboración que hemos encontrado entre profesionales a la hora de transmitir el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Vemos la necesidad de un trabajo interdisciplinar (médicos, enfermeras, psiquia-

tras, fisioterapeutas, asistentes sociales etc.) dirigido a la consecución de unos mismos objetivos.

El presente trabajo plantea la intervención psicoterapéutica desde el marco del constructivismo y específicamente desde la teoría del Desarrollo Moral (Villegas, 2005, 2008) llevada a cabo con dos pacientes diagnosticadas de fibromialgia. A partir de estos dos casos, explicados brevemente, proponemos una serie de conclusiones e hipótesis sobre las modalidades de regulación moral de estas pacientes y la aparición de la fibromialgia, que pueden servir como marco para una mejor comprensión de la experiencia de la fibromialgia y la prosecución de nuevas investigaciones

Palabras clave: Fibromialgia, teoría del desarrollo moral, constructivismo, dolor, Psicoterapia

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psicología (2005), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Feixas, G., & Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el Programa RECORD v.2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3rd. Ed. Rev.) Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Villegas, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 63/64, 59-132.
- Villegas, M. (2008). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, 63/64, 59-132.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

INDICE GENERAL AÑO 2008

Nº 73 NUEVOS RETOS Y APORTACIONES

SALUD A TRAVÉS DE LA RED: UNA PARADOJA EN LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO
Hernández, E.; Armayones, M.; Guillamón, N. y Nieto, R.

ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS: UNA BREVE REVISIÓN PSICOLÓGICA
Mark D. Griffiths y Marta Beranuy Fargues

ALGUNAS REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LOS JUEGOS (Y LOS JUGADORES) DE ROL ONLINE. IDENTIDAD Y ADICCIÓN
Antoni Talam y Xavier Carbonell

TERAPIA DE LA ADICCIÓN A INTERNET Y VÍDEO-JUEGOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Rosa Díaz, Marta Beranuy Fargues y Ursula Oberst

EL TRABAJO CON PERSONAS ADICTAS AL CIBERSEXO: UNA APROXIMACIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE
Kailla Edger, David L. Delmonico y Elizabeth Griffin

LA e-PSICOLOGÍA: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN EN LA TERAPIA A DISTANCIA
Antoni Baena, Mónica Quesada y Florian Vogt

Nº 74/75 POSTRACIONALISMO EN EL SIGLO XXI: APORTES

LA MODELIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD COGNITIVA EN LA OBRA DE V. F. GUIDANO: UN RECORRIDO BREVE A TRAVÉS DE LOS PARADIGMAS
Stefano Alcini

PERTURBACIÓN ESTRATÉGICA GRADUAL: FORMATO DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO (RMPS)
Álvaro T. Quiñones Bergeret

INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL POSTRACIONALISTA EN LAS PSICOSIS. (HACIA UN SERVICIO DE "BASE SEGURA")
Giovanni Cutolo

ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: UNA PROPUESTA CONSTRUCTIVISTA
Maurizio Dodet & Daniela Merigliano

LAS "ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL" Y EL CONCEPTO DE "DIACRONÍA/ SINCRONÍA"
Gherardo Mannino

LA ORGANIZACIÓN DEL SÍ MISMO: DE LA DERIVACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE GUIDANO AL SIGNIFICADO ADAPTATIVO DE CONSTRUCCIÓN DE LA RECIPROCIDAD
Bernardo Nardi

PSICOTERAPIA CON PACIENTES DIFÍCILES: UNA INTEGRACIÓN COGNITIVO-EVOLUTIVA
José Luis Pascual Pérez

LA TÉCNICA DE LA MOVIOLA COMO MÉTODO DE REELABORACIÓN DE LAS NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS
Furio Lambruschi y Silvio Lenzi

RECENSIÓN

Nº 76 EL CUERPO ENAJENADO

IMAGEN CORPORAL Y PSICOTERAPIA

Luis Botella García del Cid, Emma Ribas Rabert y Jesús Benito Ruiz

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS TRANSFORMACIONES CORPORALES QUIRÚRGICAS

Maite Durán Fabré, Luís Botella

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN CASO DE INSATISFACCIÓN CORPORAL

Núria Grañó Solé, Diana Beriain Romera, Lluís Botella García del Cid

EL CONOCIMIENTO EXPERTO DE PSICOTERAPEUTAS ESPECIALIZADOS EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Núria Grañó Solé

UNA MIRADA DESDE EL ESPEJO: CONSECUENCIAS DEL ABORDAJE BIOMÉDICO DE LAS MUJERES

Elena Gismero González

EL CUERPO SACRIFICADO: UNA MIRADA COMPRENSIVA SOBRE LA FIBROMIALGIA DESDE EL CONSTRUCTIVISMO

Sonia Fontecha, Silvia Hermosilla y Manuel Villegas

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com