



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

CUADERNOS DE

# MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica y Psicología

# 116

Octubre - Noviembre - Diciembre ☆ Año 2015



ÓRGANO OFICIAL DE LA  
SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE MEDICINA  
PSICOSOMÁTICA (SEMP)  
Y DE LA SOCIEDAD  
MARCÉ ESPAÑOLA DE  
SALUD MENTAL  
PERINATAL (MARES) Y DE  
LA SOCIETAT CATALANA DE  
RECERCA Y TERÀPIA DEL  
COMPORTAMENT/ SOCIEDAD

CATALANA DE INVESTIGACIÓN Y  
TERAPIA DEL COMPORTA-  
MIENTO (SCRITC)  
INCLUIDO EN LAS BASES  
DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS  
INTERNACIONALES:  
PSICODOC E ISOC  
EXCERPTA MÉDICA - LATINDEX -  
MIAR - CARHUS - ULRICH'S -  
ERIH - DIALNET



# CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

## DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

**Editor:** *J.M<sup>a</sup>. Farré Martí*. Hospital Universitario Dexeus (H.U.D.) Universitat Autònoma. (U.A.B.) Barcelona.

**Dirección Científica:** *J.J. García Campayo*. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Editores Asociados:** *E. Baillès* (SCRITC). U. Pompeu Fabra (UPF). Barcelona.  
*R. Campos*. Hospital Clínico Universitario (H.C.U.) Facultad de Medicina (F.M). Zaragoza.  
*Ll. García-Esteve* (MARES), H. Clinic. U. de Barcelona (HC.UB.). Barcelona.

**Editor Honorario:** *M. Álvarez Romero*. Presidente de la SEMP. Sevilla.

**Editora Científica:** *N. Mallorquí*. Barcelona. H.U.D. Barcelona.

### Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva:

COORDINACIÓN: *G. Lasheras*. H.U.D. Barcelona.  
*B. Farré Sender*. H.U.D. Barcelona.  
*L. Ferraz*. FP. U.A.B. Barcelona.  
*LL. García Esteve*. H.C.U.B. Barcelona  
*E. Gelabert*. F. Psicología FP U.A.B. Barcelona.

*G. Mestre*. H.U.D. Barcelona.  
*I. Olza*. Madrid.  
*I. Rovira*. HCUB. Barcelona  
*S. Subirá*. FP U.A.B. Barcelona.  
*A. Torres*. H.C.U.B. Barcelona.

### Sección de Psicopatología Infanto-Juvenil (SPMIJ):

ASESOR: *J. Toro*. F.M.U.B. Barcelona.  
COORDINADORES: *M. Agulló*. Dp. Ensenyament Generalitat de Catalunya (DEGC) y *A. Orobitg* (H.U.D.) (Colab). Barcelona.  
*J.A. Alda*. H.S. Joan de Deu. Barcelona.  
*A. Benito de la Iglesia*. FP. U. Complutense Madrid. (UCM)

*L. Ezpeleta*. FP. UAB. Barcelona.  
*N. Fort*. Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT). Sabadell.  
*C. Larroy*. F.P.U.C.M. Madrid.  
*L. Lázaro*. H.U.C.B. Barcelona  
*J. Méndez*. U. de Murcia  
*I. Moreno*. Universidad Sevilla.  
*M. Pamias*. CSPT. Sabadell.  
*M. Sánchez-Santacreu*. H.U.D. (Colab.) Barcelona.

### Sección de Conductas Adictivas Comportamentales

ASESOR: *J.J. de la Gándara*. H.U. Burgos. Burgos.  
COORDINACIÓN: *S. Jiménez-Murcia*. H.U. de Bellvitge. U.B. Barcelona.  
*V. Ferrer-Olives*. H.U.D. Barcelona.  
*V. González*. Atención e Investigación de Socioadicciones (AIS). Barcelona.  
*J.M<sup>a</sup> Farré Martí*. H.U.D. Barcelona.

### Consejo Editorial:

DIRECCIÓN: *A. Lobo*. H.C.U.F.M. U. Zaragoza.  
COORDINACIÓN: *J.A. Monreal*. C.S.P.T. Sabadell.  
*J.J. de la Gándara*. H.U. Burgos.  
*E. Echeburúa*. U. del País Vasco. S. Sebastián.  
*E. García-Camba*. H. de la Princesa. (U.A.M.). Madrid.  
*F. Labrador*. U.C.M. Madrid.  
*B. Sandín*. UNED. Madrid.  
*P.A. Soler Insa*. H. Mutua de Terrassa. U.B. Terrassa.  
*M. Valdés*. F.M. U.B. Barcelona.  
*M.A. Vallejo-Pareja*. F.P. UNED. Madrid.

### Sección de Sexología y Salud Mental

ASESORES: *F. López*. F.P. U. Salamanca  
*E. Maideu*. H. Comarcal del Ripollès. Girona.  
COORDINACIÓN: *C. Chiclana*. FM. UCEU-San Pablo. Madrid. SAMP  
MIEMBROS: *AL. Montejo*. (AESEXSAME). H.C.U.F.M. Salamanca.  
*M. Contreras*. Madrid.  
*C. Giménez-Muniesa*. C.S.P.T. Sabadell.  
*G. Mestre*. H.U.D. Barcelona.  
*E. Oller-Ariño*. H.U.D. Barcelona.  
*J.M<sup>a</sup> Farré*. H.U.D. Barcelona.

# CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

## DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

### Consejo Asesor:

COORDINACIÓN: *L. Ros* (CR). CSPT. Sabadell.  
*D.Vega* (CR). H. Igualada.

*E. Álvarez*. Barcelona  
*A. Bados*. Barcelona.  
*R. Bayés*. Barcelona.  
*J. Blanch*. Barcelona.  
*A. Bulbena*. Barcelona.  
*A. Colodrón*. Madrid  
*J. Deus*. Barcelona.  
*S. Dexeus*. Barcelona.  
*F. Fernández*. Barcelona.  
*M.A. Fullana*. Barcelona.  
*LL. García-Sevilla*. Barcelona.  
*F. Gutiérrez*. Barcelona  
*F. Martínez Pintor*. Barcelona.  
*J.C. Mingote*. Madrid.

*J.J. Mira*. Alicante.  
*A. Moriñigo*. Sevilla.  
*J. Obiols*. Barcelona.  
*F. Ortuño*. Pamplona.  
*D.J. Palao*. Sabadell.  
*T. Palomo*. Madrid.  
*J.M. Peri*. Barcelona.  
*M. Planes*. Girona.  
*R.M. Raich*. Barcelona.  
*M. Roca*. Palma de Mallorca.  
*S. Ros Montalban*. Barcelona.  
*C. Saldaña*. Barcelona.  
*R. Sender*. Barcelona.  
*J. Soler*. Barcelona.  
*A. Tobeña*. Barcelona  
*R. Torrubia*. Barcelona.  
*J. Vallejo-Ruiloba*. Barcelona.

### International Editorial Board:

EDITOR: *A. Lobo*. H.C.U.F.M.U. Zaragoza.

ASSISTANTS EDITORS: *K. Gunnard*. H.U.D. Barcelona & *J.A. Monreal* C.S.P.T. Sabadell.

*G. Cardoso*. Lisboa.  
*D. Clark*. Londres.  
*S. Fortes*. Río de Janeiro.  
*F. Huysse*. Amsterdam.  
*M. Lourenço*. Guimarães.  
*K. Lyketsos*. Baltimore.  
*I. Marks*. Londres.  
*J. Ramírez*. México DF.

*M. Rigatelli*. Modena.  
*P.M. Salkovskis*. Londres.  
*L. Salvador-Carulla*. Sidney.  
*W. Soëllner*. Nuremberg.  
*D. Souery*. Bruxelles.  
*F. Tremeau*. New York.  
*A. Vaz Serra*. Coimbra.

### Consejo de Redacción (CR):

COORDINADOR: *M. Agulló*. DEGC. Barcelona.  
*S. Alario*. Valencia.  
*J. Arbesu*. (SEMERGEN). Madrid.

*B. Gómez Vicente*. Castellón de la Plana.  
*J. Puntí*. (SPMIJ). Sabadell.  
*M. Sánchez Matas*. (SPMIJ). Barcelona.  
*I. Tolosa*. Barcelona.

### Psiquiatría de Enlace (CR):

ASESOR: *L. Pintor*. HCUB. Barcelona.  
COORDINACIÓN: *G. Parramon*. H.U. Vall Hebrón.  
Barcelona.

*E. Aubá*. Clínica U. Pamplona. Pamplona.  
*S. Ruiz Doblado*. H. de la Merced. Ósuna  
(Sevilla).

**Redacción en Portugal:** *S. Morais*. Viseu.

**Redacción en Chile:** *M. González*. S. de Chile y *M. Valdebenito*. S. de Chile.

**Redacción en Colombia:** *D. Restrepo*. Medellín.

**Redacción en México:** *D. Pérez Tobías*. Potosí.

**Redacción en Brasil:** *M. Demarzo*. São Paulo.

**Documentalistas:** *M. Catalán*. Sabadell.  
*E. Salas*. Barcelona.

**Secretaría de Redacción:** *R. Sáez*. Barcelona  
*N. Sardà*. Barcelona.

**El Dueto:** *H. Domínguez-Cagnon*. Barcelona.

**Coordinación Equipos de Trabajo (CR):** *I. Olivella*. Barcelona.

## CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

CUADERNOS ESTÁ INCLUIDO EN LAS BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS INTERNACIONALES

**PSICODOC E ISOC**

**(BASE DE DATOS DEL CSIC)**

**EXCERPTA MÉDICA – LATINDEX – MIAR – CARHUS**

**ULRICH'S – ERIH – DIALNET**

CUADERNOS ES LA REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA (**SEMP**), DE LA SOCIEDAD MARCÉ ESPAÑOLA DE SALUD MENTAL PERINATAL (**MARES**) y DE LA *SOCIETAT CATALANA DE RECERCA I TERÀPIA DEL COMPORTAMENT*/SOCIEDAD CATALANA DE INVESTIGACIÓN Y TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO (**SCRITC**)



Sociedad  
Marcé  
Española  
(MARES)

EDITA **m** editorial  
édica

COORDINA: MARISA PRIETO

ISSN Electrónico: 1695-4238

**scritc**  
Societat Catalana de  
Recerca i Teràpia del  
Comportament

Edición Electrónica: [www.editorialmedica.com](http://www.editorialmedica.com) • E-mail: [contacto@editorialmedica.com](mailto:contacto@editorialmedica.com)  
twitter: @psicosomatica\_c

**Año 28** 🌸 **Nº 116** 🌸 **Octubre - Noviembre - Diciembre 2015**

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

Fotocomposición, Fotomecánica y Maquetación: Grupo Fotocomposición. Madrid.

Depósito Legal: M-31719-1986. Solicitado control O.J.D.

LA REVISTA CUADERNOS no se identifica ni se hace responsable de las opiniones de los autores de los trabajos. Autorizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo S.V.R. nº 542

**ADMINISTRACIÓN REVISTA CUADERNOS - C/. Gamonal, 5 - 5ª Planta - Nº 9 - 28031 Madrid - ESPAÑA**

Por favor, rellene este cupón con la forma de pago más cómoda para Ud.

## CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Nombre.....  
Apellidos.....  
Calle y N°.....  
Ciudad.....C.P.....Prov.....  
Profesión.....Teléfono.....  
Correo Electrónico.....

Forma de pago  Domiciliación bancaria. Es más cómoda y reduce incidencias  
 (rellenar boletín adjunto)  
 PAYPAL (on line)

Firma

Otros países  Talón adjunto  
 Cheque bancario

Precio suscripción de un año (cuatro números)

Instituciones: 75€  
España y Países Europeos: 45€  
Extranjero: 48\$ USA  
Socios SEMP, SEMERGEN y MARES (Con documento acreditativo): 30€  
Estudiantes (Con documento acreditativo): 20€

Domiciliación: autorización de pago

Nombre.....  
Domicilio.....  
Población.....  
Titular de la cuenta.....

Ruego acepten con cargo a mi cuenta corriente los recibos que presenten al cobro por la REVISTA CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE en pago de mis cuotas de suscripción a dicha publicación mientras no reciban orden en contrario por mi parte.

Firma Banco o Caja de Ahorros.....  
Domicilio.....  
Cuenta.....  
Sucursal.....C.P.....  
N° de cuenta (10 dígitos).....

(Rogamos escriban con letra de imprenta o a máquina)

Enviar suscripción a:  
EDITORIAL MÉDICA  
C/ Gamonal, 5, 5ª planta, nº 9  
28031 Madrid – Correo Electrónico: [editorialmedica@editorialmedica.com](mailto:editorialmedica@editorialmedica.com)

## Editorial

Comasión y destino. *Felipe J.M. Farré Martí* .....7

## Editorial Invitada

¿Sabemos por qué funciona la terapia psicológica? *Arturo Bados*..... 11

## Artículos Originales

### Sección de Psicopatología Infancia y Adolescencia

**Abordaje psicológico de adolescentes y jóvenes con TDAH.** Psychological treatment for adolescents and youth with ADHD. *Raquel Vidal* .....15

### Sección de Conductas Adictivas Comportamentales

**Adicción al deporte: Estandarización de la Escala de Adicción al Deporte, SAS-15.** Sport addiction: Standardization of Sport Addiction Scale, SAS-15. *Virginia Antolín Cernuda, Jesús J. de la Gándara Martín, Isabel García Alonso* .....24

**Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional.** Psychopathological Profile of Affective Dependence patients. *Juan José Santamaría, Laura Merino, Elena Montero, Marga Cano, Teresa Fernández, Pere Cubero, Olatz López y Vega González-Bueso* .....36

## Artículos de Revisión

**Lo que un buen autoconcepto puede hacer por nosotros.** What a good self-concept can do for you. *Adriano Vaz Serra* .....47

**Actualización en el Trastorno por Excoriación. Una revisión de la literatura.** Update in Pathological Skin Picking. A review of the literature. *Alfonso Carlos Abad González, Eva Calvo Sánchez; Rocío Macarena Martínez Arias, Gemma Parramón Puig, Miguel Casas Brugué* .....57

Noticias de Psicopatología. *G. Mestre e I. Tolosa* .....69

Noticias de Salud Mental Perinatal. *Gracia Lasheras, Borja Farré-Sender* .....77

Noticias de Psicopatología Infancia y Adolescencia. *Anais Orobítg* .....86

Noticias de Conductas Adictivas Comportamentales. *V. González Bueso, S. Jiménez Murcia y V. Ferrer*.....88

## Comentario de Libros

Usted no tiene nada. *Gemma Parramon Puig* .....91

¿Epidemia o nuevos horizontes?. *Vega González-Bueso, Juanjo Santamaría* .....92

No todo es estética: sexo y amor enfrentados a su propia ética. *J.M. Farré* .....93

Agenda .....95



## Compasión y destino

*En su momento, expresamos nuestra opinión editorial (1) sobre la eclosión y expansión inusitada del “Mindfulness (MF)”, que en nuestro medio se expresa en varias ramas del conocimiento. En lo que respecta a la clínica, hay varios y sólidos equipos en todo el ámbito asistencial del país que son garantía de buena praxis, en un tema en el que los “outsiders” son frecuentes, en forma de las más diversas prestaciones que forman parte de la psicología oficial, pero también de la recreativa. “Coachs”, diversos y conversos –algunos de los cuales han recibido tratamiento–, ofrecen sus servicios bajo los más distintos ropajes y escenarios. Nunca se había visto tanta esperanza en una psicoterapia de nuevo cuño (de tercera generación, como se dice hoy en día), pero tampoco nunca se había vivido tanta banalidad como corifeo. En cualquier caso, el MF es una terapia que se apoya en rigurosos papeles publicados, en los que se muestra su eficacia y evidencia empírica.*

*Sea como sea, Javier García Campayo (en nuestro ámbito) y Marcelo Demarzo (en Brasil) conforman un dúo ciertamente dinámico (los nostálgicos de los años sesenta me agradecerán este adjetivo) y totalmente consolidado; no solo en el ámbito docente, sino también en el de las publicaciones, tanto las científicas como las de alta divulgación. Este fue el caso de su primer libro (2), así como el que nos ha inspirado esta editorial (3). No vamos a desarrollar una crítica de su contenido, ya que se están ocupando de ellos otros colegas, pero sí nos detendremos en dos conceptos: el de la compasión y el apego.*

*He aquí una idea que tenemos profundamente arraigado en nuestra conciencia, alimentada tanto por la trascendencia como por los diversos procesos educativos a los que se nos ha sometido a lo largo de nuestras biografías. Aún no hace mucho, a raíz del comentario sobre su viaje a las Filipinas, el Papa Francisco consideraba que “podemos enseñar a los jóvenes que hay más alegría en dar que en recibir”. En la habitual celebración del Domund, la Iglesia Católica –tan ligada a los conceptos clásicos de la compasión (4 y 5), sin que tenga la exclusiva sobre estas estructuras mentales– aparenta ir más allá de las definiciones habituales (6), proclamando lo que expresan como «misericordia expansiva»: “Los misioneros se han sentido amados misericordiosamente –fíjense en esta expresión que parece adaptarse a las nociones actuales–; su existencia y su trabajo, transparentan y contagian misericordia...”. De hecho, se designan conceptos diferentes y asociados, como bien señalan los autores; así ocurre con la empatía, simpatía o altruismo. Es curioso que todos ellos aparecen –también la compasión– en las subdimensiones del TCI, lo cual podría crear más confusión en los profesionales de la salud mental, al ponerse en contacto con la “nueva revolución” del MF y la compasión. De hecho, son subdivisiones prácticamente ligadas a la Cooperación propia del Carácter, con su capacidad para el cambio; pero –no lo olvidemos– también con la alta Dependencia de la Recompensa, propia del Temperamento, más permanente y constitucional. Advertamos que el que esté ligada a componentes de la personalidad no cambia nada el funcionamiento, desarrollo y práctica de la compasión en el contexto del MF. De hecho, se sabe que “elevados niveles iniciales de empatía y de expectativas de ayudar a otros” son predictores de quemado profesional en trabajos de ayuda, a excepción de que intervenga la correlación MF-compasión.*

---

*Una compasión que va más allá de la conmiseración y la lástima, la pena, la indulgencia y la bondad amorosa. Del placer pasamos a intentar librarnos del sufrimiento. Esto es lo que podríamos llamar la “neocompasión”, una mezcla de conciencia del sufrimiento propio y ajeno. Según los autores, la compasión es un antídoto contra la autocrítica y las rumiaciones, una auténtica regulación de las emociones. Proponen un protocolo extremadamente atractivo, que va desde la atención amable al manejo de las relaciones difíciles.*

*Personalmente, creo que la deficiencia de Neff (7), que los autores utilizan y en la que se basa su escala para medir la compasión, tampoco se aparta tanto de los modelos clásicos: la conciencia del sufrimiento propio y del de los otros, la “Humanidad compartida” no es diferente a los estilos compasivos tan propios de la sensibilización por el sufrimiento global, que ha estado presente desde incluso los albores civilizados de la humanidad. Cuando los exiliados de la batalla de Selinunte, derrotados, humillados y masacrados por los cartagineses llegan a Agrigento (siglo IV a.c), la bella Areté, ante la visión de los desgraciados –entre los cuales ella misma se cuenta– que han sufrido la inaudita ferocidad y terrible crueldad del enemigo, exclama: “A los derrotados, a los exiliados que hoy huyen, solo les queda un patrimonio: la esperanza”. De las ONG pasando por nuestra capacidad expansiva, mediática sin duda, el concepto del sufrimiento experimentado por miles de personas antes y ahora, que conocemos y nos provoca tristeza y necesidad de aliviarlo, está constantemente presente. En cuanto a la autocompasión, no está en el guion habitual darse afecto y comprensión a uno mismo cuando se experimenta sufrimiento y, en este sentido, los autores nos clarifican su posición cuando explican lo que ellos entienden como “motivación compasiva”, siguiendo el modelo de Gilbert (8): a) MF (Conciencia del sufrimiento propio y ajeno), b) Fortaleza para poder tolerar el sufrimiento sin quedarse en él) y c) Comprensión para intentar disminuir el sufrimiento propio y del otro, en la medida de nuestras posibilidades.*

*Quizá sí, quizá no... Opinen ustedes, ya que estoy seguro que muchos considerarán que no se aparta de los estilos compasivos habituales. Sea como sea, el mérito está en protocolizar un método para desarrollar y practicar la compasión: 1) desarrollar nuestro mundo compasivo, 2) desvelar el perdón y 3) conseguir la ecuanimidad compasiva; a fin de superar los posibles miedos a la autocompasión, a dar compasión a otros y a recibir compasión.*

*Y es ahí donde entra el apego, como forma de vida que nos atrapa pronto y que puede marcar nuestro destino. De hecho, ello correlaciona con el desarrollo actual de los sistemas de éxito-logro-consumo, contrastando con el de amenaza –también incrementado–, asociado intensamente a la autocrítica. En cambio, la satisfacción, la calma y el “elogio de la lentitud”, como intitula Carl Honoré (9), son valores claramente a la baja. Según nuestros autores, sería la compasión la que permitiría la activación de este sistema que neutralizaría los excesos de los otros. Si ustedes revisan este mismo número o anteriores, comprobarán la importancia que dan al apego los profesionales que se dedican a la salud mental perinatal. En estos momentos, un trabajo del Hospital Universitario Dexeus, intenta una detección global de las problemáticas del apego desde el inicio de la vida. Otros equipos, como comprobarán, siguen la misma estela. En la monografía sobre el cerebro (10), que tuvimos el honor de coordinar, Ibone Olza nos acercaba en un bellissimo capítulo a esta emoción –conducta que ella parafraseaba como “El primer amor”–. Sea simplificadora o no, esta teoría (el temperamento tendría también algo que ver) está siendo utilizada no solamente en políticas de protección social infantil, sino también para conocer su repercusión conductual y clínica en*

---

*adultos que presentan apegos “seguros”; “preocupados” (cuidados erráticos e inestables en la infancia, con desequilibrante dependencia); “de rechazo” (marcados por una autoconfianza compulsiva del todo reactiva, en busca del logro y con actitudes aversivas a la compasión); o “temerosos” (castigados en la infancia; niños maltratados, con un comportamiento evitador y temeroso de la intimidad), que sería el modelo más adverso.*

*Nuestro destino no depende solo del apego, pero el protocolo de “MF-compasión” considera clave el modular nuestra conciencia de este paradigma en el que nuestra biografía nos podría haber instalado, y potenciarlo o modificarlo. En cualquier caso, estrés, ansiedad social, pareja, dolor crónico o el desarrollo de conductas saludables serían también subsidiarios del abordaje que nos ocupa.*

*Porque, al fin y al cabo, nuestra tarea siempre es compasiva –y ahí sí que no debería haber ninguna duda– a fin de abrir ventanas en los cielos cerrados de nuestros pacientes.*

J.M. Farré Martí  
Editor

## REFERENCIAS

- (1) Farré, J.M. (2015). Curiosidad y aceptación. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 28, 113:7-9. Madrid: Editorial Médica.
- (2) García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015). Mindfulness. Curiosidad y Aceptación. Barcelona: Siglantana.
- (3) García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015). Mindfulness y Compasión. La nueva revolución. Barcelona: Siglantana.
- (4) “... el que de vosotros quiera ser el primero, que sea el servidor de todos” (Marcos, 10, 35).
- (5) “El sufrimiento lo ha triturado y amó hasta entregarse él mismo” (Ga, 2, 20).
- (6) Cortés, A. (2015). “Misericordia expansiva”. Full Dominical XII-42 [www.bisbatsantfeliu.cat](http://www.bisbatsantfeliu.cat).
- (7) Neff, K.D. y Vonk, R. (2009). “Self compassion versus global self-esteem: two different ways of rotating to ourself. Journal of Personality, 77:23-50.
- (8) Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. y Riva, A. (2011). “Fears of compassion: development of three self report measures”. Psychology and Psychotherapy, 84:239-55.
- (9) Honoré, C. (2011). La lentitud como método. Barcelona: RBA.
- (10) Farré, J.M., Gómez, R., Salvador-Carulla, L. (2015). La aventura del cerebro. Barcelona: Siglantana.

### ¿Sabemos por qué funciona la terapia psicológica?

*En el campo de la psicología clínica y de la salud ha habido y hay un gran interés por ofertar una gran variedad de tratamientos psicológicos, que se han cifrado en alrededor de 550 solo para niños y adolescentes (Kazdin y Nock, 2003), aunque la mayoría de ellos no han sido investigados. También existe una buena cantidad de manuales sobre cómo llevar a cabo ciertos tratamientos y muchísima investigación, más frecuente en la orientación cognitivo-conductual que en otras, sobre la eficacia de algunos tipos de tratamientos (Barlow et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Roth y Fonagy, 2005). Estos parecen funcionar igual de bien en la práctica clínica habitual (American Psychological Association, 2013; Shadish et al., 2000; Westbrook y Kirk, 2005), aunque puede necesitarse un mayor número de sesiones y haber un mayor porcentaje de pacientes que abandonan la terapia. En contraste con todo esto, ha habido mucha menos investigación bien realizada sobre los mecanismos<sup>1</sup> que pueden explicar el cambio terapéutico.*

*Que la terapia psicológica es eficaz, al menos respecto al no tratamiento, es algo en lo que los psicólogos clínicos y de la salud están completamente de acuerdo, independientemente de su orientación (American Psychological Association, 2013; Lambert, 2013). El desacuerdo comienza sobre si hay tipos de terapia más eficaces que otros. Algunos mantienen, con datos empíricos, que las terapias cognitivo conductuales (TCC) son más eficaces, al menos para cierto tipo de problemas (Barlow, 2014; Barlow et al., 2013; Hofmann et al. [2012], los cuales revisan 269 metaanálisis). Otros defienden, también con datos empíricos, que las TCC son más eficaces que las terapias bona fide (no diseñadas para ser terapéuticas; p. ej., placebo), pero no que las terapias bona fide de tipo no cognitivo-conductual (Baardseth et al., 2013; Spielmans, Pasek y McFall, 2007; véase Laska, Gurman y Wampold [2014] para otras referencias) y que las terapias bona fide son, en general, igualmente eficaces (Budge et al., 2013; Kivlighan et al., 2015). Esto último ha llevado a proponer una serie de factores comunes a las distintas terapias que explicarían la mejora de los pacientes. Entre estos factores se encuentran la alianza terapéutica, la empatía, la obtención de retroalimentación del paciente, la cohesión en la terapia de grupo, el acuerdo en las metas y tareas, la colaboración y la cordialidad (Laska, Gurman y Wampold, 2014; <http://www.divisionofpsychotherapy.org/continuing-education/task-force-on-evidence-based-therapy-relationships/conclusions-of-the-task-force/>)<sup>2</sup>.*

*Un problema con estos factores comunes es que son demasiado generales y, de hecho, no especifican qué es lo que pasa realmente para que el paciente cambie: ¿cómo una buena alianza terapéutica hace que un paciente reduzca ciertas conductas (sentimientos de ansiedad o depresión, evitación de situaciones temidas, discusiones de pareja, percepción y quejas*

---

<sup>1</sup>Por simplicidad, englobaré bajo este término tanto los mediadores como los mecanismos propiamente dichos. Un mediador no es necesariamente un mecanismo, pero es una guía hacia el mismo (véase Kazdin, 2007, pág. 3).

<sup>2</sup>Aunque algunos reconocen que la exposición a los estímulos temidos es necesaria en el caso de la fobias (Larska, Gurman y Wampold, 2014), otros la consideran como un factor común (Lambert y Oagles, 2014).

de dolor) y adopte comportamientos positivos? Asimismo, cuando se habla de acuerdo de tareas, ¿a cuáles se hace concretamente referencia y cómo producen el cambio? De hecho, estos factores comunes pueden estar indicando otras variables que son las verdaderas responsables del cambio (Giacomantonio, 2013; Kazdin, 2007).

Por otra parte, aunque distintos tipos de terapia fueran igual de eficaces, esto no quiere decir necesariamente que se deba exclusivamente a factores comunes. También podrían entrar en juego factores específicos, variables según el tipo de terapia, que podrían dar lugar a resultados similares (Kazdin, 2005; Lambert y Ogles, 2014). Por otra parte, estos factores específicos podrían explicar que las intervenciones que funcionan sean distintas en función del trastorno (p. ej.: fobia, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad). Entre los factores específicos pueden citarse la reducción de las cogniciones negativas sobre uno mismo, de las interpretaciones de amenaza o de la intolerancia a la incertidumbre, la aceptación de experiencias internas aversivas, el cambio del estilo de comunicación familiar y la adquisición de habilidades de afrontamiento. Como ejemplo más concreto, en el caso de la relajación aplicada para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada se hipotetizó inicialmente como mecanismo de acción la reducción de la tensión muscular, pero recientemente Hayes-Skelton et al. (2012) han propuesto la conciencia plena, el distanciamiento cognitivo y la aceptación de las experiencias internas.

Puede pensarse que la importancia de los factores específicos sería aún más patente caso de haber diferencias entre distintas terapias, pero hay que tener en cuenta que estas diferencias podrían ser también explicadas por variaciones en la dosis de los factores comunes (Kazdin, 2005). Sea como sea, lo importante sería identificar los mecanismos, sean comunes o específicos, responsables del cambio terapéutico. Esta identificación es primordial por varios motivos: a) permitirá diseñar tratamientos más eficaces, b) puede reducir el excesivo número de intervenciones psicológicas al descartar aquellas no dirigidas a las variables responsables del cambio y al unificar otras en una aproximación transdiagnóstica acorde a estas variables (p. ej., Barlow et al., 2011), y c) puede ayudar a identificar variables moderadoras que influyen en la fuerza de la relación entre el tratamiento y los resultados (Kazdin, 2007; Schmidt y Schimmelmann, 2015).

Sin embargo, las numerosas investigaciones sobre los mecanismos de cambio propuestos no han cumplido las rigurosas condiciones metodológicas necesarias para extraer conclusiones válidas (véanse Kazdin [2007] y Schmidt y Schimmelmann [2015]). El talón de Aquiles de la mayor parte de los estudios ha sido la falta de evaluación repetida en múltiples ocasiones (al menos cinco) de los mecanismos y de los resultados para poder demostrar que el cambio en los primeros precede al de los segundos. En efecto, puede suceder que el cambio en los resultados se produzca antes que el cambio en los supuestos mecanismos, que una tercera variable sea la responsable del cambio de ambos o que exista una relación causal bidireccional entre ellos, tal como se ha visto con la alianza terapéutica (Falkenström, Granström y Holmqvist, 2013), o la autoeficacia para afrontar los ataques de pánico (Fentz et al., 2013). En otros estudios, han fallado las condiciones de aleatorización y control, que permitan inferir los efectos causales del tratamiento sobre los mecanismos y los resultados, o no se han empleado medidas bien validadas. Finalmente, en otros casos los resultados han sido inconsistentes (p. ej., el cambio en las actitudes disfuncionales y errores cognitivos en el tratamiento de la depresión; Driessen y Hollon, 2010; Vittengl et al., 2014) o no han sido replicados.

---

*Así pues, por el momento podemos decir que la terapia psicológica funciona (con mayor o menor eficacia, en función de variables moderadoras tales como las características del paciente, del terapeuta, del problema y del contexto social e interpersonal), pero que aún no sabemos por qué, a pesar de las múltiples teorías existentes al respecto. Es cierto que la investigación de los mecanismos de acción no es fácil al haber varios implicados simultáneamente y que pueden variar en función del tipo de trastorno y de terapia, de variables moderadoras e incluso del paciente. Además, de cara a apoyar inferencias causales más sólidas, serían especialmente importantes los estudios en que se manipulase experimentalmente el supuesto mecanismo (p. ej., la reducción de la restricción alimentaria en la bulimia nerviosa) para ver si esto afecta a los resultados (Kazdin, 2007; Johansson y Høglend, 2007). A pesar de estas dificultades, es necesario dedicar más esfuerzo al estudio riguroso de los mecanismos terapéuticos si queremos mejorar los resultados de la terapia psicológica, con la cual hay al menos un 30% de pacientes que no mejoran y un 50% o más que no se recuperan de sus problemas.*

*Resulta llamativo que después de tantos años de investigación aún no podamos responder con datos relativamente sólidos a la pregunta de por qué funciona la terapia psicológica. Como afirman (en un reciente libro sobre el tema) Maric, Prins y Ollendick (2015) “la necesidad de estudiar los mecanismos de acción terapéutica fue enfatizada desde los primeros años de investigación en psicoterapia, pero permaneció básicamente sin explorar hasta los años 90, cuando los mediadores empezaron a ser sometidos a prueba. Aun así, poco progreso se ha hecho”.*

Arturo Bados  
Consejo Asesor  
Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics  
Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102–109
- Baardseth, T.P., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395-405.
- Barlow, D.H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5ª ed.). Nueva York: Guilford
- Barlow, D.H., Bullis, J.R., Comer, J.S. y Ametaj, A.A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1–27.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Baardseth, T.P. y Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33, 1057-1066.
- Driessen, E. y Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 537-555.

- Falkenström, F., Granström, F. y Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 317-328.
- Fentz, H.N., Hoffart, A., Jensen, M.B., Arendt, M., O'Toole, M.S., Rosenberg, N.K. y Hougaard, E. (2013). Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 579-587.
- Giacomantonio, G. (2013). On the role of theory and models of change in psychotherapy research. *Psychotherapy in Australia*, 19, 18-24.
- Hayes-Skelton, S.A., Calloway, A., Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2015). Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 395-404.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440.
- Johansson, P. y Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 1-9.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184-188.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A.E. y Nock, M.K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116-1129.
- Kivlighan, D.M., Goldberg, S.B., Abbas, M., Pace, B.T., Yulish, N.E., Thomas, J.G., Wampold, B. E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1-14.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>a</sup> ed., pp. 169-218). Nueva York: Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*, 51, 500-504.
- Laska, K.M., Gurman, A.S. y Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51, 467-481.
- Maric, M., Prins, P.J.M. y Ollendick, T.H. (2015). *Moderators and mediators of youth treatment outcomes*. Oxford: Oxford University Press.
- Roth, A.D. y Fonagy, O. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford.
- Schmidt, S.J. y Schimmelman, B.G. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy for children and adolescents: Current state, clinical implications, and methodological and conceptual recommendations for mediation analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 249-253.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Spielmann, G.I., Pasek, L.F. y McFall, J.P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 642-654.
- Vittengl, J.R., Clark, L. A., Thase, M.E. y Jarrett, R.B. (2014). Are improvements in cognitive content and depressive symptoms correlates or mediators during acute-phase cognitive therapy for recurrent major depressive disorder? *International Journal of Cognitive Therapy*, 7, 251-271.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.

# Abordaje psicológico de adolescentes y jóvenes con TDAH

## *Psychological treatment for adolescents and youth with ADHD*

**Raquel Vidal**

Recibido: 30/06/2015

Aceptado: 26/08/2015

### **Resumen**

**Introducción:** *La mayoría de programas de tratamiento psicológico para adolescentes con TDAH son intervenciones dirigidas a padres e intervenciones escolares. Existe escasa evidencia sobre intervenciones psicológicas directas al adolescente.*

**Método:** *Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE y PsychINFO usando los términos psychological treatment OR psychotherapy OR psychosocial treatment AND ADHD. Se limitó la edad, seleccionando los tratamientos de adolescentes (adolescent: 13-18 years). A raíz de los resultados obtenidos en la revisión sistemática, se desarrolló el primer estudio controlado de terapia cognitivo-conductual en adolescentes y jóvenes con TDAH.*

**Resultados:** *Se encontraron 11 estudios de tratamiento psicológico publicados en adolescentes con TDAH: 2 estudios no controlados de terapia cognitivo-conductual (TCC), 4 estudios de intervenciones para padres y 5 investigaciones de intervenciones escolares. En el 2015, se desarrolló el primer estudio controlado de TCC grupal. Se aleatorizaron 119 adolescentes entre 15 y 21 años a 12 sesiones manualizadas de TCC junto a tratamiento farmacológico (n=59) o a un grupo en lista de espera de solo tratamiento farmacológico (n=60). Los resultados indicaron mayor eficacia del grupo de tratamiento combinado en la reducción de síntomas de TDAH, disminución de la severidad del trastorno y mejoras en el funcionamiento global del paciente.*

**Conclusión:** *Las intervenciones para padres han demostrado baja significación clínica en sus resultados y las intervenciones escolares han mostrado eficacia en adolescente jóvenes. La terapia cognitivo-conductual en combinación con tratamiento psicológico ha demostrado ser un abordaje eficaz en adolescentes mayores con TDAH.*

**Palabras clave:** adolescentes, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo, TDAH.

---

Psicóloga Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Correspondencia:** Dra. Raquel Vidal  
Passeig Vall d'Hebron, 119-129  
08035 Barcelona  
E-mail: rvidal@vhebron.net

## Summary

**Introduction:** *The majority of psychological interventions in teens with ADHD have focused on parent treatment programs and school interventions. Little is known on psychological interventions which consist of a direct focus on the adolescent.*

**Method:** *The MEDLINE and PsychINFO electronic databases were searched using the terms psychological treatment OR psychotherapy OR psychosocial treatment AND ADHD. Patient age was restricted to adolescents (adolescent: 13-18 years). According to these results, we carried out the first randomized controlled trial on group cognitive-behavioral therapy (CBT) for adolescents with ADHD.*

**Results:** *11 studies have been published on psychological treatment for adolescents with ADHD: 2 noncontrolled studies on CBT, 4 studies on parent treatment programs and 5 researches on school interventions. The first randomized controlled trial on group cognitive-behavioral therapy (CBT) for adolescents with ADHD has been published in 2015. The study was carried out in a sample of 119 adolescents (15-21 years). Patients were randomly assigned to 12 group manualized CBT sessions combined with pharmacological treatment (n=59) or a waiting list control group with pharmacological treatment alone (N=60). Participants who were assigned to the group CBT sessions experienced significantly reduced ADHD symptoms and functional impairment and also improved on their general functioning.*

**Conclusion:** *Parent training programs have reported limited clinical improvements in adolescents with ADHD. School interventions have primarily focused on young adolescents. Group CBT associated with pharmacological treatment is an efficacious intervention for older adolescents with ADHD.*

**Key words:** Adolescents, cognitive-behavioral therapy, group therapy, ADHD.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo que afecta entre un 3 % y un 5 % de la población general en la infancia (Kessler *et al.*, 2005). Es un trastorno que se caracteriza por síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad y que conllevan una repercusión funcional en el paciente. A menudo, el TDAH va asociado a otros síntomas como dificultades en el manejo de la rabia, baja tolerancia a la frustración o bien sintomatología comórbida de ansiedad y/o depresión. Aunque el TDAH aparece en la infancia, entre un 50 y 65 % de niños continuarán presentando síntomas y repercusión del trastorno durante la adolescencia (Langley *et al.*, 2010).

La adolescencia es una etapa del desarrollo donde los problemas asociados con el TDAH pueden ser más severos que durante la infancia (Chronis, Jones, & Raggi, 2006), ya que las ayudas externas para manejar el TDAH disminuyen y las

demandas educacionales, laborales e interpersonales aumentan con la edad (Turgay *et al.*, 2012; Young & Amarasinghe, 2010). Los adolescentes presentan elevadas tasas de discontinuación de tratamiento (McCarthy *et al.*, 2009), sobre todo en la franja de edad entre 15 y 21 años. Estudios de seguimiento de tratamiento farmacológico muestran cómo la adherencia disminuye en función que aumenta la edad (Charach, Ickowicz, & Schachar, 2004; Molina *et al.*, 2009; Robb & Findling, 2013) y esta declinación no se explica por la remisión del trastorno en estas edades (Harvey & Taylor, 2010; Montano & Young, 2012).

Se han asociado varios factores a estas dificultades de adherencia: (1) menor control parental sobre la continuidad en el tratamiento dado el aumento de autonomía del paciente (Pliszka, 2007), (2) la transición entre los servicios de salud mental infantil a los servicios de adultos, –momento en el que se da un alto riesgo de abandono– (Taylor, Fausset, & Harpin, 2010; Young & Amarasinghe, 2010), (3) baja motivación para el tratamiento y minimi-

zación de síntomas por parte del adolescente (Mikami, Calhoun, & Abikoff, 2010; Prevatt *et al.*, 2012) y (4) percepción de estigma relacionado con el TDAH (Bussing, Zima, Mason, Porter, & Garvan, 2011). Estos factores pueden conducir a una terminación prematura del tratamiento que puede repercutir en el adolescente en una etapa del desarrollo crucial (Kratovichil, Wilens, & Upadhyaya, 2006).

Las guías clínicas recomiendan tratamiento psicológico como tratamiento de primera elección en adolescentes con TDAH de severidad leve o moderada (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). Se recomienda una aproximación psicológica que incluya habilidades de autocontrol, manejo emocional, habilidades interpersonales y resolución de problemas. No obstante, comparado con el gran número de investigaciones de tratamiento psicológico en niños (Sonuga-Barke *et al.*, 2013), existe escasa evidencia sobre tratamientos psicológicos para adolescentes con TDAH.

## MÉTODO

El método utilizado fue una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE y *Psych-*

*INFO* usando los términos *psychological treatment* OR *psychotherapy* OR *psychosocial treatment* AND *ADHD*. Se limitó la edad, seleccionando los tratamientos de adolescentes (adolescent: 13-18 years). A raíz de los resultados obtenidos en la revisión sistemática, se desarrolló el primer estudio controlado de terapia cognitivo-conductual en adolescentes y jóvenes con TDAH.

## RESULTADOS

Los resultados de la revisión sistemática muestran cómo la mayoría de intervenciones se han basado en entrenamiento para padres (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Barkley, Guevremont, Anastopoulos, & Fletcher, 1992; McCleary & Ridley, 1999; Svanborg *et al.*, 2009) e intervenciones escolares (Evans, Axelrod, & Langberg, 2004; Evans, Schultz, Demars, & Davis, 2011; Molina *et al.*, 2008; Sibley *et al.*, 2011, 2013) (Tabla 1).

De forma que gran parte de los programas de tratamiento psicológico que se aplican en esta franja de edad son intervenciones indirectas al adolescente y siguen los mismos principios que los tra-

**Tabla 1**  
**Estudios de tratamiento psicológico en población adolescente con TDAH**

Tipo de tratamiento	Autores	Diseño
<b>Tratamientos para el adolescente</b>		
TCC individual	Antshel <i>et al.</i> 2012	No controlado
Terapia racional emotiva grupal	Morris (1993)	No controlado
<b>Tratamiento para padres</b>		
Psicoeducación para padres	Mc Cleary & Ridley (1999)	No controlado
Psicoeducación para padres	Svanborg <i>et al.</i> (2009)	Controlado
Intervenciones familiares	Barkley <i>et al.</i> (1992)	Controlado
T. Conductual y Resolución Problemas	Barkley <i>et al.</i> (2001)	Controlado
<b>Intervenciones escolares</b>		
Challenging Horizons Program	Evans <i>et al.</i> (2004)	No controlado
Challenging Horizons Program	Evans <i>et al.</i> (2011)	Controlado
Challenging Horizons Program	Molina <i>et al.</i> (2008)	Controlado
Summer Treatment Program	Sibley <i>et al.</i> (2011)	No controlado
STANDS	Sibley <i>et al.</i> (2013)	Controlado

tamientos validados en población infantil. Sin embargo, numerosos cambios evolutivos y del entorno caracterizan la transición de la infancia a la adolescencia e implican la necesidad de una adaptación de los tratamientos psicológicos a la edad del paciente (Young & Amarasinghe, 2010).

## INTERVENCIONES DIRECTAS AL ADOLESCENTE

### Terapia racional-emotiva grupal

El primer estudio de terapia de grupo para adolescentes con TDAH data del 1993 (Morris, 1993) y es un estudio no controlado. Se compararon dos grupos: uno de pacientes con TDAH (N=12) y un grupo de adolescentes con trastorno de conducta (N=12) de 14 a 17 años. El programa de tratamiento (*Self-Management Program*) consistía en 24 sesiones focalizadas en el abordaje de pensamientos desadaptativos en relación al manejo de la rabia, depresión, ansiedad, autoestima, automotivación y habilidades interpersonales. Después de la intervención, el grupo de trastorno de conducta obtuvo mejoras en el manejo de la rabia (*Stait-Trait Anger Scale*:  $p < 0.05$ ), disminución de pensamientos irracionales (*Irrational Beliefs Test*:  $p < 0.01$ ) y reducción de síntomas depresivos (BDI:  $p < 0.05$ ). El grupo de TDAH no obtuvo mejoras significativas con este tipo de intervención.

### Terapia cognitivo-conductual individual

El primer estudio de TCC individual es un estudio no controlado (Antshel, Faraone, & Gordon, 2012). La intervención incluía los 3 módulos principales del programa de adultos: Módulo 1. Psicoeducación y planificación (4 sesiones), Módulo 2. Distracción (3 sesiones), Módulo 3. Reestructuración Cognitiva (2-5 sesiones).

Los cambios más significativos después del tratamiento fueron el aumento de asistencia a clase ( $d = 7.05$ ), disminución de las dosis de psicoestimulantes ( $d = 1.05$ ), disminución de síntomas externalizantes reportados por los padres (BASC-2:  $d = 0.85$ ), disminución de síntomas de inatención según padres (ADHD-RS:  $d = 1.02$ ) y profesores (ADHD-RS:  $d = 1.39$ ), y mejoras en el rendimiento escolar según padres (IRS:  $d = 1.21$ ) y profesores (IRS:  $d = 1.64$ ). A nivel de relaciones, los padres reportaron

mejoras interpersonales ( $d = 1.51$ ). Los adolescentes reportaron menos cambios que los padres y profesores ( $d = 0.2-0.5$  en las medidas de hiperactividad, síntomas internalizantes, síntomas emocionales y problemas escolares). En cambio, apuntaron mayor disminución de inatención (BASC-2:  $d = 0.78$ ) y mejor ajuste personal (BASC 2:  $d = 0.86$ )

## INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PADRES

### Programas de Barkley

Barkley *et al.* (1992) compararon la eficacia de 3 abordajes familiares. La muestra fue de 61 familias de adolescentes con TDAH (12-17 años) que fueron aleatorizados a 8-10 sesiones de entrenamiento conductual para padres (ECP: N= 20), entrenamiento en resolución de problemas y comunicación (RPC:N=21) o terapia familiar estructural (TFE: N=20). Las tres intervenciones mostraron reducción en comunicación negativa entre padres e hijos (CBQ:  $p < 0.003$ ), disminución de conflictos y mejoras en la gestión de la rabia (IC:  $p < 0.001$ ), mejor adaptación escolar y disminución de síntomas internalizantes y externalizantes (CBCL:  $p < 0.001$ ). También se obtuvo una disminución de los síntomas de depresión de las madres según el BDI.

En un estudio posterior, se compararon dos tipos de intervenciones familiares (Barkley *et al.*, 2001). 97 familias fueron aleatorizadas a: 18 sesiones de entrenamiento en resolución de problemas de comunicación (RP) (N=58) o 9 sesiones de entrenamiento de manejo conductual (ECP) seguidas de 9 sesiones de resolución de problemas y comunicación (N=39). Después de la intervención, los dos tratamientos mostraron disminución de conflictos entre padres y adolescentes (CBQ), disminución de síntomas de TDAH y TND (ADHD and ODD Rating Scale), disminución de la frecuencia de discusiones y mejoras de gestión de la rabia, pero no se observaron diferencias significativas entre grupos. No obstante, de forma similar al estudio anterior (Barkley *et al.*, 1992), solo un 23 % de las familias mostraron cambios clínicamente significativos.

### Psicoeducación para padres

En un estudio inicial (McCleary & Ridley, 1999), se evaluó la eficacia de un grupo psicoeducativo

(N=107 padres de 65 adolescentes). El programa de tratamiento consistió en 10 sesiones psicoeducativas para padres basadas en información sobre el TDAH y manejo de conducta del adolescente (manejo de contingencias, *time-out*, comunicación y resolución de problemas). Los resultados indicaron una disminución significativa de la frecuencia e intensidad de los conflictos entre padres y adolescentes (según el IC y CBQ) y disminución de problemas de conducta de los adolescentes (CBQ).

En 2009, se publicó un ensayo clínico (Svanborg *et al.*, 2009) cuyo objetivo fue comparar un grupo de tratamiento combinado (psicoeducación + atomoxetina) (N=49) y un grupo psicoeducativo con placebo (N=50). En el estudio se incluyeron niños y adolescentes (7-15 años) con TDAH. Los pacientes del grupo de tratamiento combinado obtuvieron una mayor disminución de síntomas de TDAH que el grupo placebo (-19 puntos en la ADHD-RS vs. -6,3;  $d=1,3$ ). Un 63,3 % de pacientes del grupo combinado y un 14,3 % en el grupo placebo obtuvieron una buena respuesta al tratamiento (25-40 % de reducción de síntomas de TDAH). El grupo combinado también obtuvo una mayor disminución en la severidad de los síntomas de TDAH (CGIS, -1,8 puntos vs -0,3 puntos en el grupo psicoeducativo) y los pacientes refirieron índices de mejora más elevados (CGI-I: 2,3 vs. 3,7;  $p < 0,001$ )

## INTERVENCIONES ESCOLARES

### *Challenging Horizons Program (CHP)*

El primer estudio piloto es el de Evans *et al.*, (2004) con una muestra de 7 adolescentes (12-14 años). En 2011, el mismo grupo de investigadores (Evans *et al.*, 2011) realizaron un estudio controlado con el mismo programa de tratamiento. Cuarenta y nueve adolescentes (10-13 años) con TDAH fueron aleatorizados a CHP o a un grupo control que no participaba en ningún tipo de intervención escolar. El programa de tratamiento incluía estrategias educativas (tutorías en relación a las conductas en clase, actividades recreacionales, grupos educativos de estrategias organizacionales, etc.), grupo de habilidades sociales e intervenciones familiares (grupo de padres y *counseling* a las familias).

Al final de la intervención, se observaron diferencias significativas en favor del grupo de CHP en relación a la mejora de rendimiento académico (IRS Padres:  $d=0,45$  y CPS:  $d=0,23-0,37$ ). El grupo control empeoró en estas variables. Referente a síntomas de TDAH, el grupo CHP obtuvo una disminución de síntomas de hiperactividad/impulsividad (DBD Padres:  $d=1,03$ ). En relación a la intensidad de la intervención, también se ha estudiado la eficacia del mismo programa de tratamiento pero de 2 horas semanales durante 10 semanas (Molina *et al.*, 2008) obteniendo resultados similares.

### *Summer Treatment Program*

El objetivo de este estudio (Sibley *et al.*, 2011) fue evaluar la eficacia de un programa de intervención escolar en adolescentes con TDAH (11-16 años). El programa de tratamiento *Summer Treatment Program-Adolescents* (STP-A) (Pelham, Sibley, Evans, Smith, Gnagy, E.M., & Greiner, 2010) es una adaptación del *Children's Summer Treatment Program* (STP). A diferencia del CHP, no se trata de una intervención extraescolar, sino de un programa intensivo de verano donde los adolescentes asistían a diario. Los pacientes asistían a clases que consistían en técnicas de estudio y planificación (Módulo Académico), tenían encargos a realizar (Motivacional), realizaban actividades recreacionales y deportivas con el objetivo de mejorar habilidades sociales y asistían a un grupo de resolución de problemas (Módulo Relaciones Sociales).

Los resultados fueron evaluados mediante la *Impairment Rating Scale* (IRS). Según esta escala, un 52,9 % de los padres, 31,6 %-73,7 % de profesores y un 68,4 % de los tutores reportaron menores mejoras que las percibidas por los adolescentes en relación a problemas de conducta, funcionamiento social, inatención, estado de ánimo y rendimiento académico.

### *Supporting Teens' Academic Needs Daily (STAND)*

El objetivo de este estudio (Sibley *et al.*, 2013) fue evaluar la eficacia de una intervención escolar (STAND) en adolescentes con TDAH (11-15 años) en comparación con un grupo control. Los pacien-

tes fueron aleatorizados al programa STAND (N=18) o tratamiento habitual (*Treatment As Usual* TAU, N=18).

El programa de tratamiento consistía en 8 sesiones familiares (con 3 sesiones adicionales de resolución de problemas). También se realizaron 4 sesiones de grupo de padres y tutorías con profesores. Los resultados indicaron que el grupo que recibió la intervención escolar (STAND) obtuvo mejor rendimiento académico ( $d=0,25$ ), aumento de habilidades de planificación ( $d=5,15$ ) y reducción de problemas escolares ( $d=1,3$ ) según los padres, pero no se observaron diferencias significativas según los profesores. A nivel sintomático, los padres del grupo STAND reportaron disminución significativa de síntomas de inatención (DBD:  $d=1,42$ ), hiperactividad (DBD:  $d=1,20$ ) y sintomatología negativista-desafiante (DBD:  $d=0,82$ ). Los adolescentes del grupo STAND reportaron disminución de conflictos familiares, pero con tamaños del efecto menores (CBQ:  $d=0,65$ ).

## TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL

En 2015, se ha publicado el primer estudio de TCC grupal en adolescentes con TDAH (Vidal *et al.*, 2015). Dado que la mayoría de evidencia empírica se basaba en programas para padres y programas escolares, se decidió desarrollar un programa directo al adolescente en formato grupal.

Se aleatorizaron 119 adolescentes entre 15 y 21 años a 12 sesiones manualizadas de TCC junto a tratamiento farmacológico ( $n=59$ ) o un grupo en lista de espera de solo tratamiento farmacológico ( $n=60$ ). Las variables principales fueron evaluadas mediante la *ADHD Rating Scale* heteroadministrada, la *Clinical Global Impression Scale for Severity* (CGI-S) y la *Global Assessment of Functioning* (GAF), así como escalas autoinformadas y reportadas por los padres.

El programa de tratamiento consistió en 12 sesiones (Vidal, Casas, Ramos-Quiroga, 2014) basadas en los principios cognitivo-conductuales junto a intervenciones de entrevista motivacional, a fin de facilitar la implementación y aprendizaje de estrategias conductuales para manejar y compensar los síntomas propios del TDAH. La primera sesión consistió en psicoeducación (identificación

de mitos y realidades sobre el TDAH). Seguidamente, se implementó un módulo de manejo de la impulsividad (sesión 2 a 6) que incluía estrategias de autocontrol, estrategias cognitivas, manejo de las dificultades de gestionar la rabia y la frustración, así como práctica de habilidades interpersonales. El módulo de inatención (sesión 7 a 11) consistió en estrategias de planificación, resolución de problemas y toma de decisiones, manejo de la tendencia a posponer, habilidades para reducir las distracciones tanto internas como externas. La última sesión consistió en una revisión de los contenidos con el objetivo de mantener los cambios.

Los resultados indicaron que el grupo de TCC obtuvo mayores reducciones en los síntomas de TDAH [ADHD-RS versión adolescentes:  $d=7,5$  y ADHD-RS según padres:  $d=8,38$ ], menor severidad de los síntomas según el CGI-S [CGI-Self-Report:  $-d=3,75$ ] y CGI heteroaplicado  $d=7,71$ ]. También se observó menor repercusión funcional de los síntomas de TDAH en comparación con el grupo control en lista de espera, según los padres [*Weiss Functional Impairment Scale*:  $d=2,29$ ] y el clínico [*EEAG*:  $-d=7,51$ ]. No obstante, no se observaron diferencias significativas en los síntomas asociados (ansiedad, síntomas depresivos y dificultades en el manejo de la rabia).

## DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios de intervenciones psicológicas en población adolescente son programas dirigidos a padres o intervenciones escolares. Los programas dirigidos a padres se centran en el abordaje de síntomas conductuales, y gran parte de las muestras de estos estudios se caracterizan por incluir pacientes que también presentan comorbilidad con trastorno negativista-desafiante (Barkley *et al.* 2001; Barkley *et al.*, 1992). No obstante, estos programas han mostrado baja eficacia en población adolescente, incluso aumento de conflictos después de intervenciones basadas exclusivamente en pautas de conducta para padres (Barkley, *et al.*, 2001; Barkley *et al.*, 1992). Un meta-análisis reciente observó que si se analizaba el tamaño del efecto de este tipo de intervenciones, solo teniendo en cuenta aquellos estudios que incluían un evaluador ciego al estudio, las interven-

ciones conductuales para padres con niños/adolescentes con TDAH no mostraban ser significativamente eficaces (Sonuga-Barke *et al.*, 2013).

Los resultados indican que las intervenciones escolares pueden ser eficaces en adolescentes menores (12-15 años), siendo más efectivas en la disminución de los síntomas de inatención que los de impulsividad. No obstante, no abordan la sintomatología comórbida y asociada al TDAH. De hecho, en relación a los contenidos de los programas de tratamiento para adolescentes con TDAH, se observa cómo en la mayoría de programas con evidencia empírica se hace mayor énfasis en el abordaje de los síntomas de inatención que en la impulsividad o síntomas asociados. Las intervenciones escolares y los programas para padres abordan los síntomas de TDAH de forma indirecta, sin incluir estrategias directas al adolescente de manejo de la atención o de autocontrol de la conducta impulsiva.

En la actualidad solo se dispone de un estudio no controlado de TCC individual que nos da indicios que este tipo de abordaje podría ser eficaz en adolescentes con TDAH. No obstante, la terapia racional-emotiva no ha demostrado ser eficaz. Es decir, una intervención centrada solo en el abordaje de síntomas asociados (ansiedad, depresión, autoestima, manejo de la rabia y tolerancia a la frustración), sin tratar síntomas de inatención e impulsividad propios del TDAH (Morris, 1993), no es suficiente para mejorar los síntomas asociados al TDAH.

En relación a intervenciones directas al adolescente, podemos afirmar que la terapia cognitivo-conductual grupal en combinación con tratamiento farmacológico ha demostrado ser un abordaje eficaz en la disminución de síntomas de TDAH, disminución de severidad del trastorno y mejoras en el funcionamiento global en adolescentes y jóvenes con TDAH.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no presentan conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Antshel, K.M., Faraone, S.V., & Gordon, M. (2012).** Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(6): 483–495.
2. **Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001).** The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6): 926–41.
3. **Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D., & Fletcher, K.E. (1992).** A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3): 450–62.
4. **Bussing, R., Zima, B.T., Mason, D.M., Porter, P.C., & Garvan, C.W. (2011).** Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: do the perspectives of adolescents matter? *The Journal of Adolescent Health?: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(1): 7–14.
5. **Charach, A., Ickowicz, A., & Schachar, R. (2004).** Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5): 559–67.
6. **Chronis, A.M., Jones, H.A., & Raggi, V.L. (2006).** Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(4): 486–502.
7. **Evans, S.W., Axelrod, J., & Langberg, J.M. (2004).** Efficacy of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD: pilot data. *Behavior Modification*, 28(4): 528–47.
8. **Evans, S.W., Schultz, B.K., Demars, C.E., & Davis, H. (2011).** Effectiveness of the Challenging Horizons After-School Program for young adolescents with ADHD. *Behavior Therapy*, 42(3): 462–74.
9. **Harvey, S.T., & Taylor, J.E. (2010).** A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(5): 517–35.
10. **Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., Zaslavsky, A.M. (2005).** Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11): 1442–51.

11. **Kratochvil, C.J., Wilens, T.E., & Upadhyaya, H.** (2006). Pharmacological management of a youth with ADHD, marijuana use, and mood symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(9): 1138–41.
12. **Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A.K., van den Bree, M., Harold, G., Thapar, A.** (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(3): 235–40.
13. **McCarthy, S., Asherson, P., Coghill, D., Hollis, C., Murray, M., Potts, L., Wong, I.C.K.** (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(3): 273–7.
14. **McCleary, L., & Ridley, T.** (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38(1): 3–10.
15. **Mikami, A.Y., Calhoun, C.D., & Abikoff, H.B.** (2010). Positive illusory bias and response to behavioral treatment among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 39(3): 373–85.
16. **Molina, B.S.G., Flory, K., Bukstein, O.G., Greiner, A.R., Baker, J.L., Krug, V., & Evans, S.W.** (2008). Feasibility and preliminary efficacy of an after-school program for middle schoolers with ADHD: a randomized trial in a large public middle school. *Journal of Attention Disorders*, 12(3): 207–17.
17. **Molina, B.S.G., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Jensen, P.S., Houck, P.R.** (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5): 484–500.
18. **Montano, C.B., & Young, J.** (2012). Discontinuity in the transition from pediatric to adult health care for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate Medicine*, 124(5): 23–32.
19. **Morris, G.B.** (1993). A rational-emotive treatment program with conduct disorder and attention-deficit hyperactivity disorder adolescents. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 11: 123–133.
20. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** (2008). Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). London.
21. **Pliszka, S.** (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7): 894–921.
22. **Prevatt, F., Proctor, B., Best, L., Baker, L., Van Walker, J., & Taylor, N.W.** (2012). The positive illusory bias: does it explain self-evaluations in college students with ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 16(3): 235–43.
23. **Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Casas, M.** (2012). Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4): 229–35.
24. **Robb, A. & Findling, R.L.** (2013). Challenges in the transition of care for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate Medicine*, 125(4): 131–40.
25. **Sibley, M.H., Pelham, W.E., Derefinko, K.J., Kuriyan, A.B., Sánchez, F. & Graziano, P.A.** (2013). A Pilot Trial of Supporting teens' Academic Needs Daily (STAND): A Parent-Adolescent Collaborative Intervention for ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4): 436–449.
26. **Sibley, M.H., Pelham, W.E., Evans, S.W., Gnagy, E.M., Ross, J.M., & Greiner, A.R.** (2011). An Evaluation of a Summer Treatment Program for Adolescents With ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4): 530–544.
27. **Sonuga-Barke, E.J.S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Sergeant, J.** (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American Journal of Psychiatry*, 170(3): 275–89.
28. **Svanborg, P., Thernlund, G., Gustafsson, P.A., Hägglöf, B., Poole, L. & Kadesjö, B.** (2009). Efficacy and safety of atomoxetine as add-on to psychoeducation in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in stimulant-naïve Swedish children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4): 240–9.

- 
29. **Taylor, N., Fauset, A. & Harpin, V.** (2010). Young adults with ADHD: an analysis of their service needs on transfer to adult services. *Archives of Disease in Childhood*, 95(7): 513–7.
30. **Vidal, R., Castells, J., Richarte, V., Palomar, G., García, M., Nicolau, R., Ramos-Quiroga, J.A.** (2015). Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54: 275–82.
31. **Vidal R., Casas M., Ramos-Quiroga J.A.** (2014). *Manual de Tratamiento Cognitivo-Conductual Para Adolescentes con TDAH y Consumo de Cannabis*. Madrid: Editorial Selene.
32. **Young, S. & Amarasinghe, J.M.** (2010). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(2): 116–33.

# Adicción al deporte: Estandarización de la Escala de Adicción al Deporte, SAS-15

*Sport addiction: Standardization of Sport Addiction Scale, SAS-15*

Virginia Antolín Cernuda\*, Jesús J. de la Gándara Martín\*\*, Isabel García Alonso\*\*\*

Recibido: 08/07/2015

Aceptado: 09/11/2015

## Resumen

*En este trabajo se presenta el proceso de elaboración de la Escala SAS-15 (Sport Addiction Scale-15) y la obtención de sus propiedades psicométricas. La Escala permite valorar los riesgos de adicción al ejercicio en la sociedad española. Los participantes han sido 408 deportistas de las diferentes comunidades autónomas, quienes cumplimentaron la Escala y algunos datos sociodemográficos. Tras observar el comportamiento de los ítems fue posible reducir a 15 los 40 ítems iniciales. En los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio se obtienen 5 dimensiones, que se ajustan a los criterios de adicción del DSM-IV TR. Las propiedades psicométricas han demostrado que la Escala SAS-15 tiene buena fiabilidad y validez, es adecuada para discriminar entre las personas con riesgo a sufrir adicción y las que realizan deporte saludablemente. Se considera que esta Escala puede ayudar a los profesionales del ámbito de la salud para la detección, diagnóstico y valoración de la adicción al ejercicio.*

**Palabras clave:** propiedades psicométricas, abuso de ejercicio, análisis factorial, dependencia comportamental, ejercicio saludable.

## Summary

*In this work the process of drafting the SAS-15 scale (Sport Addiction Scale-15) and obtaining its psychometric properties is presented. Scale can assess the risks of exercise addiction in Spanish society. Participants were 408 athletes from different regions who compliment Scale and*

---

Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial Universitario de Burgos

\*Enfermera y doctora en psicología, Profesora Titular Psicología, Universidad Isabel I.

\*\*Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos.

\*\*\*Profesora Titular de PETRA, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad de Burgos.

**Correspondencia:** Dr. Jesús J. de la Gándara Martín  
E-mail: jgandara@saludcastillayleon.es

---

*sociodemographic data. After observing the behavior of the items it was possible to reduce the initial 40 to 15 items. In the exploratory and confirmatory factor analyzes 5 dimensions, that fit the criteria for addiction DSM-IV TR are obtained. The psychometric properties have shown that the SAS-15 scale has good reliability and validity, it is appropriate to discriminate between those at risk to suffer from addiction and who do sport healthy. It is considered that this scale can help professionals in the field of health for the detection, diagnosis and assessment of exercise addiction.*

**Key words:** psychometric properties, exercise abuse, factor analysis, behavioral dependence, healthy exercise.

## INTRODUCCIÓN

El deporte es un medio y un fin en sí mismo que contribuye a la salud física, psíquica y social de las personas (De la Cruz-Sánchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega y Martínez-Santos, 2011; González, Hernández, Pozo y García, 2011). En ocasiones, los seres humanos pasan de una práctica de ejercicio físico divertido y saludable a la obsesión y al sufrimiento, pudiéndose convertir en una actividad compulsiva y cayendo en el abuso o la dependencia, como ocurre con muchas otras adicciones comportamentales o sociales. Este tipo de adicciones no químicas o sin sustancia hacen alusión a comportamientos de tipo dependiente (Álvarez, Moreno y Granados, 2011). Existen hábitos de conducta, en principio inofensivos, que pueden llegar a adquirir un perfil patológico de adicción, en función de la intensidad, cantidad de tiempo, dinero invertido o grado de interferencia en las relaciones sociales, familiares y laborales de la persona (Álvarez *et al.*, 2011). Las fases por las que se llega a ser dependiente (De la Gándara y cols. 1999) son: (a) apetitiva, se prueba algo y gusta; (b) ejecutiva, se aprende y se repite; (c) saciedad, se abusa hasta la saturación; (d) abstinencia, se intenta abandonar pero el hábito vence a la voluntad, y (e) adaptación, en la que el ejercicio puede mantenerse, estabilizarse, agravarse o abandonarse.

Diferentes expertos han tratado de dar una definición del concepto de dependencia del ejercicio. Las primeras anotaciones aparecen en los trabajos de Baekland (1970), años después, Veale (1987) lo considera una conducta compulsiva y perjudicial. Posteriormente, Pierce (1994) lo define como un proceso que compromete al individuo en

el ejercicio a pesar del malestar y las dificultades generadas y los síntomas tras su retirada. Ogden, Veale y Summers (1997) lo consideran como una combinación de características biomédicas parecidas a las producidas por las adicciones con síntomas de abstinencia y comportamiento estereotipado, en la que se ven afectados aspectos psicosociales como la interferencia con la vida socio-familiar y las gratificaciones positivas. Actualmente, la dependencia del ejercicio es entendida como una nueva forma de conducta que se ha extendido como un fuerte deseo por llevar a cabo la práctica de ejercicio físico (Hausenblas y Downs, 2002a); también como una imperiosa necesidad de practicar ejercicio físico (Avril, Nivoli y Leyoyeux, 2007) y que ocasiona un comportamiento incontrolable de exceso de ejercicio, impuesta por la sobredimensión de lo físico, las normas y las convenciones sociales posmodernas (Molero, Castro-López y Zagalaz-Sánchez, 2012). Los adictos sufren una necesidad de practicar ejercicio de forma intensa, con conductas que van más allá de lo estrictamente necesario para mantener la forma física o realizar un entrenamiento ajustado a las necesidades de la persona y/o de la competición que preparan (Ruiz-Juan, Zarauz, Arbinaga 2013a, 2013b). Sintiendo impulsos irresistibles a realizarlo incluso cuando los compromisos laborales y personales impiden realizarlo o hay lesiones, fatiga o síntomas somáticos y psicológicos que lo desaconsejen. Todo ello puede derivar en consecuencias físicas y/o psicológicas cuando la práctica es impedida o retirada (Arbinaga y Caracuel, 2007), y persistir con la conducta de exceso de ejercicio a pesar de la clara evidencia de que es la que causa los problemas.

A pesar de que muchos autores han tratado de dar una definición de este fenómeno, actualmente, no existe una definición estándar, ni está incluida en los principales sistemas de clasificaciones diagnósticas (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2013). Sin embargo, en las últimas décadas, diversos investigadores (Downs, Hausenblas y Nigg, 2004; Hausenblas y Downs, 2002a, 2002b; Veale, 1987) han tendido a operativizarla basándose en las características y criterios de la dependencia a sustancias reflejadas en el DSM-IV.

Las estimaciones realizadas sobre la prevalencia de personas que pudieran presentar una dependencia del ejercicio varían de unos trabajos a otros. En algunos casos, se ha argumentado que la dependencia del ejercicio es un hecho raro y aislado (Furst y Germone, 1993; Veale, 1995); en otros estudios, con población general, se estima próxima al 3 % (Sussman, Lisha y Griffiths, 2011); por el contrario, otros informes han mostrado datos muy llamativos que dejan constancia como el 22 % de 49 corredores de ambos sexos podían presentar una alta dependencia (Anderson, Basson y Geils, 2004); o como los datos reflejados por Andrade, García, Remicio y Villamil (2012) quienes obtuvieron que el 26,7 % presentaba niveles altos de adicción, y como el 42 % de los miembros de un club deportivo en París se ajustaban a los criterios de la dependencia del ejercicio (Leyoux, Avril, Richoux, Embouazza y Navoli, 2008). Estas variaciones pueden atribuirse a las diferencias en las poblaciones de estudio, a la variedad de definiciones y herramientas utilizadas para medir el constructo. De forma genérica, puede afirmarse junto con Arbinaga y Caracuel (2007) que no existen estudios epidemiológicos fiables que faciliten una visión de conjunto.

Si la literatura apoya considerar esta problemática como dependencia del ejercicio (González-Cutre y Sicilia, 2012; Lichtenstein, Christiansen, Bikenger, Stoving, 2012; Álvarez *et al.*, 2011) es necesario disponer de instrumentos adecuados (Ruiz-Juan y cols., 2013). Actualmente, existen una variedad de herramientas para la detección, tasación y evaluación de la dependencia del ejercicio (González-Cutre Sicilia, 2012; Sicilia, Alías-García, Ferritz y Moreno-Murcia, 2013). Algunas escalas han presentado diversos problemas de va-

lidación psicométrica y otras muchas se centran solo en evaluar la adicción a ejercicios de tipo aeróbico (Carmack y Martens, 1979; Chapman y De Castro, 1990; Hausenblas y Downs, 2002c; Pasman y Thompson, 1988; Zarausy Ruiz-Juan, 2011). En concreto, para la adicción a correr, Zarausy y Ruiz-Juan (2011) han adaptado la *Running Addiction Scale*, RAS (Chapman y De Castro, 1990) y la *Commitment to Running Scale*, CTR (Carmack y Martens, 1979). También se dispone de otras escalas específicas como la Escala de la Adicción al Entrenamiento, EAE, en atletas veteranos (Ruiz-Juan *et al.*, 2013a) y de la *Bodybuilding Dependency Scale*, BDS (Smith y Hale, 2005) destinada a fisiculturistas. Como pruebas generales se dispone de *The Obligatory Exercise Questionnaire*, EQD (Ogden *et al.*, 1997); *The Exercise Dependence Scale*, EDS (Hausenblas *et al.*, 2002b, 2004); *The Exercise Addiction Inventory*, EAI (Terry, Griffiths, y Szabo, 2004); *The Exercise Commitment Survey*, ECS (Garman, Hayduk, Crider y Hodel, 2004); y *The Exercise Dependence Scale-Revised*, EDS-R (Downs *et al.*, 2004) traducida y adaptada al castellano por Sicilia *et al.* (2013).

Partiendo de los instrumentos existentes, nuestro objetivo fue elaborar una escala con las características psicométricas adecuadas, que resulte breve, operativa, de fácil aplicación y que permita evaluar la dependencia del ejercicio en la población española que practica algún tipo de ejercicio físico. Con ello pretendemos engrosar las listas de escalas y herramientas a disponer por los profesionales de la psicología, y forme parte de los instrumentos de interés de todos aquellos que trabajen en entornos de la salud y medicina del deporte.

## METODOLOGÍA

### Participantes

Para la selección de la muestra en este estudio, se optó por un muestreo directo o de campo, probabilístico por conglomerados, buscando de manera proporcional el número de deportistas en las diferentes comunidades.

La muestra está compuesta por 408 practicantes de ejercicio físico (244 hombres, 164 mujeres) con edades comprendidas entre 13 y 67 años (M=

34,21; DT=9,7), mayoritariamente de nivel económico medio (349 participantes, 85,5 %) y pertenecientes a las 17 comunidades de España (Tabla 1). Concretamente, el 45,8 % de los participantes hacen ejercicio de forma reglada, mientras que el 54,2 % lo practican de forma no federada. La mayoría, 48,3 %, practica tres o más deportes y el 32,4 % uno. El 56,9 % realiza una práctica intensa de entrenamiento y el 41,9 % ejercicio de mantenimiento. Las horas semanales dedicadas al deporte oscilan entre 2 y 30 horas (M= 9,14; DT=4,6) y el 59,6 % ha manifestado no tener padres deportistas. El 94,4 % no han padecido ni padecen antecedentes físicos ni mentales (Tablas 2 y 3).

**Tabla 1**  
**Distribución de los participantes por comunidad autónoma**

Comunidad	n	%
Madrid	24	17,1
Andalucía	23	16,4
Cataluña	20	14,3
Valencia	12	8,6
La Rioja	10	7,1
Castilla y León	10	7,1
País Vasco	9	6,4
Galicia	8	5,7
Castilla La Mancha	7	5,0
Canarias	4	2,9
Aragón	4	2,9
Murcia	3	2,1
Baleares	2	1,4
Extremadura	1	0,7
Cantabria	1	0,7
Asturias	1	0,7
Navarra	1	0,7

### Instrumento

El protocolo de autoinforme que cumplimentaron los participantes consta de varios apartados que recoge datos de las variables de este estudio: los datos sociodemográficos, los enunciados de la Escala inicial SAS-40 (Anexo 1) y los ítems de la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg EADG (Lobo, Montón, Pérez, Campos y García, 1993).

**Tabla 2**  
**Variables sociodemográficas**

	M	DT	Rango
Edad	34,21	9,7	13-67
Horas semanales dedicadas	9,14	4,6	2-30
	n	%	
Género			
Femenino	160	39,2	
Masculino	244	59,8	
NC	4	1,0	
Nivel económico			
Bajo	34	8,3	
Medio	349	85,5	
Alto	23	5,6	
Nivel de estudios			
Básicos	11	2,7	
Medios	140	34,3	
Superiores	255	62,5	
Situación laboral			
Activos	349	85,5	
En paro	54	13,2	
Jubilados	3	0,7	
Tipo de trabajo			
Activo	291	71,3	
Sedentario	101	24,8	

La escala SAS-40 está compuesta por 40 enunciados de respuesta dicotómica, atendiendo a los criterios diagnósticos del consumo de sustancias psicoactivas del DSM-IV-TR, y a una selección del universo de contenidos existentes en los instrumentos internacionales de medida de dependencia del ejercicio. Aunque algunos autores (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010) sugieren utilizar escalas de respuesta graduada tipo Likert, otros investigadores, como López (2005), prueban que un formato dicotómico aporta casi tanta información como las de formato politómico. Se sabe que los estudios con ítems binarios suelen presentar más problemas, estos problemas vienen referidos cuando la distribución de las puntuaciones son asimétricas (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). En la Escala SAS se ha obtenido una distribución de puntuaciones simétrica, por lo que no podemos considerar problema alguno.

**Tabla 3**  
**VARIABLES DEPORTIVAS**

	n	%
Federación		
Sí	187	45,8
No	221	54,2
Nº de deportes practicados		
Uno	76	18,6
Dos	132	32,4
Tres o más	196	48,0
Tipo de deporte		
Individuales	197	48,3
En equipo	58	14,2
Ambos	149	36,5
Intensidad		
Mantenimiento	171	41,9
Fuerte	232	56,9
Dedicación económica		
Baja	310	76,0
Media	9	2,2
Alta	86	21,1

En cuanto a la Escala EADG, la versión castellana fue adaptada por Lobo *et al.* (1993) mostrando en la subescala de depresión una sensibilidad del 85,7 % para captar los trastornos depresi-

vos y en la de ansiedad una sensibilidad algo menor, el 72 %. Los buenos valores encontrados por estos autores motivan el uso de esta escala, siendo recomendada en nuestro país como instrumento de cribado, asistencial o epidemiológico en el ámbito de la salud mental.

### Procedimiento

Puesto que el objetivo es elaborar una escala que evalúe la dependencia del ejercicio en la población que practica ejercicio de forma continua y regular en nuestra sociedad española, se diseñó la Escala SAS-40 (anexo 1). Para su creación, se elaboró un primer cuestionario formado por 40 ítems. Los enunciados fueron redactados y seleccionados en base a la relevancia dada por los expertos en los diversos estudios bibliográficos. Posteriormente, se seleccionó un comité de expertos con experiencia deportiva formado por ocho profesionales en salud mental, cuatro psiquiatras y cuatro psicólogos, quienes corrigieron los defectos detectados en cuanto a pertinencia de los ítems, exactitud de las preguntas y terminología usada; y se ensayó, como estudio piloto, con 140 participantes.

Se planificó la nueva recogida de datos, en contacto con una variedad de profesionales del deporte de las diferentes comunidades autónomas de España, solicitándoles su colaboración; se les envió los protocolos de recogida de información, advir-

### Anexo 1

#### Escala SAS-40 ítems

	V	F
1. Hago ejercicio con regularidad.		
2. Suelo hacer ejercicio al aire libre, incluso si hace mal tiempo.		
3. He cambiado alguna actividad familiar programada para hacer ejercicio.		
4. No he dejado de hacer ejercicio durante una semana o más salvo por lesión o enfermedad.		
5. He seguido haciendo ejercicio, aunque tuviera algún dolor o molestia física.		
6. Tengo la sensación de que compro demasiados libros, vídeos, equipamientos, alimentos o medicamentos para hacer deporte.		
7. Seguiría haciendo ejercicio para mantenerme en forma, aunque hubiese otro modo más cómodo de conseguirlo.		
8. Me siento mejor después de hacer deporte.		
9. He hecho ejercicio antes de estar completamente recuperado de una lesión o enfermedad.		

	V	F
10. Algunos días me obligo a hacer ejercicio, aunque no me apetezca.		
11. Necesito hacer ejercicio al menos una vez al día para sentirme bien.		
12. Mis amigos o compañeros alguna vez me han criticado por hacer tanto deporte.		
13. Si pierdo un entrenamiento, un partido, etc., me irrito o me siento culpable.		
14. A menudo pienso en el ejercicio mientras estoy haciendo otras actividades.		
15. Si no hago ejercicio un día siento que mi forma física empeora.		
16. He dejado de acudir a alguna cita por hacer ejercicio.		
17. Hacer ejercicio para mí es como una droga, nunca tengo pereza para hacerlo.		
18. He tenido alguna discusión con mi familia por la cantidad de ejercicio que hago.		
19. A menudo uso el ejercicio para liberarme, estrés o la ansiedad.		
20. Si dejo de hacer ejercicio, aunque sea por poco tiempo, me siento triste, irritable o culpable.		
21. He aumentado progresivamente la frecuencia o cantidad de ejercicio que hago.		
22. He intentado dejar de hacer ejercicio durante algún tiempo, pero no lo he conseguido.		
23. Dedico mucho tiempo a actividades relacionadas con el deporte, como televisión, libros, etc.		
24. El ejercicio, a veces me ha provocado fatiga o disminución del rendimiento en el trabajo.		
25. A menudo adapto resto de cosas de mi vida al deporte que me gusta practicar o ver.		
26. Hago ejercicio para sentirme bien con mi cuerpo.		
27. A veces quito tiempo a mi horario de trabajo para hacer ejercicio.		
28. Tengo la sensación de que si no hago ejercicio puedo perder relaciones sociales.		
29. Creo que si no hago ejercicio pierdo el control de mi peso.		
30. A veces me he sentido culpable por hacer tanto ejercicio.		
31. El día que no hago ejercicio siento que me falta algo.		
32. A menudo hago el propósito de reducir la cantidad de ejercicio que hago, pero no lo cumplo.		
33. Trato de hacer la misma cantidad de ejercicio cada semana, aunque tenga dificultades.		
34. A menudo justifico el ejercicio que hago como una forma de prevenir enfermedades.		
35. A veces hago más ejercicio para mantenerme el peso a raya.		
36. Suelo experimentar sensación de bienestar cuando hago ejercicio intenso.		
37. No dejo de hacer ejercicio si el clima me impide salir al exterior.		
38. Entre las personas con las que hago ejercicio hay alguna enganchada al deporte.		
39. Me preocupa no tener tiempo libre para hacer ejercicio.		
40. Alguna vez me han tachado de adicto/a al deporte.		

**Tabla 4**  
**VARIABLES DE SALUD**

	n	%
Padres deportistas		
Sí	164	40,2
No	243	59,6
Antecedentes de Problemas de salud		
No	385	94,4
Patologías físicas (solo)	16	3,9
Patologías físicas y mentales	7	1,7

tiéndoles del anonimato de los participantes y manifestándoles el sistema de protección de datos de carácter personal vigente (BOE, 1999).

## RESULTADOS

Tras diferentes análisis descriptivos se comprobaron los distintos tipos de validez y fiabilidad. La consistencia interna de la escala SAS se definió por los índices de fiabilidad dados en el análisis realizado con el programa FACTOR, para cada uno de los factores (tabla 7). Por otro lado, el Alpha de Cronbach para toda la Escala se calculó por el método tradicional de SPSS-V18. Para saber si la Escala mide lo que dice que mide, la adicción al ejercicio, se comprobaron tanto la validez de contenido como la validez de constructo y de criterio. Para conseguir la validez de contenido, durante la preparación del cuestionario se han seguido unos pasos precisos y coherentes. Para obtener la validez de constructo se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones en el test y otras variables que deberían relacionarse con el constructo de interés, como son la intensidad, las horas de ejercicio y las puntuaciones en la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Y para calcular la validez de criterio usamos como criterio externo una escala derivada según los criterios del DSM-IV-TR.

Una vez comprobado que los datos cumplían el supuesto de normalidad multivariante (coeficiente de Mardia = 30,8), el índice de homogeneidad de la escala resultaba adecuado (Kaiser-Meyer-Olkin > 0,7) y el estadístico de test de esfericidad de Barlett era significativo, se procedió a utilizar la necesaria técnica de análisis factorial (Ferrando

y Anguiano-Carrasco, 2010). Primeramente, se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio a través del método de mínimos cuadrados no ponderados, la rotación Promax normalizada para la extracción de factores, la implementación óptima del análisis paralelo (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011) y la matriz de dispersión de correlaciones policóricas (recomendadas en los análisis de datos dicotómicos) para determinar el número de dimensiones. Con los resultados obtenidos, se llevó a cabo el análisis confirmatorio con el fin de aceptar o rechazar el modelo y se evaluó la bondad de ajuste.

Para completar el estudio se procedió al análisis de la consistencia interna con el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach. Con el fin de evaluar la estabilidad temporal de la escala se realizó una comparación test-retest con una pequeña muestra. Finalmente, se realizó un estudio de varianza con el propósito de examinar la relación entre la adicción al ejercicio y la frecuencia, la intensidad, la dedicación económica, los antecedentes familiares, y las variables de ansiedad y depresión.

Todos estos análisis se realizaron con el procesador estadístico SPSS-18 y los procesadores específicos para ítems dicotómicos, el Factor y el Lisrel, con los que se realizaron los dos tipos de análisis factorial.

Tras observar la distribución normal de la muestra y siguiendo la recomendación de Carretero-Dios y Pérez (2005, 2007); Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010); Freimuth, Moniz y Kim (2011); y Zarauz y Ruiz-Juan (2011) se realizó una selección empírica con los ítems de SAS-40 a través de coeficientes de correlación ítem-total corregida, para seleccionar los imprescindibles, relevantes y más significativos. Se toma como punto de corte el valor de 0,33, quedando en la Escala 20 ítems aptos. Tras su eliminación se obtuvo una estructura factorial inicial exploratoria lo más simple posible y estadísticamente adecuada quedando una Escala de 15 ítems, configurada en cinco factores que explican el 62 % de la varianza del instrumento mediante la extracción de componentes principales y rotación Promax.

A fin de confirmar el modelo se llevó a cabo el estudio factorial confirmatorio con el programa LISREL (Tabla 6), proponiéndole los ítems que definieron cada factor. Para ello se siguieron los

siguientes pasos: se computó la matriz asintótica de covarianza y así poder realizar la extracción de factores, se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados y se solicitó la estandarización completa de los coeficientes. Los índices de ajuste que evalúan la adecuación del modelo fueron satisfactorios (Tabla 5). Con lo que la Escala

**Tabla 5**  
**Índices de ajuste del modelo factorial confirmatorio**

	Puntuaciones
Grados de libertad	80
Chi2	125,06
(Chi2/gl)	1,56
RMSEA ( <i>Root Mean Square Error of Approximation</i> )	0,04
RMR ( <i>Root Mean Squared Residual</i> )	0,01
Standardized SRMR	0,04
GFI ( <i>Goodness of Fit Index</i> )	0,98
AGFI ( <i>Adjusted GFI</i> )	0,98
ECVI ( <i>Expected Cross-Validation Index</i> )	0,50
ECVI for Saturated Model	0,59
ECVI for Independence Model	5,71
NFI ( <i>Normed Fit Index</i> )	0,99

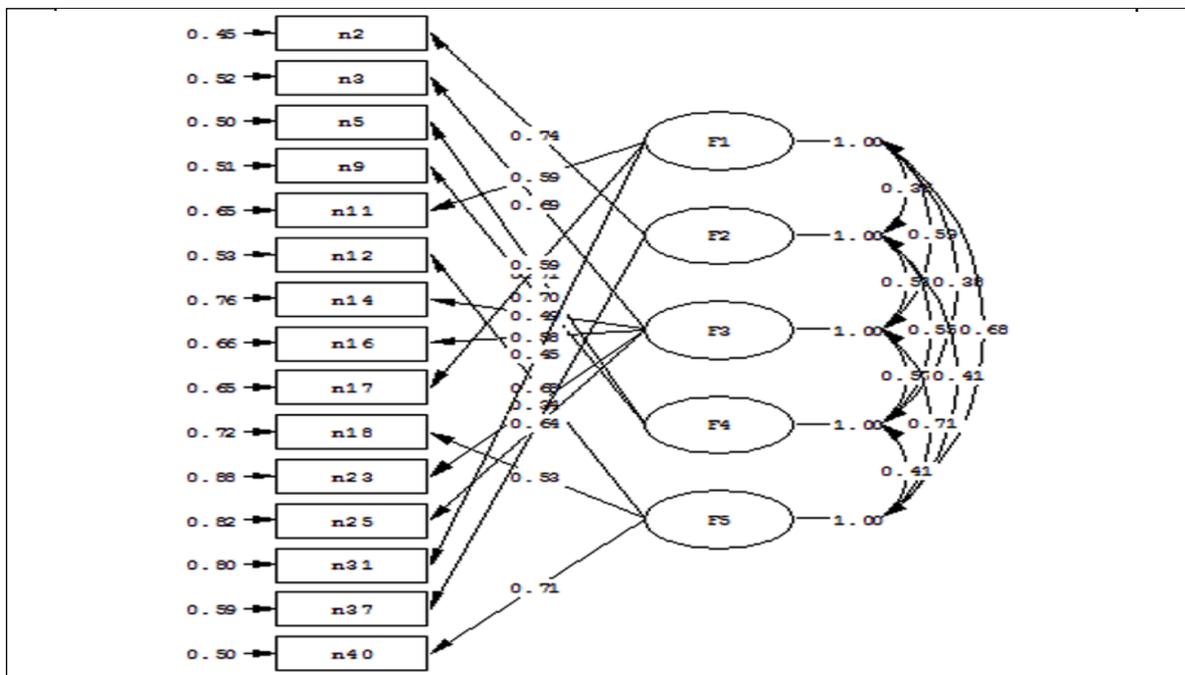
**Tabla 6**

**Fiabilidad de cada uno de los cinco factores**

Factores	Varianza	Fiabilidad
Dependencia	2,31	0,80
Falta de control	2,04	0,88
Pérdida de interés por otras cosas	2,39	0,79
Continuidad	0,91	0,70
Preocupación	2,44	0,92

SAS-15 (anexo 2) quedó constituida por 15 ítems, con una estructura dimensional de cinco factores configurados de la siguiente manera: F1= dependencia, F2= falta de control, F3= pérdida de interés por otras cosas, F4= continuidad y F5= preocupación. Los 15 ítems se distribuyeron en los factores de una manera coherente, coincidiendo las dimensiones obtenidas con la conceptualización teórica, ajustándose a los rasgos típicos de las conductas adictivas (De la Gándara *et al.*, 1999) y los criterios diagnósticos de la dependencia de sustancias (APA, 2002). En la Figura 1 se aprecia el Diagrama de análisis factorial confirmatorio.

El análisis de consistencia interna de la escala SAS queda definida por unos índices de fiabilidad



**Figura 1:** Diagrama de análisis factorial confirmatorio de la SAS-15.

**Anexo 2**  
**Escala SAS-15 ítems**

	V	F
1. Suelo hacer ejercicio al aire libre, incluso cuando hace mal tiempo.		
2. He cambiado alguna actividad familiar programada para hacer ejercicio.		
3. He seguido haciendo ejercicio, aunque tuviera algún dolor o molestia física.		
4. He hecho ejercicio antes de estar completamente recuperado de una lesión o enfermedad.		
5. Necesito hacer ejercicio al menos una vez al día para sentirme bien.		
6. Mis amigos o compañeros alguna vez me han criticado por hacer tanto deporte.		
7. A menudo pienso en el ejercicio mientras estoy haciendo otras actividades.		
8. He dejado de acudir a alguna cita por hacer ejercicio.		
9. Hacer ejercicio para mí es como una droga, nunca tengo pereza para hacerlo.		
10. He tenido alguna discusión con mi familia por la cantidad de ejercicio que hago.		
11. Dedico mucho tiempo a actividades relacionadas con el deporte, como televisión, libros, etc.		
12. A menudo adapto el resto de cosas de mi vida al deporte que me gusta practicar o ver.		
13. El día que no hago ejercicio siento que me falta algo.		
14. No dejo de hacer ejercicio si el clima me impide salir al exterior.		
15. Alguna vez me han tachado de adicto/a al deporte.		

dados en el análisis realizado con el programa FACTOR para cada uno de los factores (tabla 7); estos índices son buenos si son cercanos o sobrepasando 0,8. Por otro lado, el Alpha de Cronbach para toda la Escala se calculó por el método tradicional de SPSS-V18, es 0,84 (Tabla 8). Para evaluar la estabilidad de la escala, se tomó una muestra pequeña, administrándose la escala dos veces, con

**Tabla 7**  
**Fiabilidad de cada uno de los cinco factores**

Factores	Varianza	Fiabilidad
F1	2,30	0,80
F2	2,04	0,88
F3	2,39	0,79
F4	0,91	0,70
F5	2,44	0,92

*Nota:* F1= dependencia; F2= falta de control, F3= pérdida de interés por otras cosas; F4= continuidad y F5= preocupación.

**Tabla 8**  
**Índices de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,84	0,84	20

un intervalo de 6 semanas entre la primera y segunda medición. Los resultados fueron excelentes y altamente significativos (tabla 9).

**Tabla 9**  
**Fiabilidad Test - retest**

	Suma Total SAS	Total SAS Retest
Correlación de Pearson	1	,80
Sig. (bilateral)		,00
N	10	10

\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

## DISCUSIÓN

La Escala SAS-15 (*Sport Addiction Scale-15*), en su versión definitiva, consta de 15 ítems con respuesta dicotómica, con una estructura dimensional de cinco factores adecuadamente definidos que definen los rasgos típicos de las conductas adictivas (De la Gándara *et al.*, 1999). La estructura componencial encontrada se adapta bien a los criterios expuestos en el DSM IV-TR; este hecho corrobora las investigaciones de Downs *et al.* (2004), Hausenblas y Downs (2002a, 2002c) y Sicilia *et al.* (2013), quienes también encontraron que su modelo estructural se adaptaba a los criterios para la dependencia de sustancias del DSM. Los cinco factores con sus ítems correspondientes son: Factor I, dependencia; Factor II, falta de control; Factor III, pérdida de interés por otras cosas; Factor IV, continuidad; y Factor V, preocupación.

La Escala SAS-15 (anexo2) se creó con el objetivo de detectar el riesgo de adicción al deporte en general y no sobre un deporte específico o particular (p.ej., adicción al correr) y presenta unas cualidades psicométricas adecuadas. Por lo que se la puede considerar útil para discriminar entre las personas deportistas que sufren o presentan riesgo elevado de adicción y las que no, proporcionando a los profesionales del ámbito de la salud una herramienta útil que ayude en el diagnóstico y valoración de la adicción al ejercicio.

Se ha constatado que la Escala SAS-15, dirigida a personas que practican deporte de forma regular y continua, con sus 15 ítems y su estructura factorial de cinco dimensiones, es un instrumento adecuado, válido y fiable para detectar, evaluar, y valorar –junto con el juicio crítico del profesional– la adicción al ejercicio en la población española; pudiendo ser usada tanto en estudios como en el ámbito individualizado y clínico de la salud mental, favoreciendo el entendimiento entre los profesionales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Álvarez, M., Moreno, A. y Granados, G.** (2011). Adicciones psicológicas: perspectiva psicósomática. *Psiquiatría.com*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4349>.
2. **American Psychiatric Association.** (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A. (Versión castellana de (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, USA: Autor.
3. **American Psychiatric Association.** (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A. (Versión castellana de (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Text Revision), 4th Ed. (DSM-IV-TR). Washington, DC, USA: Autor.
4. **American Psychiatric Association** (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: Author.
5. **Anderson, S.J., Basson, C.J. y Geils, C.** (2004). Personality style and mood states associated with a negative addiction to running. *Sports Medicine*, 4: 6-11.
6. **Andrade, J.A., García, S., Remicio, C. y Villamil, S.** (2012). Niveles de adicción al ejercicio corporal en personas físico culturistas. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y Deporte*, 7: 209-226.
7. **Arbinaga, F. y Caracuel, J.C.** (2007). Dependencia del ejercicio en fisioculturistas competidores evaluada mediante la escala de adicción general Ramón y Cajal. *Universitas Psychologica*, 6(3): 549-557.
8. **Avril, M., Nivoli, F. y Lejoyeux, M.** (2007). La dependance a l'exercice physique. *Alcoologie y addictologie*, 29(2): 143-153.
9. **Baekeland, F.** (1970). Exercise Deprivation. *Archive of General Psychiatry*, 22: 365-369.
10. **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE nº 298.
11. **Carmack, M. A. y Martens, R.** (1979). Measuring commitment to running: A survey of runner's attitudes and mental status. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1: 25-42.
12. **Carretero-Dios, H. y Pérez, C.** (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5: 221-551.
13. **Carretero-Dios, H. y Pérez, C.** (2007). Standards and the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3): 863-882.
14. **Chapman, C.I. y De Castro, J.M.** (1990). Running Addiction: measurement and associates psychological characteristics. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 30(3): 283-290.

15. **De la Cruz-Sánchez, E., Moreno-Contreras, M. I., Pino-Ortega, J. y Martínez-Santos, R.** (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud Mental*, 34: 45-52.
16. **De la Gándara, J.J., Sáenz, O. y Fuertes J.C.** (1999). Adicciones sin drogas. ¿Hábitos o enfermedades? Comunidad Autónoma de Madrid: Consejería de Salud.
17. **Downs, D.S., Hausenblas, H.A., y Nigg, C.R.** (2004). Validez factorial y el examen psicométrico de la dependencia de ejercicio escala revisada. *Medición en Educación Física y Ciencias del Ejercicio*, 8(4): 183-201.
18. **Ferrando, P.J. y Anguiano-Carrasco, C.** (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1): 18-33.
19. **Freimuth, M., Moniz, S. y Kim, R.** (2011). Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8: 4069-4081.
20. **Furst, D.M. y Germone, K.** (1993). Negative addiction in male and female runners and exercisers. *Perceptual and Motor Skills*, 77: 192-194.
21. **Garman, J.F., Hayduk, M.D., Crider, D.A. y Hodel, M.M.** (2004). Occurrence of exercise dependence in a college-aged population. *Journal of American College Health*, 52: 221-228.
22. **González, G., Hernández, S., Pozo, P. y García, D.** (2011). Asociación entre tejido graso abdominal y riesgo de morbilidad: efectos positivos del ejercicio físico en la reducción de esta tendencia. *Nutrición Hospitalaria*, 26: 685-691.
23. **González-Cutre, D. y Sicilia, A.** (2012). Dependencia del ejercicio físico en usuarios españoles de centros de acondicionamiento físico (fitness): diferencias según el sexo, la edad y las actividades practicadas. *Psicología Conductual*, 20: 349-364.
24. **Hausenblas, H.A. y Downs, D.S.** (2002a). How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology and Health*, 17: 387-404.
25. **Hausenblas, H.A. y Downs, D.S.** (2002b). *Exercise Dependence Scale-21 Manual*. Gainesville, FL: Florida University.
26. **Hausenblas, H.A. y Downs, D.S.** (2002c). Exercise Dependence: A Systematic Review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3: 89-123.
27. **Hauseblans, H.A., Downs, D.S. y Nigg, C.R.** (2004). Factorial Validity and Psychometric Examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4): 183-201.
28. **Lejoux M., Avril M., Richoux C., Embouazza H. y Nivoli F.** (2008). Prevalence of exercise dependence and the other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Comprehensive psychiatric*, 49(4): 353-358.
29. **Lichtenstein, M.B., Christiansen, E., Bilenberg, N. y Stoving, R.K.** (2012). Validation of the exercise addiction inventory in a Danish sport context. *Scandinavian Journal of Medicine y Science in Sports*, 24(2): 447-453.
30. **Lobo, A., Montón, C., Pérez, M.J., Campos, R. y García, J.** (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección de trastornos psicológicos. *Atención Primaria*, 12(6): 345-349.
31. **López, J.I.** (2005). Ítems politómicos vs dicotómicos: Un estudio metodológico. *Anales de psicología*, 221(2): 339-344.
32. **Molero, D., Castro-López, R. y Zagalaz-Sánchez, M.L.** (2012). Autoconcepto y ansiedad: Detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2): 91-100.
33. **Montón C., Pérez Echeverría, M., Campos, R., García Campayo, J. y Lobo, A.** (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6): 345-9.
34. **Ogden, J., Veale, D. y Summers, Z.** (1997). The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*, 5(4): 343-356.
35. **Pasman, L. y Thompson, J.K.** (1988). Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters and sedentary individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 7: 759-769.
36. **Pierce, E.F.** (1994). Exercise Dependence syndrome in runners. *Sports Medicine*, 18: 149-155.
37. **Ruiz-Juan, F., Zarauz, A. y Arbinaga, F.** (2013a). Validación de la Escala de Adicción al entrenamiento en atletas veteranos (EAE). *Adicciones*, 25(4): 309-320.
38. **Ruiz-Juan, F., Zarauz, A. y Arbinaga, F.** (2013b). Variables predictoras de la adicción al entrenamiento en atletas veteranos españoles. *Retos*, 24: 33-35.
39. **Sicilia, A., Alías-García, A., Ferriz, R. y Moreno-Murcia, J.A.** (2013). Adaptación y validación al español del Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI). *Psicothema*, 25(3): 337-383.

- 
40. **Smith, D.K. y Hale, B.D.** (2005). Exercise-dependence in body-builders: Antecedents and reliability of measurement. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 45(3): 401-408.
41. **Sussman, S., Lisha, N. y Griffiths, M.** (2011). Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? *Evaluation the Health Professions*, 34: 3-56.
42. **Terry, A., Szabo, A. y Griffiths, M.D.** (2004). The exercise addiction inventory: a new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12(5): 489-499.
43. **Timmerman, M.E. y Lorenzo-Seva, U.** (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2): 209.
44. **Veale, D.M.W.** (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82: 735-740.
45. **Veale, D.M.W.** (1995). Does primary exercise dependence really exist? In J. Annet, B. Cripps, y H. Steinberg (Eds.). *Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise*, (pp.1-5). Leicester UK: British Psychological Society.
46. **World Health Organization** (2013). *International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision 8icd-10*. Disponible en <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.
47. **Zarauz, A. y Ruiz-Juan, F.** (2011). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Running Addiction Scale (RAS). *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2): 967- 976.

# Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional

## *Psychopatological Profile of Affective Dependence patients*

Juan José Santamaría<sup>1</sup>, Laura Merino<sup>1</sup>, Elena Montero<sup>1</sup>, Marga Cano<sup>1,2</sup>, Teresa Fernández<sup>1,2</sup>, Pere Cubero<sup>1,3</sup>, Olatz López<sup>4</sup> y Vega González-Bueso<sup>1</sup>

Recibido: 06/03/2015  
Aceptado: 30/06/2015

### **Resumen**

Diversos autores defienden la Dependencia Emocional como una categoría diagnóstica propia. El perfil psicopatológico de las personas afectadas por este trastorno ha sido expuesto a nivel teórico o basado en observaciones clínicas. Con este estudio se pretende determinar el perfil psicopatológico de una muestra de pacientes que presentaban problemas de Dependencia Emocional, desadaptativa, así como estudiar la relación entre autoestima y síntomas psicopatológicos. Se analiza el perfil sintomático a través de los resultados del Symptom Checklist-90 items-Revised (SCL-90-R) y el nivel de autoestima medido a través del Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) de una muestra de 33 pacientes de género femenino admitidos consecutivamente, que consultaron por problemas de dependencia emocional. Las pacientes presentaban elevada puntuación en las escalas obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo (medidas a través del SCL-90-R) comparados con baremos normativos de población psiquiátrica española y una autoestima baja (medida a través del RSES). En la muestra la autoestima correlaciona de manera negativa con somatización, obsesión-compulsión, depresión y hostilidad. Se discuten las características y perfiles de esta muestra clínica.

**Palabras Clave:** Dependencia emocional, dependencia afectiva, trastornos adictivos no relacionados a sustancias, perfil psicopatológico, autoestima.

<sup>1</sup>AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones. Barcelona. España.

<sup>2</sup>Consorci Sanitari del Maresme, Hospital de Mataró, CAD, Salut Mental i Adiccions. Mataró. España.

<sup>3</sup>Hospital 12 de Octubre, Servicio de Psiquiatría. Madrid. España.

<sup>4</sup>Universidad Católica de Lovaina, sector de Ciencias Humanas, Instituto de Investigación de ciencias psicológicas. Lovaina. Bélgica.

**Correspondencia:** Vega González Bueso  
AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones)  
C/ Forn, 7-9 Local  
08014, Barcelona, España  
E-mail: vgonzalez@ais-info.org

---

## Summary

Several authors defend that Affective Dependence is a diagnostic category. The psychopathological profile of these patients has been explained from a theoretical point of view or based on clinical observations. In that study we want to determinate the pathological profile of a sample of patients with problems of affective dependence, and to study the relationship between their self-esteem and their psychopathological symptoms. We analyzed the symptomatic profile of a sample of 33 female consecutive patients consulting for affective dependence, measured through the Symptom Checklist-90 items-Revised (SCL-90-R) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Patients present high obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, paranoid ideation, psychoticism (measured by the SCL-90-R) compared with normative scores of Spanish psychiatric population, and low self-esteem (measured by the RSES). In these subjects the self-esteem showed negative correlation with somatization, obsessive-compulsive, depression and hostility. These characteristics and profiles are discussed.

**Key Words:** Affective dependence, behavioral addictions, psychopathological profile, self-esteem.

En los últimos años la comunidad científica está reconociendo que las adicciones no se limitan a las conductas generadas por el consumo descontrolado de sustancias, sino que existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 2010; Griffiths, 2000).

Debido a la evidencia creciente que sugiere la existencia de este tipo de adicciones comportamentales, en el DSM-5 (APA, 2013) se ha propuesto una nueva categoría denominada Trastornos adictivos y relacionados con sustancias, en la que se incluye el apartado Trastornos adictivos no relacionados con sustancias. Actualmente, esta categoría incluye únicamente el trastorno *Gambling Disorder* o Trastorno de Juego, anteriormente llamado Juego Patológico (F63.0), aun así esto supone un paso adelante en el reconocimiento de este tipo de patologías.

Aunque la dependencia emocional se ha estudiado indirectamente enmarcada o como síntoma de otros trastornos, algunos profesionales definen la existencia de una categoría diagnóstica propia (Castelló, 2005), incluyendo este tipo de trastorno dentro de la categoría de adicciones no relacionadas con sustancias (Castelló, 2000; de la Villa y Sirvent, 2009). Varios autores han definido la

dependencia emocional de manera similar. Por ejemplo, de la Villa y Sirvent (2009) definen el comportamiento de estas personas como adictivo a las relaciones interpersonales, basado en un rol asimétrico y en una actitud dependiente cuando se relacionan con el sujeto del que dependen. Por su parte, Castelló (2000) la define como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas. Así como ocurre en otros trastornos, la dependencia emocional se sitúa en el extremo de un continuo basado en un rasgo adaptativo, que en este caso es la vinculación interpersonal.

Se han descrito una serie de características como componentes del trastorno, que en la mayoría de los casos se han basado en conceptos teóricos u observaciones a nivel clínico. Según diversos autores (Castelló, 2000, 2005; Schaeffer, 1998; González-Bueso, 2011), los pacientes con dependencia emocional se caracterizan por: tener una necesidad excesiva de la aprobación de los demás, gusto por las relaciones exclusivas y demanda de disponibilidad continua de la presencia de la otra persona, euforia excesiva y expectativas irreales sobre las relaciones de pareja, además de sometimiento o subordinación a la pareja (llegando a soportar desprecios y humillaciones), relacionado con el miedo a perder la relación.

Respecto a los antecedentes socio-familiares de este tipo de sujetos, la literatura muestra que pueden sufrir o haber sufrido en el seno familiar maltrato emocional y/o físico, tanto por parte de familiares directos como de parejas sentimentales (Castelló, 2000; de la Villa y Sirvent, 2009).

Aunque tradicionalmente se cree que este tipo de problemática es más propia del género femenino, y el número de consultas clínicas, así parece indicarlo, un estudio reciente de González-Jiménez y Hernández-Romera (2014), encuentra que en población estudiantil de secundaria es un fenómeno presente en la misma proporción en ambos sexos.

Por otro lado, aunque la mayoría de los estudios sobre la psicopatología asociada a este trastorno son a nivel teórico –y por lo tanto no terminan de ser concluyentes–, parece que existe un perfil psicopatológico asociado a este tipo de pacientes. Concretamente, Castelló en 2005 habla de depresión y de ansiedad comórbidas al trastorno, que normalmente están relacionados con el miedo a la separación o a la pérdida de la relación y la soledad, y en menor medida los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias, como las comorbilidades más frecuentes en este tipo de pacientes. Otros autores explican que los comportamientos como la ansiedad por separación y la búsqueda constante de expresión afectiva de la pareja llevan a estas personas a presentar ansiedad elevada y sentimientos de inferioridad (Lemos y Londoño, 2006).

Villa y Sirvent (2008; 2009) nos muestran a estas personas como pacientes con miedo a la soledad, baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento, así como un vacío emocional junto a deseos de autodestrucción e ideación o intentos de suicidio. Todos los autores suelen destacar la baja autoestima y el autoconcepto negativo hacia ellos mismos no ajustado a la realidad como uno de los aspectos clave en este trastorno (Castelló, 2005; de la Villa y Sirvent, 2008, 2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Schaeffer, 1998). Las correlaciones entre autoestima y salud mental son frecuentes en la literatura (Yuang, 2000). Concretamente, se han encontrado correlaciones inversas entre autoestima y síntomas psicósomáticos (Varni *et al.*, 1996), psicoticismo (Heaven, 1991), hostilidad (Crocker y Luhtanen, 2003), síntomas obsesivo-compulsivos (Biby, 1998; Watson, 1998), depresión (Plutchik, Botsis, y Van Praag, 1995; Va-

lentine, 2001), ansiedad (Fickova, 1999; Newbegin y Owens, 1996) e ideación paranoide (Ellett, Lopes, y Chadwick, 2003).

Sin embargo, a pesar de que se trata de un problema frecuente y de graves consecuencias, todavía son escasas las evidencias empíricas al respecto. Por ello, los objetivos que se plantearon en este estudio fueron los siguientes: (1) determinar las características, perfil y frecuencia de los síntomas psiquiátricos de una muestra de pacientes ambulatorios diagnosticados de dependencia afectiva; (2) comparar los resultados obtenidos en psicopatología medida a través del SCL-90-R, con los baremos normativos de la validación española de este instrumento, para población general y psiquiátrica ambulatoria; y (3) estudiar la relación entre autoestima y síntomas psicopatológicos en dichos pacientes.

El objetivo último sería tratar de identificar factores diferenciales para poder diseñar programas terapéuticos más eficaces.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra está constituida por una serie de 33 pacientes admitidos consecutivamente, de género femenino, asistidos desde 2009 hasta 2013 en la unidad de atención psicológica de la Asociación AIS-PRO JUVENTUD (Atención e Investigación en Socioadicciones) (AIS). AIS es una entidad privada, independiente, sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública. Actualmente forma parte, como proveedor, de la “Xarxa Pública de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya”. Todas las participantes fueron evaluadas por psicólogos expertos en adicciones no relacionadas con sustancias y manipulación psicológica, usando una entrevista semiestructurada adaptada de la entrevista SCID-I destinada a evaluar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV (First *et al.*, 1996) y varias pruebas psicométricas. Los criterios de exclusión fueron ser hombre y tener un trastorno psiquiátrico o neurológico primario (p.ej., trastorno psicótico, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno de abuso de sustancias, etc.).

La Tabla 1 muestra características sociodemográficas y clínicas de la muestra. La edad media fue

de 39,67 años (DT = 9,56); un 84,8 % estaban activos laboralmente en el momento de la evaluación. Un 27,2 % de la muestra había superado el nivel de estudios primarios. En el momento de la entrevista un 52,5 % de las pacientes tenían pareja, habían tenido una media de 2,6 parejas a lo largo de su vida (DT = 1,19) y la mayoría reportaban haber sufrido algún tipo de maltrato (físico o psicológico) durante alguna de sus relaciones sentimentales.

**Tabla 1**  
**Características sociodemográficas y socioeconómicas de la muestra de pacientes ambulatorios**

	Muestra Total (N=33)
Edad (años); media (DT)	39,67 (9,56)
Situación laboral (empleado); %	84,8
Nivel educativo; % Primaria o menos	27,2
Situación sentimental; % Sin pareja actual	48,5
Nº de relaciones de pareja; media (DT)	2,6 (1,19)
Maltrato por parte de alguna pareja; % Sí	80
Maltrato en la infancia; % Sí	38,7
Intentos autolíticos; % Sí	11,1

### Procedimiento

Este estudio fue llevado a cabo de acuerdo con la última versión de la Declaración de Helsinki. Para su realización, se obtuvo un consentimiento informado escrito de todos los participantes.

La evaluación se realizó de forma transversal antes de iniciar el tratamiento y se trataba de una sola sesión (con una duración media de 90 minutos), durante la cual se aplicó una batería de pruebas que se expone en el siguiente apartado por psicólogos entrenados. Además de esta batería, las pacientes fueron exploradas mediante entrevista semi-estructurada, cara a cara, referente a su dependencia afectiva, síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad. Esa misma entrevista también recogía datos sociodemográficos (educación, ocupación, estado civil,...) e información clínica.

### Evaluación

Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100)

(Sivert y de la Villa, 2005), test autoaplicado que evalúa los diferentes tipos de dependencia sentimental existentes. El cuestionario discrimina entre 4 tipos de dependencia sentimental: Relacional, Afectiva, Co-dependencia y Bi-dependencia; centrándose nuestro interés investigador en la Dependencia Afectiva. Según la estructura factorial está integrado por 7 dimensiones o macrofactores (tríada dependiente, acomodación, autoengaño, sentimientos negativos, identidad y fuerza del ego, antecedentes personales y tríada codependiente) y 23 factores sintomáticos (Dependencia pura vs. antidependencia, búsqueda de sensaciones, *craving*/abstinencia. Acomodación. Autoengaño, manipulación, reiteración, mecanismos de negación y no afrontamiento, sentimientos de soledad, vacío emocional, culpabilidad/ autodestrucción, inescapabilidad/recreación de sentimientos negativos, Identidad/identificación, fuerza del yo: límites débiles y/o rígidos, egoísmo/egocentrismo, control y dominio/juegos de poder, antecedentes personales, orientación rescatadora, sobrecontrol y focalización en el otro). Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas, presentando una elevada fiabilidad con un indicador alpha de Cronbach de 0,985. En este artículo se ha priorizado el análisis de los factores sintomáticos debido al objeto de estudio.

*Symptom CheckList-90 items-Revised* (SCL-90-R) (Derogatis, 1990), cuestionario ampliamente utilizado para medir el estado psicopatológico actual. Consiste en 90 ítems con formato tipo *Lickert* (5 puntos) que representan diversos grados de intensidad del síntoma en cuestión. Da lugar a 9 dimensiones sintomáticas primarias: Somatización, Obsesivo-Compulsiva, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo e Ideación Paranoide. Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Derogatis, 2002), obteniendo una media de consistencia interna de 0,75 (coeficiente alpha de Cronbach).

*The Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) (Rosenberg, 1989) es una escala utilizada para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. El autor del cuestionario no estableció un punto de corte para

los resultados, aunque diversos investigadores muestran que en población española, tanto psiquiátrica como no psiquiátrica, una puntuación menor de 26 sería indicadora de una autoestima baja (Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo, 2007; Vázquez-Morejón, Jiménez, y Bellido-Zanin, 2013). Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas, obteniendo una media de consistencia interna de 0,86 (coeficiente alpha de Cronbach) (Vázquez-Morejón, García-Bóveda, y Jiménez, 2004; Vázquez-Morejón *et al.*, 2013).

Mediante una entrevista clínica semiestructurada, se tomaron variables demográficas, clínicas, educativas y socio-familiares adicionales relacionadas con la dependencia afectiva.

### Análisis Estadístico

Se creó una base de datos utilizando los datos recogidos en los cuestionarios y entrevista, que posteriormente fue procesada a través del paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows. Se llevó a cabo un análisis descriptivo determinando para las variables cualitativas la frecuencia y el porcentaje, y para las cuantitativas indicadores de tendencia central (media -M) y dispersión (desviación típica -DT) tanto para las variables sociodemográficas como clínicas. Finalmente, se realizó un análisis de correlación lineal a través del coeficiente de correlación de Pearson para definir la interrelación entre las variables clínicas (puntuaciones totales SCL-90-R y RSES).

## RESULTADOS

Los resultados del TDS-100 confirmaron la presencia de dependencia afectiva en las pacientes, obteniendo una puntuación media de 2,22 (DT: 0,47) en esta escala, siendo la puntuación media para pacientes con dependencia emocional de 2,42 (a menor puntuación mayor presencia) en la validación española dada por los autores (Sivert y de la Villa, 2005).

En la tabla 2 se ofrece un análisis descriptivo (puntuaciones medias y desviaciones estándar) de los factores sintomáticos obtenidos mediante el TDS-100.

Según las puntuaciones obtenidas, y en comparación con las puntuaciones medias obtenidas por los autores para pacientes con dependencia emocio-

**Tabla 2**  
**Factores Sintomáticos del TDS-100 de la muestra de pacientes ambulatorios**

Factores sintomáticos	Media; Desviación Típica	
	Muestra Total (N=33)	
TDS-100		
Dependencia	2,33;	0,7
Búsqueda de sensaciones	2,75;	0,82
<i>Craving</i> /Abstinencia	2,51;	0,77
Acomodación	2,75;	0,79
Autoengaño	2,19;	0,51
Manipulación	3,54;	0,93
Reiteración	2,34;	0,83
Mecanismos de negación	2,23;	0,7
Sentimientos de soledad	2,09;	0,93
Vacío emocional	1,75;	0,67
Inculpación/Exculpación	2,22;	0,7
Autodestrucción	2,22;	0,88
Inescapabilidad emocional	1,8;	0,65
Sentimientos Negativos	2;	1,17
Identidad/Identificación	2,7;	0,9
Yo débil	2,32;	0,61
Yo rígido	2,93;	1,09
Egoísmo/Egotismo/		
Egocentrismo	3,64;	0,99
Control y dominio	2,73;	0,67
Antecedentes personales	2,63;	0,93
Orientación rescatadora	2,52;	0,73
Sobrecontrol	2,47;	0,63
Focalización en el otro/		
Autodescuido	2,09;	0,57

nal durante la validación del cuestionario (Sivert y de la Villa, 2005), las pacientes del estudio muestran un perfil diferencial caracterizado por una dependencia pura, referida a una manera de depender de una persona de forma subordinada, son pacientes buscadoras de sensaciones; no tienen conciencia de problema, lo que les impide darse cuenta de los efectos negativos de sus relaciones sentimentales (factor autoengaño); tienden a no aprender de los errores y cometer los mismos fallos o intentar las mismas soluciones que no han dado resultado para resolver sus problemas (factor reiteración); son pacientes que sufren sentimientos de miedo a

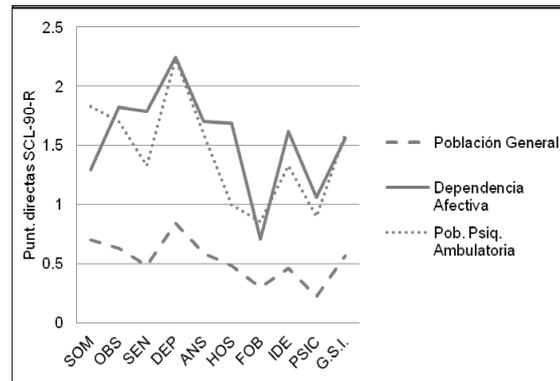
la soledad, vacío emocional y sentimientos negativos (tristeza, abatimiento, desánimo, culpa, etc.), junto a deseos de autodestrucción y sensación de inescapabilidad emocional (sensación de no poder escapar de sus relaciones); su identidad se ve afectada presentando conflictos de identidad; presentan una fuerte focalización en el otro, llegando incluso a descuidar sus propias necesidades (factor focalización en el otro y autonegligencia); intentan asumir excesivamente las responsabilidades (sobre-control) y, finalmente, experimentan una gran orientación rescatadora, esto es, sienten la necesidad de ayudar al sujeto del que se depende intentando incluso resolver a toda costa sus problemas.

La tabla 3 muestra las puntuaciones medias obtenidas por las pacientes en los índices de las diferentes dimensiones sintomáticas del SCL-90-R y

**Tabla 3**  
Registros medios en los índices sintomáticos y globales del SCL-90-r y en la RSES de la muestra de pacientes ambulatorios

	Media; Desviación Típica	
	Muestra Total (N=33)	
<b>Puntuaciones SCL-90-R</b>		
Somatización	1,29;	0,65
Obsesión-compulsión	1,82;	0,74
Sensibilidad Interpersonal	1,79;	0,69
Depresión	2,25;	0,80
Ansiedad	1,70;	0,89
Hostilidad	1,69;	1,06
Ansiedad Fóbica	0,71;	0,85
Ideación paranoide	1,62;	0,93
Psicoticismo	1,06;	0,78
GSI	1,56;	0,82
<b>Puntuaciones RSES</b>		
Puntuación Total	25,69;	4,01

de la RSES. La figura 1 muestra los resultados del SCL-90-R en comparación con resultados normativos para población general y población psiquiátrica ambulatoria (Derogatis, 2002). Las pacientes de la muestra obtuvieron puntuaciones por encima de la población psiquiátrica ambulatoria en las dimensiones sintomáticas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, an-



**Figura 1**

Perfil sintomático (SCL-90-R) de pacientes con Dependencia Afectiva en comparación con población general y población psiquiátrica ambulatoria

siedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Las puntuaciones del RSES tuvieron una media de 25.69 (DT: 4.01), es decir, las pacientes muestran una autoestima baja.

La tabla 4 muestra un análisis de correlación de Pearson entre las variables sintomatológicas medidas con el SCL-90-R y la autoestima medida con el RSES. Se halló que las variables clínicas: somatización ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,05$ ), obsesión-compulsión ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ), depresión ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ) y hostilidad ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,05$ ) correlacionan de forma negativa con la variable autoestima.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se analiza una muestra de mujeres con problemas de dependencia afectiva, que demandaron tratamiento psicológico para esta problemática con el objetivo de explorar las principales características socio-demográficas, psicológicas y psicopatológicas de este tipo de pacientes. Aunque es un trastorno poco estudiado, a través de la atención psicopatológica se ha evidenciado que puede llegar a tener grandes afectaciones sobre la vida de las personas que lo sufren.

Según nuestra muestra, este tipo de pacientes presenta puntuaciones elevadas en casi todas las escalas psicopatológicas medidas por el SCL-90-R, las puntuaciones medias de la mayoría de las escalas están por encima de las puntuaciones nor-

**Tabla 4**  
**Matriz de correlación de Pearson entre sintomatología medida con SCL-90-R y autoestima medida con RSES. \* p < 0.05**

Escalas SCL-90-R		Total Autoestima de Rosenberg
Somatización	Correlación de Pearson	-0,38*
	Sig. (bilateral)	0,04
Obsesión-compulsión	Correlación de Pearson	-0,37*
	Sig. (bilateral)	0,04
Sensibilidad Interpersonal	Correlación de Pearson	-0,17
	Sig. (bilateral)	0,39
Depresión	Correlación de Pearson	-0,43*
	Sig. (bilateral)	0,02
Ansiedad	Correlación de Pearson	-0,24
	Sig. (bilateral)	0,20
Hostilidad	Correlación de Pearson	-0,38*
	Sig. (bilateral)	0,04
Ansiedad Fóbica	Correlación de Pearson	-0,18
	Sig. (bilateral)	0,36
Ideación paranoide	Correlación de Pearson	-0,21
	Sig. (bilateral)	0,28
Psicoticismo	Correlación de Pearson	-0,02
	Sig. (bilateral)	0,93

males de población psiquiátrica ambulatoria (Dero-gatis, 2002). Esto sugiere elevados niveles de psicopatología en mujeres con problemas de Dependencia Emocional.

En general, y en la línea de otros estudios teóricos (de la Villa y Sirvent, 2008, 2009; Lemos y Londoño, 2006), encontramos que estas pacientes (en el momento de consulta) presentan puntuaciones mayores que la población psiquiátrica normativa en las escalas obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo.

Hipotetizamos que en el mismo sentido que otros autores (Castelló, 2005), las elevadas puntuaciones en las dimensiones obsesión-compulsión, ideación paranoide, psicoticismo y hostilidad ponen de manifiesto la frecuente presencia de pensamientos relacionados con la búsqueda, mantenimiento o pérdida de la relación sentimental deseada.

Con respecto a los resultados obtenidos en las dimensiones sintomáticas de depresión y ansiedad parecen coincidir con lo teorizado por Castelló (2005),

encontrándose relación entre dependencia emocional y sintomatología ansioso-depresiva. Esta prevalencia de síntomas ansiosos en el espectro depresivo, es un hecho frecuente (Rickels, Downing, y Stein, 1979), por ejemplo, Cloninger y cols. (1981) registraron en pacientes deprimidos una elevada presencia (71 %) de ataques de pánico.

Finalmente, la sensibilidad interpersonal puede estar relacionada con la baja autovaloración, que diversos autores han observado en este tipo de pacientes (Castelló, 2005; de la Villa y Sirvent, 2008, 2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Schaeffer, 1998). Aunque en nuestros resultados esta escala no correlaciona significativamente con las puntuaciones de autoestima obtenidas en el RSES, en la literatura se han hallado relaciones negativas entre ambas variables (Fan y Fu, 2001; Jackson y Cochran, 1991; Kim, 2003).

En este sentido, parece confirmarse la baja autoestima, medida a través del RSES, de las personas afectadas por esta alteración teorizada por otros autores (Castelló, 2005; de la Villa y Sirvent, 2008,

2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Schaeffer, 1998). Esta medida correlaciona negativamente de manera significativa con las escalas psicopatológicas de somatización, obsesión-compulsión, depresión y hostilidad. Varios estudios han encontrado correlaciones similares de autoestima baja en distintos tipos de población psiquiátrica y general con depresión (Alfeld y Sigelman, 1998; Fan y Fu, 2001; Hoffmann, Baldwin, y Cerbone, 2003; Kim, 2003; Valentine, 2001; Whitley y Gridley, 1993), hostilidad (Crocker y Luhtanen, 2003) y obsesión compulsión (Biby, 1998; Watson, 1998). La baja autoestima también parece ser un factor presente en otros tipos de adicción no relacionados con el consumo de sustancias (Ehrenberg, Juckes, White, y Walsh, 2008; Hanley y Wilhelm, 1992; Niemz, Griffiths, y Ban-yard, 2005).

La autoestima ha mostrado tener una continuidad sustancial a lo largo del tiempo, comparable con la estabilidad encontrada en los rasgos de personalidad. Trzesniewski (2003) en un estudio longitudinal analizó una amplia muestra durante ocho años y encontró que, aunque la estabilidad de esta característica bajaba durante la vejez, la autoestima poseía una alta continuidad a lo largo de la vida. Esta estabilidad no variaba según el género, la etnia o el estatus socioeconómico. Aun así, un tratamiento psicológico de orientación cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz a la hora de aumentar este rasgo en varios trastornos (Hall y Tarrrier, 2003; Taylor y Montgomery, 2007). Algunos autores han mostrado que una autoestima elevada es un factor protector contra síntomas depresivos (Takakura y Sakihara, 2001), y que a la inversa, una autoestima baja es un factor predictivo para la depresión (Braithwaite, 2004; Dowd, 2002) y la ideación suicida (Jin y Zhang, 1998; Plutchik *et al.*, 1995).

Creemos que los resultados de este trabajo pueden ayudar a conceptualizar la Dependencia Emocional y a diseñar programas de tratamientos más eficaces para este tipo de pacientes. Incluir en el diseño de los tratamientos, técnicas psicológicas y estrategias orientadas a reducir la sintomatología expuesta y a regular emociones negativas, podría ser crucial para mejorar los resultados terapéuticos. Investigaciones futuras sobre la efectividad de nuevas herramientas dirigidas a tratar a estos pacientes serían de gran interés científico.

Algunas limitaciones de este estudio son: los resultados de este estudio se basan en una pequeña muestra por conveniencia, lo que dificulta su generalización; aunque pueden ser de valor para perfiles de mujeres similares, es decir, que solicitan tratamiento relacionado con sus relaciones sentimentales. En relación al tamaño de la muestra, considerando que se trata de una muestra clínica, es suficiente para obtener hallazgos preliminares que puedan confirmarse en futuros estudios. Finalmente, para la obtención de las medidas utilizadas en el estudio, se utilizaron medidas autoadministradas en el caso de los tests, aunque debe tenerse en cuenta que, en todo caso, las pacientes fueron supervisadas por profesionales entrenados para garantizar la mayor calidad en la recogida de datos. Por todo ello, este estudio aporta evidencia clínica de la Dependencia Emocional.

## RECONOCIMIENTOS

Apoyo financiero parcial fue recibido del Departament de Salut (7827829310), del Institut Català de les Dones (PS-205/14), del Departament de Benestar Social i Família, del Departament d'Acció Social i Ciutadania - ICASS – (288/3/2014) i Direcció General de Juventut (2014/00138) de la Generalitat de Catalunya, del Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports (14S01411-001), de la Regidoria d'Adolescència i Joventut (14S01546-001) del Ajuntament de Barcelona y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (560/IRPF 2013).

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Alfeld, L.C., y Sigelman, C.K.** (1998). Sex differences in self-concept and symptoms of depression during the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 27: 219–244.
2. **APA.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. (American Psychiatric Association, Ed.). Washington, DC.
3. **Biby, E.L.** (1998). The relationship between

- body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4): 489–99. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9623753>.
4. **Braithwaite, K.** (2004). Predictors of depressive symptomatology among black college women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(12-B), 6322.
  5. **Castelló, J.** (2000). Análisis del concepto “dependencia emocional.” I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo; Conferencia 6-CI-A: [52 Pantallas]. Retrieved from [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/me sa6/conferencias/6\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/me sa6/conferencias/6_ci_a.htm).
  6. **Castelló, J.** (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento.* (Alianza, Ed.). Madrid, España.
  7. **Crocker, J. y Luhtanen, R.K.** (2003). Level of self-esteem and contingencies of self-worth: unique effects on academic, social, and financial problems in college students. *Personality y Social Psychology Bulletin*, 29(6): 701–12. doi:10.1177/0146167203029006003.
  8. **De la Villa, M. y Sirvent, C.** (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2): 150–167. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/22382>.
  9. **De la Villa, M. y Sirvent, C.** (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2): 230–240. Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=28412891004>.
  10. **Derogatis, L.R.** (1990). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual.* Baltimore, MD.
  11. **Derogatis, L.R.** (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas-Manual.* [Questionnaire of the 90 symptoms-manual]. Madrid.
  12. **Dowd, S.A.** (2002). Internalizing symptoms in adolescents: Assessment and relationship to self-concept. *Dissertation Abstract International Section B: The Sciences and Engineering*, 62(8-B): 3796.
  13. **Echeburúa, E. y Corral, P.** (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales. *Adicciones*, 22: 91–96.
  14. **Ehrenberg, A., Juckes, S., White, K.M. y Walsh, S.P.** (2008). Personality and self-esteem as predictors of young people’s technology use. *Cyberpsychology y Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 11(6): 739–41. doi:10.1089/cpb.2008.0030.
  15. **Ellett, L., Lopes, B. y Chadwick, P.** (2003). Paranoia in a nonclinical population of college students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7): 425–30. doi:10.1097/01.NMD.0000081646.33030.EF.
  16. **Fan, F. y Fu, J.** (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15: 76–77.
  17. **Fickova, E.** (1999). Personality dimensions and self-esteem indicators relationships. *Studia Psychologica*, 41: 323–328.
  18. **First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J.** (1996). *Users Guide for the Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders — Research Version (SCID-I, Version 2.0).* New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
  19. **González-Jiménez, A.J., y Hernández-Romera, M. del M.** (2014). Emotional Dependency Based on the Gender of Young Adolescents in Almería, Spain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132: 527–532. doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.348.
  20. **González-Bueso, V.** (2011). Dependencia Emocional. En *ICSA International Conference, Psychological, Manipulation, Cultic Groups, Social Addictions and Harm.* Barcelona España.
  21. **Griffiths, M.** (2000). Does Internet and Computer “Addiction” Exist? Some Case Study Evidence. *CyberPsychology y Behavior*, 3(2): 211–218. doi:10.1089/109493100316067.
  22. **Hall, P.L. y Tarrier, N.** (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3): 317–332. doi:10.1016/S0005-7967(02)00013-X.
  23. **Hanley, A. y Wilhelm, M.S.** (1992). Compulsive buying: An exploration into self-esteem and money attitudes. *Journal of Economic Psychology*, 13(1): 5–18. doi:10.1016/0167-4870(92)90049-D.
  24. **Heaven, P.C.L.** (1991). Personality correlates of functional and dysfunctional impulsiveness. *Personality and Individual Differences*, 12(11): 1213–1217. doi:10.1016/0191-8869(91)90087-R.
  25. **Hoffmann, J.P., Baldwin, S. A. y Cerbone, F.G.** (2003). Onset of major depressive disorder among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(2): 217–24. doi:10.1097/00004583-200302000-00016.
  26. **Jackson, J., y Cochran, S.D.** (1991). Lone-

- liness and psychological distress. *The Journal of Psychology*, 125(3): 257–62. doi:10.1080/00223980.1991.10543289.
27. **Jin, S. y Zhang, J.** (1998). The effects of physical and psychological well-being on suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4): 401–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9623745>.
  28. **Kim, Y.H.** (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2): 115–124. doi:10.1016/S0020-7489(02)00037-8.
  29. **Lemos, M. y Londoño, N.H.** (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. Universidad Católica de Colombia. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2263254&info=resumen&idioma=SPA>.
  30. **Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F.** (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*. Retrieved from <http://www.gi.ulpgc.es/gem/index.php/publicaciones/articulos/18-the-rosenberg-self-esteem-scale-translation-and-validation-in-university-students>.
  31. **Newbegin, I. y Owens, A.** (1996). Self-esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior & Personality*, 11(3): 521–530.
  32. **Niemz, K., Griffiths, M. y Banyard, P.** (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology y Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 8(6), 562–70. doi:10.1089/cpb.2005.8.562.
  33. **Plutchik, R., Botsis, A.J. y Van Praag, H.M.** (1995). Psychopathology, self-esteem, sexual and ego functions as correlates of suicide and violence risk. *Archives of Suicide Research*, 1(1): 27–38. doi:10.1080/13811119508258972.
  34. **Rickels, K., Downing, R.W. y Stein, M.** (1979). The differentiation between neurotic depression and anxiety and drug treatment». In S. et Al. (Ed.), *Neuropharmacology* (Pergamon). Oxford.
  35. **Rosenberg, M.** (1989). *Society and the adolescent self-image*. (C. W. U. P. R., Ed.). Middleton.
  36. **Schaeffer, B.** (1998). *¿Es Amor o es adicción?*. (Apóstrofe, Ed.). Barcelona.
  37. **Sivert, C. y de la Villa, M.** (2005). *Test de Dependencias Sentimentales TDS-100*. (F. I. Spiral., Ed.). Oviedo, España.
  38. **Takakura, M. y Sakihara, S.** (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 28(1): 82–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11137910>.
  39. **Taylor, T.L. y Montgomery, P.** (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*.
  40. **Trzesniewski, K.H.F.** (2003). *A Cohort-sequential Study of Self-esteem from Age 25-96*. (D. University of California, Ed.). California. Retrieved from [http://books.google.es/books/about/A\\_Cohort\\_sequential\\_Study\\_of\\_Self\\_est\\_eem.html?id=TbEnuAAACAAJypgis=1](http://books.google.es/books/about/A_Cohort_sequential_Study_of_Self_est_eem.html?id=TbEnuAAACAAJypgis=1).
  41. **Valentine, I.S.** (2001). The relationship between depression, self-esteem, trauma, and psychopathy in understanding conduct disorder adolescents. In *ETD Collection for Pace University*. Paper AAI9991038. Retrieved from <http://digitalcommons.pace.edu/dissertations/AAI9991038>.
  42. **Varni, J.W., Rapoff, M.A., Waldron, S.A., Gragg, R.A., Bernstein, B.H. y Lindsley, C.B.** (1996). Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 17(3): 154–61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8783061>.
  43. **Vázquez-Morejón, A., García-Bóveda, R. y Jiménez, R.** (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>.
  44. **Vázquez-Morejón, A., Jiménez, R., y Bellido-Zanin, G.** (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/296>.
  45. **Watson, D.C.** (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behavior y Personality*, 13(3): 399–420.
  46. **Whitley, B.E. y Gridley, B.E.** (1993). Sex Role Orientation, Self-Esteem, and Depression: A Latent Variables Analysis. *Personality and So-*



cial Psychology Bulletin, 19(4): 363–369.  
doi:10.1177/0146167293194001.  
47. **Yuang, X.** (2000). Correlation between self-

esteem and mental health of secondary normal school students. Chinese Journal of Clinical Psychology, 8: 102–103.

# Lo que un buen autoconcepto puede hacer por nosotros

*What a good self-concept can do for you*

Adriano Vaz Serra

Recibido: 14/07/2015

Aceptado: 21/09/2015

## Resumen

Desde hace tiempo que en psicopatología se pretenden conocer las relaciones entre los **pre-disponentes**, los **precipitantes** y los **factores de mantenimiento**.

En las perturbaciones emocionales los **pre-disponentes** están representados por las **vulnerabilidades** que se pueden constituir a lo largo del desarrollo. Los **precipitantes** representan “la llave que abre la cerradura del predisponente” y desencadenan las **incapacidades**. Los **factores de mantenimiento** derivan, algunas veces, de la repetición de las circunstancias traumáticas a que el individuo es sensible y, otras veces, de la forma como el ser humano retiene, elabora y representa las propias vivencias.

En el presente trabajo el autor menciona los resultados obtenidos con escalas creadas por él para medir el autoconcepto y las estrategias de *coping*, así como de otra de la que es coautor –una escala de atribuciones causales– destacando la importancia de estos conceptos en psicopatología. Los constructos señalados se unen a los **pre-disponentes** y a los **factores de mantenimiento**.

Igualmente hace una breve referencia a una escala para la evaluación de la sintomatología depresiva, construida por él y publicada en 1994, que denominó como IACLIDE.

Mientras las primeras se destinan a evaluar **antecedentes** esta última tiene como finalidad evaluar **consecuentes**, presentando una validez concurrente bastante significativa con otras escalas internacionalmente aceptadas.

**Palabras clave:** Autoconcepto. Autopercepción. Estrategias de *coping*. Psicopatología. Escalas.

---

Profesor Catedrático Jubilado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Coímbra.

Director del Servicio de Psiquiatría de los Hospitales de la Universidad de Coímbra, de abril de 1973 a febrero de 2010.

Presidente de la Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, de 2006 a 2009.

adriano.vazserra@gmail.com

## Summary

For many years attempts have been made in psychopathology to know the relations between **predisposing, precipitating, and maintenance factors**.

In emotional disorders, **predisposing factors** are represented by the **vulnerabilities** that may arise during development. **Precipitating factors** represent “the key that opens the lock of the predisposition” and trigger **inabilities**. **Maintenance factors** sometimes derive from the repetition of the traumatic circumstances the individual is sensitive to, and, other times, from the way the human being retains, elaborates and represents his/her own experiences.

In this work, the author mentions the results obtained with scales he designed to measure self-concept and coping strategies, as well as another one he developed in co-authorship –a scale of causal allocations– underlining the importance of those concepts in psychopathology. The mentioned constructs connect to **predisposing and maintenance factors**.

He also briefly mentions a scale for the assessment of depressive symptoms designed by him and published in 1994, which he named IACLIDE.

While the first ones aim at assessing the **antecedents**, the latter aims at assessing the **consequences**, presenting a highly significant concurrent validity with other internationally accepted scales.

**Key words:** Self-concept. Self-perception. Coping strategies. Psychopathology. Scales.

## EL AUTOCONCEPTO

Puede ser definido, de una forma simple, como la **percepción que un individuo tiene de sí mismo**.

Es un constructo teórico que presenta características importantes. Por englobar lo que se denomina la **identidad** de un individuo, nos permite comprender la **continuidad** y la **coherencia** del comportamiento humano a lo largo del tiempo. Nos esclarece sobre la forma como una persona **interactúa con las otras** y lidia con áreas relacionadas con sus **necesidades** y **motivaciones**. Nos lleva a entender aspectos del **autocontrol**, por qué es que un individuo **inhibe** o **desarrolla** determinado comportamiento o por qué ciertas **emociones** surgen en determinados contextos. Por otro lado, se relaciona además con ciertos **rasgos y actitudes de personalidad**.

Capturando la esencia de muchas variables, se vuelve, al mismo tiempo, un elemento más simple de usar (Fitts, 1972).

El autoconcepto es multidimensional, pudiendo ser considerado bajo una perspectiva emocional, física, social y académica (Shavelson *et al.*, 1976, 1977).

A fin de comprender su significado tenemos que abordar los aspectos referentes a su génesis.

## LA GÉNESIS DEL AUTOCONCEPTO

Se considera que existen cuatro factores importantes para la formación del autoconcepto:

a.) - Uno de ellos el modo como el comportamiento de un individuo es juzgado por los otros; a este respecto podemos mencionar que “una persona tiende a verse de la forma como los otros la ven”. El ser humano no permanece indiferente a los comentarios y observaciones que los otros le hacen, particularmente las personas significativas de su medio ambiente. *Estos comentarios pueden tener consecuencias dramáticas cuando atacan despreciativamente la identidad de un individuo*, particularmente cuando además se encuentra en una etapa en que no desarrolló por completo la capacidad del pensamiento lógico (Nelson-Jones, 1994). Si alguien significativo le comenta muchas veces a un individuo: “Eres simpático... para ti nunca hay problemas que no se resuelvan”, él mismo tiende a realzar posteriormente, entre sus características definidoras, la “*simpática*” y la

“*capacidad de acción*”. Por el contrario, si le comenta frecuentemente: “*Eres un desastrado, no sabes hacer nada bien*”, entonces es natural que el perfil cambie y la persona íntimamente se reconozca como “**insegura**” e “**incapaz**”.

Wylie (1979) señala la importancia que la familia tiene en la génesis del autoconcepto. Esta autora refiere que los padres, bien como modelos, bien como fuentes de refuerzos, tienen la posibilidad de influir en los hijos a lo largo de varios años, no solo en los sentimientos con respecto a ellos como en el tipo de persona que les gustaría que fuesen.

**b.)** - Otra influencia que ayuda a formar el autoconcepto deriva del *feedback* que el individuo guarda de su propio desempeño. Cuando una persona cree que usualmente tiene éxito en la realización de sus tareas desarrolla un buen autoconcepto. Lo contrario es igualmente verdadero. Es importante retener de estos aspectos que *tener éxito viene acompañado* de una emoción positiva, agradable, que propicia el desarrollo de acciones futuras. A su vez, el *sentimiento de fracaso* viene acompañado de emociones negativas, desagradables, que inhiben acciones futuras. En este contexto importa, naturalmente, no un desempeño aislado sino un número frecuente de veces en que el individuo tuvo la percepción de haber tenido éxito o fracaso.

**c.)** - El autoconcepto depende también de la *comparación* que el individuo hace entre su comportamiento y el de aquellos que considera sus pares sociales. En una línea de definición, él mismo y los otros son colocados en posiciones relativas que llevan al individuo a concebirse como más capaz o menos capaz, mejor o peor que los otros.

**d.)** - Finalmente, también se ve influenciado por el juzgamiento que un ser humano hace a su propio comportamiento teniendo en cuenta las reglas establecidas por un determinado **grupo normativo** al cual se encuentra vinculado, sea de naturaleza religiosa o política. El individuo se sentirá satisfecho si considera que la forma como se conduce está de acuerdo con las normas que valora, observándose lo contrario en la situación inversa.

### **La importancia del Autoconcepto en la percepción del medio ambiente**

El autoconcepto influencia el modo como un individuo se percibe a sí mismo y al mundo que le

rodea. Tiene por eso un papel relevante en el desarrollo de la vida cotidiana.

A medida que los años pasan el individuo desarrolla lo que ha sido designado por **conservadurismo cognitivo**, que organiza de forma selectiva **las percepciones, los recuerdos, los esquemas mentales** (Markus, 1977).

Leahy (1985) refiere a este respecto que: “El concepto que el individuo crea de sí mismo y de los otros está influenciado por esquemas que determinan el **tipo de información que la persona considera relevante para sí...**”. Añade este autor que: “La información consistente para dicho esquema mental tiene mayor probabilidad de ser almacenada y traída a la memoria en el momento oportuno...”. Esta recolección selectiva de información puede traer como consecuencia la formación de juicios distorsionados de la realidad que, a su vez, pueden determinar emociones desagradables.

Firestone (1987) resalta, a este propósito, que el autoconcepto lleva a un individuo a desarrollar una especie de **voz interna**, un **esquema de pensamiento**, que se enlaza a sentimientos y actitudes. Esta **voz interna** influencia los juicios de valor que el ser humano hace a su respecto y sobre los otros, de sus capacidades e incapacidades.

Firestone (1987) menciona que un ser humano con una autoestima pobre, un autoconcepto negativo, que se odia a sí mismo, tiende a predecir, en la interacción con los otros, que será de antemano rechazado. Las experiencias de su pasado no le permiten pensar de otra forma. Debido a esta **voz interna** tiende a evitar las interacciones más íntimas por miedo de ser herido. A su vez, quien no se acepta a sí mismo no acepta a los otros. El contacto con terceros tiende a volverse desagradable. Lo peor es que esta **línea de consistencia** entre **autoconcepto, voz interna, información y acción** ayuda a perpetuar su estado y a hacerlo caer en un ciclo vicioso.

En las referencias que se han hecho pretendemos destacar la ligación entre autoconcepto, emociones y comportamiento. Sin embargo, no se debe pensar que todos los esquemas mentales son tortuosos y llevan necesariamente a comportamientos inadecuados. En la práctica clínica nos aparecen personas de autoconceptos pobres, que no se aceptan ni a ellas ni a los otros, y que tienen dificultades de interacción personal y en resolver sus problemas.

Felizmente hay personas de autoconceptos elevados, de ideas brillantes y que tienen éxito en sus tareas cotidianas.

Pasemos ahora a un pormenor importante.

### **Constituyentes de Autoconcepto: las Identidades y la Autoestima**

Gécas (1982) refiere que, en el autoconcepto, hay que diferenciar las **identidades** y la **autoestima**. Las **identidades** se relacionan con el **contenido** del autoconcepto. La **autoestima** tiene que ver con los aspectos evaluativos que un individuo elabora sobre sí mismo y, por ser precisamente un proceso evaluativo, es susceptible de generar emociones.

Cualquier persona puede tener, dentro de sí, varias **identidades**: como practicante de triatlón, pescador deportivo, cantante lírico, investigador, coleccionador de monedas y otras más. Aquella a la que se dedica más tiempo y atención es la que, en una escala clasificatoria, se encuentra en la posición jerárquica más elevada.

Las identidades son importantes.

Sin embargo, en la práctica clínica, la **autoestima** es la parte del autoconcepto que desempeña un papel más relevante.

La **autoestima** resulta de la relación que se establece entre los **objetivos** que un individuo formaliza y el **éxito que tiene en alcanzarlos**. Cuando andan juntos el individuo adquiere un buen sentido de **capacidad** e igualmente una buena **autoestima**. Cuando los objetivos están (real o subjetivamente) lejos de los logros la autoestima se resiente y el individuo tiende a autodepreciarse.

Los juicios de **capacidad** o de **incapacidad** que un individuo hace sobre sí mismo se unen, en el primer caso, a sentimientos de **orgullo** que van a facilitar el involucramiento futuro en nuevas acciones. En el segundo caso hacen surgir sentimientos de **vergüenza** que se vuelven inhibitorios de nuevos comportamientos.

A fin de defender la autoestima un individuo psicológicamente tiene usualmente mayor tendencia a referirse a sus logros que a sus fracasos (Harter, 1985). Según Elfried Löchel (1983), un individuo con un **buen autoconcepto** tiene tendencia a atribuir el **éxito/resultado** a factores internos tales como **aptitud** o **esfuerzo**, mientras que el **fracaso** suele ser atribuido a factores de azar. Estas estrate-

gias permiten mantener la esperanza de logros futuros y la posibilidad de aumento de su esfuerzo. A su vez, los individuos con un **mal autoconcepto** tienden a atribuir el **logro** a factores externos (como la **suerte** o la **facilidad de la tarea**) teniendo propensión a atribuir el **fracaso** a causas estables como, por ejemplo, **falta de aptitud**.

Una vez abordados estos puntos consideremos ahora el **Inventario Clínico de Autoconcepto**.

### **EL INVENTARIO CLÍNICO DE AUTOCONCEPTO**

Numerosos estudios efectuados con este inventario revelaron que:

Cuanto mejor es la atmósfera familiar, mejor es también el auto-concepto del individuo y sus sentimientos de aceptación social y de auto-eficacia. Los **Factores 1 y 2** se correlacionan, de forma muy significativa, de una buena tolerancia y aceptación por parte de los padres (Vaz-Serra *et al.*, 1987).

El **autoconcepto global** y los **Factores 1 y 2** se correlacionan estadísticamente de una forma muy significativa con **locus de control**. Están correlacionados positivamente con **internalidad** y negativamente con **externalidad**, particularmente cuando las contingencias son sentidas como dependientes de otros más poderosos (Vaz-Serra *et al.*, 1987).

Un individuo con un **buen autoconcepto** tiende a ser **auto-afirmativo** (Bouça and Fonte, 1986) y a desarrollar **expectativas positivas en relación a sí mismo**, de forma particularmente elevada con las **expectativas de éxito en la realización de tareas** (Vaz-Serra, Antunes y Firmino, 1986).

En diversos estudios se comprobó que los pacientes con **perturbaciones emocionales**, los individuos que desarrollan **sintomatología depresiva** en la población en general y con **ansiedad social elevada** tienden a tener un autoconcepto pobre (Vaz-Serra and Firmino, 1986; Vaz-Serra, Matos and Gonçalves, 1986; y Vaz-Serra, Gonçalves and Firmino, 1986).

Mota Cardoso *et al.* (1986) verificaron también que el autoconcepto se correlaciona negativamente con **fobia**, **ansiedad**, **depresión** y **somatización**, tal como son medidos por el Middlesex Hospital Questionnaire.

Durante 1986, Ana Paula Matos y Vaz Serra construyeron una **Escala de Atribuciones Cau-**

**sales.** Reproduce 12 situaciones diferentes, mitad de las cuales con una evolución favorable y otra mitad con resultados desfavorables. En todas ellas el que responde debe registrar las respuestas en términos de **internalidad vs. externalidad, inestabilidad vs. estabilidad, especificidad vs. globalidad** y, además, el **grado de importancia** atribuido a la situación.

Vaz Serra *et al.* (1986) correlacionaron el autoconcepto (medido por el ICAC) y las atribuciones (medidas por la EAC, atrás mencionada). Utilizando una muestra de 312 elementos comprobaron que la **importancia atribuida a la situación** se correlaciona siempre, de forma significativa, con atribuciones de internalidad. El autoconcepto se correlaciona, no obstante, de una forma marcadamente significativa con **internalidad apenas cuando los resultados son positivos**. Cuando los **resultados son negativos** el autoconcepto se correlaciona de forma positiva y significativa con **externalidad**. Esta es, típicamente, una estrategia de defensa de la autoestima.

Estos estudios sugieren que una **atmósfera familiar afectuosa**, con padres tolerantes y comprensivos, que establecen en el hijo la **creencia** de que los resultados de sus problemas dependen de su propia intervención, lleva a constituir un **buen autoconcepto**. De forma inversa, una **atmósfera familiar poco amistosa**, con flaca tolerancia y comprensión, con padres dominantes que hacen al hijo creer que los resultados de sus problemas dependen de sus antojos, llevan a la constitución de un **mal autoconcepto**.

Pinto Gouveia (1990), en un estudio de pacientes deprimidos tratados con antidepresores, concluye que el Inventario Clínico de Autoconcepto es un buen discriminador, cuando los deprimidos son comparados con individuos de la población en general sin problemas psicológicos y con controles psiquiátricos. Esta circunstancia fue particularmente notoria con el **Factor 2**, relacionado con **autoeficacia**. Cuando el individuo ya se había recuperado de su depresión, el **F2** se mantuvo significativamente más bajo en este grupo.

Los resultados obtenidos están en consonancia con lo que está referido en la literatura y confirman que el I.C.A.C. es un instrumento válido, sensible al buen o mal ajuste del individuo. Este hecho no se destaca apenas en los estudios mencionados,

sino igualmente en las relaciones entre autoconcepto y **coping**.

Consideremos ahora este tema.

### **Autoconcepto y Coping**

El término **Coping** está ligado a los mecanismos que el individuo utiliza para lidiar con una situación inductora de **estrés**.

Monat y Lazarus (1985) refieren que los mecanismos de **coping** corresponden a los esfuerzos efectuados por el individuo para lidiar con situaciones de **daño, de amenaza y de desafío**, para las cuales no tiene preparadas respuestas automáticas.

Folkman y Lazarus (1980) mencionan que las estrategias de **coping** pueden orientarse hacia dos objetivos diferentes: la **resolución del problema** y el **control de las emociones** que lo acompañan.

Vaz-Serra (1987) construyó una escala de estrategias de **coping** que designó como **Inventario de Resolución de Problemas**.

Este inventario presenta tres situaciones diferentes –de **amenaza, de daño y de desafío**– que pueden ocurrirle a cualquier persona en su vida cotidiana, con consecuencias que se pueden arrastrar en el tiempo y envolver aspectos interpersonales.

Es igualmente una escala de tipo Likert, que llevó al apuramiento final de 40 preguntas. Cada una de ellas puede ser clasificada en cinco categorías diferentes. Los ítems se revelan buenos discriminadores de grupos extremos, presentan una correlación altamente significativa con la nota global y muestran una buena estabilidad temporal, con una correlación test/retest de .808 (N=104), con un mínimo de 4 semanas de intervalo. Cuanto más elevada es la nota global, mejor se consideran las estrategias de **coping** utilizadas por el individuo.

El inventario incluye cuestiones relacionadas con el **afrentamiento activo** de los problemas, con el **control perceptivo** de la **situación** o de los **resultados**, con **mecanismos reductores del estado de tensión emocional** y con ciertas **características de la personalidad** que pueden ser importantes en la resolución de las situaciones inductoras de **estrés**.

Un análisis de los componentes principales de los 40 ítems, seguida de una rotación ortogonal de tipo varimax, reveló la existencia de nueve factores subyacentes. Tan solo nos referiremos a los más significativos.

## Estudios con el Inventario de Resolución de Problemas

Vaz-Serra, Firmino y Ramalheira (1988), en una muestra de 588 individuos de la población en general, encontraron una correlación positiva y altamente significativa entre autoconcepto (medido con el I.C.A.C.) y *coping* (medido con el I.R.P.).

Habiendo colocado el valor global del I.R.P. como variable dependiente y el valor global del I.C.A.C. y cada uno de sus factores como variables independientes, realizaron un análisis de regresión *stepwise* para escoger las variables predictivas. Confirmaron que el **valor global del autoconcepto** y el **Factor 2** (relacionado con autoeficacia) fueron las variables seleccionadas.

Estos resultados parecen indicar que los individuos con un buen autoconcepto y sentido de autoeficacia tienden a presentar mecanismos adecuados de *coping* para lidiar con las situaciones inductoras de **estrés**.

Hay otro trabajo que confirma estos resultados.

Vaz-Serra, Firmino, Pocinho y Mesquita Figueiredo (1988) estudiaron en 404 individuos de la población activa trabajadora, la relación entre estrategias de *coping* y problemas de la vida. Estos fueron registrados a través de un cuestionario de 109 preguntas, adaptado de la escala de 79 ítems de McKay, Davis y Fanning. Este cuestionario registra acontecimientos relacionados con **salud, aspectos económicos, trabajo, casa, relaciones sociales, ocio, familia y funcionamiento psicológico**. Las estrategias de *Coping* fueron medidas a través del I.R.P.

Los resultados obtenidos revelaron que:

a.) - Las mujeres tienden a tener más problemas que los hombres.

b.) - Las personas con mecanismos de *coping* más pobres tienden a tener más problemas que los otros.

c.) - Los individuos con mayor número de problemas sienten que su resolución no depende de ellos y, así, evitan su afrontamiento y resolución activa.

d.) - La edad y el tipo de trabajo no tienen una influencia significativa en relación a las áreas que levantan problemas.

Estos resultados sugieren que **es el individuo, más que la circunstancia, quien dicta aquello que es sentido como problema**.

Recientemente Maria Zita Alves, en 1995, hizo un estudio sobre factores de **estrés** escolar en tres centros de enseñanza superior. Evaluó la personalidad del alumno a través del *Eysenck Personality Inventory*, las estrategias de *coping* usando el IRP y el nivel de **estrés** por medio de una escala expresamente construida para esta finalidad. Verificó igualmente que más importante que el ambiente son las características de la persona para determinar los aspectos emocionales. Los individuos con tendencia a sentir mayores niveles de **estrés** escolar fueron aquellos con una personalidad de tipo introvertido y de neuroticismo elevado, que igualmente presentaron estrategias más pobres de *coping*. En este estudio la autora verificó la presencia de una correlación negativa, estadísticamente muy significativa, entre el IRP y el Neuroticismo; y positiva, igualmente muy significativa, con la extroversión. Así, los individuos emocionalmente estables y extrovertidos fueron los que presentaron mejores estrategias de *coping* y también menores niveles de **estrés** escolar.

En 1989, Vaz-Serra y Firmino intentaron evaluar la importancia relativa de las relaciones padres/hijos, del autoconcepto y del *coping* en la salud mental del individuo. Utilizaron para este efecto una muestra de 300 elementos, 150 hombres y 150 mujeres, 200 de los cuales de la población en general y sin trastornos psicopatológicos previos y 100 enfermos en tratamiento de trastornos emocionales. La versión portuguesa de la S.C.L. 90-E (Symptom Checklist, de DeRogatis *et al.*, 1973) fue el instrumento utilizado para evaluar la salud mental. Está constituida por 90 ítems, cada cual clasificable en cinco categorías distintas.

Los síntomas son agrupados en nueve constructos diferentes: **somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo**. Igualmente pueden ser evaluados –separadamente– el **apetito**, el **sueño**, los **deseos de morir** y la **culpabilidad**.

Además de una nota global (que representa la suma de los puntos de cada ítem), se obtiene también un índice general de síntomas que muestra el nivel general de perturbación del individuo. Cuanto más elevado es el valor global obtenido en la S.C.L.-90 peor es la salud mental del individuo.

Para medir las relaciones padres/hijos, el autoconcepto y las estrategias de *coping* los autores utilizaron, respectivamente, el Cuestionario de Relaciones Padre/Hijos de Bastin y Delrez, el Inventario Clínico de Autoconcepto (Vaz-Serra, 1985) y el Inventario de Resolución de Problemas (Vaz-Serra, 1987).

Un estudio previo que fue realizado mostró que existía una correlación significativa entre las relaciones padres/hijos, el autoconcepto y el *coping*. Además de eso, tras haber hecho un análisis factorial de componentes principales, seguido de rotación varimax en que fueron utilizadas como variables los valores obtenidos con estos tres instrumentos, obtuvieron cuatro factores ortogonales:

**Factor 1:** Constituido por las notas globales del autoconcepto y del *coping*, el factor 1 del I.C.A.C. (representativo de aceptación/rechazo social), y el factor 9 del I.R.P. (revelador de afrontamiento y planificación de una estrategia para el problema).

**Factor 2:** Formado exclusivamente por la puntuación de la atmósfera familiar y los valores de las puntuaciones obtenidas en las relaciones tanto con el padre como con la madre.

**Factor 3:** Representa varios mecanismos de *coping*, siendo el *loading* más importante, representado por un sentido de control interno/externo en relación a las situaciones inductoras de **estrés**.

**Factor 4:** Reveló un abandono pasivo ante los problemas y la posibilidad de su interferencia en las circunstancias de la vida diaria.

A fin de comprender la relación entre estas variables y la salud mental, los autores decidieron elaborar un análisis de correlación canónica, confrontando estos cuatro factores con los valores de la S.C.L. - 90. Este análisis seleccionó una única raíz.

La observación de los *loadings* canónicos, obtenidos en la dimensión canónica seleccionada, llevó a concluir que los Factores 1 y 3 son los más importantes para predecir el estado de salud mental del individuo. Cuanto más elevado es su valor más bajas se vuelven las medias de los síntomas. Aunque este análisis haya seleccionado predominantemente las variables del autoconcepto y del *coping* revela también que las relaciones Padre/Hijos son importantes, aunque con una influencia más discreta.

El estudio de las redundancias reveló que el primer grupo de variables explica el 49,87 % de la varianza del segundo grupo.

Estos resultados sugieren que el autoconcepto y los mecanismos de *coping* son mejores predictores del estado de salud mental del individuo que el de las relaciones padres/hijos. No obstante todas son significativas.

Con el fin de aclarar más este problema intentamos efectuar un análisis por el método de LISREL. El análisis seleccionado reveló que las estrategias de *coping* son las verdaderas determinantes de la salud mental del individuo. Las relaciones padre/hijos y el autoconcepto tienen influencia, pero parecen estar mediados por las estrategias utilizadas de resolución de problemas.

Al reconocerse que la familia es un sistema importante de interacción para el ser humano, Vaz-Serra *et al.* (1990) intentaron conocer la relación que se establece entre los **recursos, el coping familiares** y el *coping* individual. Utilizaron para este efecto una muestra de 174 individuos, 118 de los cuales pertenecían a familias en que ninguno de los miembros tenía perturbaciones psicopatológicas, y 56 pertenecían a familias en que por lo menos uno de los miembros manifestaba trastornos emocionales. De esta forma existían elementos correspondientes a **familias funcionales y disfuncionales**.

Para este estudio fueron utilizadas las versiones portuguesas de las escalas *Family Strengths* (Olson, Larsen and McCubbin, 1982) y *F-Copes* (McCubbin, Larsen and Olson, 1982) con la finalidad de ser medidos los recursos y el *coping* familiares, siendo el *coping* individual medido con el **I.R.P.** (Vaz-Serra, 1987).

A fin de analizar las relaciones que se establecen entre los aspectos mencionados realizaron un **análisis de correlación canónica**. Esta última reveló la existencia de tres raíces significativas que permitieron extraer las conclusiones siguientes:

- Los individuos con trastornos emocionales pertenecen a familias con un nivel global de recursos y de *coping* familiares pobre, no se enorgullecen de pertenecer a la familia y existe una mala comprensión entre sus miembros.

- Este tipo de familia evita el afrontamiento activo de sus problemas, adoptando una actitud pasi-

va en relación a los acontecimientos inductores de **estrés**; sus miembros son con frecuencia agresivos entre sí y tienen dificultad en redefinir las situaciones inductoras de **estrés**.

Vaz-Serra, Ramalheira y Firmino (1988) intentaron también investigar las diferencias de mecanismos de **coping** entre elementos de una población normal, que nunca tuvieron perturbaciones psicopatológicas y enfermos con trastornos emocionales. Utilizaron con este propósito una muestra de 522 individuos, 418 de los cuales nunca habían estado enfermos y 104 que habían acudido voluntariamente a un servicio de psiquiatría para tratamiento de trastornos emocionales.

Usaron el **I.R.P.** para el estudio de los mecanismos de **coping**. Al efectuar un *test-t* para muestras independientes comprobaron que existían diferencias estadísticas significativas no solo para la nota global como para cada uno de los nueve factores del instrumento de evaluación utilizado. Los individuos con trastornos emocionales revelaron consistentemente medias más bajas que los elementos de la población no enferma. Estos resultados llevaron a los autores a concluir que, de modo general, los individuos con trastornos emocionales tienen mecanismos de **coping** más pobres que los que nunca estuvieron enfermos.

A fin de conocer cuáles son las variables más predictivas de los aspectos mencionados, los mismos autores realizaron subsiguientemente un análisis de regresión *stepwise*, considerando como variable dependiente la circunstancia de “estar o no estar enfermo”. Los resultados obtenidos revelaron que los **Factores 2, 4 y 5** son los más importantes.

El **Factor 2** representa una actitud de afrontamiento y resolución activa de los problemas.

El **Factor 4** se relaciona con el control interno/externo de los problemas.

El **Factor 5** está relacionado con las estrategias de control de las emociones.

En 1992, Vaz Serra, Canavaro, Ramalheira y Firmino estudiaron la relación entre **autorreferentes**, **autoconcepto** y estrategias de **coping**. Un autorreferente puede ser definido como “un adjetivo calificativo que un individuo selecciona para describirse a sí mismo”. El autoconcepto se distingue de los autorreferentes en la medida en que destaca aspectos de desempeño y afrontamiento con

los otros, lo que no ocurre con los autorreferentes, que son adjetivos que se relacionan apenas con el mismo. En este trabajo utilizaron la siguiente metodología:

A partir del número total de adjetivos de la **Adjective Check List** (H. Gough y A. Heilbrun, 1965), los autores seleccionaron los 15 adjetivos de evaluación positiva y los 15 de evaluación negativa más elegidos, tras haber pasado la *check list* referida a una muestra portuguesa de la población en general. La miniescala que fue así construida fue pasada a 203 personas. En este grupo estaban incluidos 49 pacientes con perturbaciones emocionales, que habían acudido a tratamiento a la Clínica Psiquiátrica de los Hospitales de la Universidad de Coímbra; además de estos, estaban identificadas también aquellas que alguna vez habían hecho “tratamiento para trastornos de este tipo”.

Cada autorreferente podía corresponderse con 5 clases distintas de respuesta y, al final, podían ser indicadas 4 notas globales: 1) - referentes a la suma de los adjetivos positivos, 2) - a la suma de los adjetivos negativos, 3) - a la suma de los adjetivos positivos y negativos y 4) - a la diferencia entre los dos grupos.

Al final se pudieron extraer las siguientes conclusiones:

- Los individuos enfermos o que ya habían estado psicológicamente perturbados presentaron una media más elevada de autorreferentes negativos y una media más baja en la diferencia entre autorreferentes positivos y negativos que los individuos saludables.

- A través de un análisis de correlación canónica pudieron verificar que un individuo con un buen autoconcepto y un buen sentido de autoeficacia, con estrategias de **coping** que llevan al afrontamiento de sus problemas, tiende a describirse claramente de forma muy positiva acompañada de un pequeño número de adjetivos negativos.

- Un segundo grupo, menos significativo, corresponde a un tipo de personas caracterizadas por tener autoconceptos y estrategias de **coping** más pobres, que se abandonan pasivamente ante sus problemas y tienen la percepción de no tener control sobre ellos. Este grupo tiende a describirse principalmente de una forma negativa.

El grupo anterior sugiere corresponder a individuos psicológicamente saludables; este último grupo a personas perturbadas.

## CONCLUSIONES

Si queremos sintetizar lo que se ha referido podemos establecer las siguientes conclusiones finales:

– **La familia** es un sistema con una interacción constante entre sus miembros, en el que los padres tienen la oportunidad de influenciar a los hijos durante varios años, así como modelos que transmiten actitudes y valores, o bien como fuentes de refuerzos.

– **La familia** influye (de una forma negativa o positiva) los sentimientos y actitudes de los hijos, el concepto y la aceptación que forman sobre sí mismos y los otros.

– Estas interacciones, con el tiempo, contribuyen en la organización de esquemas mentales, a un nivel individual, relacionados con los patrones usuales de pensamiento y de interacción con los otros; estos esquemas se vuelven **filtros selectivos** que estructuran la percepción del ambiente, de modo que el individuo tiene tendencia a buscar los indicios confirmativos y a rechazar la evidencia contraria.

– Un mal ambiente familiar y una mala relación con los progenitores lleva a la formación de un autoconcepto pobre y a un ajuste futuro inadecuado.

– Las relaciones Padre/Hijos y, de modo particular, el autoconcepto y los mecanismos de **coping** influyen la salud mental del individuo.

– La salud mental tiene una relación muy significativa con las estrategias que el individuo utiliza para lidiar con sus problemas. Una vez que el autoconcepto y las relaciones padres/hijos tienen una relación importante con las estrategias de **coping**, aquellas deben ser consideradas variables predisponentes de una buena o mala salud mental mediadas por las estrategias de **coping** a las que se encuentran ligadas.

– Los hechos sugieren que los seres humanos con mecanismos de **coping** pobres tienen tendencia a sentir que su vida tiene mayor número de problemas.

– Resultados derivados de un estudio llevaron a concluir que las personas extrovertidas y emocionalmente estables tienden a revelar propensión para mejores estrategias de **coping**.

– Las personas con trastornos emocionales se caracterizan por evitar el afrontamiento activo de los problemas; tienden a presuponer que su resolución no depende de su esfuerzo directo y, por consiguiente, se abandonan pasivamente ante las situaciones inductoras de **estrés**.

– El **Inventario Clínico de Autoconcepto**, el **Inventario de Resolución de Problemas** y la **Escala de Atribuciones Causales** prueban ser buenos instrumentos de evaluación de las variables que influyen, como **predisponentes** y como **factores de mantenimiento**, los trastornos de naturaleza emocional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Andrade, M.S.N.N.F.** (1987) - Auto-conceito, aceitação/rejeição social e tensão emocional como manifestações de stress - trabalho de seminário na área de "Terapêutica do Comportamento" apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
2. **Bouça, J. e Fonte, A.** (1986) - Assertividade e auto-conceito - trabalho apresentado no "I Encontro Ibérico de Terapia do Comportamento", 20-23 Novembro - Porto, Portugal.
3. **Cardoso, R.M., Moura, L., Pais, A.B. e Veríssimo, R.F.B.** (1986) - O Autoconceito e as Perturbações Psicopatológicas de Nível Neurótico - "Psiquiatria Clínica", 7 (3): 189-193.
4. **Fitts, W.H.** (1972) - The self-concept and psychopathology (monograph) - "National Technical Information Service", U.S.A.
5. **Gecas, V.** (1982) - The self-concept. "Ann. Rev. Sociol.", 8: 1-33.
6. **Harter, S.** (1985) - Competence as a Dimension of Self-Evaluation: Toward a Comprehensive Model of Self-Worth, pp. 55-121 in "The Development of the Self", edit. por R.L. Leahy. Academic Press, Inc.
7. **Leahy, R.L.** (1985) - The Costs of Development: Clinical Implications, pp. 267-294 in "The Development of the Self", edit. por R.L. Leahy. Academic Press, Inc.
8. **Markus, H.** (1977) - Self-Schemata and processing information about the self. "J. Person. Soc. Psychol.", 35: 63-78.

- 
9. **Matos, A.P. e Vaz Serra, A.** (1990) - Um Estudo sobre Atribuições: a "Escala de Atribuições Causais". "Psychologica", 4: 175-189.
  10. **McIver, J.P. e Carmines, E.G.** (1981) - Unidimensional Scaling. Sage Publications, London.
  11. **Nelson-Jones, R.** (1994) - Effective thinking skills: Preventing and Managing Personal Problems. Cassell.
  12. **Shavelson, R.J., Hubner, J.J. e Stanton, J.C.** (1976) - Self-concept: Validation of construct interpretations. "Review of Educational Research", 46: 407-441.
  13. **Shavelson, R.J., Burstein, L. e Keesling, J.W.** (1977) - Methodological considerations in interpreting research on self-concept. "J. Youth and Adolescence", 14: 83-97.
  14. **Vaz-Serra, A.** (1986) - A importância do auto-conceito. "Psiquiatria Clínica", 7 (2): 57-66.
  15. **Vaz-Serra, A.** (1986) - O "Inventário Clínico de Auto-Conceito". "Psiquiatria Clínica", 7 (2): 67-84.
  16. **Vaz Serra, A.** (1988) - Atribuição e Auto-Conceito. "Psychologica", 1: 127-141.
  17. **Vaz Serra, A., Antunes, R. e Firmino, H.** (1986) - Relação entre auto-conceito e expectativas. "Psiquiatria Clínica", 7 (2): 85-90.
  18. **Vaz Serra, A. e Firmino, H.** (1986) - O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. "Psiquiatria Clínica", 7 (2): 91-96.
  19. **Vaz Serra, A., Matos, A.P. e Gonçalves, S.** (1986) - Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. "Psiquiatria Clínica", 7 (2): 97-101.
  20. **Vaz Serra, A., Gonçalves, S. and Firmino, H.** (1986) - Auto-conceito e ansiedade social. "Psiquiatria Clínica", 7 (2): 103-108.
  21. **Vaz Serra, A., Firmino, H. e Matos, A.P.** (1987) - Influência das relações pais/filhos no auto-conceito. "Psiquiatria Clínica", 8 (3): 137-141.
  22. **Vaz Serra, A., Firmino, H. e Matos, A.P.** (1987) - Auto-Conceito e Locus de Controlo. "Psiquiatria Clínica", 8 (3): 143-146.
  23. **Vaz-Serra, A., Firmino, H. e Ramalheira, C.** (1988) - Estratégias de coping e auto-conceito. "Psiquiatria Clínica", 9 (4): 317-322.

# Actualización en el Trastorno por Excoriación. Una revisión de la literatura

*Update in Pathological Skin Picking. A review of the literature*

Alfonso Carlos Abad González<sup>1</sup>, Eva Calvo Sánchez<sup>2</sup>, Rocío Macarena Martínez Arias<sup>2</sup>, Gemma Parramón Puig<sup>3</sup>, Miquel Casas Brugué<sup>4</sup>.

Recibido: 09/06/2015

Aceptado: 14/09/2015

## Resumen

*El Trastorno por Excoriación (TE) ha sido recientemente incluido en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). El TE aparece integrado dentro del espectro obsesivo-compulsivo debido al proceso de investigación fenomenológico de las últimas décadas, aunque las primeras referencias datan ya desde el siglo XIX. La prevalencia se sitúa entre el 1-5 %, siendo poco conocido por los facultativos. Recientes estudios de genética y neuroimagen pretenden integrar la causalidad en un modelo bio-psico-social. Se han desarrollado escalas específicas para diagnosticar, evaluar gravedad, respuesta al tratamiento e impacto funcional. Este trastorno genera un impacto emocional y secuelas físicas, haciéndose necesario un abordaje multidisciplinar. Los escasos estudios de tratamiento orientan como posible línea farmacológica la utilización de ISRSs y la Terapia Cognitivo-Conductual.*

**Palabras clave:** excoriación neurótica, dermatotilomanía, *skin picking*, excoriación psicógena.

---

<sup>1</sup>Psiquiatra Adjunto en el Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias del Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Médico Interno Residente de Psiquiatría en el Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>3</sup>Psiquiatra Adjunto en el programa de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace del Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>4</sup>Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. Catedrático del Departamento de Medicina Legal y Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. Miembro del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

**Correspondencia:** Dr. D. Alfonso Carlos Abad González  
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría  
Paseo de la Vall d'Hebron 119-129  
08035 Barcelona, España.  
Correo electrónico: aabad@vhebron.net

*Los autores de este artículo declaran la inexistencia de conflicto de intereses.*

## Summary

*Pathologic Skin Picking (PSP) has recently been included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). The PSP appears integrated into the obsessive-compulsive spectrum due to the process of phenomenological research in recent decades, and although the first references appeared in the nineteenth century. The prevalence is between 1-5 % still little known by doctors. Recent genetic and neuroimaging studies seek to integrate causality into a bio-psycho-social model. This condition creates an emotional impact and physical scars making necessary a multidisciplinary approach. Specific scales have been developed to diagnose, assess severity, response to treatment and functional impact. The few studies of treatment suggest as possible pharmacological line the use of SSRIs and Cognitive Behavioral Therapy.*

**Key words:** neurotic excoriation, dermatotillomania, pathological skin picking, psychogenic excoriation.

## INTRODUCCIÓN

La piel (y anejos) y el sistema nervioso (tanto central como periférico) derivan a nivel embrionario de una hoja blastodérmica común, el ectodermo, a diferencia de otras estructuras del cuerpo de los vertebrados. Esto demuestra la estrecha interrelación entre la piel y la mente, reflejándose este hecho en la aparición de fenómenos o trastornos psicodermatológicos, entre los cuales se encuentra el TE.

El TE ha recibido diferentes nombres a lo largo del tiempo: rascado o excoriación neurótica/psicogénica, dermatotilomanía o en inglés “Pathologic Skin-Picking”. Se trata de un trastorno que de manera progresiva ha adquirido una mayor importancia a nivel clínico y de investigación. Inicialmente clasificado dentro de los trastornos del control de impulsos, pero posteriormente ante evidencias fenomenológicas se ha incluido en los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. Se define como la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, resregar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel (Arnold, Auchenbach & McElroy 2001), a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto. Para esto, frecuentemente se utilizan las uñas y/o herramientas accesorias como pinzas o agujas (Grant, Odlaug & Kim, 2007), siendo el daño tisular de moderado a severo. En esta revisión pretendemos hacer una actualización sobre las evidencias encontradas en la literatura, dado el creciente interés y su inclusión específica en el DSM-5.

Se ha realizado una revisión sistemática en PubMed incluyendo los términos “skin-picking”, “psychogenic excoriation”, “neurogenic excoriation”, “excoriation disorder”, “neurogenic scratching”, “psychogenic scratching” y “derma(to)tillomania”. Se incluyeron los artículos en inglés o español publicados desde el año 2000 (inclusive) hasta marzo de 2015 y se excluyeron revisiones sistemáticas y series de casos, así como estudios de laboratorio y en animales, artículos sobre Prader Willy (dado que actualmente este diagnóstico excluiría la posibilidad diagnóstica de un trastorno por excoriación) y así como otros artículos que, pese a cumplir los criterios anteriores, no se encontraban directamente relacionados con el tema a estudio. Tras el proceso de revisión obtuvimos un total de 90 artículos. Debido a la escasa literatura al respecto, para la revisión del apartado de tratamiento se incluyeron series de casos, y no hubo exclusión por fecha de publicación.

## HISTORIA

El TE ha sido descrito en la literatura médica hace más de un siglo, siendo mencionado por primera vez por Erasmus Wilson en 1875 como “Excoriación neurótica”. Erasmus Wilson describe comportamientos consistentes en ocasionarse repetidas y excesivas excoriaciones en pacientes neuróticos que eran extremadamente difíciles de controlar (Grant *et al.*, 2012). Sin embargo, la primera mención en la impresión se puede encontrar en 1898 por el dermatólogo francés Brocq, quien describió

el caso de un paciente adolescente con rascado incontrolado de acné.

## HALLAZGOS NEUROBIOLÓGICOS

### Genética

Estudios de gemelos han demostrado una heredabilidad del trastorno en torno al 40 % (Monzani, Rijsdijk, Harris & Mataix-Cols, 2012). Un estudio posterior de gemelos sugiere un patrón de heredabilidad similar entre tricotilomanía y trastorno por excoriación con respecto a los otros trastornos incluidos en su grupo en el DSM-5 (Monzani *et al.*, 2014). Se ha propuesto la familia de genes de la densidad postsináptica de las neuronas glutamatérgicas (SAPAP) como genes implicados en las conductas centradas en el cuerpo y en el trastorno obsesivo-compulsivo, principalmente el gen SAPAP3 (Bienvenu *et al.*, 2009).

### Neuroimagen

A nivel de neuroimagen se ha encontrado que los pacientes con trastorno por excoriación poseen una desorganización en la sustancia blanca que conecta el gyrus frontal anterior y el córtex cingulado anterior, encargados de respuestas de supresión motora, hallazgos ya encontrados en sujetos con tricotilomanía (Grant, Odlaug, Hampshire, Schreiber & Chamberlain, 2013). En un estudio posterior de resonancia magnética se observó que los pacientes con trastorno por excoriación tenían un mayor volumen del estriado ventral bilateral (relacionado con el circuito de recompensa) y una reducción en el grosor cortical en las áreas frontales del hemisferio derecho, así como un mayor espesor en el cuneus bilateral (Roos, Fouche, Stein & Lochner, 2015).

## EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

### Epidemiología

La epidemiología del TE no ha sido bien establecida. Existen dos estudios de prevalencia de la comunidad que se han publicado, y en ambos se encuentran tasas notables del trastorno. El primero utilizó una muestra de 354 personas de la comunidad encontrando que el 5,4 % reportó excoriaciones significativas, cumpliendo los criterios DSM-5 (Hayes, Storch & Berlanga, 2009). El otro

estudio, basado en 2513 entrevistas telefónicas, encontró que el 1,4 % cumplía los criterios DSM-5 para TE (Keuthen, Koran, Aboujaoude, Large & Serpe, 2010).

En algunos pacientes, los primeros síntomas comienzan con la aparición de acné en la adolescencia (Keuthen *et al.*, 2010), pero la compulsión continúa incluso después de que el acné ha desaparecido. Enfermedades de la piel como la queratosis pilar, la psoriasis y el eccema también pueden inducir la conducta repetitiva.

Si no se produce durante la adolescencia, otra edad común de aparición es entre los 30 a 45 años. Así mismo, se han documentado numerosos casos en niños menores de 10 años, teniendo en cuenta que los eventos traumáticos de la infancia pueden desencadenar el inicio de la clínica (Keuthen *et al.*, 2010; Bohne, Wilhelm, Keuthen, Baer & Jenicke 2002).

### Comorbilidad

En los diversos estudios revisados se concluye que el TE se asocia de forma significativa a otros trastornos psiquiátricos, aunque las tasas de comorbilidad son variables según la muestra estudiada (Mutassim & Adams, 2009; Odlaug & Grant, 2008). Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran los trastornos depresivos (16-58 %), los trastornos de ansiedad (20-30 %), el trastorno obsesivo-compulsivo (15-68 %), el trastorno dismorfofóbico corporal (12-32 %) y otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo como la tricotilomanía (5-37 %) o la onicofagia (26 %) (Mutassim *et al.* 2009; Odlaug *et al.* 2008; Çalikusu, Yücel, Polat & Baykal 2003).

## CLÍNICA

Las lesiones cutáneas causadas por este trastorno tienen bordes bien delimitados e incluyen áreas del cuerpo que son de fácil acceso en el paciente. La región más comúnmente elegida es el rostro, pero otras localizaciones frecuentes son los brazos, piernas, espalda, encías, labios, los hombros, el cuero cabelludo, el estómago, el pecho, y las cutículas y uñas de los pies (Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA, 2002).

La mayoría de los pacientes centran las lesiones a un área específica del cuerpo. (Bohne *et al.*, 2002).

Los episodios de rascado son a menudo precedidos o acompañados por tensión, ansiedad o estrés. En esos momentos, hay un impulso a rascar, apretar, o rasguñar en una superficie o región del cuerpo, a menudo en el lugar de un defecto de la piel percibido por el paciente.

El hábito diario de rascado varía; algunos lo hacen brevemente varias veces al día, mientras que otros pueden realizar “sesiones” de varias horas de duración (Tucker, Woods, Flessner, Franklin & Franklin, 2011).

Entre las complicaciones que pueden llegar a presentar, se citan las infecciones de diversa gravedad (llegando incluso a la celulitis o septicemia), cicatrices definitivas y deformantes con desfiguración física grave, y un significativo daño estético/emocional, sentimientos de culpa y vergüenza (Odlaug & Grant, 2008). Los estudios muestran que la ideación suicida está presente en el 12 % de las personas con esta condición, con intentos de suicidio en el 11,5 % y hospitalizaciones psiquiátricas en el 15 % (Odlaug & Grant, 2008).

### **EL TRASTORNO POR EXCORIACIÓN EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES (DSM)**

El TE fue inicialmente clasificado dentro de los trastornos del control de impulsos. Ante progresivas evidencias fenomenológicas (desarrollo, epidemiología, comorbilidad, correlatos neurobiológicos...), actualmente se ha incluido en los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (Tucker *et al.*, 2011; Neziroglu, Rabinowitz, Breytman, & Jacofsky, 2008).

Para la publicación del DSM-5, tanto la clasificación como los criterios diagnósticos del TOC fueron objeto de significativas revisiones. Uno de estos cambios fue la eliminación de TOC de los “Trastornos de ansiedad”, colocándolo como una categoría independiente titulada “TOC y Trastornos relacionados”. Al construir este capítulo, se agruparon trastornos que compartían aspectos a través de 11 diferentes validadores: similitud de los síntomas, comorbilidad, curso de la enfermedad, historia familiar, sustratos neurales, factores genéticos y ambientales de riesgo, biomarcadores, antecedentes temperamentales, procesamiento cognitivo y emocional,

respuesta al tratamiento, y la utilidad clínica. Este grupo incluye ahora el trastorno por excoriación. Todos los trastornos se caracterizan por comportamientos repetitivos, aunque algunos parecen tener un fuerte componente cognitivo, como el Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno dismórfico corporal y Trastorno por acumulación; mientras que otros se caracterizan más por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, como la Tricotilomanía y el Trastorno por excoriación (Toro-Martínez, 2014; Neziroglu *et al.*, 2008).

### **Criterios Diagnósticos DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).**

El trastorno por excoriación comúnmente era diagnosticado de manera errónea como TDC o TOC (Grant JE *et al.*, 2012). Actualmente, teniendo los criterios diagnósticos establecidos, será más difícil cometer un error diagnóstico. Estos criterios son (APA, DSM-V):

- A. Producción de lesiones por daño recurrente.
- B. Repetición de intentos para abandonar la conducta de rascado.
- C. El rascado produce malestar clínicamente significativo o deterioro socio-laboral o funcional.
- D. La conducta no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., escabiosis).
- E. El rascado no es explicable por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios, alucinaciones, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

### **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

Existen diversos instrumentos de evaluación desarrollados específicamente para el Trastorno por excoriación (TE). A continuación describimos los más relevantes.

**Skin Picking Inventory.** Se trata de un inventario autoadministrado que recoge gran cantidad de datos sobre el trastorno, tanto a nivel de fenomenología como de antecedentes, aspectos emocionales y repercusión de la conducta. Se compone de 64

ítems multirespuesta (y alguna pregunta abierta) y aporta gran cantidad de información, aunque solo permite un análisis cualitativo de los datos recogidos. Fue creada en el año 1996 por Keuthen *et al.*, no llegando a publicarse los datos relativos a su validación (Keuthen *et al.*, 2001a).

**Skin Picking Scale (SPS)** (Keuthen *et al.*, 2001a). Se trata de una escala autoadministrada que evalúa la severidad del trastorno en función de la frecuencia e intensidad de los impulsos, el tiempo dedicado a la conducta y sus consecuencias en los 7 días previos a la evaluación. Para la elaboración de esta escala se comparó a un grupo de pacientes con conductas de *skin-picking* autolesivas graves con un grupo de pacientes con conductas no autolesivas, quienes en ambos casos completaron una escala de severidad provisional diseñada a partir de la escala Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*), además de otros instrumentos de evaluación como el *Beck Depression Inventory* (BDI), el *Beck Anxiety Inventory* (BAI) y fragmentos del SPI. A partir del análisis comparativo de ambos grupos, se diseñó un test compuesto por 6 ítems, cada uno de los cuales es puntuado de 0 a 4 (de “nada” a “severo”), obteniéndose una puntuación total de entre 0 y 24 puntos. Se considera el 7 como punto de corte, por encima del cual se encuentran los pacientes con conducta autolesiva severa.

**Skin Picking Impact Scale (SPIS)** (Keuthen *et al.*, 2001b). Esta escala autoadministrada evalúa la severidad del trastorno en términos de impacto psicosocial. Para el planteamiento y posterior validación, se llevó a cabo un estudio en el que se comparó a un grupo de personas con conductas de excoiación graves con otro con conductas leves o no autolesivas. Ambos completaron un test inicial creado a partir de la TIS (*Trichotillomania Impact Scale*), además de otros instrumentos de evaluación como el BDI y el BAI. A través de esta comparación, se elaboró un test compuesto de 10 ítems relacionados con las dificultades a nivel de interacción social, la insatisfacción con la apariencia y la autoevaluación negativa resultantes del trastorno en la semana previa a la administración. Cada ítem es puntuado de 0 a 5 según severidad, obteniendo un total de entre 0 y 50 puntos, con el 7 como punto de corte, a partir del cual se considera un impacto psicosocial significativo. Resulta una herramienta rápida para la identificación de pacientes de gravedad.

**Skin Picking Impact Scale - Short version (SPIS-S)** (Snorrason *et al.*, 2013). Se trata de una versión abreviada de la SPIS. El número de ítems se reduce a 4, que se puntúan de la misma forma. Además de ser más fácil de administrar por su brevedad, se considera que podría evitar la sobrestimación de la severidad en pacientes con conductas centradas en el área facial, al eliminar ciertos ítems que podrían resultar reiterativos. No obstante, ambas escalas son válidas a la hora de determinar la repercusión funcional y severidad del trastorno.

La valoración del impacto psicosocial resulta importante, ya que puede influir en la evolución del trastorno y su respuesta al tratamiento. La identificación de factores que moderen este impacto podría ser crucial a la hora de plantear el enfoque terapéutico (Snorrason *et al.*, 2013).

**Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)** (Walther, Flessner, Conelea & Woods, 2008). Los autores se basaron en el planteamiento de la existencia de diferentes dimensiones o subtipos de TE. El subtipo compulsivo, en el que la conducta de excoiación es consciente y secundaria a estrés emocional o pensamientos obsesivos. El subtipo impulsivo, en el que la conducta es automática y poco consciente. Y por último, un subtipo mixto que reuniría características de los dos previos (Arnold *et al.*, 2001). El test se compone de 12 ítems, 6 que valoran la dimensión compulsiva y otros 6 para la impulsiva. La diferencia principal de este instrumento es que no valora severidad del trastorno como los anteriores, sino en qué medida el paciente se sitúa en una u otra de las dimensiones descritas, lo que podría ser de utilidad para plantear el abordaje terapéutico de forma más individualizada (Walther *et al.*, 2008).

Otras escalas utilizadas para la evaluación del TE son la **NE-YBOCS** (versión para TE de la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*), la **SPTS** (*Skin Picking Treatment Scale*), la **SPSAS** (*Skin Picking Self-Assessment Scale*) y la **MGH-SPS** (*Massachusetts General Hospital – Skin Picking Scale*) (Grant *et al.*, 2007).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen diversas patologías que pueden producir conductas de manipulación cutánea o rascado

como síntoma nuclear y que deberían considerarse dentro del diagnóstico diferencial del TE. Entre ellas se encuentran algunas enfermedades o condiciones sistémicas que pueden cursar con prurito crónico en ausencia de patología dermatológica primaria. Algunos ejemplos son el hipertiroidismo, la uremia, la colestasis, la ferropenia, la policitemia vera, los linfomas y otras enfermedades neoplásicas, y enfermedades infecciosas como el VIH o la infección por VEB, etc. Otro grupo importante dentro del diagnóstico diferencial son las dermatosis primarias pruriginosas, como la dermatitis atópica, la psoriasis o el penfigoide bulloso, entre otras. Este tipo de patologías, y en general todas las dermatosis crónicas, pueden condicionar pérdida de autoestima, sentimientos de vergüenza y culpa, y dificultades en las relaciones interpersonales que limitan la calidad de vida del paciente (Keuthen *et al.* 2000). En estos pacientes pueden aparecer trastornos psiquiátricos secundarios, principalmente depresión o ansiedad, y también se puede producir exacerbación de la dermatosis en respuesta a situaciones que condicionen estrés psicológico (Mutassim & Adams, 2009).

También existen trastornos neuropsiquiátricos que pueden cursar con conductas repetitivas de rascado. En algunos casos, estas constituyen un síntoma periférico de la patología, como ocurre en trastornos de ansiedad, depresión, intoxicación por drogas (cocaína, alucinógenos), trastornos de personalidad y patologías que cursan con retraso mental (con especial mención al síndrome de Prader Willi). En otros trastornos, al igual que en el TE, el rascado puede aparecer como síntoma nuclear, como en el delirio de parasitosis, el trastorno dismorfofóbico corporal (TDC), la dermatitis artefacta o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En el TDC, la conducta de rascado está destinada a corregir o minimizar defectos físicos percibidos de forma exagerada o incluso inexistentes. En la dermatitis artefacta el paciente se autoinflige lesiones cutáneas con el objetivo de asumir el rol de enfermo.

### Diferencias entre TE y TOC

A pesar de compartir ciertas similitudes, existen diferencias significativas entre el TOC y el TE. En primer lugar, el TE es más frecuente en

mujeres, mientras que en el TOC no se han encontrado diferencias de género. Los pacientes con TOC ocupan mayor cantidad de tiempo en sus obsesiones y compulsiones que los pacientes con TE en sus conductas de rascado o manipulación de la piel (Grant, Odlaug & Kim, 2010). La gravedad y la probabilidad de tratamiento farmacológico parece ser mayor en el TOC (Arzeno, Paiva, Richter, Rosa & D'Arrigo, 2006).

En los pacientes con TE la conducta parece ser más rápida, impulsiva, mientras que en el TOC es más consciente y planificada. Al parecer los sujetos con TOC pasan más tiempo decidiendo si deben actuar, dejando mayor espacio entre el proceso cognitivo y el acto motor (Arzeno *et al.*, 2006). Estudios recientes apuntan a que en el TE, por el contrario, existe una disminución de la capacidad de control inhibitorio y una mayor impulsividad motora, que se correlaciona con las formas más severas del trastorno (Oliveira, Leppink, Derbyshire & Grant, 2015; Odlaug, Chamberlain & Grant, 2010).

En pacientes con TOC la conducta es más ritual y detrás de ella hay normalmente un pensamiento obsesivo (temor a consecuencias negativas si no la ejecuta). Normalmente tienen mayor sentimiento de culpa asociado a la conducta y tienden a oponer más resistencia ante ella; mientras que en el TE el paciente ofrece menor resistencia, la conducta es más automática y muestran menor sentimiento de culpa (Arzeno *et al.*, 2006).

En el TE se observa mayor comorbilidad con otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo, como la tricotilomanía o la onicofagia, mientras que en el TOC es más frecuente la coexistencia de TDC. Otra diferencia, observada en estudios recientes, es que los pacientes con TE presentan con mayor frecuencia familiares de primer grado afectados por el mismo trastorno en comparación con el TOC, lo que podría indicar una mayor carga genética (Grant *et al.*, 2010; Lovato *et al.*, 2012).

### TE y Tricotilomanía (TTM)

Se trata de dos trastornos semejantes a nivel clínico y fenomenológico, que comparten características como la edad de inicio, distribución por género, comorbilidades, cronicidad, severidad clínica y repercusión funcional (Odlaug, Grant & Grant

2008; Lochner, Simeon, Niehaus & Stein 2002). No obstante, se han identificado algunas diferencias entre ellos más allá del tipo de conducta. Los pacientes con TE invierten más tiempo en el rasgado que los pacientes con TTM en el arrancamiento del cabello, y además reciben tratamiento con menor frecuencia. Esto podría ser debido al tiempo invertido en la conducta o a que muchos no son conscientes de que se trata de un problema de salud tratable. En el TE también se observa con más frecuencia antecedente de historia familiar del trastorno (Odlaug *et al.* 2008).

Los pacientes que presentan TE y TTM comórbidos dedican más tiempo en total a sus conductas patológicas, por lo que se esperaría mayor gravedad y deterioro funcional, aunque no se han observado diferencias significativas. Esto podría explicarse por la mayor probabilidad de haber recibido tratamiento cuando coexisten ambos trastornos (Odlaug *et al.* 2008).

## TRATAMIENTO

Para asegurar un correcto manejo del trastorno se hace necesario un abordaje multidisciplinar por parte de profesionales de la salud mental, así como

por dermatólogos (detección, derivación; así como tratamiento de las posibles complicaciones y secuelas físicas, tales como infecciones, cicatrices y deformidades). Hay que tener en cuenta que frecuentemente se trata de pacientes que no buscan tratamiento, ya sea por vergüenza, alienación o desesperanza. En un artículo se observa que un 45 % de los pacientes de la muestra nunca había solicitado ayuda (Arnold *et al.*, 1998).

## ABORDAJE FARMACOLÓGICO

Escasa literatura existe al respecto del tratamiento específico del Trastorno por Excoriación. Otro problema con el que nos encontramos es el ajuste de los estudios previos a los actuales criterios diagnósticos (p.ej.: estudios con topiramato en Trastorno Generalizado del Desarrollo o en Prader Willy). Dada la relación descrita con el espectro obsesivo-compulsivo gran parte de los fármacos propuestos son de tipo antidepressivo, principalmente ISRS.

### Estudios con ISRSs

Se describen los estudios y resultados en la siguiente tabla:

**Tabla 1**  
**Estudios con ISRS para el tratamiento del Trastorno por Excoriación**

<b>Autores</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Tamaño muestral</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Resultados</b>
(Simeon <i>et al.</i> , 1997)	Estudio doble ciego controlado con placebo.	N=17	Fluoxetina 20 a 80mg	Se observa efectividad pero no diferencias estadísticamente significativas con respecto a placebo.
(Arnold <i>et al.</i> , 1999)	Estudio abierto.	N=14	Fluvoxamina 25 a 300mg	Fluvoxamina demuestra respuesta. La mejoría en el trastorno por excoriación no correlacionaba con la mejoría de la clínica depresiva.
(Bloch, Elliott, Thompson & Koran, 2001)	Estudio abierto + doble ciego controlado con	N=15	Fluoxetina 20 a 60mg	53 % Respondedores 60 % de mejoría en escala Y-BOCS-SP.

	placebo en respondedores.			Mantenimiento del efecto a la semana 12. En el grupo de placebo se observó en la semana 8 un empeoramiento parcial de la clínica y en la semana 12 puntuaciones similares a la situación basal.
(Keuthen, Jameson, Loh, Deckersbach & Dougherty, 2007)	Estudio abierto.	N=29	Escitalopram 10 a 30mg	44,8 % Respondedores completos. 27,6 % Respondedores parciales. 27,6 % No respondedores.
(Arbabi, Farnia, Balighi, Mohammadi & Nejati-Safa, 2008)	Estudio doble ciego controlado con placebo.	N=45	Citalopram 20mg	Mejoría significativa en ambos grupos, pero sin diferencias al compararlos. Se atribuye al escaso tiempo de estudio (4 semanas) y/o a la dosis fija de 20mg.

Además de estos estudios, se han reportado casos de remisión completa de la sintomatología con Paroxetina 40mg/día (Ravindran, Lapiere & Anisam, 1999), Fluoxetina 40mg/día (Sharma & Sharma, 2005) y Escitalopram 10mg asociado a Terapia de Reversión de Hábitos (Nirmal, Sheno, Rai, Sreejany & Savitha, 2013).

### Estudios con Anticonvulsivantes

Dos estudios proponen el uso de Lamotrigina como tratamiento para el Trastorno por Excoriación. El primero de ellos (Grant *et al*, 2007) se trata de un estudio abierto de 10 semanas de duración con una muestra inicial de 24 pacientes, utilizando dosis progresivas desde 25mg/día pudiendo llegar a 300mg/día, observándose una reducción significativa en el tiempo diario de rascado (de 118,1 minutos a 59,9 minutos) y un 67 % de pacientes respondedores. En un segundo estudio (Grant, Oclaug, Chamberlain & Kim, 2010) se realiza un ensayo doble ciego comparado con placebo en una muestra de 32 pacientes, no observándose diferencias significativas.

### Casos descritos con otros fármacos

Existen algunas series de casos en la literatura en los cuales los facultativos explican su mejoría sintomática con fármacos antipsicóticos a dosis bajas (aripirazol, haloperidol, paliperidona y olanzapina) asociados a tratamiento antidepresivo cuya respuesta previa era parcial (Turner, Sutton & Sharma, 2014; Luca, Vecchio, Luca & Calandra, 2012; Spiegel & Finklea, 2009; Christensen, 2004). Justifican su uso como anti-impulsivos, así como además el efecto antihistamínico de la Olanzapina. Encontramos otro caso descrito de mejoría con Litio como estabilizador (Gupta MA, 2013), con Inositol como ansiolítico (Seedat, Stein & Harvey, 2012) e incluso N-Acetilcisteína como regulador glutamatérgico (Silva-Netto, Jesus, Nogueira & Tavares, 2014). Así mismo, se reportan 3 casos de mejoría con antidepresivos tricíclicos como la Doxepina y la Dotiepina (Nirmal *et al* 2013).

### ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

A nivel de tratamiento psicoterapéutico exis-

ten dos artículos que comparan la efectividad de la psicoterapia con respecto a un grupo control (lista de espera). El primero (Schuck, Keijsers & Rinck, 2011) utiliza Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) Breve en 4 sesiones (psicoeducativa, cognitiva, conductual y de prevención de recaídas), obteniendo diferencias significativas en respuesta y mantenimiento de la misma respecto de los controles. En el segundo (Teng, Woods & Twohig, 2006) encuentran una mejoría significativa al utilizar la Terapia de Reversión de Hábitos (ej.: cerrar los puños durante un minuto para evitar el rascado), propuesto ya por Azrin en 1973. Otros autores han señalado como eficaz la TCC para el abordaje de este trastorno en series de casos (Yeh, Taylor, Thordarson & Corcoran, 2003; Deckersbach, Wilhelm, Keuthen, Baer & Jenike, 2002), así como en pacientes vía internet (Flessner, Mouton-Odum, Stocker & Keuthen, 2007). La TCC en el caso del Trastorno por Excoriación se centra en identificar automatismos cognitivos (ej.: “no me puedo relajar si no me rasco”, “he de hacerlo”, “me he ganado el poder rascarme”...) y remplazarlos por cogniciones más racionales. Así mismo, resulta importante registrar conductas (tomar conciencia) y ofrecer alternativas conductuales (ej.: uso de guantes en situaciones críticas, no rascarse con la mano, sustituir por conducta en crisis como llamar a un amigo, correr, limpiar...). Por el contrario, otra forma de psicoterapia es la Terapia de Aceptación, la cual utiliza componentes del *mindfulness* en un intento por disminuir la consciencia del acto para así disminuir el estrés, por lo que disminuye el rascado (Flessner, Busch, Heide-man & Woods, 2008; Twohig, Hayes & Masuda, 2005).

## CONCLUSIONES

A pesar de que el TE ha sido descrito hace más de un siglo, hoy en día aún existen pocos estudios acerca de dicho diagnóstico. Gracias a los estudios existentes, se ha podido determinar que la prevalencia del trastorno por excoriación varía entre un 1,4 a 5,4 % según los estudios, siendo más frecuente su aparición en mujeres durante la adolescencia tardía. En algunos casos, el inicio de dicho trastorno tiene su origen con la aparición del acné, siendo el rostro la zona más frecuentemente afectada, así como otras áreas de fácil acceso para el pa-

ciente. El tiempo empleado para causar las lesiones (desde minutos a horas) es directamente proporcional a la gravedad del cuadro. Las complicaciones físicas, así como las emocionales, pueden llegar a afectar en gran manera la calidad de vida del individuo. Resulta imprescindible descartar para su diagnóstico la presencia de dermatosis, prurito por enfermedad sistémica, así como otros trastornos psiquiátricos primarios, por lo que un abordaje multidisciplinar se hace necesario. El tratamiento con ISRS así como la Terapia Cognitivo-Conductual, parecen (por el momento) los tratamientos con mayor evidencia. Dada la actual inclusión del TE en el DSM-5 y estableciéndose unos criterios acordados, consideramos que se debería realizar una validación de las escalas previas, así como estudios de tratamiento u otros en base a estos criterios para no incurrir en fallos a nivel metodológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association (APA)**. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona: Masson.
2. **Arbabi, M., Farnia, V., Balighi, K., Mohammadi, M. y Nejati-Safa, A.** (2008). Eficacy of citalopram in treatment of pathological skin picking: a double blind placebo-controlled trial. *Acta Médica Iránica*, 46(5): 367-372.
3. **Arnold, L., Auchenbach, M. y McElroy, S.** (2001). Psychogenic Excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *Central Nervous System Drugs*, 15(5): 351-359.
4. **Arnold, L., Mutasim, D., Dwight, M., Lamerson, C., Morris, E. y McElroy, S.** (1999). An open clinical trial of Fluvoxamine treatment of Psychogenic Excoriation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(1): 15-18.
5. **Arnold, L., McElroy, S., Mutasim, D., Dwight, M., Lamerson, C., Morris, E.** (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59: 509-514.
6. **Arzeno, Y., Paiva, V., Richter, N., Rosa, R. y D'Arrigo, E.** (2006). Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4): 282-288.
7. **Bienvenu, O., Wang, Y., Shugart, Y., Welch, J., Grados, M., Fyer, A., Rauch, S., McCracken, J., Rasmussen, S., Murphy, D., Cullen,**

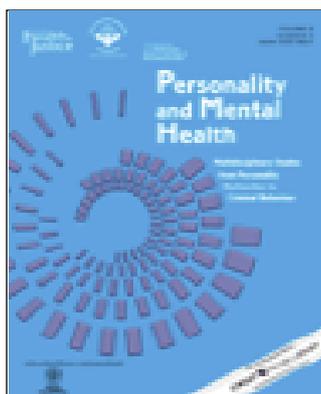
- B., Valle, D., Hoehn-Saric, R., Greenberg, B., Pinto, A., Knowles, J., Piacentini, J., Pauls, D., Liang, K., Willour, V., Riddle, M., Samuels, J., Feng, G. y Nestadt G.** (2009). Sapap3 and Pathological Grooming in Humans: Results From the OCD Collaborative Genetics Study. *American Journal of Medical Genetics, Part B* 150B, 710–720.
8. **Bloch, M., Elliott, M., Thompson, H. y Koran, L.** (2001). Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results. *Psychosomatics*, 42(4): 314-319.
  9. **Bohne, A. Wilhelm, S., Keuthen, N., Baer, L. y Jenike, M.** (2002). Skin picking in German students: prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification*, 26: 320-339.
  10. **Çalikusu, C., Yücel, B., Polat, A. y Baykal, C.** (2003). The Relation of Psychogenic Excoriation With Psychiatric Disorders: A Comparative Study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3): 256-261.
  11. **Christensen, R.** (2004). Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking. *Canadian Journal of Psychiatry*. 49(11): 788-789.
  12. **Deckersbach, T., Wilhelm, S., Keuthen, N., Baer, L. y Jenike, M.** (2002). Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series. *Behavior Modification*, 26(3): 361-377.
  13. **Flessner, C., Busch, A., Heideman, P. y Woods, D.** (2008). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*, 32(5): 579-594.
  14. **Flessner, C., Mouton-Odum, S., Stocker, A. y Keuthen, N.** (2007). StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatology Online Journal*, 13(4): 3.
  15. **Grant, J., Odlaug, B., Hampshire, A., Schreiber, L. y Chamberlain, S.** (2013). White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*, 38(5): 763-769.
  16. **Grant, J., Odlaug, B., Chamberlain, S., Keuthen, N., Lochner, C. y Stein, D.** (2012). Skin picking disorder. *American Journal of Psychiatry*. 169(11): 1143-1149.
  17. **Grant, J., Odlaug, B., Chamberlain, S. y Kim, S.** (2010). A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(4): 396-403.
  18. **Grant, J., Odlaug, B. y Kim, S.** (2010). A clinical comparison of pathologic skin picking and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4): 347-352.
  19. **Grant, J., Odlaug, B. y Kim, S.** (2007). Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(9): 1384-1391.
  20. **Gupta, M.** (2013). Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clinical Dermatology*, 31(1): 110-117.
  21. **Hayes, S., Storch, E. y Berlanga, L.** (2009). Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*. (23): 314–319.
  22. **Keuthen, N., Koran, L., Aboujaoude, E., Large, M. y Serpe, R.** (2010). The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2): 183-186.
  23. **Keuthen, N., Jameson, M., Loh, R., Deckersbach, T. y Dougherty, D.** (2007). Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *International Clinical Psychopharmacology*, 22(5): 268-274.
  24. **Keuthen, N., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I., Forker, A., Baer, L. y Jenike, M.** (2001). The Skin Picking Scale. Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(6): 337-341.
  25. **Keuthen, N., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R., Jenike, M. y Baer, L.** (2001). The Skin Picking Impact Scale (SPIS). Scale Development and Psychometric Analyses. *Psychosomatics*, 42(5): 397-403.
  26. **Keuthen, N., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., O'Sullivan, R. y Jenike, M.** (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics*, 41(3): 210-215.
  27. **Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D., y Stein, D.** (2002). Trichotillomania and Skin Picking: A phenomenological comparison. *Depression and Anxiety*, 15(2): 83-36.
  28. **Lovato, L., Ferrão, Y., Stein, D., Shavitt, R., Fontenelle, L., Vivan, A., Miguel, E. y Cordioli, A.** (2012). Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5): 562-568.

29. **Luca, M., Vecchio, C., Luca, A. y Calandra, C.** (2012). Haloperidol augmentation of fluvoxamine in skin picking disorder: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 26(6): 219.
30. **Monzani, B., Rijsdijk, F., Harris, J. y Mataix-Cols, D.** (2014). The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*; 71(2): 182-189.
31. **Monzani, B., Rijsdijk, F., Cherkas, L., Harris, J., Keuthen, N. y Mataix-Cols D.** (2012). Prevalence and Heritability of Skin Picking in an Adult Community Sample: A Twin Study. *American Journal of Medical Genetics, Part B* 159B, 605-610.
32. **Mutassim, D. y Adams, B.** (2009). The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 61(4): 611-613.
33. **Neziroglu, F., Rabinowitz, D., Breytman, A. y Jacofsky, M.** (2008). Skin picking phenomenology and severity comparison. *Journal of Clinical Psychiatry*. 10(4): 306-312.
34. **Nirmal, B., Shenoi, S., Rai, S., Sreejayan, K. y Savitha, S.** (2013). 'Look beyond skin': psychogenic excoriation - a series of five cases. *Indian Journal of Dermatology*, 58(3): 246.
35. **Odlaug, B. y Grant, J.** (2010). "Pathologic Skin Picking". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5): 296-303.
36. **Odlaug, B., Chamberlain, S. y Grant, J.** (2010). Motor inhibition and cognitive flexibility in pathologic skin picking. (2010). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(1): 208-211.
37. **Odlaug, B. y Grant, J.** (2008). Clinical characteristics and medical complications of pathological skin picking. *General Hospital Psychiatry*, 30: 61-66.
38. **Odlaug, B., Grant, B., y Grant, J.** (2008). Trichotillomania and Pathologic Skin Picking: Clinical Comparison with an Examination of Comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2): 57-63.
39. **Oliveira, E., Leppink, E., Derbyshire, K. y Grant, J.** (2015). Excoriation disorder: Impulsivity and its clinical associations. *Journal of Anxiety Disorders*, 30: 19-22.
40. **Ravindran, A., Lapierre, Y. y Anisman, H.** (1999). Obsessive-compulsive spectrum disorders: effective treatment with paroxetine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(8): 805-807.
41. **Roos, A., Grant, J., Fouche, J., Stein, D. y Lochner, C.** (2015). A comparison of brain volume and cortical thickness in excoriation (skin picking) disorder and trichotillomania (hair pulling disorder) in women. *Behavioural Brain Research*, 279(15): 255-258.
42. **Schuck, K., Keijsers, G. y Rinck, M.** (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin-picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behavior Research Therapy*, 49(1): 11-17.
43. **Seedat, S., Stein, D. y Harvey, B.** (2001). Inositol in the treatment of trichotillomania and compulsive skin picking. *Journal of Clinical Psychiatry*. 62(1): 60-61.
44. **Sharma, R. y Sharma, N.** (2005). Effectiveness of fluoxetine in the treatment of skin-picking. *Indian Journal of Psychiatry*, 47(4): 241-242.
45. **Silva-Netto, R., Jesus, G., Nogueira, M. y Tavares, H.** (2014). N-acetylcysteine in the treatment of skin-picking disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1): 101.
46. **Simeon, D., Stein, D., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J. y Hollander, E.** (1997). A double-blind trial of Fluoxetine in pathological Skin Picking. *Journal of Clinical Psychiatry*. 58: 8.
47. **Snorrason, I., Olafsson, R., Flessner, C., Keuthen, N., Franklin, M. y Woods, D.** (2013). The Skin Picking Impact Scale: Factor Structure, Validity and Development of a short version. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4): 344-348.
48. **Spiegel, D. y Finklea, L.** (2009). The recognition and treatment of pathological skin picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(2): 38-42.
49. **Teng, E., Woods, D. y Twohig, M.** (2006). Habit reversal as a treatment for chronic skin-picking: a pilot investigation. *Behavior Modification*, 30(4): 411-422.
50. **Toro-Martínez, E.** DSM-5: OCD and related disorders. (2014). *Vertex*, 25(113): 63-67.
51. **Tucker, B., Woods, D., Flessner, C., Franklin, S. y Franklin, M.** (2011). The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population based sample. *Journal of Anxiety Disorders*, (25): 88-95.
52. **Turner, G., Sutton, S. y Sharma, A.** (2014). Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a Case of Treatment-resistant Excoriation Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(1-2): 29-31.

- 
53. **Twohig, M., Hayes, S. y Masuda, A.** (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behavior Research Therapy*, 44(10): 1513-1522.
54. **Walther, M., Flessner, C., Conelea, C. y Woods D.** (2008). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1): 137-145.
55. **Yeh, A., Taylor, S., Thordarson, D. y Corcoran, K.** (2003). Efficacy of telephone-administered cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive spectrum disorders: case studies. *Cognitive Behavioral Therapy*, 32(2): 75-81.

**Sección a cargo de G. Mestre e I. Tolosa  
Consejo de Redacción**

## PERSONALITY AND MENTAL HEALTH



### *Funcionamiento interpersonal en TLP; la eficacia del tratamiento psicoterapéutico*

#### Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder—a systematic review of measures and efficacy

Sinnaeve, R., Van den Bosch, L. & Steenbergen-Weijenburg, K.  
*Personality and Mental Health*, 9, (3) 173–194, August 2015.

DOI: 10.1002/pmh.1296

Está ampliamente reconocido que las personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) presentan un pobre funcionamiento interpersonal, por lo que este aspecto es uno de los bloques trabajados en los tratamientos psicoterapéuticos. A través de este estudio los autores hicieron una revisión sistemática de las medidas de funcionamiento interpersonal utilizadas en los tratamientos para las personas con diagnóstico de TLP, para reportar la efectividad de los tratamientos en base a dichas medidas psicométricas.

De los estudios que cumplían los criterios de inclusión establecidos, se encontraron 16 subescalas distintas que median algún aspecto del funcionamiento interpersonal. Solo cuatro instrumentos fueron utilizados por más de un equipo de investigación. Según la revisión llevada a cabo por los autores, existe alguna evidencia de que las intervenciones psicoterapéuticas tienen efectos beneficiosos sobre algunos aspectos del funcionamiento interpersonal en personas con diagnóstico de TLP, tanto después de la terapia individual como la de grupo. Existe evidencia preliminar de que las intervenciones psicoterapéuticas tienen efectos beneficiosos sobre diversos aspectos de la reactividad interpersonal, que caracterizan a las personas diagnosticadas con TLP. Sin embargo, ninguno de estos efectos tiene una base de pruebas sólidas y se puntualiza que la generalización de estos hallazgos es limitada.

Los autores exponen que hay una gran falta de acuerdos en base a los conceptos definitorios del TLP y de los instrumentos utilizados para hacer una buena medición de estos, por tanto, unificar criterios y medidas facilitaría el estudio de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en dicho ámbito.

## JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE



### *Cáncer colorrectal: estrés y consumo de frutas y vegetales*

Dyadic associations between cancer-related stress and fruit and vegetable consumption among colorectal cancer patients and their family caregivers

Shaffer, K., Kim, Y., Llabre, M. & Carver, C.

Journal of Behavioral Medicine, August, 2015.

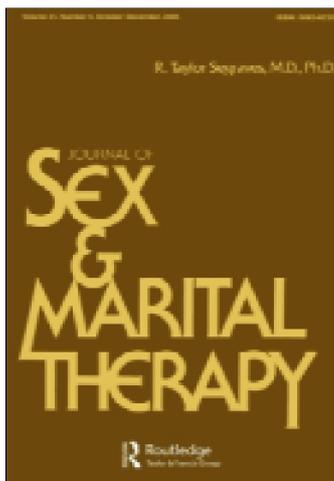
DOI: 10.1007/s10865-015-9665-y

Tras un diagnóstico de cáncer de colon es recomendado un alto consumo de frutas y hortalizas, y por ello varios estudios tratan de analizar en qué medida siguen los pacientes la dieta propuesta y qué factores interfieren en su cumplimiento. Bajo la elaboración de este estudio, los autores pretendieron analizar cómo el estrés provocado por el cáncer afecta el consumo de frutas y hortalizas en pacientes con cáncer colorrectal y sus familiares cuidadores durante el año después del diagnóstico. Se estudiaron los datos de los cuestionarios administrados a los pacientes con cáncer de colon y sus cuidadores (92 díadas) que se completaron a los 2, 6 y 12 meses después del diagnóstico. Se encontró que tanto los pacientes como sus cuidadores informaron de una ingesta de frutas y hortalizas inadecuada durante el primer año después del diagnóstico. Bajo el modelo de interdependencia actor-pareja, se describió que un alto nivel de estrés por el cáncer padecido por el propio paciente se asociaba con menor número de días, con un adecuado consumo de frutas y hortalizas por parte del familiar cuidador. El estrés por el cáncer, tanto de los pacientes como de los cuidadores, predijo el cambio en el consumo de frutas y hortalizas de sus parejas respectivamente ( $p = 0,09$ ). Los resultados

---

sugieren que el estrés percibido por el cáncer obstaculiza el seguimiento de un consumo adecuado de frutas y hortalizas alrededor de la fecha del diagnóstico, pero motiva cambios positivos en la dieta para el final del primer año después del diagnóstico.

## JOURNAL OF SEX & MARITAL THERAPY



### *Hipersexualidad y características del paciente*

#### **Patient Characteristics by Type of Hypersexuality Referral: A Quantitative Chart Review of 115 Consecutive Male Cases**

Otunctemur, A., Dursun, M., Ozbek, E., Sahin, S., Besiroglu, H., Koklu, I., Can Polat, E., Erkok, M., Danis, E. & Bozkurt, M.

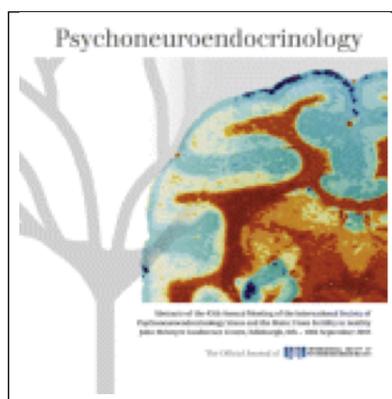
*Journal of Sex & Marital Therapy*. Volume 41, Issue 6, 2015

DOI:10.1080/0092623X.2014.935539

Aunque la Hipersexualidad es una demanda cada vez más frecuente en consulta, sigue siendo un ámbito poco explorado y aunque existe una gran diversidad de perfiles clínicos en los pacientes que son diagnosticados de hipersexualidad, la literatura propone un único enfoque de tratamiento, supuestamente aplicable a toda la diversidad. Dado que dicho enfoque se ha mostrado ineficaz, los autores del presente estudio se propusieron utilizar métodos cuantitativos para examinar las posibles correlaciones entre datos demográficos, de salud mental y correlatos sexológicos con los subtipos clínicos más comunes en hipersexualidad. Los resultados de la investigación apoyan la existencia de subtipos, cada uno con distintos grupos de características. El grupo parafilico hipersexual reportó un mayor número de parejas sexuales, más abuso de sustancias, la iniciación de la actividad sexual a una edad más temprana y la novedad como una fuerza impulsora de su comportamiento sexual. En cambio, el grupo de masturbadores evitadores reportó mayor nivel de ansiedad, retraso de la eyaculación y el uso del sexo como una estrategia de evitación. El grupo de adúlteros crónicos reportaron mayor prevalen-

cia de eyaculación precoz y el inicio tardío de la pubertad. Un análisis de la tipología del paciente hipersexual, teniendo en cuenta los rasgos más característicos de cada grupo, puede facilitar la elaboración de propuestas de tratamiento más especializadas y eficaces.

## PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY



### *Trastorno mental y sus orígenes durante el embarazo*

#### Early life origins of cognition and mental health

Räikkönen, K.

Psychoendocrinology. Volume 61, Pages 2-3

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.392>

En diversas ocasiones hemos podido escuchar cómo el estrés durante el embarazo puede ser perjudicial para el feto, ya que el estado emocional de la madre es primordial para el desarrollo del bebé intrauterino e incluso para su salud futura. La autora de este estudio trata de analizar la evidencia científica que muestra cómo eventos adversos durante la vida prenatal pueden interferir en una aparición futura de un trastorno mental, y ofrece una base fisiológica para que ello pueda ocurrir.

Tanto estudios clínicos como epidemiológicos han demostrado que los eventos adversos durante la vida prenatal tienen un impacto sobre el riesgo de aparición de trastornos mentales más tarde en la vida del bebé. Existe la suposición de que este fenómeno se explica por la plasticidad del desarrollo del feto; la alteración en el riesgo de padecer una enfermedad mental a largo plazo es inducida por las respuestas de adaptación que el feto realiza a las señales ambientales maternas cuando aún se está gestando. Dichas respuestas fetales pueden incluir alteraciones en la estructura y función de las células, tejidos y órganos que conllevan a una alteración de los puntos fisiológicos básicos de ajuste y, por tanto, a una programación de los resultados adversa y alterada.

---

# PSYCHOSOMATIC MEDICINE



## *Diabetes, Obesidad y Cerebro*

### Diabetes, Obesity, and the Brain: New Developments in Biobehavioral Medicine

Everson-Rose, Susan A.; Ryan, John P.

Psychosomatic Medicine. July/August 2015. Volume 77, Issue 6, P. 612-615.

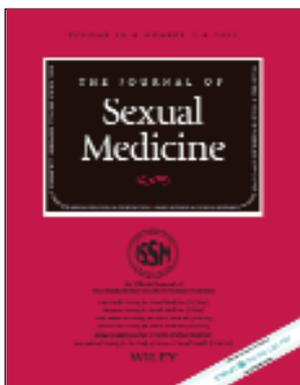
Tanto la diabetes como la obesidad se han convertido en importantes problemas de salud pública. Ambas se asocian a un mayor riesgo de dificultades en múltiples sistemas de órganos, entre los que se encuentra el Sistema Nervioso Central.

En los últimos años se están llevando a cabo distintas investigaciones a fin de conocer la asociación entre los efectos adversos de la diabetes y la obesidad y el funcionamiento cognitivo. Los resultados indican que la edad de aparición de la diabetes tipo 1 puede ser relevante para la función cognitiva. Asimismo, la duración de la enfermedad de la diabetes tipo 2 y los factores socioculturales están relacionados con el deterioro cognitivo durante el proceso de envejecimiento. El hipotálamo y otros circuitos neuronales, en particular, el sistema dopaminérgico que subyace a la alimentación y los aspectos relacionados con la recompensa de la ingesta de alimentos, son algunos de los factores clave que intervienen en la obesidad.

La investigación sobre la asociación entre la obesidad y la función cognitiva describe la importancia de los efectos positivos vinculados a la reducción de peso posterior a la cirugía bariátrica. Los autores destacan la importancia de valorar el ciclo vital de los pacientes con el objetivo de comprender la influencia tanto de la diabetes tipo 1 como la tipo 2 en el metabolismo, la función y la estructura cerebral. Además, las circunstancias ambientales ansiógenas pueden influir negativamente en la disfunción neurocognitiva asociada a la obesidad y la diabetes.

---

## THE JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE



### *Entrenamiento en Resistencia Física y Síndrome de Ovarios Poliquísticos*

#### Impact of Physical Resistance Training on the Sexual Function of Women with Polycystic Ovary Syndrome

*Lúcia Alves Silva Lara, Fabiene Karine Piccki Ramos, Gislaine Satiko Kogure, Rafael Silva Costa, Marcos Felipe Silva de Sá, Rui Alberto Ferriani, PhD and Rosana Maria dos Reis*

Volume 12, Issue 7, pages 1584–1590, July 2015.

En los últimos años está incrementando el número de investigaciones referentes al síndrome del ovario poliquístico (SOP), aunque se requiere el desarrollo de medidas específicas para la atención general de estas mujeres. El Entrenamiento en Resistencia Física (ERF) se ha asociado a la mejora de ciertos parámetros corporales, sin embargo, no se ha evaluado el efecto de este sobre la función sexual de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico.

El objetivo del estudio fue evaluar la función sexual y el estado emocional de las mujeres con SOP tras 16 semanas de Entrenamiento en Resistencia Física. La muestra estuvo compuesta por 94 mujeres, 43 de las cuales estaban diagnosticadas de SOP y 51 mujeres control, con edades comprendidas entre los 18 y los 37 años. Todas ellas se sometieron a un protocolo de Entrenamiento en Resistencia Física durante 16 semanas. Asimismo, la función sexual se evaluó al inicio del estudio y tras la finalización del tratamiento mediante el Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI).

De las 43 mujeres con SOP, 30 (69,70 %) tenían una puntuación total de FSFI basal  $\leq 26,55$  y 24 (58,54 %) tenían una puntuación  $\leq 26,55$  tras el tratamiento ( $P = 0,08$ ). De las 51 mujeres de control, 32 (62,7 %) y 27 (52,9 %) tenían puntuaciones FSFI  $< 26,55$  al inicio del estudio y después del Entrenamiento en Resistencia Física, respectivamente ( $P = 0,06$ ). Las mujeres del grupo control experimentaron una mejora significativa en la puntuación de dominio dolor después del ERF ( $P < 0,03$ ). Asimismo, las mujeres con SOP experimentaron aumentos significativos en la puntuación total y en los dominios de deseo, excitación y lubricación después del ERF ( $P < 0,01$  cada uno). La media de las

---

puntuaciones de depresión y ansiedad se redujeron de manera significativa, tanto en el grupo de mujeres con síndrome de ovario poliquístico ( $P < 0,01$  cada uno) como en el grupo control ( $P < 0,01$ ).

En conclusión, tras el Entrenamiento en Resistencia Física, las mujeres con SOP presentaron mayor función sexual (deseo, excitación y lubricación) y menores puntuaciones en psicopatología (depresión y ansiedad). Se requieren más investigaciones centradas en la temática en cuestión.

## ***Mutilación Genital Femenina en el Sur de Irán***

### **Epidemiology, Regional Characteristics, Knowledge, and Attitude Toward Female Genital Mutilation/Cutting in Southern Iran**

*Maryam Dehghankhalili, Soghra Fallahi, Forugh Mahmudi, Fariborz Ghaffarpassand, Mohammad Esmail Shahrzad, Mohsen Taghavi and Marjan Fereydooni Asl.*

**The Journal of Sexual Medicine. Volume 12, Issue 7, pages 1577–1583, July 2015.**

La mutilación genital femenina (MGF) es un procedimiento tradicional que consiste en la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos por razones no médicas. A pesar de que está bien descrito en algunos países árabes y africanos, los datos procedentes de Irán son escasos.

El objetivo de la presente investigación fue describir la epidemiología, las características regionales, los conocimientos y las actitudes hacia la MGF en el sur de Irán. Se realizó este estudio transversal durante un período de 36 meses (de 2010 a 2013) en Hormozgan, una provincia del sur de Irán cerca del Golfo Pérsico. Se incluyeron 780 mujeres de seis grandes zonas rurales de la provincia. Todas las participantes se sometieron a examen pélvico completo para determinar el tipo de MGF y a una evaluación mediante un cuestionario que constaba de varias secciones, tales como características demográficas y basales, y dos secciones de auto-informe que abordaban los conocimientos y las actitudes hacia la MGF y sus complicaciones. Las características sociodemográficas basales como: la edad, el nivel educativo, el estado civil, la religión y la nacionalidad fueron las variables independientes.

Entre los participantes, 535 (68,5 %) habían sufrido MGF. Asimismo, la MGF se asoció con mayor edad ( $P = 0,002$ ), nacionalidad afgana ( $P = 0,003$ ), la religión sunita del Islam ( $p = 0,019$ ), el analfabetismo ( $P < 0,001$ ), y antecedentes familiares de MGF en la madre ( $P < 0,001$ ), la hermana ( $P < 0,001$ ), y la abuela ( $P < 0,001$ ). La causa más extendida de MGF fue la tradición de cada zona (57,1 %) y la infección urinaria fue la complicación reportada más común (60,4 %).

Por tanto, la falta de conocimiento hacia la MGF es la principal causa de su elevada prevalencia y la continuación de la práctica. Se requiere un trabajo multidisciplinar a fin de profundizar en los factores de riesgo de esta práctica y reducir su prevalencia.

---

## PSYCHOSOMATICS



### *Apnea Obstructiva del Sueño y Esquizofrenia*

#### High Rates of Obstructive Sleep Apnea Symptoms Among Patients With Schizophrenia

Aniyizhai Annamalai, Laura B. Palmese, Lydia A. Chwastiak, Vinod H. Srihari, Cenk Tek.

Volume 56, Issue 1, January–February 2015, Pages 59–66.

Los pacientes con esquizofrenia presentan altas tasas de obesidad –fuertemente asociada con la apnea obstructiva del sueño (AOS)–. Sin embargo, la prevalencia y los factores de riesgo de AOS no están bien estudiados en pacientes con esquizofrenia.

El propósito de este estudio fue evaluar la frecuencia de los síntomas de AOS en una muestra de pacientes ambulatorios con esquizofrenia. Se trata de un estudio transversal que fue un análisis secundario de datos generados a partir de un estudio de insomnio, que evaluó 175 pacientes ambulatorios con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en un centro de salud mental. Se utilizó el cuestionario STOP, una herramienta de detección para la AOS validada en poblaciones quirúrgicas. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: alto riesgo de AOS (PARAR  $\geq 2$ ) (57,7 %), bajo riesgo de AOS (puntuación PARADA  $<2$ ) (42,3 %) y pacientes con un diagnóstico conocido de AOS (14,9 %). Los pacientes con diagnóstico de AOS tenían puntuaciones significativamente más elevadas en el STOP (media 2,7 versus 1,6 [t = 6,3; p  $<0,001$ ]). Solo el 23,8 % de los pacientes en el grupo de alto riesgo fueron diagnosticados con AOS. Asimismo, un gran número de pacientes ambulatorios con enfermedad mental grave está en alto riesgo de AOS. Los autores concluyeron que el cuestionario STOP parece tener una elevada utilidad clínica para detectar AOS. En base a los resultados, son necesarios más estudios para validar la herramienta en los pacientes con enfermedad mental grave.

Gracia Lasheras<sup>1,3</sup>, Borja Farré-Sender<sup>2,3</sup>, Liliana Ferraz<sup>4</sup>, Gemma Mestre<sup>2,5</sup>,  
Ingrid Rovira<sup>6</sup>, Elena Serrano<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra. H. Universitario Dexeus (HUD). Coordinadora de la sección

<sup>2</sup>Psicólogo. HUD.

<sup>3</sup>Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva (SSMPR).

<sup>4</sup>Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB.  
Colaboradora SSMPR.

<sup>5</sup>Psicóloga. Consejo de Redacción. Colaboradora SSMPR.

<sup>6</sup>Psicóloga. H. Clínic de Barcelona, sede Maternitat. Colaboradora  
SSMPR.

<sup>7</sup>Psiquiatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto  
de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

## 1. Alteración de la conectividad funcional de la amígdala en bebés de seis meses nacidos de madres con depresión prenatal.

### Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in 6-month-old infants.

A Qiu, TT Anh, Y Li, H Chen, A Rifkin-Graboi, BFP Broekman, K Kwek, S-M Saw, Y-S Chong PD Gluckman, MV Fortier and MJ Meaney.

Transl Psychiatry. 2015 Feb 17;5:e508. doi: 10.1038/tp.2015.3.

La depresión materna prenatal se ha asociado con muchas alteraciones posteriores al parto como problemas neurobiológicos, cognitivos y emocionales. La depresión materna también está relacionada con altos niveles de cortisol materno que, a su vez, están estrechamente ligados a cambios en la amígdala en la descendencia a los 7 años. Asimismo, la dilatación de la amígdala se relaciona con una vulnerabilidad al estrés y con mayores alteraciones en el estado de ánimo en la edad adulta.

Este estudio examina la asociación entre la **síntomatología depresiva materna** prenatal y la **conectividad funcional de la amígdala en bebés** a los seis meses de edad. Se persigue establecer una base funcional neuronal de una posible transmisión transgeneracional de vulnerabilidad para los trastornos afectivos durante el desarrollo.

Se incluyeron veinticuatro niños (de población asiática) que fueron examinados con imágenes de resonancia magnética estructural (MRI) y resonancia magnética funcional (fMRI). La depresión materna se evaluó a las 26 semanas de gestación y 3 meses después del parto utilizando la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS). La regresión lineal se utilizó para identificar las redes funcionales de la amígdala y para examinar la asociación entre síntomas depresivos maternos prenatales y la conectividad funcional de la amígdala. Los resultados mostraron que a los 6 meses de edad, la amígdala está conectada funcionalmente a las regiones cerebrales que forman la regulación emocional, sensorial y perceptual, así como a las redes de la memoria emocional. Tras controlar los síntomas de depresión en el posparto, los bebés nacidos de madres con síntomas depresivos durante el embarazo mostraron una mayor conectividad funcional de la amígdala con el córtex izquierdo temporal y la ínsula, así como la corteza cingulada anterior bilateral, orbitofrontal medial y la corteza prefrontal ventromedial, que son, en gran medida, los patrones de conectividad observados en adolescentes y adultos con trastorno depresivo mayor.

Este estudio proporciona una novedosa evidencia de que la sintomatología prenatal depresiva materna está relacionada con una alteración de la conectividad funcional de la amígdala en el desarrollo temprano del bebé. Así mismo, revela que los correlatos de la transmisión familiar de fenotipos asociados al estado de ánimo de la madre, se manifiestan en los bebés a los 6 meses de edad.

## 2. Trastornos del estado de ánimo maternos y paternos y sintomatología ansiosa de los descendientes a los 18 años.

### Feasibility Associations of maternal and paternal antenatal mood with offspring anxiety disorder at age 18 years.

Lauren E. Capron, Vivette Glover, Rebecca M. Pearson, Jonathan Evans, Thomas G. O'Connor, Alan Stein, Susannah E. Murphy, Paul G. Ramchandani.

*Journal of Affective Disorders* 187 (2015) 20–26.

Actualmente distintas investigaciones tienen como objetivo central evaluar el efecto que generan los trastornos mentales, padecidos por las mujeres durante la etapa antenatal, en el desarrollo de los hijos. Teniendo en cuenta que la ansiedad es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la adolescencia, se ha estudiado la asociación entre depresión y la ansiedad y futuros problemas de salud mental en el feto, aunque esta sigue estando poco clara.

El presente estudio tiene como **objetivo** evaluar la asociación existente entre la depresión y la ansiedad antenatal, tanto materna como paterna, y los problemas de ansiedad de la descendencia.

Los datos de los progenitores fueron obtenidos de un estudio de cohorte longitudinal (estudio *Avon Longitudinal Study of Parents and Children*), mientras que los hijos fueron evaluados 18 años después. La psicopatología presentada por los progenitores en la etapa antenatal se evaluó a **la semana 18 del embarazo**, mediante la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) y el *Crown Crisp Experiential Index* (CCEI). Asimismo, los **hijos, a la edad de 18 años** (n= 4303), completaron la *Clinical Interview Schedule Revised* (CIS-R).

El 10,7 % de las madres y el 3,3 % de los padres reportaron sintomatología depresiva antenatal, mientras que el 16,8 % de las mujeres y el 6,9 % de los hombres presentaron ansiedad antenatal. Los autores hallaron una asociación entre la psicopatología presentada por la madre durante la etapa antenatal, en concreto ansiedad y depresión, y la presentada por los hijos a los 18 años. En concreto, se observó un **mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad en los descendientes de madres con depresión antenatal** (11,1 % vs. 6,2 %; adj. OR 1.75 (1.19, 2.58); p=0.01). Asimismo, los hijos cuyas madres habían padecido ansiedad antenatal presentaban un mayor riesgo de presentar ansiedad y depresión comórbidas (adj. OR 1.39 (1.06, 1.82); p=0.02). En el caso de los trastornos del estado de ánimo paternos durante la etapa antenatal, no se encontró una asociación directa con la posterior psicopatología presentada por el hijo.

Por tanto, se trata del primer estudio longitudinal que evalúa tanto la psicopatología materna como paterna, a fin de detectar su incidencia sobre la futura sintomatología ansiosa de los hijos. La relación inexistente entre la psicopatología paterna y la propia de los descendientes refuerza la hipótesis de la modificación del desarrollo del feto debida a estímulos externos, en este caso, la salud mental materna.

---

### 3. Porcentajes y factores desencadenantes de la depresión posparto tras la detección en los nacimientos consecutivos.

#### Rates and precipitating factors for postpartum depression following screening in consecutive births.

Nelson, DB; Doti, M; Mcintire DD; Leveno KJ.

J Matern Fetal Neonatal Med. 2015 Sep 11:1-5.

El **objetivo** de esta investigación fue medir la tasa de recurrencia y los factores desencadenantes de la depresión posparto (PPD) en mujeres con embarazos consecutivos. En el hospital de los autores, administraron a todas las mujeres después del parto la escala de depresión posparto de Edinburgo (EPDS) desde inicios de junio del 2008 hasta marzo del 2010. En total, 17613 mujeres fueron evaluadas.

Se examinaron los factores perinatales en relación con las puntuaciones del EPDS durante partos consecutivos para identificar los factores de desarrollo de DDP. Las mujeres que en embarazos previos obtuvieron resultados negativos en DDP, fueron llamadas para hacer otra valoración, siendo del total de la muestra, el 22 % (3842). Los datos fueron analizados usando un análisis univariable y multivariable para las asociaciones con depresión posparto.

Los **resultados** obtenidos reflejan un riesgo significativamente reducido de padecer una depresión posparto si con hijos anteriores no se ha padecido (3 % vs 6 %;  $p < 0.01$ ). Las variables que sí fueron asociadas significativamente a poder desarrollar DDP fueron **muerte súbita fetal** ( $p = 0.01$ ) y **malformaciones neonatales** ( $p = 0.02$ ). Realizando una regresión logística, la muerte súbita se mantenía asociada significativamente a PPD (OR 7.79, 95 % IC 1.5-39.5).

En **conclusión**, haber tenido resultados negativos en PPD en embarazos previos, reduce el riesgo de padecerla, pero la muerte súbita sigue siendo una variable potente como antecedente de depresión posparto.

### 4. El vínculo en el posparto: el rol de la depresión, la ansiedad y el vínculo materno-fetal durante el embarazo.

#### Posttraumatic Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy.

Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S

Arch Womens Ment Health. 2015 Apr;18(2):187-95.

El vínculo materno-infantil (VMI) en el posparto ha sido objeto de estudio desde hace décadas; sin embargo, en los últimos veinte años, se investiga de forma sistematizada y con una metodología científica rigurosa. Los datos, cada vez más abundantes, revelan que el VMI está programado y es necesario en el desarrollo y la salud del bebé; es por ello que, el interés por detectar una posible disfunción y sus consecuencias, está bien justificado.

La información relacionada con esta realidad arroja datos como, por ejemplo, que la **depresión perinatal** está relacionada con un riesgo de rechazo hacia el bebé o de una posible atención inadecuada. Sin embargo, hay pocos estudios prospectivos que delimiten los factores de riesgo que llevan al desarrollo de un **trastorno del vínculo** (diagnóstico no reconocido en las guías DSM o CIE), y menos aún durante el embarazo.

Dubber S *et al.* analizan el papel de la depresión, la ansiedad rasgo, la ansiedad por el embarazo y el vínculo materno-fetal, y su relación con el VMI medido en el posparto. En el análisis de covariancia, encuentran que aquellas madres con un elevado nivel de estudios presentan mayor deterioro en el

VMI medido en el posparto. Respecto a las variables cuantitativas del estudio, la ansiedad por el embarazo (PRAQ-R), los síntomas de depresión en el posparto (EPDS), la ansiedad rasgo (STAI-R) y el vínculo materno-fetal son las que mayor correlacionan con el deterioro del VMI en el posparto (PBQ-16). En el modelo final, mediante un análisis de regresión, el **vínculo materno-fetal** y los **síntomas de depresión en el posparto** son los factores que mejor explican un posible deterioro del VMI. Incluyendo, en un segundo análisis, solo las variables pre-parto, ya que los síntomas de ansiedad quedaban enmascarados por los depresivos en el posparto, el vínculo materno-fetal alterado es el único que se mantiene como la variable significativa que mejor explica un posible deterioro en el VMI.

El presente estudio resulta muy interesante en tanto que su diseño es longitudinal prospectivo durante el embarazo hasta el posparto y permite analizar y delimitar los factores previos en los que se puede intervenir para garantizar un mejor VMI.

## 5. La complejidad del vínculo prenatal parental en los embarazos de alto riesgo de parto pretérmino.

### Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery.

Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Tinelli C, Stronati M  
*J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015 Apr 16:1-6

Se trata de un estudio transversal casos-control en el que se incluyeron a 43 parejas en la 37 semana y con embarazo de alto riesgo (RP) hospitalizados comparado con un grupo de parto fisiológico (PP), cuyo **objetivo** es valorar la relación entre el vínculo prenatal de los padres y los factores perinatales psicosociales.

Para la evaluación de los posibles factores psicológicos y sociales y el vínculo, las madres completaron los cuestionarios autoaplicados de depresión, ansiedad, apoyo social y vínculo prenatal y los padres un cuestionario autoaplicado del vínculo prenatal.

Como **resultado**, tanto los niveles de ansiedad ( $p < 0.001$ ) como de depresión ( $p < 0.001$ ) fueron mayores en el grupo de alto riesgo (RP) con el grupo sin riesgo de parto pretérmino (PP). El vínculo materno y paterno fue menor en RP ( $p < 0.001$ ;  $p < 0.005$  respectivamente), independientemente del estado depresivo o ansioso materno. En ambos grupos, el vínculo paterno se relacionó con el vínculo materno (PP:  $r < 0.034$ ; RP:  $r < 0.004$ ) y en el grupo de alto riesgo, el vínculo paterno se correlacionó negativamente con la depresión materna ( $r < 0.095$ ).

En el presente estudio se **concluyó** que los padres con riesgo de parto pretérmino desarrollaron un menor vínculo con el feto y presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión maternas, comparado con el grupo de embarazo fisiológico. Además, el vínculo materno resultó ser una variable independiente relacionada con el diagnóstico de un posible parto pretérmino. Por lo tanto, la promoción del bienestar psicológico y del vínculo de los futuros padres y madres podría mejorar la salud materna perinatal y el pronóstico neonatal.

## 6. Mindfulness y Salud Mental Perinatal: una Revisión Sistemática.

### Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review.

Hall HG, Beattie J, Lau R, East C, Anne Biro M.

*Women Birth.* 2015 Sep 4. pii: S1871-5192(15)00270-X. doi: 10.1016/j.wombi.2015.08.006.

En los últimos años ha aumentado el número de estudios que evalúan la eficacia de distintos Tratamientos de Tercera Generación, como es el caso del *Mindfulness*, que ha sido utilizado para el abordaje de distintos trastornos dentro del campo de la Salud Mental.

---

El presente estudio tiene como **objetivo** evaluar la eficacia del *Mindfulness* en el contexto de la salud mental perinatal, durante el período del embarazo. Los datos se obtuvieron mediante una búsqueda exhaustiva en seis bases de datos electrónicas y una selección posterior valorando la calidad metodológica y los instrumentos de evaluación utilizados.

Tras una selección exhaustiva, se incluyeron los datos obtenidos en nueve estudios, que presentaban diferencias tanto en la metodología como en las intervenciones utilizadas. Se incluyó un estudio con mujeres que llevaban a cabo un entrenamiento en *Mindfulness* para el abordaje del estrés (diferencia significativa (MD) -5,28, intervalos de confianza del 95 % (IC) -10,4 a -0,42, n=22), dos estudios centrados en el uso del *Mindfulness* para el abordaje de sintomatología depresiva (MD -5,48, IC del 95 % -8,96 a -2,0, n=46) y cuatro para la reducción de la ansiedad (MD -6,50; IC del 95 % -10,95 a -2,05, n=32).

Aunque los **resultados** de las distintas investigaciones seleccionadas son favorables, presentan distintas limitaciones metodológicas. Por tanto, hay una falta de evidencia empírica sobre la eficacia de este tipo de tratamiento en la Salud Mental Perinatal. Resulta imprescindible la realización de ensayos controlados a fin de valorar el uso de dichas terapias, concretamente durante el período del embarazo.

## 7. Estrés psicológico y adaptación durante el embarazo tras reproducción asistida y concepción espontánea: una revisión sistemática.

Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review.

Gouronti, K

Women Health. 2015 Jul 25:1-21.

El **objetivo** de esta revisión fue examinar estudios que describieran factores de estrés psicológico y de adaptación durante el embarazo, después de concebir mediante tratamiento de reproducción asistida. El presente artículo solo tuvo en consideración estudios cuantitativos y primarios de lengua inglesa publicados entre el 2000 y 2014, que fueran relevantes para su objetivo; la población de interés eran mujeres, previamente infértiles, embarazadas. Las variables surgidas fueron ansiedad general, síntomas depresivos, ansiedad específica en el embarazo, calidad de vida, autoestima, actitudes y adaptación en el embarazo y vínculo materno-fetal. Un total de veinte estudios cumplieron los criterios de inclusión metodológicos y son los que se incluyeron.

La revisión reveló que, en comparación con las mujeres que concebían de manera natural, esas mujeres que concibieron después de una fecundación in vitro tuvieron **mayor ansiedad específica del embarazo, peor calidad de vida**, ya sea con la misma o con menor sintomatología depresiva, el mismo nivel de autoestima, con **más actitudes positivas hacia las demandas del embarazo y un nivel superior en el establecimiento del vínculo con el feto**. Sin embargo, los niveles de ansiedad general en el embarazo después de la reproducción asistida fueron inconclusos.

Los autores consideran que ciertas limitaciones metodológicas y diferencias entre estudios, pueden explicar las inconsistencias en sus resultados respecto el impacto de la tecnología de reproducción asistida.

## 8. Salud mental perinatal de los hombres en la transición a la paternidad.

### Men's Perinatal Mental Health in the transition to fatherhood.

Daniel B. Singley and Lisa M. Edwards.

Professional Psychology: Research and Practice, 2015, June 22. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000032>

Los padres de hoy no asumen la misma responsabilidad que padres de anteriores generaciones; de hecho, hay una mayor implicación en los cuidados de sus hijos así como de sus parejas a lo largo del periodo perinatal. Investigaciones recientes han mostrado que aproximadamente el 10 % de los nuevos padres experimentan dificultades en su salud mental, incluyendo ansiedad y depresión. El **objetivo** de este artículo, por lo tanto, es examinar la literatura escasa en referencia a los factores psicológicos implicados en la paternidad, para proporcionar sugerencias a los profesionales sobre cómo realizar psicoterapias efectivas con estos hombres.

En la historia occidental, en general, se evidencia que los padres tomaron un papel menor en cuidado de sus hijos, con un rol fuertemente patriarcal en el que predominaba el alto nivel de control sobre sus familias; su contribución familiar se basaba en disciplinar a los niños y proveer recursos para el sostén de esta. A finales de los 60, por primera vez, las normas sociales comenzaron a cambiar identificando la necesidad del cuidado activo y enriquecedor (emocionalmente hablando) hacia los niños por parte de los padres, pues había **beneficios** como un menor abuso de sustancias, mejor rendimiento escolar y una mejor regulación emocional en la descendencia.

Ante la **nueva generación de padres**, el ajuste físico y emocional en la paternidad también puede ser complejo y exigente, aunque se haya tratado con mucha menor frecuencia que en la mujer. La falta de sueño y las necesidades de un niño son agotadoras, y este estrés añadido fuera del trabajo puede incrementar la ansiedad. El cambio en la relación de pareja, junto con los cambios logísticos que han tenido que hacer consigo mismos para cuidarse del niño, y los cambios psicosociales, redefinen una nueva paternidad. El soporte de la esposa se ha mostrado predictor en el bienestar psicológico, la efectividad paternal y afrontamiento; aunque se vio que la mayoría de mujeres no quieren que sus parejas se involucren más con sus hijos, el 40 % de los hombres les gustaría. La forma de gestionar las emociones en los hombres viene influenciada por lo que es "socialmente aceptable" o esperado; así, sus reacciones de ira y de retirada, y el pensar que no pueden pedir ayuda al exterior, les aísla, reduciéndose su soporte emocional e incrementando su **imagen de auto-ineficacia**.

Los **resultados** del único meta-análisis que se ha realizado sobre la **depresión postparto paternal** (PPD) indicaron que la PPD es de 10,4 % durante el primer trimestre y el año postparto, mientras las tasas de depresión, en general, de duración anual en hombres es del 4,8 %. La incidencia de PPD es mayor los primeros 3 y 6 meses, aunque estos resultados deben ser tomados con precaución. Otros estados de ánimos o trastornos de ansiedad son difíciles de concretar por falta de estudios, pero los que hay, insinúan los siguientes datos: del 4,4 % al 9,7 % para **ansiedad postparto paternal** y una prevalencia del 3,4 % en **TOC** en el tercer trimestre y del 1,8 % en el total del periodo postparto. También, se han observado **episodios bipolares** significativos: del 5 % de los padres diagnosticados de depresión durante el periodo perinatal, el 2,1 % experimentó episodios maníacos y el 3,3 % hipomaniacos.

Los **factores de riesgo** identificados en la salud mental perinatal de los padres, son los siguientes:

- Tener un *trastorno psiquiátrico* hace a los padres ser más vulnerables a sufrir otro trastorno. Hay una alta comorbilidad entre PPD con ansiedad y TOC.
- La *desregulación hormonal* debido al efecto espejo con la madre. Los padres tienen incrementos en niveles de prolactina y cortisol, reduciéndose la testosterona y los estrógenos, lo que tiene implica-

---

ciones en cómo se comportan con su recién nacido y su pareja, alterando la conducta y el estado psicológico.

- La *falta de apoyo social* predice mayores niveles de depresión, sobretodo se ha visto en separados o divorciados y desempleados, quienes informan abusar de drogas y alcohol.
- La *depresión materna* es indicada como predictor de depresión en el padre, debido al empeoramiento en la calidad en la relación marital.
- La *pobre satisfacción en la relación*, que parece ser más importante para predecir depresión postnatal entre los padres que los síntomas depresivos prenatales.

Los **efectos de la PPD** pueden verse en los mismos padres, en los niños y en la relación de paternidad. A mayor depresión paternal, menor compromiso con el niño, menor implicación en las actividades con ellos y está asociado a conductas parentales irritables (gritar y perder los nervios). En los niños con padres con PPD, se han observado dificultades emocionales y conductuales (incluyendo hiperactividad y problemas de conducta).

Por todo esto, y porque no es un problema exclusivo de la mujer, se debe reconocer que la salud mental del hombre en el periodo perinatal está expuesta a un mayor riesgo. El desarrollo de una mayor conciencia de la socialización masculina, de una psicología más especializada en la paternidad temprana y ser más conscientes de las cuestiones de salud mental perinatal en los hombres, permitirá a los psicólogos trabajar más eficazmente con esta población de riesgo y trabajar en la prevención.

Finalmente, los autores apuntan la necesidad de ampliar la investigación, a otras culturas y en el propio diagnóstico; quizás los criterios que actualmente existen en el DSM-V no reflejen del todo la expresión de la depresión masculina.

## 9. El desarrollo motor en niños expuestos a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina en el periodo prenatal: estudio de cohorte basado en la población en el embarazo.

### Motor development in children prenatally exposed to selective serotonin reuptake inhibitors: a large population-based pregnancy cohort study.

M Handal S Skurtveit, K Furu, S Hernandez-Diaz, E Skovlund, W Nystad, R Selmer  
BJOG 2015 Sep 15. DOI 10.1111/1471-0528.13582.

El presente trabajo se enmarca en el amplio estudio prospectivo de cohorte durante el embarazo, *The Norwegian Mother and Child Cohortstudy (MoBa)* (1999-2008), con una población total de 51404 embarazos únicos. El **objetivo** central fue examinar la asociación entre la exposición prenatal a los inhibidores selectivos, de la recaptación de la serotonina (ISRS) y el desarrollo motor de los niños, teniendo en cuenta el efecto de los síntomas maternos de ansiedad y depresión antes, durante y después del embarazo.

Para ello se ha evaluado el uso de ISRS durante los 6 meses antes del embarazo y de forma prospectiva durante el embarazo usando medidas de autoinforme. Para los análisis estadísticos se han utilizado modelos de regresión logística ordinal. En cuanto a las medidas principales de **evaluación** se ha medido el desarrollo motor mediante informes maternos acerca del desarrollo de la motricidad fina y gruesa a la edad de 3 años, utilizando ítems de un cuestionario de edades y etapas (*Ages and Stages*

*Questionnaire*, ASQ). Las puntuaciones maternas obtenidas en el ASQ se compararon con datos de un sub-estudio MoBa, en el cual se evaluaron el desarrollo motor con las escalas motora gruesa y fina de Mullen del aprendizaje temprano.

Los **resultados** mostraron que 381 mujeres (0,7 %) informaron el uso de ISRS durante el embarazo y; de estas, 159 informaron en al menos dos cuestionarios su uso prolongado. La exposición prolongada a ISRS se asoció con un retraso en el desarrollo motor fino, odds ratio 1,42 (IC 95 % 1,07- 1,87) en comparación con ninguna exposición a ISRS, tras ajustar por los síntomas de ansiedad y depresión antes y durante el embarazo. La severidad de la depresión materna parecía explicar esta asociación solo parcialmente. La estratificación de la depresión después del embarazo no tuvo impacto en el efecto estimado de los ISRS.

En **conclusión**, la exposición prenatal prolongada a los ISRS fue débilmente asociada con un retraso en el desarrollo motor a la edad de 3 años, pero este retraso no es de relevancia clínica.

## 10. Exposición prenatal a antidepresivos e impacto en el comportamiento, en niños de 7 años: un estudio de la National Birth Cohort.

### Pregnancy Prenatal antidepressant exposure and child behavioural outcomes at 7 years of age: a study within the Danish National Birth Cohort.

LE Grzeskowiak, JL Morrison, TB Henriksen, BH Bech, C Obel, J Olsen, LH Pederseng.

BJOG 2015 Sep 15. DOI 10.1111/1471-0528.13611.

El **objetivo** de este estudio fue investigar el impacto de la exposición prenatal a antidepresivos en los problemas de conducta en niños de 7 años de edad.

Se trata de un estudio basado en la población a nivel nacional de la *National Birth Cohort* danesa, en una población total de 49178 mujeres embarazadas reclutadas entre 1996 y 2002.

Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas telefónicas asistidas por ordenador, que se han realizado dos veces durante el embarazo, y que se utilizaron para identificar a los niños nacidos de: (i) mujeres con depresión que tomaron antidepresivos durante el embarazo (n = 210); (ii) mujeres con depresión que no tomaron ningún antidepresivo durante el embarazo (n = 231); y (iii) mujeres sanas sin depresión (n = 48737). Los problemas conductuales en la infancia a los 7 años de edad fueron examinados mediante la versión danesa validada del *Cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).

En cuanto a los **resultados**, no se observaron asociaciones entre la exposición prenatal a antidepresivos y puntuaciones alteradas en el SDQ en la escala general de problemas conductuales (riesgo relativo ajustado, aRR 1,00; 95 % CI 0,49-2,05), hiperactividad/ Déficit atencional (aRR 0,99, IC 95 % 0,56-1,75), o problemas interpersonales entre pares (aRR 1,04; IC del 95 %: 0,57 a 1,91). Aunque la exposición prenatal a antidepresivos parece estar asociada con resultados alterados en el SDQ en las subescalas de síntomas emocionales (aRR 1,68, IC 95 % 1,18-2,38) y problemas de conducta (aRR 1,58, IC 95 % 1,03-2,42), estas asociaciones se atenuaron significativamente después del ajuste para estado de ánimo prenatal (aRR 1,20; IC 95 %: 0,85 a 1,70 y aRR 1,19; IC 95 % 0,77 1,83, respectivamente). Además, la depresión prenatal se asoció con un mayor riesgo en todos los parámetros conductuales evaluados, en comparación con los niños no expuestos.

---

En **conclusión**, los resultados de este estudio sugieren que independiente de patología materna, la exposición prenatal a antidepresivos no está asociada a un mayor riesgo de presentar alteraciones de conducta en los niños de 7 años de edad.

## 11. Exposición prenatal a antidepresivos e impacto en el comportamiento, en niños de 7 años: un estudio de la *National Birth Cohort*.

### Antidepressant use in late gestation and risk of postpartum haemorrhage: a retrospective cohort study.

LE Grzeskowiak, R McBain, GA Dekker, VL Cliftona.

BJOG 2015 Sep 15. DOI 10.1111/1471-0528.13612.

El presente estudio tenía como **objetivo** investigar la asociación entre el uso de antidepresivos en el final de la gestación y la aparición de hemorragia en el posparto (HPP). Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo, llevado a cabo en un hospital universitario de Adelaide, Australia. La población total consistió de un total de 30198 mujeres con partos entre 2002 y 2008.

Para ello, se calcularon los riesgos relativos ajustados por variables sociodemográficas y comorbilidad (aRRs) para hemorragia en el posparto (HPP), en los que se compararon mujeres con exposición a antidepresivos al final de la gestación (n=558), mujeres con enfermedad psiquiátrica, pero sin uso de antidepresivos (n=1292), y mujeres sin exposición a antidepresivos (n=28348). Se realizaron unos análisis adicionales para medir la sensibilidad, que han examinado las asociaciones entre HPP severa y anemia posparto. La variable principal del estudio fue la HPP, definida como la pérdida de sangre registrada de  $\geq 500$  mL para partos vaginales y  $\geq 1000$  ml para las cesáreas. Las medidas secundarias del estudio incluyeron HPP severa ( $\geq 1000$  ml de pérdida de sangre, independientemente del tipo de parto), y la presencia de anemia en el posparto (identificada mediante los registros médicos del hospital).

Los **resultados** revelaron que las mujeres expuestas a antidepresivos tenían un mayor riesgo de hemorragia posparto (aRR 1,53; 95 % IC 1,25 a 1,86) en comparación con los sujetos control no expuestos, mientras que en las mujeres con enfermedad psiquiátrica pero sin uso de antidepresivos no se observó un aumento en el riesgo de HPP (aRR 1,04, IC 95 % 0,89-1,23). En los análisis de sensibilidad, la exposición a antidepresivos durante la gestación tardía se asoció con un mayor riesgo de hemorragia posparto severa (aRR 1,84; IC 95 % 1,39 a 2,44), así como de anemia posparto (aRR 1,80; IC 95 %: 1,46 a 2,22).

Los hallazgos conducen a los autores a **concluir** que la exposición a antidepresivos durante el final de la gestación se asocia con un aumento significativo del riesgo de hemorragia en el posparto. Aunque los autores no pueden descartar el potencial efecto de confusión por variables que no han sido medidas, estos hallazgos del presente estudio sugieren un efecto directo de la exposición antidepresivo en la HPP.

Anais Orobitz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga. Consejo de Redacción (SPMIJ)



### **Irritability in boys with autism spectrum disorders: an investigation of physiological reactivity**

*Nina Mikita, Matthew J. Hollocks, Andrew S. Papadopoulos, Alexandra Aslani, Simon Harrison, Ellen Leibenluft, Emily Simonoff and Argyris Stringaris.*

**Journal of Child Psychology and Psychiatry 2015.**

Este es un estudio que quiso investigar los mecanismos de la irritabilidad en los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), basándose en la relación entre la irritabilidad y las respuestas al estrés fisiológico. Esta investigación seleccionó 47 niños medicados con TEA de alto funcionamiento y 23 niños con desarrollo típico, todos con edades comprendidas entre 10 y 16 años. Todos realizaron un test de estrés psicosocial y se registraron los cambios en el cortisol, la frecuencia cardíaca y la variabilidad de la frecuencia cardíaca a lo largo de la prueba. Los resultados de irritabilidad del grupo TEA de alto funcionamiento se compararon con dos grupos de niños sin TEA (un grupo de 40 chicos altamente irritables con desregulación grave del estado anímico, y otro grupo de 30 niños de control sanos). Se concluyó que los niños con TEA de alto funcionamiento obtuvieron unos resultados significativamente más elevados en irritabilidad que los niños de control sanos. Sin embargo, el grupo TEA de alto funcionamiento y el grupo de chicos altamente irritables mostraron síntomas de irritabilidad muy parecidos. Los niños con TEA de alto funcionamiento mostraron cambios significativos provocados por el estrés en el cortisol y en la frecuencia cardíaca. Sin embargo, el grupo altamente irritable obtuvo niveles más bajos de cortisol en comparación con el grupo de baja irritabilidad o grupo control sano.



### **Developmental dyslexia: predicting individual risk.**

*Paul A. Thompson, Charles Hulme, Hannah M. Nash, Debbie Gooch, Emma Hayiou-Thomas and Margaret J. Snowling.*

**Journal of Child Psychology and Psychiatry 2015.**

El presente estudio quiso realizar un seguimiento a los niños con alto riesgo de dislexia, desde la edad de preescolar hasta los primeros años de primaria. Se formaron tres grupos: un grupo de niños en situación de riesgo familiar de la dislexia, otro grupo de niños con problemas en el habla y en el desarrollo del lenguaje, y finalmente un grupo control. Ocho años después, los mismos niños fueron clasificados como disléxicos o no disléxicos. Los resultados mostraron que el estado civil de riesgo fue el predictor más fuerte de la dislexia a los 8 años, por encima del lenguaje en preescolar. Sin embargo, las habilidades lingüísticas en edad preescolar siguen siendo predictores significativos, junto con la motricidad.

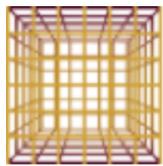


## Child Maltreatment and Neural Systems Underlying Emotion Regulation

Katie A. McLaughlin, Matthew Peverill, Andrea L. Gold, Sonia Alves, Margaret A. Sheridan.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2015.

Esta investigación quiso comprobar si el maltrato infantil se asociaba con respuestas neuronales durante la visualización pasiva de estímulos emocionales negativos y positivos e intentos para la regulación de las respuestas emocionales. En este estudio participaron 42 adolescentes de edades entre 13 y 19 años, la mitad de los cuales habían sufrido por su integridad física y/o abusos sexuales. Se analizó la respuesta de oxígeno en sangre durante la visualización pasiva de los estímulos emocionales negativos y positivos, así como también, los intentos de modular las respuestas emocionales mediante la reevaluación cognitiva. Los resultados revelaron que los adolescentes maltratados presentaban respuestas neuronales delante de estímulos emocionales negativos, concretamente en la amígdala, putamen y anterior ínsula. Sin embargo, los adolescentes maltratados modulan la amígdala, frente a estímulos emocionales negativos, de forma similar a los jóvenes no maltratados. La diferencia se encuentra en el esfuerzo para modular las respuestas de la amígdala, ya que nivel en los adolescentes maltratados es mayor.



## JOURNAL OF EATING DISORDERS

Comparative  
effects of

Facebook and conventional media on body image dissatisfaction

Rachel Cohen and Alex Blaszczynski.

Journal Eating Disorders 2015.

En la actualidad, existen muchos estudios que afirman que la comparación de la apariencia genera insatisfacción en la imagen corporal. Y se ha demostrado que esta afirmación se plasma en los medios convencionales con imágenes del ideal de delgadez. Esta es una investigación que quiso analizar el impacto de la comparación de la apariencia y la insatisfacción corporal en los medios sociales y en los medios convencionales. Una muestra de 193 chicas estudiantes de primer año de universidad fueron escogidas al azar para ver una serie imágenes del ideal de delgadez, a través de Facebook o de medios convencionales. A los participantes se les administró cuestionarios de evaluación previos y posteriores a la exposición de imágenes, cuyas preguntas estaban relacionadas con la internalización del ideal de delgadez, la comparación de la apariencia, la autoestima, el uso de Facebook y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados mostraron que la comparación de la apariencia solo se relaciona significativamente con la insatisfacción de la imagen corporal en personas expuestas a Facebook, pero no en medios convencionales. Por tanto, el uso de Facebook indicó niveles más altos de insatisfacción corporal y se asoció con un mayor riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

**Sección a cargo de V. González Bueso, S. Giménez Murcia y V. Ferrer  
Consejo de Redacción**



***Implicit associations in cybersex addiction: Adaption of an Implicit Association Test with pornographic pictures***

Snagowski J<sup>1</sup>, Wegmann E<sup>1</sup>, Pekal J<sup>1</sup>, Laier C<sup>1</sup>, Brand M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>General Psychology: Cognition, University of Duisburg-Essen, Germany.

<sup>2</sup>General Psychology: Cognition, University of Duisburg-Essen, Germany; Erwin L. Hahn Institute for Magnetic Resonance Imaging, Essen, Germany. Electronic address: matthias.brand@uni-due.de.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26026385>

Recent studies show similarities between cybersex addiction and substance dependencies and argue to classify cybersex addiction as a behavioral addiction. In substance dependency, implicit associations are known to play a crucial role, and such implicit associations have not been studied in cybersex addiction, so far. In this experimental study, 128 heterosexual male participants completed an Implicit Association Test (IAT; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998) modified with pornographic pictures. Further, problematic sexual behavior, sensitivity towards sexual excitation, tendencies towards cybersex addiction, and subjective craving due to watching pornographic pictures were assessed. Results show positive relationships between implicit associations of pornographic pictures with positive emotions and tendencies towards cybersex addiction, problematic sexual behavior, sensitivity towards sexual excitation as well as subjective craving. Moreover, a moderated regression analysis revealed that individuals who reported high subjective craving and showed positive implicit associations of pornographic pictures with positive emotions, particularly tended towards cybersex addiction. The findings suggest a potential role of positive implicit associations with pornographic pictures in the development and maintenance of cybersex addiction. Moreover, the results of the current study are comparable to findings from substance dependency research and emphasize analogies between cybersex addiction and substance dependencies or other behavioral addictions.



## ***Examining personality factors and character defenses assists in the differentiation between college students with Internet addiction and unaffected controls***

Georgios Florosa<sup>b</sup>, Konstantinos Siomos<sup>b</sup>, Diomidis Antoniadis<sup>a</sup>, Vasileios-Panteleimon Bozikas<sup>c</sup>, Thomas Hyphantis<sup>d</sup>, Georgios Garyfallos<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>2nd Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece.

<sup>b</sup>Hellenic Association for the Study of Internet Addiction Disorder, Larissa, Greece.

<sup>c</sup>1st Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece.

<sup>d</sup>Department of Psychiatry, Division of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, Greece.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886915003694>

The purpose of this study is to evaluate the predictive value of personality factors, character defenses and psychopathology indexes in discerning between a clinical sample of Internet-addicted college students and a random sample of non-addicted college students. A discriminant analysis identified the variables which enabled discerning Internet addicts from non-addicts in 78 % of all subjects. Internet-addicted students presented with higher frequency of connecting to the Internet, more time spent online, higher impulsivity, higher help-rejecting complaining and lower sublimation. Indexes of overt symptomatology did not assist in discerning clinical cases from controls. In conclusion, employing a test battery which includes not only measures of Internet addiction but also measures of inheritable personality factors and character defenses can be of assistance both in clinical work and in epidemiological research.



## *Alleviating depression only to become problematic mobile phone users: Can face-to-face communication be the antidote?*

*Jung-Hyun Kim<sup>a</sup>, Mihye Seo<sup>b,1</sup>, Prabu David<sup>c,2</sup>*

<sup>a</sup>School of Communication, Sogang University, K328, 35 Baekbeom-ro, Mapo-gu, Seoul 121-742, South Korea.

<sup>b</sup>Department of Journalism and Mass Communication, Sungkyunkwan University, Sungkyunkwan-ro, 25-2, Chongro-gu, Seoul 110-745, South Korea.

<sup>c</sup>College of Communication, Michigan State University, 404 Wilson Road, Room 287, East Lansing, MI 48824, United States.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074756321500401X>

With the increasing penetration of mobile phones, problematic use of mobile phone (PUMP) deserves attention. In this study, using a path model we examined the relationship between depression and PUMP, with motivations as mediators. Findings suggest that depressed people may rely on mobile phone to alleviate their negative feelings and spend more time on communication activities via mobile phone, which in turn can deteriorate into PUMP. However, face-to-face communication with others played a moderating role, weakening the link between use of mobile phone for communication activities and deterioration to PUMP.

## Usted no tiene nada

La salud no es el silencio del cuerpo. Presentar algún síntoma o signo no es sinónimo de padecer una enfermedad o como dice Manuel Valdés en el prólogo del libro (1) 'nuestro organismo está diseñado con numerosas imperfecciones y va haciendo ruido en el transcurso de nuestra existencia, aunque no lo penalice la enfermedad'. La mayoría de personas pueden filtrar este ruido pero algunas otras no, incluso pueden amplificarlo y esto da pie a las somatizaciones. Un 75 % de las personas sanas pueden padecer algún tipo de molestia física o dolor, de estas un 25 % consulta al médico creyendo padecer alguna enfermedad. El 5 % de los pacientes que tienen algún síntoma padecen realmente una enfermedad y lo más probable, en más de un 90 %, es que se trate de un problema leve que se autolimitará.

Hablando del tema del libro es obligado hacer referencia a las novedades que aporta el DSM 5 con respecto a la clasificación y diagnóstico de los trastornos de somatización rebautizados con el nombre de 'Trastornos de síntomas somáticos'. Un cambio sumamente importante es que ya no se exige que no haya explicación médica de la sintomatología que refiere el paciente. El no encontrar nada no es sinónimo de que el paciente no tenga nada, o acuérdense de cuantas gastritis por *Helicobacter pylori* fueron tratadas como psicógenas. Otro punto a remarcar, los criterios diagnósticos de Trastorno de conversión o el descriptivo Trastorno de síntomas neurológicos funcionales cambian ligeramente y se ajustan a la realidad al no requerir que los factores psicológicos estén relacionados con el síntoma. Esto último arrinconó la interpretación psicoanalítica de los síntomas somáticos sin explicación médica que los atribuye a conflictos psicológicos inasumibles. También señalar que el trastorno por dolor desaparece y se incluye en el Trastorno de síntomas somáticos. Es importante hacer mención al estudio de Hender y colaboradores que encontraron que el 98 % de los pacientes derivados a psiquiatría por dolor psicógeno tenían una justificación física para el dolor. La insistencia del hombre –y de los médicos en particular– en separar lo orgánico de lo psicológico

es totalmente artificioso, el hombre es una unidad y la psique no es virtual.

Javier García Campayo conoce bien la atención primaria y su producción bibliográfica se centra en el dolor, la fibromialgia, la depresión y últimamente en el *Mindfulness* aplicado a los trastornos de somatización, especialmente al dolor crónico. El libro empieza con un magnífico prólogo de Manuel Valdés. Continúa explicando por qué tener un síntoma no significa que se padezca una enfermedad y por qué consultamos al médico. También hace un repaso histórico de la somatización desde los egipcios hasta la psiquiatría moderna, pasando por el *Corpus Hippocratus* y por lo tanto por la histeria. Nos explica las causas del dolor y de otros síntomas somáticos, los tipos de somatización y el tratamiento. Muy interesantes son los consejos a las familias, que son las que tienen que lidiar día a día con el paciente, y el capítulo de 'Todo lo que debe saber el somatizador' como una guía para el que sufre la enfermedad.

Se trata de un libro de divulgación médica dirigido a todo tipo de público. Puede ayudar al paciente y a sus familias a afrontar la enfermedad, a evitar la yatrogenia acudiendo repetidamente al médico y a entender por qué el exceso de exploraciones y tratamientos puede empeorar el pronóstico. Pero probablemente aún sea de más utilidad para el médico, tanto para el que se dedica a la salud mental como el que no. Es necesario romper viejas creencias y tener un lenguaje común. El libro ayuda a aclarar conceptos y puede ser una guía para el médico para saber qué hacer, y lo más importante, qué no hacer para cuidar más que curar a estos pacientes. Es bien sabido que en todas las especialidades pueden detectarse síntomas por los que no se puede encontrar explicación médica. El médico recibe al paciente y realiza múltiples pruebas diagnósticas, algunas de ellas pensando que pueden dar información y otras tras la insistencia del paciente. Cuando el especialista no llega a ninguna conclusión diagnóstica es cuando dice al paciente 'Usted no tiene nada', pero el paciente continúa teniendo lo mismo, sea lo que sea

que tenga. Esto suele producir enfado y frustración al paciente y los que llegan al psiquiatra lo hacen después de un periplo de visitas, pruebas y tratamientos que no han sido eficaces y con la sensación de que se los tilda de mentirosos.

Se debe tener en cuenta que cuerpo y mente no están separados y que existen enfermedades físicas con síntomas psíquicos y enfermedades mentales con síntomas físicos.

**La recomendación:** *Todo lo que debe saber sobre los somatizadores y su mundo está en este libro, excepcional en el panorama de la divulgación científica: como afrontar la enfermedad y evitar exceso*

*de visitas médicas, cómo no refugiarse en los fármacos y no sumergirse en la invalidez. Y cómo salirse de la autopista del miedo y desviarse por el camino de las oportunidades.*

**Gemma Parramon Puig**

C. de Redacción

Jefa de Sección de Interconsulta y Psiquiatría  
de Enlace del hospital Universitario de la Vall  
Hebrón de Barcelona.

(1) **Dicen que no tengo nada. Las somatizaciones.**

Javier García Campayo. Editorial Siglantana, 2015,  
Barcelona.

## ¿Epidemia o nuevos horizontes?

En los últimos años las adicciones comportamentales han obtenido cierto reconocimiento por parte de la comunidad científica y clínica. La creciente evidencia, en algunas de ellas, ha llevado a su inclusión en el último manual diagnóstico DSM-5, en el apartado Trastornos no Relacionados a Sustancias. Aún así, la única referencia a las adicciones relacionadas con nuevas tecnologías (*Internet Gaming Disorder*) de este manual duerme en las profundidades de los trastornos sobre los que se requiere más investigación. En este contexto, parece totalmente necesario analizar, reflexionar e investigar el impacto, tanto positivo como negativo, que estas nuevas tecnologías tienen sobre las personas. El libro que se comenta (1) no puede aparecer en mejor momento. Susana Jiménez-Murcia y J. M<sup>a</sup> Farré y Martí coordinan a un grupo de expertos con un amplio bagaje clínico y de investigación tanto en los problemas generados por las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como en sus posibles beneficios.

El libro se estructura en una serie de capítulos, cada uno de ellos escrito por varios autores de referencia en este tema, donde se habla de la amplia gama de comportamientos relacionados con las nuevas tecnologías que pueden generar problemas en los usuarios; así como también de las nuevas posibilidades que estos instrumentos, con un desa-

rollo vertiginoso y en constante evolución, pueden ofrecernos.

El primero de estos capítulos reflexiona de manera magistral sobre cómo el desarrollo tecnológico es inherente al ser humano, y sobre cómo nosotros mismos somos responsables de gestionar los beneficios y peligros asociados que conlleva. El siguiente tema tratado es el de las redes sociales, una herramienta extremadamente popular en los últimos años. Los autores realizan una profunda reflexión sobre la comunicación, su evolución y los problemas que puede generar la adaptación a esta nueva forma de llevarla a cabo. Seguidamente, encontramos dos apartados, el primero, una interesante y actualizada revisión sobre las características y el tratamiento del juego patológico en su versión *online*, destacando los nuevos enfoques utilizados para ayudar a los afectados. El segundo la exposición de varios casos relacionados con las apuestas a través de internet y las reflexiones de los terapeutas sobre ellos.

Se entra con precisión a considerar las características, definiciones, causas, consejos preventivos y pautas para ayudar a personas de nuestro entorno más cercano, sobre las cuatro adicciones tecnológicas que en los últimos años han representado una gran cantidad de consultas en las unidades especializadas: juegos *online*, compra a tra-

---

vés de Internet, “Smartphone” y cibersexo. Estos cuatro capítulos representan una auténtica guía de referencia sobre estos trastornos, con información científica absolutamente actual expuesta de manera sencilla y cercana.

Algo que preocupa social y familiarmente son los problemas, así como su detección, que los niños y jóvenes pueden encontrar en la Red: Ciberacoso, *grooming*, *sexting*, páginas que incitan a la anorexia y a la bulimia, sectas coercitivas o grupos de manipulación psicológica, etc.

**La recomendación:** : *Recomendado tanto para profesionales como para todo tipo de personas interesadas. Ahí está la información más pertinente sobre muchas de las dudas con respecto a este tipo de adicciones tecnológicas. Y*

*lo que es importante: lo escriben nuestros mejores expertos.*

**Vega González-Bueso**  
Consejo de Redacción  
Psicóloga clínica. Directora de AIS  
[vgonzalez@ais-info.org](mailto:vgonzalez@ais-info.org)

**Juanjo Santamaría**  
Doctor en Psicología.  
Investigador en AIS (Barcelona)  
[jsantamaria@ais-info.org](mailto:jsantamaria@ais-info.org)

(1) Jiménez-Murcia, S. y Farré Martí, J.M. (2015) Adicción a las nuevas tecnologías ¿La epidemia del S.XXI? Editorial Siglantana. Barcelona. España.

## No todo es estética: sexo y amor enfrentados a su propia ética

En este manual del profesor F. López (1), un nombre imprescindible en la sexología científica en nuestro ámbito, se desarrolla una propuesta sobre los procedimientos y contenidos de la ética sexual y amorosa, un campo olvidado, no solo en España, sino a nivel internacional.

Abandonada la moral represiva y sexofóbica de la cultura judeo-cristiana, nuestra sociedad de mercado y consumo ha hecho de la sexualidad y las relaciones amorosas un producto más de uso, banalizando las relaciones y recurriendo a nuevos mitos: de la represión sexual a la obligación de tener relaciones sexuales, de la monogamia al poliamor, de la prostitución a los contactos y masajes, de la contención a la experimentación, de la normalización convencional a la publicidad y exhibición de las formas de sexualidad antes consideradas desviadas, etc. Lo que antes era pecado se convierte ahora en deseable e incluso obligatorio. “Antes nos engañaban y ahora también”; según palabras del propio autor.

La sexualidad se usa como mediador de la publicidad de todo tipo de productos o como conte-

nido explícito para ser vendido a los espectadores o a quienes compran actividad sexual. Es decir, la sexualidad ha pasado de ser “lo secreto” a ser un producto más del mercado. Es así cómo las relaciones sexuales se pueden convertir en un “campo de minas”, en otra expresiva manifestación de Félix López.

Es necesario hacer un discurso sobre la sexualidad, ubicándola en el reino de la libertad, no en el reino de la necesidad y del consumo, justo para evitar la violencia, el acoso, los abusos, la coerción, la búsqueda egoísta del propio placer olvidando el de la pareja, etc.

En este libro se entiende la ética como la aplicación de la inteligencia emocional (el buen corazón empático) y la razón (la prudencia aristotélica y la sabiduría kantiana) a las relaciones sexuales y amorosas, justo para gozar más y mejor con los demás, sin dejarnos doblegar por doctrinas represivas ni manipular por las reglas de mercado.

Para ello, López defiende argumentalmente los siguientes principios: ética del consentimiento, ética del placer compartido, ética de la igualdad,

---

ética de la lealtad, ética de la salud, ética del derecho a la vinculación y desvinculación, ética de los cuidados a la familia y la crianza, y ética de la diversidad.

***La recomendación:** La vuelta siempre esperada del carismático Félix López. Imprescindible para estudiosos de la sexología, pero también*

*para quien pretende ir más allá de los consejos animosos habituales.*

**J.M<sup>a</sup>. Farré**  
Editor

(1) *Ética de las relaciones sexuales y amorosas.* (2015).  
Félix López Sánchez . Madrid: Editorial Pirámide.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
XVII Simposio sobre Trastornos Bipolares	29 Enero 2016	Verummedica Telf.: 934362235/606443265 Fax: 93 450 99 77 Website: www.verummedica.com E-mail: info@verummedica.com	BARCELONA
XLVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y VII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática	18-20 Febrero 2016	Secretaría Técnica Esther Rodríguez Díaz Telf.: 664 340 959 Email: semedinaps@gmail.com	SEVILLA
XLIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol	10-12 Marzo 2016	C&Events Soluciones Telf.:960 91 45 45 E-Mail: escuela@cevents.es Website: www.cevents.es www.sociodrogalcohol.org	ALICANTE
XIX Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica	17 Marzo 2016	Telf.: 93 546 01 11 Fax: 93 205 85 12 E-mail: psiquiatria.dex@quiron.es	BARCELONA
XVIII Jornadas Nacionales de Patología Dual	14-16 Abril 2016	Tilesa Kenesspain Telf.:+34 913 612 600 Fax: +34 913 559 208 Website: www.patologiadual.com E-Mail: jornadas@patologiadual.es	MADRID

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
18th IPOG Congress	12-14 Mayo 2016	Tel.: +34 91 517 87 88 Fax: +34 91 517 87 89 E-mail: info@ispog2016.es	MÁLAGA
XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad	26-28 Mayo 2016	Geysco Telf.: Telf.: +34 932 212 242 Fax: +34 932 217 005 Website: www.geysco.es/trastornos Email: barcelona@geysco.es	TOLEDO
8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies	22-25 Junio	Waldron Smith Management Telf.: +61 3 9645 6311 Fax: +61 3 9645 6322 Website: www.wcbct2016.com.au E-mail: wcbct2016@wsm.com.au	AUSTRALIA
IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica	17-20 Noviembre 2016	www.aepc.es	SANTANDER

---

## NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

1. La revista de Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace publicará preferentemente trabajos (artículos originales, revisiones y casos clínicos en formato artículo) relacionados con las actividades investigadoras y clínicas de la psicología clínica, psiquiatría y psicosomática. Siguiendo los modelos experimentales, tanto de origen biológico como –en el caso de las psicoterapias– los que han mostrado evidencia (v.g los cognitivo-conductuales). Dichos trabajos pueden ser publicados en lengua española o inglesa.
2. Los trabajos deben ser remitidos para su publicación al Dr. J.M Farré i Martí, al e-mail: [psico.dex@quiron.es](mailto:psico.dex@quiron.es)
3. Los originales no deben haber sido publicados anteriormente o presentados simultáneamente a otra publicación. Los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista de Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Los autores deben declarar explícitamente si existen o no posibles *conflictos de intereses* y deben acompañar el manuscrito de todos los permisos correspondientes para reproducir material previamente publicado que se va a incluir en el manuscrito.
4. La presentación de los trabajos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (American Psychological Association). Siendo algunos de los requisitos básicos:
  - a. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas), en páginas tamaño DIN-A4 y tipo de letra Times New Roman cuerpo 12, con interlineado de 1,5 por una cara, con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.
  - b. Los artículos pueden escribirse indistintamente en castellano e inglés. La primera página debe contener: título en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan). Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan) (de no más de 250 palabras); y a continuación cuatro palabras-clave en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan).
  - c. Los manuscritos mantendrán, en la medida de lo posible, la estructura siguiente: Introducción, Método, Resultados, Discusión/Conclusión (Discusión y Conclusión pueden emplearse en forma indistinta para el mismo texto) y Referencias.
  - d. Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y años, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, sea añada al año las letras a, b, c, hasta done sea necesario, repitiendo el año.
  - e. Las referencias bibliográficas deben presentarse al final del artículo y ordenadas alfabéticamente por el nombre del autor (o primer autor en caso de que sean varios) siguiendo los siguientes criterios:
    - i. Libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto, título completo en cursiva, punto, lugar de edición, dos puntos, editorial, punto.

ii. Capítulos de libros colectivos o Actas: Autor (es) (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto, título del trabajo que se cita, punto, “En” seguido de los nombres de los autores del libro (inicial, punto, apellido) seguido de “Eds.”, “Dir.”, o “Comps.” (entre paréntesis), coma, título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado, punto, ciudad, dos puntos, editorial.

iii. Artículos de revistas: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto título del artículo, punto, nombre de la revista completo en cursiva, coma, volumen, número entre paréntesis, coma, página inicial y final separadas por un guión.

5. Comentarios de Libros: serán presentados formato word, con letra Times New Roman de tamaño 12 con interlineado 1,5. Encabezado por el título y la correcta referenciación del libro en cuestión. Con una extensión no superior a 800 palabras.

6. Caso clínico. Los manuscritos mantendrán, en la medida de lo posible, la estructura siguiente, además de los ya indicados en el apartado 4 (excepto 4c):

- Identificación del paciente
- Análisis del motivo de la consulta
- Historia del problema
- Análisis y descripción de las conductas problema
- Establecimiento de las metas del tratamiento
- Estudio de los objetivos terapéuticos
- Selección del tratamiento más adecuado
- Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase
- Aplicación del tratamiento
- Evaluación de la eficacia del tratamiento
- Seguimiento: especificar si se realizó y en qué periodos
- Observaciones

7. A la recepción del trabajo se enviará acuse de recibo al autor principal, pasando directamente a evaluación –externa “por referer”– para su posterior publicación. Una vez producida la aceptación definitiva de un trabajo para su publicación (después de posibles modificaciones sugeridas) el autor principal recibirá acuse de aceptación. Los artículos serán publicados indistintamente en español y en inglés.

### **Conflicto de intereses**

Todos los autores deben revelar cualquier conflicto de interés económico y/o personal con otras personas u organizaciones que podrían influir indebidamente su trabajo (causando un sesgo). Ejemplos de posibles conflictos de interés: el empleo, propiedad de acciones, honorarios, testimonio de expertos pagados, las solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones. Si no hay conflictos de interés, por favor, indique lo siguiente: “el/los autores no presentan conflicto de intereses”.

---

## AUTHOR GUIDELINES: CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

1. "Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace" preferably publishes manuscripts that include a focus on experimental and/or biological models as well as empirically proven therapies (e.g.: cognitive-behavioural therapy) in clinical psychology, psychiatry and/or psychosomatic medicine. The journal welcomes original research articles, meta-analyses and literature reviews, clinical cases in article format and letters to the editor. Suitable manuscripts will be either in Spanish or English.

2. Manuscripts should be submitted through the following e-mail address: [psico.dex@quiron.es](mailto:psico.dex@quiron.es). They should be addressed to the attention of Dr. JM Farré i Martí.

3. Manuscripts are reviewed with the understanding that they are original, have not been published, and are not under simultaneous review elsewhere. All authors must approve of the submission, and before publication, the corresponding author should secure permission to name anyone listed under acknowledgments. Most manuscripts are sent to outside peer reviewers. The rights of reproduction in any form are property of "Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace". Authors must state whether potential conflicts of interest exist and in case of including previously published material in the manuscript, authors must also include all corresponding permissions.

4. Manuscripts must comply with the publication standards of APA (American Psychological Association). Being some of the basic requirements:

a. Papers should not be longer than 6000 words (including references, figures and tables) in DIN-A4 size. The entire document should be in 12 point normal times New Roman, 1.5 spaced, with margins of 3 cm and the page number placed at the upper right.

b. First page must contain: title in Spanish and English. Authors and affiliations; all names are listed together and separated by comas. Affiliations should be keyed to the author's name with superscript numbers and be listed as follows: Laboratory, Institute, Department, Organization, City, and Country. The Corresponding Author should be marked with an asterisk. Provide the exact contact address (this time including street name and city zip code) and email of the corresponding author in a separate paragraph. The second page should include an abstract in Spanish and English (maximum 250 words) with four key words also in Spanish and English.

c. Manuscripts should be organized as follow: Introduction, Method, Results, Discussion/Conclusion and References.

d. All citations in the text must be in the reference list and vice-versa. The references should only include articles that are published or accepted. In-text citations should be called according to the surname of the first author, followed by the year. For works by 2 authors include both surnames, followed by the year. For more than two and less than six authors, include all authors at the first citation and in the following ones include the first author followed by "et al.", followed by the year. For works of more than 6 authors include only the surname of the first author, followed by et al., followed by the year. If the author's name is part of the narrative, only the year shall be bracketed. To identify works by the same author, or authors, of the same date, be added to the year the letters a, b, c, as required, repeating the year.

e. References should be listed at the end of the manuscript in alphabetical order conferring the first author surname according to the following criteria:

i. Books: Author (Surname, coma, first letter of the name and full stop; in case of multiple authors, separate with coma and before the last with a "y"), full stop, year (in parentheses), full stop, full title in italics, full stop, city of edition, colon, publisher, full stop.

ii. Chapters in collective books: Author(s) (surname, coma, first letter of the name and full stop; for multiple authors, separate with coma and before the last author add "y" or "&"), full stop, year (in parentheses), full stop, title, full stop, followed by the authors' names of the book (first letter of the name, full stop, surname) followed by "Eds." (in parentheses), coma, book title in italics and in parentheses, chapter page, full stop, city, colon, publisher.

iii. Journal articles: Author (surname, coma, first letter of the name and full stop; in case of multiple authors, separate with coma and before the last with a "y" or "&"), full stop, year (in parentheses), full stop, title of the article, full stop, name of the journal in italics, coma, volume, number in parentheses, coma, first and last page separated by a hyphen.

5. Book Reviews: will be submitted in .doc format and in 12 point normal New Roman Times with 1.5 spacing. Head title should be the book title followed by the book reference citation. Book reviews should not exceed 800 words.

6. Case study. The manuscripts will maintain, as far as possible, the following structure, in addition to those previously mentioned in paragraph 4 (except 4c):

- Patient Identification
- Analysis of the reason for consultation
- History of the problem
- Analysis and description of the problem behaviors
- Establishment of treatment goals
- Study of the therapeutic objectives
- Selection of the most appropriate treatment
- Selection and application of assessment techniques and results obtained in this phase
- Treatment implementation
- Evaluation of the treatment effectiveness
- Follow-ups: specify whether they took place and in what periods
- Remarks

7. Once the submission has been completed, the corresponding author will receive a confirmation email and the manuscript will be forwarded to referees for external evaluation. Corresponding author will be periodically updated with the manuscript status (suggested review modifications and/or manuscript acceptance).

#### **Conflict of interest**

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence their work (causing a bias). Examples of potential conflicts of interest include: employment, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. If there are no conflicts of interest then please state this: 'Conflicts of interest: none'.

Sección a cargo de J. Monreal, L. Ros y G. Mestre

Las cartas al Editor serán consideradas para publicación si van acompañadas de una carta de presentación, indicando que son "para su publicación". Su objetivo debe ser comentar los artículos publicados en *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Límite de palabras = 500. Límite de referencias = 10. Las cartas deberán recibirse en un plazo de 6 meses desde la publicación del artículo. Aquellas que se reciban después del plazo límite no serán consideradas para su publicación. Las cartas consideradas serán enviadas al autor principal del artículo para que las responda en nombre del grupo, que tendrá la última palabra en el asunto. No se considerarán las cartas adicionales que discutan algún cambio publicado en las Cartas al Editor de la revista. Las cartas deberán incluir el título y el autor del artículo y el mes y año de publicación.

#### LETTERS TO THE EDITOR

Letters to the Editor will be considered for publication if they are accompanied by a cover letter stating that they are "for publication". Their purpose should be to comment on articles published in *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Word limit = 500. Reference limit = 10. Letters must be received within 6 months of the article's publication. Letters received after the deadline will not be considered for publication; those considered will be sent to the article's corresponding author to reply on behalf of the group, which will represent the final say on the matter. No additional letters discussing an exchange published in the Journal's Letters to the Editor will be considered. Such letters must include the title and author of the article and the month and year of publication.