

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

Editor: *J.M^a. Farré Martí*. Hospital Universitario Quirón-Dexeus (H.U.Q.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.Q.D. Barcelona.

Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva:

COORDINACIÓN: *G. Lasheras*. H.U.Q.D. Barcelona.
B. Farré Sender. H.U.Q.D. Barcelona.
LL. García Esteve. H.C.U.B. Barcelona.
M.L. Imaz. H.C.U.B. Barcelona.
I. Olza. Madrid.

S. Subirá. Facultat de Psicologia (FP) U.A.B. Barcelona.
A. Torres. H.C.U.B. Barcelona.
M^a Paz Viveros. F. de Biología. U. Complutense (UCM). Madrid.

Sección de Psicología Infanto-Juvenil:

ASESOR: *J. Toro*. F.M.U.B. Barcelona.
COORDINADORES: *M. Agulló*. Dp. Ensenyament Generalitat de Catalunya (DEGC) y *A. Orobitg* (H.U.Q.D.) (Colab). Barcelona.
J.A. Alda. H.S. Joan de Deu. Barcelona.
J. Deus. FP. UAB. Barcelona.

N. Fort. Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT). Sabadell.
L. Lázaro. H.U.C.B. Barcelona
I. Palanca. H.U. Puerta de Hierro H.U.P.H. Madrid.
M. Pamias. CSPT. Sabadell.
J. Punti. CSPT. Sabadell.
M. Sánchez-Matas. Barcelona.
M. Sánchez-Santacreu. H.U.Q.D. (Colab.) Barcelona.

Sección de Conductas Adictivas Comportamentales

COORDINACIÓN: *S. Jiménez-Murcia*. H.U. de Bellvitge. U.B. Barcelona.
J.M^a Farré Martí. H.U.Q.D. Barcelona.
V. Ferrer-Olives. H.U.Q.D. (Colaboradora). Barcelona.
V. González. Atención e Investigación de Socioadicciones (AIS). 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. Burgos.
E. Echeburúa. U. del País Vasco. S. Sebastián.
E. García-Camba. H. de la Princesa. (U.A.M.). Madrid.
F. Labrador. U. Complutense de 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.

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
S. Dexeus. Barcelona.
F. Fernández. Barcelona.
LL. García-Sevilla. Barcelona.
F. Gutiérrez. Barcelona
F. López. Salamanca.
E. Maideu. Girona.
F. Martínez Pintor. Barcelona.

J.C. Mingote. Madrid.
J.J. Mira. Alicante.
A.L. Montejo. Salamanca.
A. Moriño. 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.
C. Saldaña. Barcelona.
R. Sender. Barcelona.
J. Soler. 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.Q.D. Barcelona & *J.A. Monreal* C.S.P.T. Sabadell.

G. Cardoso. Lisboa.
D. Clark. Londres.
S. Fortes. Río de Janeiro.
F. Huyse. Amsterdam.
K. Lyketsos. Baltimore.
I. Marks. Londres.

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

Consejo de Redacción (CR):

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

C. Giménez Muniesa. Barcelona.
B. Gómez Vicente. Castellón de la Plana.
L. Hinojosa. Barcelona.
G. Mestre. 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. Osuna
(Sevilla).

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

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

Redacción en Colombia: *A. Sánchez Castiblanco*. Bogotá.

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

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

El Dueto: *J.Mª Farré*. Barcelona

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 – SciELO – 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

Edición Electrónica: www.editorialmedica.com • E-mail: contacto@editorialmedica.com
twitter: [@psicosomatica_c](https://twitter.com/psicosomatica_c)

Año 27 ~ N° 112 ~ Octubre - Noviembre - Diciembre 2014

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 - N° 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 Nº.....

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.....

Nº 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

Editorial

Biomarcadores y el reto de una medicina estratificada en psiquiatría. *J.A. Monreal Ortiz*7

Notas Editorial. *J.M. Farré*10

Sección de Psicopatología Infanto-Juvenil

Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. Adolescents' beliefs regarding drugs consumption. *Alicia Baltasar Bagué, M. Eugenia Gras Pérez, Sílvia Font Mayolas, Eva M^a García Vega, Josefina Patiño Masó, Marta Raurell Torredà y Mónica Cunill Olivas*11

Revisiones de Cuadernos: **EL DSM-V: LUCES Y SOMBRAS.** *Daniel Vega Moreno*

El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. Obsessive-compulsive spectrum in DSM 5. *Tomás Castelló Pons*22

Artículos de Divulgación. *Jenny Moix Queraltó*

¿Por qué mi conejo no sabe que es un conejo y yo creo que sé quién soy?: la consciencia. Why my rabbit doesn't know that it's a rabbit and I think I know who who I am: consciousness. *Jenny Moix Queraltó*28

Índice Bibliométrico. *G. Mestre y J.M^a Farré*38

Noticias de Psicopatología. *L. Hinojosa Marqués y G. Mestre*54

Noticias de Salud Mental Perinatal. *Gracia Lasheras, Borja Farré -Sender, Estel Gelabert, Liliana Ferraz, Gemma Mestre, Ingrid Rovira*61

Noticias de Psicopatología Infanto-Juvenil. *Anaïs Orobítz*75

Comentario de Libros. *Marta Sánchez Santacreu*76

Agenda79

Biomarcadores y el reto de una medicina estratificada en psiquiatría

En estos últimos años está cada vez más abierto y despierta mayor interés el debate sobre la búsqueda de biomarcadores en Medicina, y la posibilidad de realizar una medicina estratificada con la ayuda de estos. El campo de la Psiquiatría no ha quedado ajeno a este reto, y son numerosos los artículos publicados en estos últimos años abordando dicha cuestión.

Encontrarnos en este punto de reflexión ha sido posible a partir del desarrollo que ha vivido la investigación sobre biomarcadores en psiquiatría en las últimas décadas, empleando diferentes técnicas como por ejemplo la genética, la neuroimagen y múltiples pruebas de laboratorio. Un ejemplo clásico de estos sería la Prueba de Supresión con Dexametasona, desarrollada por Carroll en 1976, que se relacionó con las formas “endógenas” de depresión, y también ha sido propuesto por diversos autores como predictor de tratamiento: Una PSD anómala sería indicación de mantener el tratamiento y una PSD normalizada sería un buen predictor de respuesta al tratamiento biológico.

Sin embargo, a pesar de este desarrollo, la psiquiatría es seguramente la disciplina médica donde la entrevista clínica ocupa un papel más relevante en relación a los demás exámenes diagnósticos, como por ejemplo las pruebas de laboratorio y los estudios de neuroimagen. La utilidad de estos últimos queda limitada generalmente al diagnóstico diferencial, a fin de descartar otras patologías somáticas más que a confirmar un diagnóstico psiquiátrico.

Así, en comparación con otras especialidades, el diagnóstico en psiquiatría se basa enteramente en la comunicación verbal y otras medidas subjetivas como la interpretación del lenguaje corporal, fisonomía o la fluidez del habla.

Es por ello que sería deseable para nuestra disciplina contar con medidas objetivas o marcadores biológicos que nos ayudasen en este proceso. Así, una propuesta de definición de biomarcador sería como aquella “característica que se mide y evalúa objetivamente como un indicador de procesos biológicos normales, o respuestas farmacológicas a una intervención terapéutica”. (Biomarkers Definitions Working Group, 2001).

La existencia de biomarcadores en psiquiatría permitiría por tanto estratificar mejor a los pacientes a nivel diagnóstico y terapéutico, y pasar de una medicina personalizada a una medicina estratificada. Ello supondría ventajas evidentes para nuestros pacientes, como por ejemplo, evitaría que la elección terapéutica a la hora de pautar un fármaco fuera una cuestión de ensayo y error, y ayudaría también por otro lado a disminuir el riesgo de efectos no deseados de los fármacos pautados (Rose, Walke, Beddoes y Farrow L, 2014).

Sin embargo, estamos todavía lejos de este escenario; y si comparamos nuestra disciplina con otras, como por ejemplo la oncología, estamos en una situación que algunos autores describen como de “retraso histórico” (Meana, 2014). Este retraso puede imputarse a varios factores, de los que destacaría los siguientes:

El primero, sería la poca inversión destinada a nuestra disciplina comparada a otras: En Europa, de cada 100 € que los gobiernos destinan a salud, como media solo siete se diri-

gen a enfermedades mentales. En España, esa cifra es incluso menor, 5 €, mientras que en Luxemburgo o Reino Unido superan los 11 y 13 €. Ello a pesar de que el 30 % de la discapacidad que se registra en nuestro país está motivada por patologías psiquiátricas (Arango, 2011).

Otro factor sería que la utilización de biomarcadores para la realización de una medicina estratificada, en psiquiatría, implicaría el aceptar un modelo biomédico en la etiopatogenia de los trastornos mentales que no siempre es compartido (Rose et al, 2014).

Por último, otro factor limitante sería el estado actual de conocimiento acerca de la utilización de biomarcadores en psiquiatría. Así; por ejemplo, en un trabajo publicado últimamente donde se realiza una revisión sistemática y cuantitativa sobre los biomarcadores clínicamente significativos en psicosis (Prata, Mecheli y Kapur, 2014), los autores concluyen que la literatura es diversa, con diferentes opiniones y datos relativamente limitados y sesgados. Para ello analizan los biomarcadores según su aplicabilidad clínica, calculada a partir de la evidencia científica encontrada para el biomarcador y Tamaño del Efecto. De hecho, estos autores encontraron un nivel de aplicabilidad clínica aceptable solo para uno de los cientos de biomarcadores analizados (un biomarcador farmacogenético para la predicción del riesgo de agranulocitosis inducido por clozapina).

Sin embargo, estas dificultades no deberían desanimarnos, sino más bien representarían un reto, para el que áreas como la Medicina Psicosomática estarían bien emplazadas, y cuya superación supondría una oportunidad de mejorar el conocimiento de los trastornos psiquiátricos y por tanto el poder ofrecer mejores tratamientos a nuestros pacientes.

Para avanzar en este sentido existen diferentes propuestas, como por ejemplo el hecho de adoptar una misma terminología, realizar un registro de todos los ensayos centrados en biomarcadores y poder realizar un enfoque coherente, así como un sistema de clasificación consensuado para la evaluación de resultados de los estudios centrados en biomarcadores según su aplicabilidad clínica (Prata et al, 2014). Otros autores proponen utilizar abordajes multifactoriales combinando diferentes técnicas (neuroimagen, test neuroendocrinos, genéticos, electrofisiológicos, neuroquímicos, etc). (Duval, Mokrani, and Crocq, 2013), así como el hacer más partícipes teniendo en cuenta su percepción a pacientes, servicio de usuarios y familiares (Rose et al, 2014).

José Antonio Monreal Ortiz
Consejo Editorial
Jefe de Servicio de Salud Mental (Área Ambulatoria Adultos)
Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell(Barcelona)
jmonreal@tauli.cat

BIBLIOGRAFÍA

1. Arango, C .(2011). Panorama de las enfermedades mentales en España. En Foro Debate del INESME “Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes”. (9-14) Ed. Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME).
2. Biomarkers Definitions Working Group. (2001). Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework. Clin. Pharmacol. Ther. 69: 89–95.

-
- 
3. Breitenstein, B. Scheuer, S. Holsboer, F. (2014). Are there meaningful biomarkers of treatment response for depression?. *Drug Discovery Today* 19(5): 539-561.
 4. Duval, F. Mokrani, MC. Crocq, MA. (2013). What future for neuroendocrinology in psychiatry? *Psycho-neuroendocrinology*.38(8): 1213-9.
 5. Meana, J. (2014). XXII edición del Curso de Actualización de Psiquiatría, Vitoria-Gasteiz.
 6. Rose, D. Walke, J. Beddoes, D. Farrow, L. (2014) .Stratified medicine in psychiatry: what service users, carers and the public think. *Ment Health Today* 24-7.
 7. Prata, D. Mecheli, A. Kapur, S. (2014). Clinically meaningful biomarkers for psychosis: A systematic and quantitative. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 45: 134–141.

1) Nuevas incorporaciones al Staff de Cuadernos

En la Sección de Psicología Infancia y Adolescencia se suma la aportación de la Dra. Luisa Lázaro, directora del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infancia-Juvenil, del Hospital Clínico Universitario de Barcelona (HCUB), sucesora por tanto del mítico José Toro. Aparte las ya comentadas incorporaciones de Vega González y Verónica Ferrer-Olives (Sección de Conductas Adictivas), el Consejo Asesor se enriquece con la presencia de los Dres. Jordi Blanch, Presidente de la Societat Catalana de Psiquiatría y referente en estudios de VIH (+) y Fernando Gutiérrez, un experto reconocido en Trastornos de la Personalidad. Los dos también del HCUB.

En el Consejo de Redacción se incorpora otro valor joven, la psicóloga Iris Tolosa, colaboradora del Hospital Universitari Quirón Dexeus que dinamizará la publicación de Casos Clínicos dotados con un premio específico de la SEMP y de las Noticias de Psicología (conjuntamente con Gemma Mestre)

2) Cambios organizativos

Aparte de la Sección de Conductas Adictivas, la complejidad del Consejo Asesor, amén de la recaptación de "referees", ha obligado a cooptar desde el Consejo de Redacción (CR) a los Dres. Laura Ros y Daniel Vega, los cuales ejercerán labores de condición de coordinación del Consejo Asesor. Se estructura específicamente la Psiquiatría de Enlace, dirigida desde el CR por la Dra. Gemma Parramon, una referencia potente en el tema y que además incorpora a nuestro universo común, el Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón, una joya que nos faltaba. Le acompañarán los Dres. Aubá (Clínica Universitaria de Pamplona) y Ruiz Doblado (Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla)), y contarán con el asesoramiento de prestigio del Dr. Luis Pintor del HCUB. Y siempre con la sombra alargada del Prof. Antonio Lobo.

A todas y a todos, bienvenidos.

J.Ma. Farré
Editor

PREMIO CASOS CLÍNICOS

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, órgano oficial de la Sociedad Española de Psicología (SEMP), invita a profesionales del ámbito a seguir publicando casos clínicos.

Recordar que, cada dos años, se concede un premio al mejor caso publicado, concedido por la SEMP. El premio está dotado por una compensación económica y la invitación al Congreso Bienal de la SEMP.

Bases del Premio:

Los manuscritos mantendrán, en la medida de lo posible, la estructura siguiente:

- 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
- Se cumplirán las normas generales de publicación

Las propuestas de publicación deben enviarse a: Casosclinicos.cuadernos@gmail.com

Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas

Adolescents' beliefs regarding drugs consumption

Alicia Baltasar Bagué¹, M. Eugenia Gras Pérez², Sílvia Font Mayolas²,
Eva María García Vega¹, Josefina Patiño Masó¹, Marta
Raurell Torredà¹ y Mónica Cunill Olivas²

Recibido: 24/04/2014

Aceptado: 08/07/2014

Resumen

En este estudio se analizan la frecuencia de consumo diario, ocasional y de fin de semana de tabaco, alcohol, cannabis, pastillas, cocaína y heroína; los motivos de iniciación al consumo de alcohol, tabaco y cannabis; y algunas creencias respecto al consumo de drogas en función del género. Todo ello según una muestra de 321 estudiantes de tercero y cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) (edad media 15 años, DT = 0,77) de tres centros de la comarca de La Selva (Girona) durante el período 2011-2012. Los resultados muestran que el tabaco es la sustancia más consumida diariamente (27,2 % de los chicos y 30,2 % de las chicas), seguida del cannabis (11,1 % de los chicos y 8,2 % de las chicas). El consumo de alcohol diario es minoritario (solo el 1,9 % de los chicos lo informan), pero un porcentaje notable de adolescentes informan consumir esta sustancia los fines de semana (28,4 % de los chicos y 34 % de las chicas). La experimentación es el principal motivo de iniciación en el consumo de todas las sustancias evaluadas. Existe una elevada concordancia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis entre los participantes y sus amigos. Estos resultados subrayan la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas del consumo de sustancias entre los más jóvenes.

Palabras clave: Adolescentes. Drogas. Motivos de iniciación. Creencias.

¹Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería
Universidad de Girona, España.

²Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida. Uni-
versidad de Girona, España.

Correspondencia: Dra. Alicia Baltasar Bagué
Facultad de Enfermería, Universidad de Girona.
C/ Emili Grahit, 77 - Girona.
alicia.baltasar@udg.edu

Summary

In this study is analyzed the daily, occasionally and weekend consumption of tobacco, alcohol, cannabis, pills, cocaine and heroin, and also further the reasons why people starts to take this kind of drugs too.

This study have been done with 321 students of third and fourth courses of Secondary Education (ESO) (age 15 years media, DT = 0.77) in four Institutes of the region of La Selva (Girona) during the period: 2011-2012.

The results of the experiment shows that the tobacco is the most consumed substance daily (27.2 % of the boys and 30.2 % of the girls) followed by cannabis (11.1 % boys and 8.2 % girls).

Experimentation is the main reason for initiation in consumption of all the substances mentioned. On the other hand, there is a high concordance between the experiment's participants and their friends regarding to the consume of tobacco, alcohol and cannabis These results advise about the need of doing preventive actions with the young people who take this kind of substances.

Key words: Adolescents. Drugs. Motives. Beliefs.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas ha aumentado en todo el mundo y actualmente se ha convertido en un problema de salud pública, que afecta especialmente a los adolescentes (Gil, Mello, Ferriani y Silva, 2008; Font-Mayolas, Gras, Cebrián, Salamó, Planes *et al.* 2013). El inicio precoz en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas pone en riesgo la salud física y el bienestar psicológico de los adolescentes (Masferrer, Font-Mayolas y Gras, 2012). Asimismo, el uso continuado de sustancias psicoactivas afecta negativamente a diferentes áreas de su desarrollo biopsicosocial (Evers, Páiva, Johnson, Cummins, Prochaska *et al.* 2012). Muchas conductas que tienen impacto en la salud de las personas se inician en la adolescencia (Simoes, Matos, Moreno, Rivera, Batista-Foguet *et al.*, 2012). La pre-adolescencia y la adolescencia son períodos del ciclo vital particularmente críticos y de riesgo, durante los cuales la curiosidad y la fascinación por experimentar nuevas emociones puede inducir a los adolescentes a iniciarse en el uso de sustancias como el tabaco, el alcohol o el cannabis (Moral, Rodríguez, Sirvent y Ruiz, 2006; Guitart, Bartoli, Villalbí, Guilañá, Castellano, *et al.*, 2012; Font-Mayolas, Gras, Planes, Patiño y Sullman, 2013).

La encuesta española sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria, realizada con

una muestra de 27 500 individuos de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, muestra que el tabaco y alcohol son las sustancias más consumidas: el 43 % lo ha consumido alguna vez en la vida; el 35,3 % lo ha hecho en el último año; y el 12,5 % lo ha consumido diariamente. Respecto al consumo de alcohol, el 83,9 % lo ha probado alguna vez en la vida; el 81,9 % lo ha consumido en el último año; y el 74 % ha consumido alcohol en el último mes. En el caso de drogas ilegales, la de mayor consumo es el cannabis: 3 de cada 10 estudiantes lo ha probado alguna vez en su vida; 1 de cada 4 lo ha consumido en el último año; y el 2,7 % lo consume a diario (3,8 % chicos y 1,5 % chicas). Le siguen la cocaína (1,5 %) y el éxtasis (1 %). Por género, el consumo de drogas legales como tabaco, alcohol o hipnosedantes está más extendido entre las mujeres. La prevalencia de consumo de tabaco, alcohol e hipnóticos es mayor en las chicas, con una prevalencia de consumo en el último año de 37,5 %, 82,9 % y 14,9 %, respectivamente. Para el resto de sustancias, los chicos son los que presentan prevalencias de consumo más elevadas (ESTUDES, 2013).

Según la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987; Bandura y Walters, 1979), el ambiente social y concretamente el grupo de iguales contribuye al aprendizaje de conductas. El consumo de drogas no es una excepción. Existe evidencia empírica de que la influencia de los amigos juega un

importante papel en la iniciación y en el mantenimiento del uso de sustancias entre los adolescentes; siendo, además, el principal factor de riesgo para el tabaquismo en los adolescentes (Cebrián, 2007; Calleja y Aguilar, 2008).

Por otro lado, la conducta de los individuos está regulada, en gran parte, por su sistema de creencias y valores. El ambiente familiar y cultural es el que aporta los contenidos cognitivos que todo niño y, posteriormente, el adolescente asume como creencias propias, filosofías de vida, esquemas cognitivos, etc. (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gallardo y Nerín, 2009). Las creencias se manifiestan en la vida de las personas en forma de acciones que pueden influir positiva o negativamente en los diferentes ámbitos y específicamente en la salud (Carbonero, Martín-Antón y Feijó, 2010). Las creencias en salud aparecen como antecedentes de las conductas a seguir, y han sido el eje o el aporte de la mayoría de las propuestas teóricas más utilizadas para predecir cambios en los comportamientos de salud.

En esta perspectiva, desde el modelo de Creencias en Salud (Rosentock, 1974), se considera el comportamiento saludable como el resultado de una función interactiva entre diversos tipos de creencias que las personas tienen acerca de los eventos en salud. De acuerdo con este modelo, considerado uno de los más influyentes en el estudio e intervención de los comportamientos individuales, las personas van tejiendo a lo largo de su vida una combinación de afirmaciones explicativas sobre el mundo y sus acontecimientos. Este tejido ha sido definido como el grupo de creencias que el sujeto tiene acerca de la salud en general y, específicamente, sobre cada uno de los comportamientos que pueden influir negativamente en la salud, como fumar, consumir bebidas alcohólicas, etc.

En un estudio realizado en 2006, con una muestra de adolescentes del Principado de Asturias, se observó que las actitudes positivas de los jóvenes hacia el consumo de sustancias eran más probables cuanto más erróneas eran sus creencias sobre el consumo de sustancias positivas y más permisiva su disposición para el uso de alcohol y drogas ilegales (Moral *et al.*, 2006).

A su vez, en un estudio realizado en la ciudad de Córdoba en 2012, sobre creencias y consumo

de sustancias en adolescentes, se puso de manifiesto que las actitudes y los comportamientos de los adolescentes difieren según el tipo de sustancias psicoactivas (legales o ilegales), y que esto podría estar condicionado por el modelaje de comportamiento que supone el consumo de sustancias aceptadas y promocionadas mediáticamente (Hugo, Fernández, Romero y Mansilla, 2012). Estos resultados se encuentran en la línea de los obtenidos en un estudio realizado con una muestra de adolescentes de Girona en 2007, cuyos resultados muestran que las sustancias de consumo legal no son reconocidas por los adolescentes como drogas. También muestra coincidencia en cuanto al tratamiento mediático y publicitario de la drogas legales como un factor que influye en el modelaje del comportamiento (Cebrián, 2007).

Los objetivos de este estudio son, en primer lugar, analizar la frecuencia de consumo diario, ocasional y de fin de semana de tabaco, alcohol, cannabis, pastillas, cocaína y heroína en función del género; a continuación, conocer los motivos de iniciación al consumo de alcohol, tabaco y cannabis según el género; y finalmente, estudiar cómo los adolescentes evalúan algunas creencias respecto al consumo de drogas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en 3 centros de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) públicos y concertados de la comarca de la Selva y que participaban en el programa de actividades preventivas "Punt de Salut Jove". No se incluyen en el estudio los centros privados por la ausencia de los mismos en la zona de estudio. La población de estudio la formaron los escolares de 3º y 4º curso de E.S.O., entre 14 y 17 años, que cursaban sus estudios en alguno de los tres centros participantes durante el curso académico 2011-2012. De los 350 alumnos que aceptaron participar en dicho estudio de forma voluntaria y anónima, previo consentimiento informado por escrito, fueron excluidos 29 alumnos por no rellenar adecuadamente el cuestionario; siendo la muestra final de 321 alumnos (49,5 % mujeres y 50 % varones), con una edad media de 15 años, y DE=0,77).

La recogida de la información se realizó a través de un cuestionario *ad-hoc* basado en la en-

cuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES, 2010) y en el Autoinforme de consumo de sustancias psicoactivas (Santacreu, Frojan y Hernández, 1994). Se recogieron variables demográficas como la edad y el sexo. Y para conocer la frecuencia de consumo de drogas, se preguntó por el consumo de alcohol, tabaco, cannabis, pastillas, cocaína y heroína. Las opciones de respuesta eran: nunca, solo una vez, de vez en cuando, solo los fines de semana y cada día. Sobre los motivos de iniciación, se utilizó la siguiente pregunta abierta: *“Si has consumido (nombre de la sustancia), ¿por qué razón crees que lo hiciste por primera vez?”*. Para evaluar las creencias relacionadas con el consumo de sustancias se presentaron 18 creencias relacionadas con el consumo de drogas, y se solicitó a los participantes que indicaran si creían que eran ciertas, falsas o si no lo sabían (Ver tabla 4).

Para la recogida de los datos se contactó con los cuatro centros de enseñanza. La investigadora principal expuso los objetivos de la investigación y se solicitó la autorización correspondiente. De acuerdo con los responsables de los centros académicos se fijó el día y hora para la administración de los cuestionarios.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 18. Las variables categóricas se expresaron en frecuencia, utilizándose la prueba Chi cuadrado o la prueba z de comparación entre dos proporciones independientes para la comparación entre los grupos. Los resultados de las variables cuantitativas se expresaron con la media y la desviación estándar (DE). Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas que alcanzaron un nivel de significación $p < 0.05$.

RESULTADOS

La frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas según el sexo se presenta en la tabla 1. Como aspecto relevante, la sustancia más consumida diariamente entre los adolescentes es el tabaco (57,4 %); siendo la segunda el cannabis (19,9 %). El consumo diario de alcohol es poco frecuente (1,9 %), pero más de la mitad de la muestra lo consume de forma ocasional (68,6 %) y en fin de semana (62,4 %). Solamente en el caso del consumo de tabaco se observan diferencias

significativas según el género: más chicas que chicos son consumidoras habituales u ocasionales de esta sustancia ($X^2(1)=6.621$, $p < 0.0096$). El consumo del resto de sustancias es muy poco frecuente entre los adolescentes de la muestra.

En la tabla 2 se muestran los motivos de iniciación al consumo en función del sexo. La experimentación es el motivo más destacado de iniciación en el consumo de sustancias tanto en chicos como en chicas. Se observa que el 23,2 % de los chicos afirma que el motivo de iniciación al consumo de alcohol fue una ocasión especial, mientras que en las chicas esta situación es informada en el 17 % de los casos. La prueba z de comparación de dos proporciones en muestras independientes solo detecta diferencias significativas entre chicos y chicas respecto a algunos motivos de iniciación al consumo de pastillas: un 20 % de las chicas informa que se inició en el consumo con motivo de una ocasión especial, mientras que ningún chico indica este motivo. Por el contrario, un 33 % de los chicos indica que se inició en el consumo por placer, motivo que no es informado por ninguna chica.

En la tabla 3 se presenta el porcentaje de adolescentes que informa que sus amigos son consumidores de tabaco, alcohol o cannabis, según el consumo propio de dichas sustancias. Significativamente, más consumidores de tabaco ($X^2_{(1)}=11,9$, $p=0,001$), de alcohol ($X^2=15,46$, $p < 0,0005$) y de cannabis ($X^2=23,7$, $p < 0,0005$) informan tener amigos que también consumen, en comparación con los no consumidores.

En la tabla 4 se presentan los resultados sobre las creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. En relación a las creencias sobre el alcohol según el género, se detecta que más chicos que chicas creen que el alcohol facilita la relación con la gente; que consumir alcohol ayuda a pasarlo bien; que el alcohol es un estimulante; y que salir con gente que no toma alcohol es aburrido, si bien solo en este último caso las diferencias, según el género, son estadísticamente significativas ($X^2(1)=5,5$; $p=0,019$). Más chicas que chicos creen que los jóvenes consumen alcohol porque la mayoría de sus amigos lo hacen, consideran que los hombres se emborrachan más que las mujeres, y que el alcohol ayuda a olvidar problemas personales. Aunque las diferencias no alcanzan significación estadística.

Tabla 1:
Frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas según el sexo

	Nunca	Una sola vez	Consumo ocasional	Consumo en fin de semana	Consumo diario
TABACO					
Chicos n= 162	29,6 % (n= 48)	26,5 % (n=43)	13,6 % (n=22)	3,1 % (n=5)	27,2 % (n=44)
Chicas n= 159	21,4 % (n=34)	22 % (n= 35)	21,4 % (n=34)	5 % (n= 8)	30,2 % (n=48)
ALCOHOL					
Chicos n= 162	16,7 % (n= 27)	18,5 % (n= 30)	34,6 % (n=56)	28,4 % (n=46)	1,9 % (n=3)
Chicas n= 159	14,5 % (n=23)	17,6 % (n=28)	34 % (n=54)	34 % (n=54)	– (n=0)
CANNABIS					
Chicos n= 162	52,5 % (n=85)	15,4 % (n=25)	16 % (n=26)	4,9 % (n=8)	11,1 % (n=18)
Chicas n= 159	53,5 % (n=85)	15,7 % (n=25)	17,6 % (n=28)	5 % (n=8)	8,2 % (n=13)
PASTILLAS					
Chicos n= 162	92,6 % (n=150)	4,3 % (n=7)	1,2 % (n=2)	1,2 % (n=2)	.6 % (n=1)
Chicas n= 159	92,5 % (n= 147)	5,7 % (n=9)	1,3 % (n=2)	.6 % (n=1)	.0 % (n=0)
COCAÍNA					
Chicos n= 162	90,1 % (n=146)	6,8 % (n=11)	1,2 % (n=2)	1,9 % (n=3)	–
Chicas n= 159	93,7 % (n=149)	3,1 % (n=5)	.6 % (n=1)	2,5 % (n= 4)	–
HEROÍNA					
Chicos n= 162	98,1 % (n=159)	1,2 % (n=2)	.6 % (n=1)	–	–
Chicas n= 159	98,1 % (n=156)	1,3 % (n=2)	–	.6 % (n=1)	–

Cuando se analizan las creencias respecto al tabaco por género, más chicos que chicas creen que fumar ayuda a conocer gente nueva ($X^2=13,6$; $p<0,0005$) y más chicas que chicos opinan que fumar relaja ($X^2_{(1)} = 4,89$; $p= 0,027$).

En general, por lo que respecta al consumo de drogas, más chicas que chicos creen que las drogas son un negocio; que algunas drogas permiten eva-

dirse de los problemas; y que mezclar drogas es peligroso para la salud. Aunque solo en este último caso las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2_{(1)} = 6,83$; $p= 0,009$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que la sustancia más consumida es el tabaco: tres de ca-

Tabla 2
Motivos de iniciación al consumo de sustancias por sexo (%) y resultados de la prueba z de comparación de dos proporciones para datos independientes

Motivo		Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Pastillas
Experimentación	Chicos	75,2 % (n=85)	62 % (n=80)	67,1 % (n=53)	61,5 % (n=8)	66,7 % (n=6)
	Chicas	73,6 % (n=89) z= -0,27 N.S.	59,4 % (n=82) z=0,40 N.S.	75,5 % (n=50) z=-1,20 N.S.	85,7 % (n=6) z=-1,28 N.S.	80 % (n=8) z=-0,66 N.S.
Ocasión especial	Chicos	4,4 % (n=5)	17 % (n=22)	5,1 % (n=4)	7,7 % (n=1)	—
	Chicas	5 % (n=6) z=-0,21 N.S.	23,2 % (n=32) z=-1,55 N.S.	5,8 % (n=4) z=0,02 N.S.	— z=1,04 N.S.	20 % (n=2) z=-8,74 p<0,01
Influencia familiar	Chicos	1,8 % (n=2)	1,6 % (n=2)	1,3 % (n=1)	7,7 % (n=1)	—
	Chicas	1,7 % (n=2) z=0,06 N.S.	2,9 % (n=4) z=-0,72 N.S.	1,4 % (n=1) z=0,05 N.S.	— z=1,04 N.S.	—
Influencia amigos	Chicos	4,4 % (n=5)	3,9 % (n=5)	3,8 % (n=3)	23,1 % (n=3)	—
	Chicas	8,3 % (n=10) z=-1,22 N.S.	1,4 % (n=2) z=1,26 N.S.	2,9 % (n=2) z=0,30 N.S.	14,3 % (n=1) z=0,50 N.S.	—
Placer	Chicos	13,3 % (n=15)	14 % (n=18)	20,3 % (n=16)	—	33,3 % (n=3)
	Chicas	8,3 % (n=10) z=1,22 N.S.	11,6 % (n=16) z=0,58 N.S.	15,9 % (n=11) z=0,86 N.S.	—	— z=2,12 N.S.

Tabla 3
Porcentaje de adolescentes con amigos consumidores según el consumo propio

	Amigos	
	Consumidores	No consumidores
Tabaco	93,7 % (n=89)	3,8 % (n=6)
Alcohol	80 % (n=157)	19,9 % (n=39)
Cannabis	93,7 % (n=89)	6,3 % (n=6)

da 10 adolescentes lo consumen diariamente. En un estudio realizado con adolescentes de la comarca catalana del Segrià se concluye que uno de cada tres adolescentes lo consumía diariamente (Pérez, Subarroca y Alsinet, 2005). En la última encuesta estatal sobre el uso de drogas (ESTUDES, 2013) también se indica que el 12,5 % de los adolescentes lo consume diariamente.

La segunda sustancia más consumida diariamente es el cannabis: uno de cada 10 adolescentes de

Tabla 4
Creencias de los participantes respecto el consumo de drogas

Creencias	Chicos		Chicas	
	Cierto	Falso	Cierto	Falso
1. El alcohol facilita la relación con la gente	36,8 % (n=49)	63,2 % (n=84)	27,1 % (n=39)	72,9 % (n=105)
2. El alcohol no es una droga	18,8 % (n=29)	81,2 % (n=125)	19 % (n=28)	81 % (n=119)
3. El alcohol es estimulante	72,8 % (n=91)	27,2 % (n=34)	67 % (n=75)	33 % (n=37)
4. Creo que tomar alcohol te ayuda a pasártelo bien	51 % (n=73)	49 % (n=70)	40,3 % (n=56)	59,7 % (n=83)
5. Los jóvenes toman alcohol porque la mayor parte de sus amigos toman	78,1 % (n=114)	21,9 % (n=32)	84,2 % (n=117)	15,8 % (n=22)
6. Es aburrido salir con gente que no toma alcohol	13,3 % (n=20)	86,7 % (n=130)	5,4 % (n=8)	94,6 % (n=140)
7. Los hombres se emborrachan más que las mujeres	63,4 % (n=83)	36,6 % (n=48)	67,5 % (n=83)	32,5 % (n=40)
8. El alcohol ayuda a olvidar los problemas personales	48 % (n=59)	52 % (n=64)	56 % (n=65)	44 % (n=51)
9. Creo que fumar ayuda a conocer gente nueva	23,9 % (n=33)	76,1 % (n=105)	7,85 % (n=11)	92,2 % (n=130)
10. Fumar relaja	52,8 % (n=66)	47,2 % (n=59)	66,7 % (n=80)	33,3 % (n=40)
11. Las drogas son un negocio	93 % (n=132)	7 % (n=10)	95,6 % (n=130)	4,4 % (n=6)
12. Si solo consumes drogas el fin de semana no eres adicto	27 % (n=34)	73 % (n=92)	25,6 % (n=32)	74,4 % (n=93)
13. Cuando salgo el fin de semana no me lo paso bien si no tomo alguna droga	15,1 % (n=23)	84,9 % (n=129)	9,3 % (n=14)	90,7 % (n=136)
14. Si controlas ninguna droga puede crear adicción	47,6 % (n=60)	52,4 % (n=66)	43,4 % (n=49)	56,6 % (n=64)
15. Mezclar drogas es muy peligroso para la salud	90,9 % (n=130)	9,1 % (n=13)	97,9 % (n=143)	2,1 % (n=3)
16. Algunas drogas no perjudican la salud	20,9 % (n=29)	79,1 % (n=110)	16,9 % (n=24)	83,1 % (n=118)
17. Tomar determinadas drogas permite evadirse de los problemas	33,9 % (n=41)	66,1 % (n=80)	42 % (n=47)	58 % (n=65)
18. El estado no debería prohibir ningún tipo de droga	32,9 % (n=48)	67,1 % (n=98)	32,6 % (n=46)	67,4 % (n=95)

la muestra presenta esta frecuencia de consumo. Cebrián (2007) encuentra una prevalencia de consumo de cannabis similar entre los adolescentes que cursan los estudios de enseñanza secundaria obligatoria (E.S.O.), escolarizados en institutos públicos de la ciudad de Girona EDADES (2013) halla un consumo diario de cannabis del 2,7 % (3,8 % en chicos y 1,5 % en chicas).

Por el contrario, la frecuencia de consumo diario de alcohol es minoritaria y se concentra básicamente durante el fin de semana. Estos resultados están en consonancia con los datos obtenidos en la encuesta EDADES (2013), donde se muestra que el 71,4 % de los adolescentes consumieron alcohol alguna vez durante el viernes, sábado y/o domingo, frente al 27,1 % que consumió alcohol alguna vez en días laborables de lunes a jueves. Resultados parecidos han sido informados por Pérez *et al.* (2005) en una muestra de población española de 14 a 18 años. También los resultados del estudio de Martínez-Sababetera Llorca-Taubert, Blasco-Roquec, Escribà-Aznarc, Martínez-Puig *et al.* (2014) muestra patrones de consumo parecidos en adolescentes de 15-18 años en Gandía, donde el consumo de alcohol también se concentra durante el fin de semana, siendo el sábado cuando el 23 % los adolescentes de la muestra presenta una mayor frecuencia de consumo.

Según nuestros resultados, el principal motivo de iniciación al consumo de sustancias es la experimentación; resultados compartidos con el estudio de García, Carrillo, Fernández y Sánchez (2006), donde se indica que un 53 % de chicos y un 56,6 % de las chicas han experimentado con el tabaco. También coincidimos con el estudio de Orgaz, Segovia, López y Tricio (2005), donde se muestra que un 93,44 % de los encuestados manifestó un consumo de alcohol experimental. No se observan diferencias significativas entre chicos y chicas en los motivos de iniciación al consumo, excepto en el caso de las pastillas, en el que una de cada cinco chicas consumidoras informa haberse iniciado con motivo de una ocasión especial; un motivo que no es informado por ningún chico, mientras que una tercera parte de los chicos consumidores, y ninguna chica, informa haberse iniciado en el consumo por placer. No obstante, debido al reducido número de consumidores de pastillas de la muestra, estos resultados deben interpretarse con cautela.

En todas las sustancias estudiadas encontramos que existe una relación positiva entre el consumo propio y el consumo de amigos. Así, en el caso del tabaco, un 96,2 % de los adolescentes que informan ser fumadores tiene amigos fumadores. Estos resultados coinciden con los hallados en un estudio realizado con escolares españoles de Málaga, en el que se observó que el 90 % de los adolescentes fumadores tenía amigos que también fumaban (Soria-Esojo, Velasco-Garrido, Hidalgo-Sanjuán, Luiz-Martínez, Fernández-Aguirre, *et al.*, 2005). A su vez, los resultados del estudio de Calleja *et al.* (2008) muestran que la variable que tuvo mayor efecto total, sobre la intención de fumar de las adolescentes, fue tener amigos fumadores. Asimismo, los resultados del estudio de Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) manifiestan que nueve de cada diez adolescentes no consumidores de alcohol indican que sus mejores amigos tampoco consumen esta sustancia, mientras que menos de tres de cada diez consumidores informan que su mejor amigo no consume. También los resultados del estudio de Martínez-Sababetera *et al.* (2013) indican que un 76,6 % de los adolescentes inicia el consumo de alcohol con los amigos. Esta relación ha sido ampliamente estudiada en la literatura científica.

Los resultados del estudio de Jiménez-Muro *et al.* (2009) muestran que el 16,5 % del total de la muestra consume cannabis. De estos, el 57 % afirma que sus amigos también lo hacen, y ante la pregunta: “¿Cuántos de tus amigos fuman cigarrillos?” el 82 % de los adolescentes dicen que la mayoría de los amigos son fumadores. Por el contrario, el 78 % de los no fumadores dicen que la mitad o la minoría. Los estudios mencionados anteriormente muestran coincidencias con los resultados del presente estudio, donde el consumo propio parece estar influenciado por los amigos, en consonancia con la teoría de Bandura sobre la influencia del grupo de iguales en el comportamiento.

Los resultados de la presente investigación destacan dos aspectos importantes sobre las creencias del tabaco. El primero es que existe un mayor número de chicos que creen que fumar ayuda a conocer gente nueva; unos resultados que son similares a los hallados en un estudio realizado en jóvenes escolarizados de Valencia, donde se apre-

cia que más chicos que chicas creen que fumar ayuda a ligar o a relacionarse (Morales-Manrique *et al.*, 2011). Estos resultados muestran la existencia de creencias sobre los efectos funcionales del consumo de tabaco en el área social y sexual entre los chicos. Asimismo, también coincidimos con el citado estudio en que más chicas que chicos opinaban que fumar relaja. Esto puede significar que, especialmente entre las adolescentes, el consumo podría estar vinculado con el estrés y que fumar constituiría un medio cuando se busca relajarse, ya que tal y como indican algunos autores, fumar proporciona una sensación ilusoria de relajación (Córdoba y Samitier, 2009).

En relación al consumo de alcohol, un 81 % de los adolescentes de ambos sexos creen que el alcohol es una droga. López, Antolín, Barceló, Pérez, Ballesteros *et al.* (2001) encuentran que un 71 % de los adolescentes cree que el alcohol es una droga. También Orgaz *et al.* (2005), en una muestra de escolares toledanos, informa que el 58,1 % cree que el alcohol es una droga; el 46,3 % cree que ayuda a pasarlo bien; y el 30,7 % que ayuda a olvidar problemas. Resultados coincidentes con nuestra investigación, en la que más chicos que chicas creen que el alcohol facilita la relación con la gente; ayuda a pasárselo bien; es un estimulante; y que salir con gente que no toma alcohol es aburrido. Estos resultados son compartidos por el estudio de Font-Mayolas, Gras y Planes (2006), donde también se muestra que los adolescentes creen que el alcohol ayuda a olvidar problemas, a pasárselo bien; y a facilitar la relación con la gente.

Respecto a las creencias que tienen los adolescentes en relación a las drogas, una cuarta parte cree que si se consume droga solamente los fines de semana no se es adicto, y menos de la mitad piensa que si se controla ninguna droga puede crear adicción. Ambos resultados son compartidos con el estudio de Morales-Manrique, Bueno-Cañigral, Aleixandre-Benavent y Valderrama-Zurián (2011). Más de la tercera parte creen que algunas drogas permiten evadirse de los problemas. En línea con los resultados del presente trabajo, Pérez, *et al.* (2005) observan que los adolescentes no cuestionan ni la peligrosidad del consumo de drogas para la salud ni la adicción, ya sean consumidas solas o mezcladas.

Gómez-Durán, González y García (1998) ya po-

nían de manifiesto que identificar las creencias ante las drogas es fundamental, dado que la interpretación que hacen o que pueden hacer los adolescentes en sus primeras experimentaciones con las drogas tiene su origen en sus esquemas cognitivos. Identificar las creencias permitirá determinar aquellas que son relevantes para ser reforzadas o desmitificadas, tanto para prevenir el consumo como para instaurar actitudes negativas hacia el mismo.

Los resultados de este estudio –y otras investigaciones realizadas sobre factores de riesgo y de prevención de conductas relacionadas con el consumo de drogas– respaldan la importancia de diseñar programas y materiales preventivos que no solo incluyan la conducta que se quiere prevenir (el consumo de drogas), sino que también se contemplen variables microsociales como la familia, los amigos o la escuela; y también macrosociales, como la cultura y los valores asociados a las conductas de riesgo. Como señalan Laespada, Iraurgi y Arostegi (2004) los cambios relacionados con la salud de las personas son el resultado de los cambios en los mediadores del comportamiento.

Por otro lado, en las intervenciones preventivas en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, y su progresión hacia el abuso y la adicción, se han de considerar tanto los resultados de las investigaciones que se centran en la identificación de los factores de riesgo o asociados al consumo –factores de riesgo y de protección– como en las investigaciones epidemiológicas –que analizan la prevalencia y evolución del consumo de las diferentes sustancias (Laespada *et al.*, 2004)–.

Como limitaciones de este estudio hay que señalar que se realizó un muestreo incidental, y que no se incluyeron en la muestra estudiantes de centros privados ni adolescentes no escolarizados.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Bandura, A.** (1987). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa Calpe.
2. **Bandura, A. y Walters, R.H.** (1983). Apre-

- dizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Universidad.
3. **Calleja, N. y Aguilar J.** (2008). Por qué fuman los adolescentes: un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20 (4), 387-394.
 4. **Carbonero, M.Á., Martín-Antón, L.J. y Feijó, M.** (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3 (2), 287-298.
 5. **Cebrián, N.** (2007). Factores predisponentes del inicio del consumo de cannabis en adolescentes. Girona: Universitat de Girona.
 6. **Córdoba, R. y Samitier, E.** (2009). 50 mitos del tabaco. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón.
 7. **Evers, K.E., Paiva A.L., Johnson J.L., Cummins C.O., Prochaska J.O., Prochaska J.M., Padula J. y Gökbayrak N.S.** (2012). Results of a transtheoretical model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. *Addictive Behaviors*, 37 (9), 1009-18.
 8. **Font-Mayoles, S. Gras, M.E. y Planes M.** (2006). Análisis del patrón de consumo en estudiantes Universitarios. *Adicciones* 18(4), 337-344.
 9. **Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Cebrián, N., Salamá, A., Planes, M. y Sullman, M.J.M.** (2013). Types of polydrug use among Spanish adolescents. *Addictive Behaviors*, 38 (3), 1605-1609.
 10. **Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M., Patiño, J. y Sullman, M.J.M.** (2013). Risk perception and stages of smoking acquisition. *Health and Addictions*, 13 (2), 117-122.
 11. **García, P., Carrillo, A., Fernández, A. y Sánchez, J.M.** (2006). Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. *Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. Atención Primaria*, 37 (4), 392-399.
 12. **Gil, H.L., Mello D.F., Ferriani M.G. y Silva M.A.** (2008). Perceptions of adolescents students on the consumption of drugs: a case study in Lima, Peru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (especial), 551-557.
 13. **Gómez-Durán, B.J., González, S. G. y García, M. M.** (1998). Adquisición y desarrollo de la conducta de fumar. *Estudios de Psicología*, 61, 51-60.
 14. **Guitart, A.M., Bartroli, M., Villalbí J.R., Guilañá, E., Castellano, Y., Espelt, A. y Brugal. M.T.** (2012). Indicated Prevention of Problematic Drug Consumption in Adolescents of Barcelona, Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 86 (2), 189-198.
 15. **Hugo, A., Fernández, R., Romero, M. y Mansilla, J.C.** (2012). Creencias y consumo de sustancias psicoactivas en escolares de la ciudad de Córdoba (Buenos Aires). *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 58 (1), 3-10.
 16. **Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marquesa, A., Gargallo, P. y Nerín, I.** (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21 (1), 21-28.
 17. **Laespada, T., Iraurgi, I. y Arostegi, E.** (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Deusto: Universidad de Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencia.
 18. **López, J.R., Antolín, N., Barceló, M.V., Pérez, M., Ballesteros, A.M. y García, A.L.** (2001). Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. *Atención Primaria*, 27 (3), 159-165.
 19. **Martínez-Sabatera, A., Llorca-Tausteb, J., Blasco-Roquec, M., Escrivá-Aznar, G., Martínez-Puigc, C. y Marzá Gascóc, A.** (2014). Estudio descriptivo del consumo de alcohol en los adolescentes de Gandía. *Semergen*, 40 (1), 12-17.
 20. **Masferrer, L., Font-Mayolas, S. y Gras, M.E.** (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 102, 47-52.
 21. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Observatorio español sobre drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2010. Disponible en: http://www.msc.es/novedades/docs/PRESENTACION_ESTUDES_2010.pdf
 22. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Observatorio español sobre drogas (2012-13). Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) Disponible en: http://www.msc.es/novedades/docs/PRESENTACION_ESTUDES_2013.pdf
 23. **Moral, M.V., Rodríguez, F.J., Sirvent, C., Ruiz, C.** (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras substancias psicoactivas *Psicothema*, 18 (1), 52-58.
 24. **Morales-Manrique, C., Bueno-Cañigral, F., Aleixandre-Benavent, R. y Valderrama-Zurián, J.C.** (2011). Motivos y creencias asocia-

-
- dos al consumo de tabaco en jóvenes escolarizados de la ciudad de Valencia. *Revista Adicción y Ciencia*, 1 (2), 22-28.
25. **Orgaz, M.P.; Segovia, M., Lòpez, M. y Tricio, M.A.** (2005). Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*, 36 (6), 297-302.
26. **Pérez, R., Subarroca, S. y Alsinet, C.** (2005). Estudi sobre els hàbits de consum de substàncies tòxiques dels adolescents de la comarca del Segrià. Universitat de Lleida. Lleida: Àrea de Psicologia Social.
27. **Rosenstock, I.** (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2 (4) 328-335.
28. **Salamó, A., Gras, M.E. y Font-Mayolas S.** (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.
29. **Santacreu, J. y Froján M.X.** (1994). Evaluación del consumo de drogas. En: Fernández-Ballesteros, R. *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp.571-612). Madrid: Piràmide.
30. **Simões, C., Matos M.G., Moreno, C., Rivera, F., Batista-Foguet J.M. y Simons-Morton B.** (2012). Substance use in Portuguese and Spanish adolescents: highlights from differences, similarities and moderating effects. *Spanish journal of psychology*, 15 (3), 1024-37.
31. **Soria-Esojo, M.C., Velasco-Garrido J.L., Hidalgo-Sanjuán M.V., Luiz-Martínez, G., Fernández-Aguirre, C. y Rosales-Jalado, M.** (2005). Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. *Archivos de Bronconeumología*, 41(12), 654-8.

El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5

Obsessive-compulsive spectrum in DSM 5

Tomás Castelló Pons¹

Resumen

Uno de los cambios diagnósticos más notorios con respecto al anterior DSM consiste en la extracción del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los Trastornos de ansiedad y la creación de un grupo nuevo de trastornos (un espectro obsesivo), agrupados todos ellos bajo el epígrafe de “TOC y trastornos relacionados”. En el presente artículo de revisión se abordan las características más llamativas de cada uno de los trastornos incluidos en esta categoría y, finalmente, se discute sobre la idoneidad o no de dichos cambios.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo. Trastorno por exoriación. Trastorno por acumulación.

Summary

One of the most notorious diagnostic changes from the previous DSM involves the removal of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) from Anxiety Disorders and the creation of a new group of disorders (an obsessive spectrum) all grouped under the epigraph of “OCD and related disorders.” In this article we review the most striking features of each of the disorders included in this category, and finally question the suitability of these changes.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder. Excoriation (Skin-Picking) Disorder. Hoarding Disorder.

¹Servei de Salut Mental i Addiccions, Consorci Sanitari de l’Anoia. Igualada (Barcelona)

e-mail: tcastello@csa.cat

INTRODUCCIÓN: DEFINICIÓN Y CAMBIOS EN RELACIÓN AL DSM-IV

El DSM 5, aunque los resultados no se han correspondido del todo a las expectativas iniciales con respecto a las modificaciones esperadas, sí que ha supuesto un cambio, más importante en algunos grupos diagnósticos que en otros, como ha sucedido por ejemplo en el espectro de los trastornos obsesivos.

Uno de los cambios diagnósticos más notorios con respecto al anterior DSM (DSM-IV y IV-R) consiste en la extracción del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los Trastornos de ansiedad y la creación de un grupo nuevo de trastornos (un espectro obsesivo), agrupados todos ellos bajo el epígrafe de TOC y trastornos relacionados. Dentro de esta agrupación se han ubicado: (a) TOC; (b) trastorno dismórfico corporal (TDC) (anteriormente incluido en trastornos somatomorfos); (c) tricotilomanía (en DSM-IV incluida en los trastornos por control en los impulsos); (d) trastorno por excoriación (nuevo trastorno); (e) trastorno por acumulación (también nuevo trastorno); (f) TOC y trastornos relacionados inducidos por otra enfermedad médica; (g) TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias; (h) otros TOC y trastornos relacionados especificados; (i) otros TOC y trastornos relacionados no especificados.

Estos cambios han obedecido a toda una serie de evidencias en cuanto a similitudes en comorbilidad, neurobiología, circuitos cerebrales implicados, respuesta al tratamiento, que han determinado la conceptualización del TOC y trastornos afines como formando parte de un nuevo espectro fuera de los trastornos de ansiedad.

Otro cambio importante ha consistido en la aparición de los especificadores en los diferentes trastornos propuestos por el DSM 5, que ayudan a una mayor aproximación y delimitación de la situación clínica actual y promueven una visión más dimensional de todo el proceso del trastorno.

El DSM 5 también ha introducido nueva información procedente de estudios efectuados desde la publicación del DSM-IV; se contemplan aspectos etiopatogénicos (factores de riesgo) y de pronóstico en los distintos trastornos.

Vamos a detenernos en cada diagnóstico en con-

creto y tratar las diferencias más llamativas de cada uno de ellos en relación a ediciones anteriores del DSM.

Trastorno obsesivo-compulsivo

En función del grado de conciencia de enfermedad, el DSM 5 establece las siguientes especificaciones: con introspección buena o aceptable, con poca introspección y con ausencia de introspección/creencias delirantes (esta especificación aportaría información sobre aquel grupo de pacientes obsesivos que se asemejan a la psicosis y reflejaría, por tanto, la proximidad, que se da en algunos casos, entre ambos grupos de diagnóstico). En DSM-IV únicamente se establecía la especificación de “con poca conciencia de enfermedad”.

Otro aspecto que nos parece importante es el énfasis del DSM 5 en la frecuente asociación del TOC con los trastornos por tics (en torno a un 20-30 %), fundamentalmente en el TOC de inicio en la infancia. En relación con esto, numerosos estudios han establecido razones para considerar dos grupos dentro del TOC en base a la edad de inicio del trastorno: un grupo de inicio juvenil (en torno a los 10 años) y otro que se inicia en la edad adulta (en torno a los 20 años). Las características del primero con respecto al segundo serían: más frecuentemente varones, con una más alta prevalencia de TOC en familiares de primer grado, una mayor duración y gravedad de la enfermedad, una mayor asociación con tics y trastorno de Tourette, y probablemente con otros trastornos del espectro obsesivo (Janowitz *et al.*, 2009; Taylor, 2011; Wang *et al.*, 2012;)

Trastorno dismórfico corporal (TDC)

Otro de los grandes cambios ha sido la inclusión de este trastorno en el grupo de los trastornos obsesivos (anteriormente incluido en trastornos somatomorfos). Criterios en base a similitudes fenomenológicas, etiopatogénicas y de comorbilidad, así como de respuesta a tratamientos, aproximan más esta tipología diagnóstica al espectro obsesivo que al somatomorfo (Frare, Perugi, Ruffolo & Toni, 2004).

Trastorno de acumulación

Se trata de un trastorno nuevo, no referido en

DSM anteriores, ni siquiera propuesto para estudio. Descrito por una necesidad percibida por el sujeto de guardar cosas y por una dificultad en desprenderse de ellas, ocasionando una acumulación de objetos (periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico, papeles...) que congestionan o abarrotan zonas habitables, restringiendo su uso previsto (ver Tabla 1).

En anteriores ediciones de DSM, la acumulación excesiva de tipo compulsivo era considerada como un síntoma dentro del TOC o en el contexto de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Los trabajos efectuados sobre la acumulación excesiva han aportado suficiente evidencia para recomendar la creación de un diagnóstico nuevo (Pertusa, Fullana, Singh, Alonso, Menchón & Mataix-Cols, 2008; Mataix-Cols *et al.*, 2010; Pertusa *et al.*, 2010; Mataix-Cols & Pertusa, 2012; Tolin *et al.* 2012; Hall, Tolin, Frost & Steketee, 2013). Muchos autores coinciden en que algunos casos de este trastorno se asimilarían más a un TOC, pudiendo crear dificultades de diagnóstico diferencial entre los profesionales. Otros autores (Mataix-Cols *et al.*, 2010) no tenían claro si eran tan evidentes las similitudes de trastorno por acumulación con los otros trastornos del espectro obsesivo, y proponían su inclusión en el apéndice de grupos de criterios propuestos para estudios posteriores.

Este nuevo diagnóstico se puede prestar a confusión con el conocido síndrome de Diógenes; este síndrome no tiene una categoría diagnóstica

específica en el DSM, siendo el resultado de una serie de circunstancias, entre ellas, el estrés psicosocial asociado al envejecimiento y la existencia de patología psiquiátrica de base (rasgos de personalidad de tipo esquizo-paranoide, psicosis, etilismo crónico o trastornos neuropsiquiátricos como demencias). La diferencia residiría en que el paciente con Síndrome de Diógenes no solo acumula objetos, sino además suciedad, alimentos y desperdicios, y normalmente va acompañado todo ello de un deterioro personal y/o cognitivo en dicho paciente, que conlleva un abandono y negligencia en los auto-cuidados básicos.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) (TTM)

La inclusión de este trastorno en el grupo de los trastornos obsesivos ha supuesto también un importante cambio con respecto a DSM precedente. Se han documentado toda una serie de elementos etiopatogénicos que justifican la mayor cercanía de este trastorno al espectro obsesivo que al impulsivo: el trastorno es más frecuente en sujetos con TOC y en sus familiares de primer grado que en la población general (Jaisoorya, Reddy & Srinath, 2003; Ferrao, Miguel & Stein, 2009).

Además la tricotilomanía, fenomenológicamente, se encuentra más cercana a la compulsión (alivio de tensión al arrancarse el pelo) que al impulso (este aportaría más placer que alivio de tensión). No obstante, a pesar de esta consideración,

Tabla 1
Criterios diagnósticos del trastorno de acumulación

- | |
|--|
| <p>A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.</p> <p>B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.</p> <p>C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas solo es debido a la intervención de terceros.</p> <p>D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo o los demás).</p> <p>E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p.ej.: lesión cerebral, enf. cerebro vascular...).</p> |
|--|

existen estudios recientes cuyos resultados desmitifican esta radicalidad clásica en la diferenciación entre compulsividad e impulsividad como dos polos opuestos de un *continuum*. Estos estudios demuestran una frecuente concurrencia de conductas impulsivas con compulsivas, lo cual puede contribuir a un peor pronóstico del cuadro (Kashyap *et al.*, 2012; Hollander, 2014).

La mayor parte de las personas con tricotilomanía pueden presentar otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo: pellizcarse la piel, morderse los labios...

Trastorno por excoriación (trastorno de rascarse la piel) (TE)

Se trata de un trastorno nuevo no incluido en anteriores DSM (ver Tabla 2). Las localizaciones más frecuentes de rascado son la cara, brazos y las manos. Los pacientes pueden rascarse la piel sana o rascarse sobre lesiones o irregularidades menores (granos, callosidades, costras de anteriores rascados). El trastorno, al igual que sucede con la tricotilomanía, puede ir precedido o acompañado de diferentes estados emocionales.

Se ha evidenciado una mayor frecuencia en comorbilidad entre TTM y TE, y también con el TOC; mayor asociación, también de estos diagnósticos, en los familiares de primer grado de los pacientes (Snorrason, Belleau & Maderas, 2012).

TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos; TOC y trastornos relacionados debidos a otra enfermedad médica

Los criterios diagnósticos serían similares al DSM-IV y la diferencia residiría en que en este

último se hablaba de forma genérica de trastornos de ansiedad inducidos, al estar incluido el TOC en estos últimos trastornos.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno en particular. Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que el cuadro no cumple todos los criterios de alguno de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. Se incluyen: (a) trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales; (b) trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetidos; (c) trastorno de comportamientos repetidos centrados en el cuerpo (morderse las uñas, morderse los labios...); (d) celos obsesivos; (e) *Shubo-Kyofu*: miedo excesivo a tener una deformidad corporal; (f) *Koro*: episodio súbito de ansiedad intensa de que el pene se retraerá en el cuerpo y causará la muerte; (g) *Jikoshu-kyofu*: miedo a tener un olor corporal desagradable (síndrome de referencia olfativo).

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de un TOC y trastornos relacionados, pero que no cumplen todos los criterios de alguno en concreto. Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento

Tabla 2
Criterios diagnósticos del trastorno de excoriación

- | |
|--|
| <p>A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.</p> <p>B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.</p> <p>C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).</p> <p>E. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p.ej., delirios, estereotipias o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).</p> |
|--|

de los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados determinado, e incluye situaciones en las que no existe más información para hacer un diagnóstico más específico (*p.e.*, en urgencias)

¿HA SUPUESTO EL DSM-5 UN CAMBIO ACERTADO?

Como apuntábamos al principio, aunque los resultados no se han correspondido del todo a las expectativas iniciales que se tenían con la llegada del tan esperado DSM 5, en líneas generales los cambios que ha introducido, bajo la humilde opinión de quien suscribe el presente artículo, han sido positivos, en tanto que aportan una mayor consistencia fenomenológica y tienden a buscar patrones etiológicos, etiopatogénicos y neurobioquímicos cada vez más homogéneos.

Los trastornos que originariamente fueron propuestos para su inclusión en el espectro obsesivo, junto con el TOC, fueron: el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno de Tourette y otros trastornos por tics, la corea de Sydenham, el PANDAS, la tricotilomanía, el trastorno dismórfico corporal, el autismo, los trastornos alimentarios, las enfermedades de Parkinson y Huntington, así como adicciones y trastornos en el control de impulsos. Los que han acabado incluidos es porque comparten muchas características con el TOC, tanto en fenomenología como en comorbilidad y características familiares y genotípicas, así como alteraciones en circuitos cerebrales y respuesta a tratamientos (Hollander, Kim, Braun, Simeon & Zohar, 2009).

Repasando las distintas categorías diagnósticas, con respecto al TDC, como se ha comentado más arriba, características fenomenológicas, etiopatogénicas y de comorbilidad hacen más adecuada la inclusión de esta categoría en el espectro obsesivo que en el somatomorfo, por lo que el cambio podría ser considerado un acierto.

Otro acierto, a nuestro juicio, sería la especificación en los trastornos del grado de introspección, considerando un subgrupo en los que esta introspección sería nula o inexistente y por tanto asimilaría la fenomenología obsesiva a la delirante, reflejando un aspecto del TOC, que es su proximidad en algunos pocos casos a la psicosis,

aspecto no raras veces observado en la práctica clínica.

Creemos que la inclusión de la tricotilomanía en el espectro obsesivo es un avance, pues como decíamos, comparte más elementos fenomenológicos con la compulsión que con la impulsividad (donde estaba ubicada en el DSM-IV), además de compartir aspectos de comorbilidad con otros diagnósticos del espectro obsesivo.

En cuanto al trastorno de acumulación, como decíamos, hay suficiente evidencia a través de los estudios efectuados para haber optado por la creación de esta nueva categoría, lo cual ayudará a que en el futuro se siga investigando en estas presentaciones clínicas de tan difícil aceptación y comprensión social y de tan complejo manejo clínico, y a que nuevos trabajos aporten más luz que permita una mayor comprensión y tratamiento clínicos.

En referencia a la nueva categoría del trastorno por excoriación, por un lado se podría pensar por qué crear un nuevo diagnóstico con las excoriaciones y no con otras conductas repetidas centradas en el cuerpo, como morderse las uñas o los labios. Pensamos que su inclusión como nueva categoría es importante por sus posibles relaciones/diagnóstico diferencial con los comportamientos autolesivos (sin finalidad suicida) muchas veces solapados y/o integrados en otras categorías diagnósticas, como el trastorno límite.

En resumen, el DSM 5 ha supuesto un cambio importante, además de por todo lo comentado, porque aporta un punto de partida de nuevos enfoques hacia la enfermedad mental, con unas características más dimensionales y con un punto de mira más dirigido a elementos etiopatogénicos y neurobioquímicos que nos aproximen a conceptualizaciones más consistentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1998).
2. **American Psychiatric Association.** (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Arlington, VA: APA. (trad. cast.: Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014).

3. **Ferrao YA, Miguel E & Stein DJ.** (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: how closely are they related?. *Psychiatry Research*, 170: 32-42.
4. **Frare F, Perugi G, Ruffolo G & Toni C.** (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19: 292-298.
5. **Hall BJ, Tolin DF, Frost RO & Steketee G.** (2013). An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and Anxiety*, 30: 67-76.
6. **Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D & Zohar J.** (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Research*, 170: 3-6.
7. **Hollander E.** (2014). Compulsivity and impulsivity personal reflections: Why now and why here?. *CNS Spectrums*, 19: 6-7.
8. **Jaisoorya TS, Reddy YC & Srinath S.** (2003). The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*, 44: 317-23.
9. **Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Esttelt S, Buhtz F, Hochrein A et al.** (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder and comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26: 1012-1017.
10. **Kashyap H, Fontenelle LF, Miguel EC, Ferrao YA, Torres AR, Shavitt RG et al.** (2012). Impulsive compulsivity in obsessive-compulsive disorder: a phenotypic marker of patients with poor clinical outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 46: 1146-1152.
11. **Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF et al.** (2010). Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 27: 556-72.
12. **Mataix-Cols D & Pertusa A.** (2012). Annual research review: hoarding disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53: 608-618.
13. **Pertusa A, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D.** (2008). *American Journal of Psychiatry*, 165: 1289-98.
14. **Pertusa A1, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D et al.** (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30: 371-86.
15. **Snorrason I, Belleau EL & Maderas DW.** (2012). Relationship between trichotillomania and skin picking disorder. A review of comorbidity evidence, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*, 32: 618-29.
16. **Taylor S.** (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31: 1083-100.
17. **Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, Norberg MM, Calhoun VD, Frost RO et al.** (2012). Neural mechanisms in make decisions in hoarding disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69: 832-41.
18. **Wang X, Cui D, Wang Z, Fan Q, Xu H, J Qiu et al.** (2012). Cross comparison of clinical features in early onset and late onset obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136: 498-504.

NOTA EDITORIAL: Con este artículo iniciamos una nueva sección dedicada a los Artículos de Divulgación de nivel que puede ser de utilidad para una amplia gama de lectores. Seguimos así en la línea rupturista de nuestra publicación, empeñada en no ser simplemente una receptora de artículos científicos de nivel, si bien esta es su misión nuclear. Una nueva sección que esperamos sea atractiva para nuestros profesionales, sobre todo porque tenemos el compromiso de intentar ser publicación futura en forma de monografía.

Coordinará la Prof.^a Jenny Moix, una potente investigadora en Estrés, Dolor y Salud, pero también una de las más excelsas divulgadoras de nuestro panorama científico. Contará con un equipo de trabajo que se pondrá a su disposición, y del que les informaremos con prontitud.

¿Por qué mi conejo no sabe que es un conejo y yo creo que sé quién soy?: la consciencia

Why my rabbit doesn't know that it's a rabbit and I think I know who I am: consciousness

Jenny Moix Queraltó¹

Resumen

En la vida existe un misterio encriptado: la conciencia. Para estudiar cualquier fenómeno se empieza por la definición, si no delimitas el concepto no se puede investigar. En el caso de la conciencia, solamente definirla ya es un reto. En este artículo intentaremos definirla y analizarla. Los avances científicos, más que delimitar el concepto, nos sugieren que es algo difícil de poner debajo de un microscopio. ¿Dónde está la conciencia? ¿Qué procesos fisiológicos la explican? ¿Para qué sirve? ¿En qué medida somos conscientes?

Palabras clave: Percepción. Conciencia. Identidad.

¹Profesora Titular de Psicología

Correspondencia: Dra. Jenny Moix Queraltó
Universidad Autónoma de Barcelona
Edificio B. Campus de la UAB
08193 Bellaterra (Barcelona)
Jenny.moix@uab.es

Summary

An encrypted mystery exists in our lives: consciousness. In order to study any phenomenon it's necessary to begin with a definition, if the concept is not delimited it is impossible to be investigated. In the case of consciousness, to find a definition is a challenge. In this article, we try to define and analyze it. Scientific advances rather than to delimit the concept suggest that it is difficult to put under a microscope. Where is consciousness? Which physiological process are involved? What is its function? To what extent are we aware?.

Key words: Perception. Consciousness. Identity.

Mi mascota es una conejita. Se llama “Pelocho”. Aunque la hemos bautizado con un nombre masculino, no presenta ningún síntoma de trastorno de género. Y es que ella no sabe que es una hembra, ni siquiera que es un conejo.

Yo en cambio, sí sé quien soy (o al menos eso me parece). Soy una *homo sapiens*, me llamo Jenny, me encanta el chocolate y soy psicóloga. Sin embargo, cuando nací me ocurría lo mismo que a Pelocho, no sabía que era una persona.

ORDENANDO LA REALIDAD

En el instante de llegar a este mundo, cuando miramos la cara de nuestra madre no pensamos: “¡anda, qué guapa es mi mamá!”. No sabemos qué significa “madre” ni “guapa”, ni siquiera somos capaces de pensar. Nuestra incapacidad todavía va más allá. Ni siquiera podemos verla. La miramos, ¡pero no la vemos! Es más, si nuestra mamá nos coge la manita no sabemos dónde se acaba la nuestra y empieza la suya. No distinguimos que somos dos. Todo es indiferenciado, sin límites, la realidad es un conglomerado de sensaciones desordenadas. Luces, colores, olores, movimiento, sonidos...

Entonces, nuestro cerebro se adentra en la laboriosa misión de ordenar toda esa confusión. Cuando archivamos los libros de una biblioteca los podemos fichar por autores, por temáticas, por fechas...; existen muchos criterios. Pues bien, para estructurar la realidad también. Todos los cerebros de los *homo sapiens* utilizan los mismos criterios para clasificar el exterior. Un extraterrestre que tuviera nuestros mismos sentidos (olfato, gusto, oído, vista y tacto), pero un cerebro que ordenara lo que proviene de ellos de forma diferente, con otros criterios, percibiría la

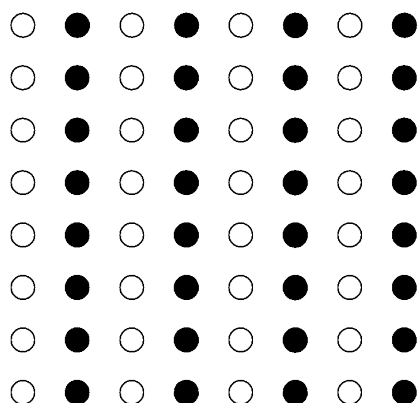
realidad de una manera totalmente distinta a la nuestra. Una pregunta escandalosamente intrigante que se desprende de esta hipotética situación es: ¿Qué realidad sería más “real”? ¿La suya, la nuestra?

¿De qué manera el cerebro de los *homo sapiens* ordena la realidad? Por agrupación, creando formas. Todas las sensaciones que nos llegan por la vista las agrupamos. Estas agrupaciones son lo que nos permite ver los objetos como compactos, delimitados, diferenciados unos de otros. Alguien podría argumentar que indudablemente los vemos compactos porque lo son, “¿Cómo íbamos a verlos si no?...”. Pues podríamos percibirlos de formas que ahora nos parecen imposibles. Pensemos un poco... Nuestro cuerpo no tiene nada de compacto, está formado de ¡vacío! Todos sabemos que nuestro organismo se compone de células y estas son conjuntos de átomos. ¿Y cómo es un átomo? Pues tiene un núcleo formado de protones y neutrones, y alrededor electrones girando. Si nos imaginamos un átomo como un campo de fútbol, el núcleo sería una canica en medio del terreno de juego y los electrones estarían girando por las gradas. Y en medio ¡nada! Todo está formado de nada. Una olla, una tetera, un bolígrafo, un calcetín. Para nosotros los objetos son compactos, pero están formados básicamente de vacío.

El recién nacido, que mira su manita encima de la de su madre, no sabe dónde acaba la suya y empieza la otra. Su mano y la de su progenitora son átomos que él está mirando, pero no sabe que pertenecen a seres diferentes. Nuestro cerebro sigue una serie de leyes perceptivas que permiten ir agrupando estos átomos, estructurando la realidad (Goldstein, 2009). Gracias a ellas, logramos ver los objetos como formas diferenciadas unas de

otras, y el bebé acaba distinguiendo su manita. Vamos a ver dos de estas leyes.

El cerebro agrupa los estímulos visuales que nos llegan por similitud de forma, de color... Si tuviéramos que describir este dibujo, diríamos que vemos una línea vertical de círculos negros, otra de blancos, otra de negros...



No lo describiríamos como una línea horizontal con un círculo negro, otro blanco, otro negro... Otra línea horizontal igual, y así sucesivamente. Esto es, agrupamos estos círculos en columnas, no en líneas. Es la ley de la similitud. Juntamos las sensaciones por lo parecidas que son. Así el bebé, mientras va creciendo, va aprendiendo a agrupar sensaciones. Y si su mano es de un color, una textura, cualquier característica ligeramente diferente a la de su madre, su cerebro poco a poco le va permitiendo diferenciarla.

El recién nacido también aprende a distinguir su mano gracias a la ley del cierre. Cerramos los objetos, aunque estén interrumpidos por espacios abiertos.



En este dibujo no nos cuesta ver un círculo porque cerramos de forma automática los espacios abiertos. Quizás un extraterrestre, que no funcionara con esta capacidad de cerrar, no podría verlo. Percibiría líneas curvas sueltas. Al mirar un obje-

to no vemos conglomerados de átomos vacíos, lo vemos cerrado porque de forma inconsciente vamos delimitando lo abierto.

Con estas y muchas otras estrategias nuestro cerebro va aprendiendo a poner orden, a delimitar los objetos de la realidad. Y gracias al aprendizaje los vamos etiquetando: “esto es una mesa”, “esto es una manzana”. Y estos conceptos, a su vez, nos ayudan a distinguir unos objetos de otros. Fijémonos en este dibujo.



Solo podemos ver un dalmata, porque hemos visto dalmatas anteriormente y ya sabemos cómo son. O quizás no lo hemos percibido al primer golpe de vista, pero si alguien nos dice que hay un dalmata, nuestro cerebro ya tiene un criterio para “cerrar”, para delimitar, y acabamos viéndolo.

La realidad no es algo que esté fuera de nosotros y entra a través de los sentidos, sino que nosotros la construimos. Y lo hacemos en base a unos criterios que son unos, pero podrían ser otros. Parémonos un momento en esta idea: podrían ser otros. Vamos a repetirlo: podrían ser otros. La realidad es relativa; esto es, depende del observador.

La realidad que no veo

Gracias a estos criterios innatos (la ley del cierre, de la similitud y otras) y a los aprendizajes que vamos realizando podemos ir viendo la realidad, “nuestra realidad”. Una pregunta que nos podríamos formular es: ¿la vemos de forma consciente?

Marta no se explica cómo su hermano Carlos puede, a pesar de su ceguera, sortear muchos objetos como si los viera. Beatriz de Gelder (neurocientífica de la universidad de Tilburg) estudia

casos como el de Carlos (Gelder, *et al.*, 2008). Y en sus investigaciones ha comprobado como algunas personas ciegas exhiben esta habilidad casi mágica. El sistema visual de estos individuos está intacto, lo que poseen dañado es la parte del neurocortex que procesa la información visual. Nuestro cerebro es un apilamiento de capas evolutivas. Esto es, si vamos a las capas más profundas podemos comprobar como esas zonas son muy parecidas a las de los animales. Los pájaros poseen un sistema automático de orientación y de sortear obstáculos (incluye el *tectum* o culículo superior). Pues bien, ese sistema también lo tenemos nosotros. Aunque el cortex (la parte más superficial del cerebro) esté dañado, si las partes profundas no lo están, podemos seguir utilizando este sistema primitivo de orientación. Carlos, por decirlo de forma burda, al esquivar objetos no utiliza la parte humana de su cerebro, sino la parte “pájaro”. Así que de forma consciente no ve los objetos, pero su cerebro los capta de forma instintiva.

Podríamos afirmar que Carlos percibe de forma subliminal o inconsciente utilizando capas inferiores del cerebro. No capta conscientemente los objetos porque la estimulación no le llega al neurocortex. De este ejemplo, ya podemos ir deduciendo que el neurocortex está implicado en la conciencia. Utilizando una metáfora esclarecedora que Ignacio Morgado (2012) nos ofrece en su excelente obra *Cómo percibimos el mundo*: “El neurocortex sería como una pantalla y las partes inferiores del cerebro los proyectores”. Esto es, “nos damos cuenta” o “somos conscientes” solo de lo que hay en la pantalla. Las partes inferiores del cerebro, en este caso “los cables con diferentes paradas” que van desde los ojos al neurocortex, solo son los retroproyectores. No nos damos cuenta de la electricidad hasta que al llegar a la pantalla se convierte en “luz”. La electricidad es inconsciente, la luz es consciente.

La sorprendente habilidad de esquivar obstáculos que exhiben las personas como Carlos que sufren ceguera cortical nos lleva al fenómeno de la percepción subliminal, pero este tipo de percepción la podemos observar en muchos otros contextos. Uno de los paradigmas más habituales para estudiar la percepción subliminal consiste en mostrar estímulos taquíscópicos (duración de

milisegundos) a sujetos experimentales. Y aunque ellos afirman no ver nada, se comprueba que estos estímulos han sido captados por su cerebro dado que inciden en tests posteriores. Por ejemplo, captar inconscientemente imágenes desagradables (amputaciones, accidentes...) puede aumentar nuestra ansiedad. ¡Algo que no hemos visto determina nuestra emoción! (Robles, Simth, Carver y Wellens, 1987).

Sin embargo, lo relevante es que esta percepción subliminal no se da solo en ciertas patologías o contextos de laboratorio, sino que sucede ¡constantemente! En estos momentos, nuestro cerebro está captando los sonidos de fondo, el contacto de los zapatos con nuestros pies, la posición de nuestra mano, el olor flotando en el ambiente... Es bombardeado por muchos estímulos. Si nosotros estamos atentos a estas páginas, únicamente entra en nuestra conciencia (en nuestra pantalla mental) el contenido de lo que leemos, el resto se queda en la antesala.

No solo captamos información del exterior de forma inconsciente, sino que la conectamos, realizamos asociaciones, también de forma automática. El cerebro asocia, aprende, sin que nosotros lo sepamos. No aprendemos exclusivamente cuando hincamos los codos ante un libro o nos esforzamos por memorizar una lista, afortunadamente nuestro cerebro es mucho más capaz. Trabaja sin nosotros.

La digestión, la respiración, la circulación sanguínea son procesos que no requieren que los controlemos; pues bien, la percepción, la memoria, el aprendizaje, en definitiva los procesos mentales, tampoco. Si los procesos mentales son, –en gran parte– inconscientes, ¿dónde está la conciencia?

La “conciencia” es un concepto difícil de agarrar, se escabulle. Y es que la conciencia no es propiamente “algo”, sino más bien una cualidad. Es un adjetivo. Cuando hablamos de percepción o aprendizaje inconsciente o subliminal, lo hacemos para diferenciarlo de la percepción o aprendizaje consciente. El termino “consciente” es un adjetivo que se puede colocar, o no, al lado de los procesos mentales (memoria, pensamiento, aprendizaje...). Por tanto, al ser solo una cualidad, no podemos esperar un sitio concreto en el cerebro donde se halle ubicada, porque no se puede ubicar “algo” que no es “algo”. Sabemos que el neuro-

córtex participa en los procesos conscientes, pero no es que la conciencia sea algo que esté allí. De hecho, los avances en las ciencias neurológicas nos van indicando que cuando calificamos algún proceso de consciente, esa conciencia proviene de las sincronizaciones entre los miles de millones de neuronas corticales con billones de sinapsis, bajo la influencia de otras zonas del cerebro (Morgado, 2009). Esa luz, que nos permite “darnos cuenta” o “ser conscientes” de que estamos aprendiendo, percibiendo..., viene de muchos interruptores que se pulsan a la vez en nuestro cerebro.

Mi piloto automático y yo

“Ayer iba al gimnasio, cogí el coche y ¡me fui al trabajo!”, “Estaba buscando las gafas y ¡las había guardado dentro de la nevera!”, “Leí unas diez páginas del libro y no me enteré de nada”... ¿Quién no ha vivido una situación parecida? En muchos momentos nuestro piloto automático es el que conduce. De hecho, él conduce más que nosotros. Cuanto más te adentras en los conocimientos existentes sobre el tema, más te das cuenta de que casi no pintas nada en tu vida.

Pero vamos a ver, si yo conscientemente decido apretar esta tecla que tengo en mi teclado, la “X” por ejemplo, pues la aprieto conscientemente y aquí no hay piloto automático que valga. Lo voy a hacer: X. La acabo de apretar conscientemente. He tomado una decisión y la he llevado a cabo con plena conciencia. ¡Pues resulta que no! Al menos eso dicen los estudios. Existen multitud de investigaciones que muestran cómo actuamos de forma inconsciente incluso en estos casos. Uno de los primeros trabajos sobre esta inconsciencia que nos caracteriza fue llevado a cabo por Libet en la década de los ochenta (Libet, Whright y Gleason, 1983). Los sujetos experimentales debían apretar una tecla y mirar un cronómetro que tenían delante para indicar en qué momento habían decidido apretarla. Es decir, tenían que señalar en qué posición se hallaba la aguja del cronómetro al tomar la decisión. Para entender los resultados hemos de saber que antes de flexionar un dedo, 550 milisegundos antes del movimiento, en el cerebro se produce una determinada actividad eléctrica denominada “potencial de disposición”. El sorprendente resultado fue que la decisión se tomó 350 milisegundos después del potencial de

disposición. Resumiendo: nuestro cerebro se dispone a mover el dedo (potencial de disposición), luego nos da la sensación de que lo decidimos conscientemente (el momento en que miramos el cronómetro) y finalmente lo movemos. Cuando pensamos que estamos tomando una decisión, en realidad no hacemos más que contemplar una especie de vídeo interno retardado (concretamente 350 milisegundos) de la auténtica decisión que tuvo lugar inconscientemente en nuestro cerebro. No es que las decisiones las tome nuestro vecino, las tomamos nosotros, pero no nuestra parte consciente sino la inconsciente. Parece que nuestro yo consciente sea un puro observador.

Hace unas semanas mi conejita empezó a cavar una madriguera en el jardín. ¡Sorprendente! Ya sé que es algo propio de los conejos, pero cuando lo hace tu mascota de repente te sientes orgullosa de ella. La técnica que empleaba era propia de un arquitecto. Construir una madriguera no consiste solo en cavar un hoyo en el suelo. Son túneles, tienes que entrar, sacar la tierra (sin palas, ni manos...) y extenderla alrededor sin formar montículos. Me impresionó contemplar aquel despliegue de destreza. Cuando la miraba, pensaba que toda aquella conducta había estado encapsulada en sus genes y ahora salía. A ella nadie le había enseñado. Su conducta era algo inconsciente. Pues bien, después de leer investigaciones como las de Libet, voy viendo que yo no estoy tan lejos de ella, yo también actúo de forma inconsciente. La diferencia entre los humanos y los animales es que nosotros somos más prepotentes. Nos pensamos que es nuestra lógica la que toma las decisiones, cuando quizás nuestra lógica se limita a justificar nuestros actos. Nos hemos olvidado de que somos animales, vamos de racionales y quizás algún día nos daremos cuenta de que estamos haciendo el ridículo.

¿Quién soy yo?

Nuestra identidad no es más que una construcción de nuestro cerebro. Primero nos dijeron que la tierra no era el centro del universo, tardamos siglos en digerirlo, y ahora nos dicen que nosotros, nuestro ego, es pura invención, quizás nos cueste otros tantos aceptarlo.

Como hemos visto, el bebé no sabe que él y su mamá son dos entes diferenciados. Su cerebro

aprende a construir estos dos seres. Tenemos tendencia a pensar que el recién nacido no ve la realidad tal cual es y los adultos sí. No nos percatamos de un matiz clave: los mayores no la vemos tal cual es, la percibimos tal como la construimos. Nuestra realidad no es más real que la del recién nacido. Unos párrafos atrás, nos preguntábamos ¿Qué realidad sería más real la de un extraterrestre o la nuestra? No hay respuesta porque la pregunta ¡no se aguanta! Vamos a subrayarlo una vez más: la realidad depende de quien la observa (la construye).

Siguiendo este hilo argumental, si la mesa, la tetera, el calcetín son construcciones..., nuestro cuerpo también. Lo vemos como algo compacto y diferenciado del resto porque así lo montan nuestras neuronas. Nos da la sensación de que nuestro cuerpo está separado del resto y que siempre es el mismo (más o menos achacoso). Pues aunque hayamos apagado más de 30, 40, 50, 60, 70... velas, podríamos afirmar que no tenemos más de diez años. Casi la totalidad de nuestro organismo se está regenerando constantemente. ¡La permanencia de nuestro cuerpo es también una ilusión!

¿Y el yo? El yo se sustenta en la percepción de nuestro cuerpo, pero también en otros pilares: la memoria sobre lo que hemos vivido y nuestros esquemas mentales (creencias, valores...).

La percepción de nuestro cuerpo en la que se basa nuestra identidad es una construcción, pero es que ¡nuestra historia también! Son incontables los ejemplos de cómo la mente reconstruye nuestro pasado. Existen multitud de investigaciones que muestran lo poco fiable que es la memoria y cómo va cambiando con el paso del tiempo. Tenemos tendencia a entender la memoria como una biblioteca, un archivo donde se va guardando lo vivido, pero la memoria es algo cambiante, que construimos en cada momento. De hecho, la idea de que los contenidos de nuestra memoria no son estáticos, sino modificables, se remarca en todos los manuales de psicología porque sin esta premisa no podemos entender la complejidad del comportamiento del ser humano (Morris y Mais-to, 2005). Existe un dicho escandinavo que personalmente me encanta: “nunca es tarde para tener una infancia feliz”, en el que está implícita la idea de que nuestra historia la podemos construir y reconstruir de la manera que queramos. No hace

falta recurrir a ninguna de las investigaciones para entender esta idea, todos hemos sido testigos de como algún amigo o familiar nos cuenta la misma historia de formas diferentes a medida que pasa el tiempo. Nuestro ego se sustenta en nuestra historia, un pilar nada sólido.

Vemos, pues, la gran fragilidad de dos de los tres pilares en los que se apoya nuestra conciencia del yo: nuestro cuerpo y nuestra historia. Pues si estos pilares que de entrada parecen “objetivos” se tambalean, el tercer pilar que son nuestras creencias y valores no sale más bien parado (Moix, 2011). Nuestros esquemas son relativos porque dependen de las experiencias que nos han ido sucediendo. Además van cambiando. Quizás ya no eres ese antisistema que se apuntaba a cualquier manifestación, pero sigues siendo tú. A “él” no lo ves como otra persona, igual que sigues siendo ese que creía en los reyes magos. Nuestra identidad se sustenta en unas creencias y valores que navegan. El yo se aguanta en tres columnas ingrávidas: cuerpo, historia y creencias. La levedad del ser.

La identidad es como un castillo construido a base de nuestras creencias y valores. Por eso los defendemos tanto. Si alguien nos hace ver la incongruencia de nuestras ideas, entonces sentimos como si nos hubieran quitado un ladrillo de nuestra identidad y notamos como tambaleamos. Necesitamos mantener el castillo intacto, por ese motivo protegemos y blindamos nuestra forma de pensar.

Para dar una estructura sólida a nuestro castillo nos autodefinimos constantemente: “soy responsable”, “soy tímido”, “soy puntual”... Si nos dan un papel en blanco y nos piden que hagamos una descripción de nosotros mismos, lo tenemos de lo más fácil porque es lo que hacemos en cada momento. Autodefinirnos es una estrategia para mantener nuestro castillo, la otra es posicionarnos. Si nos observamos nos daremos cuenta de cómo muy a menudo nos posicionamos, “pues yo soy del Barça”, “a mi me gustan las croquetas”, “yo no soporto la impuntualidad”, “soy optimista”, “me chifla el chocolate”... El relativo y frágil garabato de nuestra identidad se construye sobre nimiedades como el placer con el que nos comemos unas chuletas a la brasa.

¿Y Pelocho? No creo que se acuerde de la cara que puse cuando mi hija se presentó con ella en

brazos sin avisarme, presentándomela como un nuevo miembro de la familia. Intuyo que su memoria no le da para eso. Creencias y valores me parece que tampoco tiene muchos. Cuando la veo en el jardín estirada en la sombra me parece que simplemente se limita a vivir el presente y no está pensando en el origen del universo. En fin, sospecho que su identidad no se puede sustentar en la memoria o las creencias. Dejando mis impresiones aparte, y adentrándome en lo que dice la ciencia, parece que los humanos somos de los pocos seres vivos que nos identificamos a nosotros mismos; esto es, que tenemos conciencia de identidad, que nos damos cuenta de que somos “alguien” diferente del resto. Los científicos que estudian qué animales tienen esta conciencia utilizan el “test del espejo” desarrollado por Gordon Gallup Jr (1977). Consiste en poner al animal frente al espejo con alguna mancha en el cuerpo. Si se explora tocándola o moviéndose para verla mejor es señal de que se identifica a sí mismo y no cree que el que se mueve en el espejo sea otro. La prueba ha sido pasada solo por chimpancés, gorilas, orangutanes, delfínidos, elefantes, macacos de Rhesus, monos capuchinos, urracas y parece que también por las palomas. Definitivamente, mi conejita no sabe quién es.

¿ESTOY DENTRO DE MI CUERPO?

¿Dónde estoy? Pues aquí delante de la pantalla, intentando ordenar mis ideas acerca de la conciencia mientras bebo una coca cola light. ¿Está claro, no? Estoy aquí sentada. No estoy en el sofá que está en la otra punta de la habitación. ¿Y si sugiero que esto tampoco es cierto, que también es relativo, que es una construcción? ¡Buf!, me parece que estoy dentro de un cuadro de Dalí, todo es surrealista.

Nuestra sensación es que estamos dentro de nuestro cuerpo. Desde dentro vemos fuera. La mente se encuentra aprisionada en el cráneo y se desplaza con él. Hemos visto cómo nuestros sentidos captan unos datos; y el cerebro, siguiendo unas leyes, los organiza en formas. Debemos saber que los estructura de una manera particular para verlos desde un ángulo, los vemos como si “el que observa” estuviera dentro de nuestro organismo. El cerebro podría organizarlos para que nos

diera la sensación de que los estamos viendo desde otra perspectiva, pero no lo hace. Vamos con un símil. Los arquitectos utilizan unos programas de ordenador que, una vez introducidos los datos de un edificio, lo muestran en la pantalla desde diferentes perspectivas. Desde la derecha, la izquierda, desde arriba, abajo... A nuestro cerebro llegan unos datos por los sentidos y nuestras neuronas siempre los organizan de tal forma que los vemos desde una sola perspectiva, desde nuestro cuerpo. ¿Y si a nuestro cerebro le diera por organizarlos de otra manera? ¿Y si nuestras neuronas tuvieran un programa parecido al de los arquitectos y pudiéramos ver desde diferentes ángulos?

Experimentos recientes han demostrado que podemos engañar a nuestro cerebro y a través de simples manipulaciones ¡podemos sentir que estamos dentro del cuerpo de una muñeca Barbie! Un grupo de neurocientíficos del instituto Karolinska de Estocolmo (Van der Hoort, Guterstam, Ehrsson, 2011) han mostrado que podemos sentir como nuestro un cuerpo ajeno. A los sujetos experimentales se les coloca unos visores a través de los que ven desde la perspectiva de una muñeca. Con una varilla los experimentadores van tocando el brazo del participante y a la vez el brazo de la muñeca. Al mismo ritmo, de la misma forma. Llega un momento en que el sujeto siente como suyo el cuerpo de Barbie. De tal manera que cuando se simula que se va golpear a la muñeca, el cuerpo real reacciona como si lo fueran a atacar a él. Es más, la persona al sentirse en un cuerpo tan pequeño ve el mundo más grande. Percibe como gigantes los dedos del experimentador.

La construcción de donde estamos la realizamos procesando varias señales corporales: el sentido del tacto, el equilibrio, la vista y la propiocepción (posición y movimiento de los músculos, tendones...). En el estudio anterior, solo manipulando la vista y el tacto (la sensación de la varilla en el brazo), consiguieron que los sujetos experimentales se trasladasen al cuerpo de la muñeca.

Este tipo de manipulación también puede realizarse a nivel fisiológico. Parece que es la circunvolución angular la encargada de coordinar todas las señales mencionadas para que nos dé la sensación de que estamos dentro del cuerpo. Por tanto, estimulando este área cerebral podríamos hipoteti-

zar que se alteraría esta percepción. Pues bien, Theodor Landis y Margitta Seeck, del hospital Universitario de Ginebra, estimularon la circunvolución angular durante una intervención quirúrgica a una persona epiléptica. La paciente informó: “Me veo desde arriba, tendida en la cama, pero solo me veo las piernas y la parte inferior del tronco” (Heydrich, Dieguez, Grundwald, Seeck, y Blanke, 2010).

Experiencia extracorpórea u OBE (*Out of Body Experience*) es el nombre que recibe el fenómeno de verse a sí mismo desde el exterior, como si estuvieras fuera de tu cuerpo. En los dos casos descritos es una manipulación lo que lleva al sujeto a sentir esta extraña percepción, pero también se puede dar en otros contextos. Por ejemplo, al sentir un miedo extremo, cuando hemos ingerido narcóticos, al dormir, al sufrir migraña, al estar anestesiados y también se han descrito en casos de experiencias cercanas a la muerte.

Cada día son más abundantes los casos registrados de experiencia extracorpórea en personas que, por ejemplo, han sufrido infartos. Según Penny Sartori (2008), enfermera de terapia intensiva de los hospitales galeses de Singleton y Morriston que ha estudiado ampliamente este tipo de experiencias, un rasgo en común de estas personas es que se sienten flotando sobre sí mismas. Además algunos pacientes también son capaces de recordar con precisión lo que ha ocurrido en la sala, a pesar de haber estado inconscientes y de haber tenido los ojos cerrados.

El cardiólogo Pim van Lommel publicó en la prestigiosa revista *The Lancet* una investigación donde estudió 344 sujetos que habían resucitado después de un paro cardíaco. De esta muestra, 64 pacientes (el 18 %) dijeron haber experimentado un OBE (Van Lommel, van Wees, Meyers y Elffrich, 2001). Esto es, habían sentido cómo salían de su cuerpo. Los relatos compartían características en común. La sensación de fundirse en un todo, la inexistencia del espacio-tiempo... Este cardiólogo, no creyente, encaja todo lo que ha visto en la idea de que la muerte es un cambio de conciencia. La muerte supone entrar en lo que él llama una conciencia no local, sin tiempo ni espacio. Aquí Pim van Lommel, ya no habla de conciencia de identidad, como hemos venido haciendo, sino que va más allá...

La experiencia extracorpórea no solo se da en situaciones de manipulación o límite, sino también en situaciones normales. Sin embargo, quien la experimenta no siempre la confiesa por miedo a ser tachado de psicótico. Hace años que imparto docencia de psicología en la Universidad Autónoma de Barcelona. Al hablar de estos temas es más fácil que se compartan experiencias de este estilo. En más de una ocasión, alumnos me han explicado experiencias en las que han vivido fuera de su cuerpo. Una vez, una alumna me comentaba que mientras se estaba maquillando ante el espejo, de repente se había visto desde arriba como si estuviera en el techo. Le había ocurrido varias veces. Otras personas me han confesado cómo se han notado “arriba” mientras practicaban relajación. Luis Tosar, conocido actor español, contaba en una entrevista en la vanguardia (Sanchis, 2012): “*Subido al escenario vi con claridad que me iba a dedicar a eso, fue una revelación, no he vuelto a tener esa sensación. Sin dejar de actuar logré tener una visión externa de mí mismo, con lo cual la sensación de seguridad fue brutal, y de placer, porque tenía el convencimiento de que todo fluiría como debía. Por desgracia, nunca la he vuelto a tener, pero es algo que busco*”.

La experiencia extracorpórea es un fenómeno normalmente puntual. Los sujetos que la viven mayoritariamente solo mantienen este estado durante un tiempo limitado. Por eso es tan extraordinario el caso de Suzanne Segal (1996). Vivió fuera de su cuerpo durante años. Le sobrevino un día de pie en una parada de un autobús de París a los veintisiete años cuando estaba embarazada: “*Levanté el pie derecho para subir al autobús, y choqué de frente contra una fuerza invisible que había penetrado mi percepción consciente como un cartucho de dinamita que explotara en silencio, volando la puerta de mi consciencia habitual y arrancándola de sus goznes, partiéndome en dos. En el enorme espacio que se abrió, aquello a lo que hasta entonces había llamado “yo” recibió un violento empujón que lo sacó del lugar que ocupaba dentro de mí y lo lanzó a una posición nueva: aproximadamente treinta centímetros detrás y a la izquierda de mi cabeza. “Yo” estaba ahora detrás de mi cuerpo mirando el mundo que me rodeaba, pero no a través de los ojos del cuerpo*”.

Vivir detrás de ti. Suzanne sufrió lo indecible. Desubicada. Una palabra cargada del máximo sentido para ella. Doce años sin vivir en ella y experimentándolo con auténtica angustia. Y de repente: *“la dicha llegó toda en un mismo instante, estrellándose repentina e irrevocablemente contra la orilla de la percepción pura, de manera exacta a como había llegado la primera oleada de desprendimiento del “yo” doce años antes... Iba sentada al volante de mi automóvil, dirigiéndome hacia el norte para visitar a unos amigos, cuando de repente me di cuenta de que estaba conduciendo a través de mí misma. Durante años no había habido ni rastro de “yo” y, sin embargo, en aquella carretera todo era “yo”. Iba conduciendo a través de mí para llegar al lugar en el que ya me hallaba, o sea que, en realidad no iba a ninguna parte, puesto que ya estaba en todas partes”*.

¿Cómo se entendió la experiencia de Suzanne? Para muchas personas Suzanne vivió un puro proceso de iluminación. Trascendió su ego. La iluminación aunque es una experiencia que, como todas, es vivida de maneras distintas dependiendo de la persona, comparte características en común y una de ellas es ir más allá de la mente, de la consciencia tal como la experimentamos (de la consciencia de identidad de la que hemos hablado). En este sentido Suzanne se podría considerar iluminada (Ullman y Reixhenberg-Ullman, 2009).

Suzanne murió a los cuarenta y dos años por un tumor cerebral de crecimiento muy rápido. Y aquí ya topamos con lo fisiológico. Muchos redujeron la explicación de la vivencia de Suzanne a este tumor. El tumor no podía explicar toda su experiencia porque apareció ya al final de su vida. Sin embargo, suponiendo que el tumor hubiera aparecido al principio, ¿qué más da? Es obvio que el cerebro de Suzanne funcionaba diferente con tumor o sin él. ¿O nos pensamos que una experiencia así se sustenta en la “nada”? Lo mismo ocurre con la experiencia del OBE en los casos cercanos a la muerte, algunos lo atribuyen a la anoxia (falta de oxígeno), aunque para los expertos no siempre que se produce anoxia se experimenta el OBE y, por tanto, no podría ser una explicación plausible. Todo lo psicológico tiene un correlato fisiológico. Todo. Nuestros pensamientos, nuestras emociones, los recuerdos... Si encontráramos un co-

rrelato fisiológico para las experiencias extracóreas no sería nada sorprendente, más bien es esperable.

Si se hallara el correlato fisiológico para este tipo de experiencias, alguien podría argumentar “bueno, se trata de algo químico, de una patología”. De hecho, este tipo de afirmaciones se escucha a menudo. Es una forma de sacarse de encima la experiencia colocándola en el cajón de lo anormal. El cerebro habitualmente funciona de una forma determinada, y a esa manera la etiquetamos de “normal”, por eso cuando actúa de otra forma la calificamos como “anormal”. Podríamos etiquetarlo como “forma 1” y “forma 2”, o como “forma más frecuente” y “forma menos frecuente”. Volvamos al extraterrestre: ¿su realidad sería menos real que la nuestra?, ¿la realidad de Suzanne era menos real que la que vivimos el resto? ¿era una realidad alterada o simplemente otra realidad?

Y llegamos a la ciencia ficción

Descartes, siglo XVII, discurso del método. Desde nuestro siglo XXI, giramos la cabeza hacia atrás y nos imaginamos sus cavilaciones y quizás sintamos un poco de compasión por sus ideas. Su dualismo extremo. La separación del alma (*res cogita*) del cuerpo (*res extensa*) y su interacción a través de la glándula pineal. Nos puede parecer incluso infantil. Sin embargo, ahora no estamos mucho más lejos...

Como hemos comentado en el apartado anterior, parece que nosotros no estamos en nuestro cuerpo (es solo una construcción). Analicemos esta frase, lleva implícito que existen dos: el cuerpo y nosotros. Puro dualismo cartesiano. Sin embargo, ahora en lugar de explicar la interacción de ambos a través de la glándula pineal, recurrimos a otro tipo de explicaciones. Bruce Lipton, doctor en Biología Celular y pionero en la investigación con células madres, nos cuenta (para que lo entendamos la mayoría de los mortales) que en las células existen una especie de “antenas” que facilitan la interacción entre la conciencia y el cuerpo. Según este biólogo, el cuerpo es una especie de televisor en el que se trasmite el programa de cada uno de nosotros (nuestra conciencia) y este programa sería captado por las antenas (Lipton, 2007).

Complicado. El cerebro de Pelochó no podría entender una ecuación, pues el mío, como *homo*

sapiens, no podrá entender nunca la complejidad del tema que abordamos. Einstein, los físicos cuánticos... están dinamitando premisas para poder empezar a entender algo. Seguro que en el terreno de la conciencia existen muchas premisas, ideas preconcebidas, que no nos permiten entender su vasta magnitud. Tenemos que empezar a derribarlas.

Llegados al final, recordemos la pregunta del título: *¿Por qué mi conejo no sabe que es un conejo... y yo creo que sé quien soy?* Parece que Pelochó efectivamente no sabe quién es. Ahora podemos decir que no es que no lo sepa, sino que su cerebro no es capaz de construir una identidad. Y ¿yo? Pues para ser sincera, me parece que tampoco sé quién soy. Cuanto más te adentras en el misterioso mundo de la conciencia, más consciente eres de tu inconsciencia. Lo cual parece un Koan, uno de esos problemas sin solución lógica de la tradición Zen: ¿Cómo se puede ser consciente de la inconsciencia? ¿Quién es consciente de quién? En fin. Cambiando de pregunta, por una no menos complicada: ¿Quién es más feliz Pelochó con su inconsciencia natural o yo con mi consciencia de la inconsciencia?...

BIBLIOGRAFÍA

1. **De Gelder, B., Tamietto, M., van Boxtel, G., Goebel, R., Sahraie, A., van den Stock, J., et al.** (2008). Intact navigation skills after bilateral loss of striate cortex. *Current Biology*, 18 (24): R1128-R1129.
2. **Gallup, G.G.** (1977). Self-recognition in primates-comparative approach to bidirectional properties of consciousness. *American Psychologist*, 32(5): 329-338.
3. **Goldstein, B.** (2009). *Sensación y percepción*. Madrid: Thomson.
4. **Heydrich, L., Dieguez, S., Grundwald, T., Seeck, M. y Blanke, O.** (2010). Illusory own body perceptions: case reports and relevance for bodily selfconsciousness. *Consciousness and Cognition*, 19(3): 702-710.
5. **Libet, B., Whright, E.W. y Gleason, C.A.** (1983). Preparation or intention-to-act, in relation to pre-event potentials recorded at the vertex. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 56: 367-72.
6. **Lipton, B.H.** (2007). *La biología de la creencia*. Madrid: Palmyra.
7. **Moix, J.** (2011). *Felicidad Flexible: atrévete a romper tus propios esquemas*. Madrid: Aguilar.
8. **Morgado, I.** (2009). Psicobiología de la conciencia: conceptos, hipótesis y observaciones clínicas y experimentales. *Revista de Neurología*, 49 (5): 251-256.
9. **Morgado, I.** (2012). *Como percibimos el mundo. Una exploración de la mente y los sentidos*. Barcelona: Ariel.
10. **Morris, Ch. y Maisto, A.** (2005). *Psicología*. Mexico: Prentice Hall.
11. **Robles, R., Smith, R., Carver, C.S. y Wellens, A.R.** (1987). Influence of subliminal visual images on the experience of anxiety. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13: 399-410.
12. **Sanchis, I.** (2012). Luis Tosar: "Sueño que estoy en pelotas y que todo el mundo me mira". *La Vanguardia*, Dic 3, La Contra.
13. **Sartori, P.** (2008). *The Near-Death Experiences of Hospitalized Intensive Care Patients: A Five Year Clinical Study*. Lewiston, Queenston, Lampeter: Edwin Mellen Press.
14. **Segal, S.** (1996). *Collision with the infinite*. San Diego, California: Blue Dove Press.
15. **Ullman, R., y Reichenberg-Ullman, J.** (2009). *Místicos maestros y sabios. Relatos de iluminación*. Barcelona: Kairos.
16. **Van der Hoort, B., Guterstam, A. y Ehrsson, H.H.** (2011). Being Barbie: The Size of One's Own Body Determines the Perceived Size of the World. *PLoS ONE*[Internet]. 2011 [citado 21 Abr 2014]; 6(5): e20195. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0020195>.
17. **Van Lommel, P., van Wees, R., Meyers, V. y Elfferich, I.** (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *Lancet*, 358: 2039-2045.

ÍNDICE BIBLIOMÉTRICO

(NÚMEROS DE 50 A 100)

Elaboración: G. Mestre¹ y J.M^a. Farré²¹Consejo de Redacción²Editor

PRESENTACIÓN

Hace 14 años –en el nº53 de Cuadernos– elaborábamos el primer Índice Bibliométrico de la publicación. Había llegado el momento de construir la 2ª parte ante el centenar de números, coincidiendo prácticamente con nuestras bodas de plata. Hemos seguido el orden alfabético habitual, añadiendo unas palabras clave que identifican –como es preceptivo– la temática nuclear en la que se mueve el artículo correspondiente. Como novedades, hemos incluido los **Duetos** y las **Editoriales**.

¿Qué cambios temáticos y continuidades hemos observado? Se mantiene el interés por la *adolescencia* (prácticamente el mismo número de artículos) y asoman las *adicciones comportamentales*; es bastante probable que con la creación reciente de la Sección dedicada al tema, se multiplique el interés por las mismas. A destacar el claro despegue de los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* que se consolidan como un tema ampliamente tratado. *El Dolor* se mantiene; de hecho en el primer índice era una de las cuestiones más debatidas. Es curioso que la *Salud perinatal* esté más presente en la primera parte que en la segunda. Es evidente que el giro copernicano se da a partir de la eclosión de la Sección de Salud Mental Perinatal y sobretudo el número monográfico 109. Es tan evidente este cambio –potenciado por las noticias específicas que aparecen periódicamente y los abstracts de las diversas Jornadas y Congresos– que vaticinamos un porcentaje, sino mayoritario sí muy importante en próximos índices bibliométricos. Algo semejante ocurrirá con la *Psicosomática Infanto Juvenil*, una variante que ya se detecta de forma rotunda en el momento actual.

Sigue el *abuso sexual* y aparece la *activación conductual* como homenaje a la 3ª generación de terapias cognitivo conductuales (Nº100) con una traducción al castellano para formato grupal. Tímida aparición del *bournot* y el honor de que sus autoras escogieran Cuadernos para dar a conocer la adaptación española de la *Buss Perry Agresion Questionnaire* (nº60-61).

Algo parecido al dolor, se repite con el *Estrés*, omnipresente. En este sentido, ha marcado época el artículo –del inevitable y estudioso profundo del tema, el Dr. Carlos Mingote– aparecido en el nº 84/85 sobre las diferencias de género en respuesta al estrés en MIR. No somos una referencia en *Personalidad*, de ahí la escasez de artículos sobre un tema tan estimulante, aunque la validación de ciertos cuestionarios (como el citado BussPerry) sobre factores concretos de la personalidad, compensa parcialmente el déficit. Lo cual no ha impedido que fuésemos escogidos para reflejar los abstracts del **Congreso Nacional sobre Personalidad**, que dirigió el profesor Enric Álvarez, uno de nuestros orgullos y que pueden Uds. consultar en la web. La *fibromialgia* que aparecía anecdóticamente en los primeros 50, irrumpe con fuerza como expresión del signo de los tiempos; hasta 10 artículos sobre el tema, que probablemente seguirá en el epicentro del interés de autores y lectores.

La *Psiquiatría de Enlace* se diferencia en diversos títulos, pero debemos enorgullecernos que Cuadernos fuera escogido para reflejar los resultados del *Proyecto Multinacional Europeo y Multicéntrico español de mejora de calidad asistencial*, una investigación que lideró Antonio Lobo y en la que intervinimos muchos de los miembros del Staff. Algo parecido ocurrió con la validación

española del *método Intermed*, un sistema de detección temprana de problemas psicosociales en enfermos médico-quirúrgicos, que también debemos al equipo del Prof. Lobo, el cual nos honró con los con nuevos datos de *revalidación en el mítico MEC*.

Si bien Cuadernos sigue siendo un foro de elección de autores que apuestan por la calidad y la tradición de tiempos pasados, la *sexología* ha decrementado artículos, probablemente por la eclosión de revistas especializadas. No obstante, de la mano de Chiclana, Farré, Félix López, Montejo y otros colegas, es nuestra intención recuperar un espacio para un tema que merece validación, seriedad e interés. En este sentido, es destacable el n° monográfico de *Transexualismo* (78, 2006) que constituyó un hito internacional en la literatura sobre el tema en lengua castellana. También ha sido una auténtica joya –que pronto intentaremos recopilar en una 2ª parte– la aparición del “*Vademecum Sexual*” (Hurtado y col.) en los números 62/63, probablemente uno de los documentos más útiles y consultados por los profesionales interesados en la reacción iatrogénica. Como si quisiera anunciar su reconversión en publicación virtual, surgieron muestras muy atractivas de las aplicaciones clínicas en *realidad virtual* (n°82), que nos aportaron Gutiérrez-Maldonado y col., C. Batalla y col. y Tortella-Feliu (n°81) que como buenos expertos baleares nos propusieron su programa específico para abordar (nunca mejor dicho...) el miedo a volar.

Que lo disfruten.

J.Mª. Farré
Editor

ÍNDICE BIBLIOMÉTRICO DE CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

(Nº DEL 51 AL 100)

A

- ABUSO SEXUAL: **Intervención educativa de promoción de la salud sexual: herramienta de prevención y detección del abuso sexual en niños y adolescentes.** F. Hurtado Murillo, F. Donat Colomer, R.M. Pellicer Faro, A. Rayo Martínez y J. Ripoll Perelló. Nº 79/80: 33-46, 2006. PC: Abuso sexual. Niños y adolescentes.
- ABUSOS SEXUALES: **Abusos sexuales y trastornos de la conducta alimentaria.** M. Mateos Agut, B. Sanz Cid, A. Martínez Villares, J.J. Muñoz García, E. Martín Martín, I. Muñoz Siscart y J.J. de la Gándara Martín. Nº 71/72: 44-52, 2004. PC: Abusos sexuales. Trastornos de la conducta alimentaria.
- ACOSO MORAL: **Tratamiento conductual de un caso crónico de acoso moral, Moobing.** S. Alario Bataller. Nº 67/68: 99-115, 2003. PC: Moobing. Tratamiento conductual. Caso Crónico.

- ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD: **Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada.** J. L. Diéguez Ruibal, A. López Castedo, E. Sueiro Domínguez y F. López Sánchez. Nº 74: 46-56, 2005. PC: ATSS. Propiedades psicométricas.
- ACTITUDES SEXUALES: **Actitudes sexuales: Estudio piloto intergeneracional en un medio urbano.** S. Rodríguez y J.M. Farré. Nº 69/70: 61-77, 2004. PC: Actitudes sexuales. Medio urbano.
- ACTIVACIÓN CONDUCTUAL: **Traducción al castellano de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y adaptación a Formato Grupal. Datos preliminares de su aplicación en una muestra de pacientes deprimidos.** D. Sánchez González, A. Soto Lumberras, D. Vega Moreno y J. Ribas i Sabaté. Nº 100: 11-23, 2011. PC: Terapia de Activación Conductual. Formato grupal.

– **ADICCIÓN A INTERNET: Tratamiento de un caso crónico de adicción a internet.** S. Alario Batailler. Nº 79-80: 71-88, 2006.

PC: Adicción a internet. Tratamiento.

– **ADICCIÓN AL SEXO: Tratamiento de un caso crónico de adicción al sexo.** S. Alario Batailler. Nº 98: 37-62, 2011.

PC: Adicción al sexo. Tratamiento.

– **ADICCIONES PSICOLÓGICAS: Adicciones psicológicas: conceptualización e intervención.** A. Mora Sanz. Nº 92: 11-18, 2009.

PC: Adicciones psicológicas.

– **ADICTOS: Justificación teórica de un programa de alfabetización emocional para clientes adictos.** L. Muñoz Hurtado y A. Tejero Pociello. Nº 92: 35-41, 2009

PC: Adictos. Programa.

– **ADICTOS AL JUEGO: Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego.** M. Planes, L. Fábregas, M.E. Gras y M. Soms. Nº 65: 29-40, 2003.

PC: Adictos al juego. Tabaco.

– **ADOLESCENTES: Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles.** M. Lameiras Fernández, Y. Rodríguez Castro, M. Calado Otero y M. González Lorenzo. Nº 71/72: 67-75, 2004.

PC: Adolescentes. Relaciones sexuales.

– **ADOLESCENTES: Fuentes de información y conocimientos sexuales de riesgo en adolescentes residentes en el medio rural gallego (1ª parte).** M.D. Chas, J.L. Diéguez, M.C. Diz y E. Sueiro. Nº 65: 41-54, 2003.

PC: Conocimientos sexuales de riesgo. Adolescentes.

– **ADOLESCENTES: Actitudes hacia la sexualidad de adolescentes que residen en el medio rural gallego (2ª parte).** J.L. Diéguez, M.C. Diz, E. Sueiro y M.D. Chas. Nº 66: 56-67, 2003.

PC: Sexualidad. Adolescentes.

– **ADOLESCENTES: Comportamientos sexuales de adolescentes del medio rural gallego (3ª parte).** M.C. Diz, E. Sueiro, M.D. Chas y J.L. Diéguez. Nº 67/68: 46-60, 2003.

PC: Comportamientos sexuales. Adolescentes.

– **ADOLESCENTES: Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes.** M. Planes Peda, M.E. Gras Pérez, M. Cunill Olivas, A.B. Gómez, M.T. Romero, S. Font-Mayolas y J. Vieta. Nº 71/72: 76-85, 2004.

PC: VIH. Prevención. Adolescentes.

– **ADOLESCENTES: Teorías Explicativas y Modelos Preventivos de la Conducta Antisocial en Adolescentes.** E. Navas Collado y J.J. Muñoz García. Nº 75: 22-39, 2005.

PC: Conducta antisocial. Teorías. Modelos preventivos.

– **AFFECTIVIDAD NEGATIVA Y POSITIVA: El papel de la afectividad negativa y positiva en las relaciones entre el estrés diario y la sintomatología somática: un estudio intra e interindividual.** M.A. Santed, B. Sandín, P. Chorot, M. Olmedo y J. García-Campayo. Nº 58/59: 41-55, 2001.

PC: Afectividad negativa y positiva. Estrés diario. Sintomatología somática.

– **AGRESORES DE PAREJA: Implicaciones de las tipologías de agresores de pareja para el tratamiento en prisión.** I. Loinaz, R. Torrubia, E. Echeburúa, J.C. Navarro y L. Fernández. Nº 91: 19-26, 2009.

PC: Agresores de pareja. Tratamiento en prisión.

– **AGRESORES SEXUALES: Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de agresores sexuales antes y después de un programa educativo.** (Estudio piloto). M.E. Castro, E. Sueiro, A. López y M. Cortegoso. Nº 69/70: 78-94, 2004.

PC: Agresores sexuales. Programa educativo.

– **AGRESORES SEXUALES: Perfil psicopatológico de agresores sexuales.** M.E. Castro González, A. López Castedo y E. Sueiro Domínguez. Nº 89/90: 30-39, 2009.

PC: Perfil psicopatológico. Agresores sexuales

– **ALCOHOL: Consumo de alcohol en universitarios, metodología de estudio.** S. Redondo Martín, J.A. Mirón Canelo y C. López Sosa. Nº 57: 29-40, 2001.

PC: Alcohol. Universitarios.

– **ALEXITIMIA: Alexitimia y estado de ánimo en enfermos con esclerosis múltiple.** F. Arbina-ga Ibarzábal. Nº 60/61: 13-21, 2001-2002.

PC: Alexitimia. Esclerosis múltiple.

– **ALIMENTACIÓN: Nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de alimentación.**

F. Fernández Aranda, C. Martínez, A. Núñez, E. Álvarez y S. Jiménez-Murcia. Nº 82: 7-16, 2007.

PC: Trastornos de alimentación. Nuevas Tecnologías.

– **ALIMENTACIÓN: Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas.** Z.R. Lugli y E. Vivas. Nº 79/80: 23-32, 2006.

PC: Trastornos de alimentación.

– ALIMENTARIA: **Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión.** M.A. Peláez Fernández, F.J. Labrador Encinas y R.M. Raich Escursell. Nº 71/72: 33-43, 2004.

PC: Trastornos de la conducta alimentaria. Epidemiología.

– ALIMENTARIA: **Psicoterapia de los trastornos de la conducta alimentaria.** M. Mateos y J.J. de la Gándara. Nº 67/68: 34-45, 2003.

PC: Trastornos de la conducta alimentaria. Psicoterapia.

– ALIMENTARIA: **Seguimiento en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la prevención de las recaídas.** M.A. Peláez, R. Julián, R.M. Raich y E. Durán. Nº 62/63: 32-42, 2001.

PC: Trastornos de la conducta alimentaria. Prevención de recaídas.

– ALIMENTARIA: **Trastornos de la conducta alimentaria: Una visión transcultural en la postmodernidad.** N. Español Armengol y J.J. De la Gándara Martín. Nº 86/87: 29-36, 2008.

PC: Trastornos de la conducta alimentaria. Visión transcultural.

– ALIMENTARIO: **Prevención del Trastorno del Comportamiento Alimentario con un programa multimedia.** R.M. Raich, D. Sánchez-Carracedo y G. López Guimerà. Nº 81: 47-71, 2007.

PC: Trastornos del comportamiento alimentario. Prevención.

– ALIMENTARIO: **Trastornos del Comportamiento Alimentario en un Área de la Salud, análisis de su situación evolutiva y su relación con variables personales y familiares.** A. Rodríguez Martín, J.P. Novalbos Ruiz, J.M. Martínez Nieto, L. Escobar Jiménez y A.L. Castro de Haro. Nº 74: 18-29, 2005.

PC: Trastornos del comportamiento alimentario. Variables.

– ALIMENTARIOS: **Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios.** A. Espina, M.A. Ortego, I. Ochoa de Alda y A. Alemán. Nº 58/59: 29-40, 2001.

PC: Trastornos alimentarios. Imagen Corporal. Intervenciones.

– ALOPECIA AREATA: **Trastorno de ansiedad generalizada y alopecia areata: juntos pero sí revueltos.** M.J. García Hernández, S.

Ruiz Doblado y R. Caballero. Nº 55/56: 11-15, 2000.

PC: Trastorno de ansiedad generalizada. Alopecia areata.

– ALZHEIMER: **Aplicación de un programa de estimulación cognitiva en enfermos de Alzheimer en una residencia geriátrica.** I. Torres Compta. Nº 84/85: 66-83, 2007-2008.

PC: Alzheimer. Estimulación cognitiva.

– AMOR: **El deseo y el amor: el hombre inacabado.** F.J. Gala, M. Lupiani, C. Guillén, A. Gómez, A. Bernalte, R. Raja, M.T. Miret y N. Lupiani. Nº 74: 30-45, 2005.

PC: Amor. Deseo.

– ANOREXIA NERVIOSA: **Antecedentes de obesidad y/o sobrepeso en anorexia nerviosa. Un estudio piloto.** L. Giménez Martínez, I. Ardevol Comellas y F. Fernández Aranda. Nº 64: 19-25, 2002.

PC: Anorexia nerviosa. Antecedentes.

– ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA: **Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.** M. Borda, C. del Río e I. Torres. Nº 65: 16-28, 2003.

PC: Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Creencias irracionales.

– ANSIEDAD: **Sensibilidad a la ansiedad en muestras clínicas: Un estudio piloto.** M.A. Fullana Rivas, M. Casas Hilari y J.M. Farré. Nº 57: 9-17, 2001.

PC: Sensibilidad a la ansiedad.

– ANSIEDAD: **Sensibilidad a la ansiedad en pacientes psiquiátricos ambulatorios.** M.A. Fullana, M. Tortella-Feliu, G. García de la Banda, M. Casas, A. Royo, J.M. Farré y S. Correa. Nº 54: 27-33, 2000.

PC: Sensibilidad a la ansiedad.

– ANSIEDAD ANTE LA MUERTE: **La mujer mayor institucionalizada vs no institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida.** F. Arbinaga. Nº 64: 26-33, 2002.

PC: Ansiedad ante la muerte. Satisfacción con la vida.

– ANSIEDAD SOCIAL: **Ansiedad social y alteración del colágeno en personas de gran estatura.** C. Baeza Velasco y A. Bulbena Vilarrasa. Nº 89/90: 40-46, 2009.

PC: Ansiedad social. Colágeno. Estatura.

– **ANSIEDAD Y ESTRÉS: Programa de intervención cognitivo-conductual y de técnicas de relajación como método para prevenir la ansiedad y el estrés en alumnos universitarios de Enfermería y mejorar el rendimiento académico.** M.D. Maldonado, M.J. Hidalgo y M.D. Otero. Nº 53: 43-57, 2000.

PC: Ansiedad y estrés. Programa. Técnicas de relajación.

– **ANSIOLÍTICOS: Prescripción de ansiolíticos en un área de atención primaria 1995-1999.** S. Ruiz Doblado, M. Carballo, R. Caballero, A. Pérez Cano y M.A. Pino Ramírez. Nº 55/56: 46-50, 2000.

PC: Ansiolíticos.

– **ANTICONCEPCIÓN: Anticoncepción en psiquiatría.** J.J. de la Gándara e I. Muñoz Siscart. Nº 76/77: 29-38, 2005-2006.

PC: Anticoncepción.

– **ASERTIVIDAD: Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento en asertividad.** N. Palau, M. Ballester, M. Morales y N. Riesco. Nº 76/77: 66-72, 2005-2006.

PC: Entrenamiento en asertividad.

– **ASISTENCIA PRIMARIA: Estudio sobre las distintas concepciones sociosanitarias, de la población anciana en asistencia primaria.** M.T. Torras, M.J. Bernat, A. García Curado, M. Catalá e I. Roig. Nº 55/56: 20-24, 2000.

PC: Asistencia primaria. Población anciana.

– **ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, ¿Existe acuerdo en el diagnóstico?.** J. Cáceres Carrasco. Nº 92: 26-34, 2009.

PC: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Diagnóstico.

– **ATHENS INSOMNIA SCALE: Análisis de la fiabilidad y validez de la versión reducida en español de la Athens Insomnia Scale (AIS-5).** J.C. Sierra, P. Santos Iglesias y A. Martínez Alonso. Nº 88: 11-16, 2008.

PC: AIS-5. Fiabilidad y validez.

B

– **BARIÁTRICA: Programa multidisciplinar de intervención grupal precirugía bariátrica.** C.J. van der Hofstadt Román, E. Pérez Martínez, A.L. Abad González, R. Berenguer Grau, E. Moncho Domenech y A.M. Picó Alfonso. Nº 93/94: 34-44, 2010.

PC: Precirugía bariátrica. Intervención grupal.

– **BUCODENTAL: Higiene y salud bucodental**

en pacientes atendidos en una unidad psiquiátrica: diferencias entre sanitarios y no sanitarios. D. Hernández Salazar, M. Romero Martín, J.C. Mingote Adán, M. Gálvez Herrer y D. Gutiérrez García. Nº 95: 9-34, 2010.

PC: Higiene. Salud bucodental.

– **BURNOUT: Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de Burnout.** J. Montero Martín, J. García-Campayo, E. Andrés y Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP). Nº 88: 41-49, 2008.

PC: Burnout.

– **BURNOUT: Estudio del Burnout mediante el cuestionario C.U.B.O. (Cuestionario Urgente de Burnout). Análisis de fiabilidad.** C. Charro Gajate, E. Diéguez Perdigüero, J. de la Gándara Martín y C. García Moja. Nº 92: 19-25, 2009.

PC: Burnout. C.U.B.O. Fiabilidad.

– **BURNOUT: Importancia de la detección del Síndrome de Burnout en la asistencia primaria.** M.T. Torras, J.A. Bernat, M.M. Pedregosa, M.J. Bernat, M. Miranda, M. Catalá, I. Roig, M. Llorens, L. Masfred, R. Soler, D. Martín Muncharaz y R. Casas. Nº 60/61: 22-25, 2001-2002.

PC: Burnout. Detección.

– **BUSS-PERRY AGRESSION QUESTIONAIRE: Adaptación española de Buss-Perry aggression questionnaire.** S. Porras, M. Salamero y R. Sender. Nº 60/61: 7-12, 2001-2002.

PC: Buss-Perry aggression questionnaire. Adaptación española.

C

– **CÁNCER DE MAMA: Depresión y cáncer de mama. ¿Hay alguna asociación entre ellos?.** M.T. Torras, M. Pedregosa, M. Catalá, E. Paredes, A. García Curado, X. Masgrau, I. Roig y A. Modéjar. Nº 73: 20-23, 2005.

PC: Depresión. Cáncer de mama.

– **CÁNCER DE MAMA: Satisfacción con los cuidados médicos y búsqueda de información en pacientes con cáncer de mama.** M.E. Rincón Fernández, M.A. Pérez San Gregorio, M. Borda Más, A. Martín Rodríguez. Nº 93/94: 23-33, 2010.

PC: Cáncer de mama.

– **CELOS PATOLÓGICOS: Tratamiento conductual de un trastorno de celos patológicos.** S. Alario Bataller. Nº 62/63: 83-95, 2001.

PC: Celos patológicos. Tratamiento conductual.

– **CIRUGÍA BARIÁTRICA: Valoración de candidatos a cirugía bariátrica: descripción del perfil sociodemográfico y variables psicológicas.** E. Pérez Martínez, M. de la Torre Esteve, S. Tirado González y C.J. van-der Hofstadt Román. Nº 99: 29-40, 2011.

PC: Cirugía bariátrica. Perfil sociodemográfico. Variables.

– **COGNITIVO-CONDUCTUAL: El diagnóstico clínico-psicopatológico y el modelo cognitivo-conductual: La Psicología Clínica en las Instituciones.** A. Tejero Pociello. Nº 57: 69-73, 2001.

PC: Diagnóstico. Modelo.

– **COITO: Relación entre la edad del primer coito y variables sociales, reproductivas y sexuales en la mujer.** E. Sueiro Domínguez, C. Perdiz Alvarez y J.L. Diéguez Ruibal. Nº 75: 51-61, 2005.

PC: Coito. Variables.

– **COMPORTAMIENTOS ANORÉXICOS Y BULÍMICOS: Incidencia de comportamientos anoréxicos y bulímicos en La Comunidad Valenciana.** M. Toledo, J. Ferrero, J. Capote, L. Roger, M. Sánchez, E. Donet y E. Tormo. Nº 51/52: 38-48, 1999.

PC: Comportamientos anoréxicos y bulímicos.

– **CONDUCTA SOCIAL Y SEXUAL: Conducta social y sexual y su relación con la variable motivacional de búsqueda de sensaciones.** M.C. Sánchez Gombau y E. Cantón Chirivella. Nº 51/52: 22-31, 1999.

PC: Conducta social y sexual. Búsqueda de sensaciones.

– **CONTRACEPCIÓN: La contracepción de emergencia en chicas estudiantes de bachillerato: Uso y uso reiterado en función del número de parejas sexuales.** M. Aymerich Andreu, M. Planes Pedra, M.E. Gras Pérez e I. Vila Coma. Nº 97: 25-30, 2011.

PC: Contracepción de emergencia.

– **CROHN: Estudio de la Emoción Expresada familiar en relación al curso de la Enfermedad de Crohn.** J. Jaureguizar Albonigamayor y A. Espina Eizaguirre. Nº 73: 9-19, 2005.

PC: Enfermedad de Crohn. Emoción expresada familiar.

– **CRÓNICOS: Estrategias de comparación social y resultados en salud: Un estudio de adap-**

tación y evaluación en muestra española de pacientes crónicos. M.C. Terol, N. Pons, M.C. Neipp, J. Rodríguez-Marín, B. Buunk, M. Martín-Aragón y P. Sánchez. Nº 84/85: 19-31, 2007-2008.

PC: Pacientes crónicos. Estrategias de comparación social.

D

– **DEMENCIA: Detección precoz de la demencia por parte del médico de asistencia primaria.** M.T. Torras, M.J. Bernal, C. Cánovas, J.A. Bernad, A. García Curado, G. Solanas e I. Roig. Nº 58/59: 63-66, 2001.

PC: Demencia. Detección precoz.

– **DEMENCIA: Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia.** B. Artaso Irigoyen, A. Goñi Sarriés y A. Biurrun Unzué. Nº 60/61: 38-45, 2001-2002.

PC: Demencia. Estrategias de afrontamiento. Cuidadoras.

– **DEMENCIAS: Clínica de la memoria y unidad de demencias: un programa de enlace con atención primaria.** A. Lobo y P. Saz. Nº 69/70: 115-125, 2004.

PC: Demencias. Programa de enlace.

– **DEPRESIÓN: Estudio descriptivo transversal sobre la prevalencia de depresión en población general adscrita a un Centro de Asistencia Primaria.** M.T. Torras, M. Catalá, F. Algila-ga, M.J. Bernat, M. Miranda, M.C. Cánovas y J.A. Bernad. Nº 51/52: 33-37, 1999.

PC: Depresión. Población general.

– **DERMATOLOGÍA: La depresión como complicación evolutiva en dermatología.** M.J. García Hernández y S. Ruiz Doblado. Nº 53: 9-15, 2000.

PC: Depresión. Dermatología.

– **DESEO SEXUAL: Afectividad, estrés y ansiedad heterosocial: Exploración de las relaciones con el deseo sexual en adultos jóvenes.** A. Medina, P. Perakakis, V. Ortega y J.C. Sierra. Nº 75: 62-71, 2005.

PC: Deseo sexual. Adultos jóvenes.

– **DESEO SEXUAL: Un estudio sobre la implicación de las actitudes y fantasías sexuales en el deseo sexual de los adolescentes.** I. Zubeidat, V. Ortega, C. del Villar y J.C. Sierra. Nº 67/68: 71-78, 2003.

PC: Deseo sexual. Actitudes y fantasías sexuales. Adolescentes.

– DIETA: **“Dieta”: efectos, defectos y significados.** D. Sánchez Carracedo, G. López-Guimerà, E. Asens Campmany y J. Fauquet i Ars. Nº 86/87: 37-51, 2008.

PC: Dieta.

– DIETA: **Satisfacción corporal y dieta en adolescentes españolas y chilenas.** P. Espinoza, E. Penelo y R.M. Raich. Nº 88: 17-29, 2008.

PC: Dieta. Satisfacción corporal. Adolescentes.

– DINIAS: **Psicopatología de las dínias.** A. Miranda Silvelo. Nº 100: 24-31, 2011.

PC: Dínias.

– DISFUNCIÓN ERÉCTIL PSICÓGENA: **Ansiedad cognitiva rasgo en sujetos con disfunción eréctil psicógena. Estudio piloto.** J. Taberner Viera, J.M. Farré Martí y L. Giménez Martínez. Nº 75: 72-81, 2005.

PC: Disfunción eréctil. Ansiedad.

– DISMORFIA MUSCULAR: **Aproximación a la Dismorfia Muscular.** F.Arbinaga y J.C. Caracuel. Nº 65: 7-15, 2003.

PC: Dismorfia muscular.

– DOLOR: **Aspectos psicosociales del dolor.** F.J. Gala, M. Lupiani, C. Guillén, A. Gómez Sanabria, S. Lupiani (Grupo Investigador en Psicología de la Salud. UCA. CTS-386-PAI). Nº 66: 46-55, 2003.

PC: Dolor. Aspectos psicosociales.

– DOLOR CRÓNICO: **Catastrofización y Dolor Crónico.** Susana Clara Morais. Nº 98: 7-14, 2011.

PC: Catastrofización. Dolor crónico.

– DOLOR CRÓNICO: **El dolor crónico desde la perspectiva psicosomática.** M. López Espino y J.C. Mingote Adán. Nº 89/90: 47-57, 2009.

PC: Dolor crónico. Psicosomática.

– DOLOR CRÓNICO DE ESPALDA: **Aspectos psicológicos comunes en pacientes con dolor crónico de espalda.** M.T. Torras, C. Cánovas, I. Roig, M. Catalá, A. García Curado, J.A. Bernad, M.J. Bernat, E. Alberso, R. Casas y L. Masfred. Nº 55/56: 16-19, 2000.

PC: Dolor crónico de espalda. Aspectos psicológicos.

– DOLOR DE ESPALDA: **El dolor de espalda bajo una visión psicosomática.** F. Martínez Píntor y N. Durany Pich. Nº 93/94: 9-15, 2010.

PC: Dolor de espalda. Psicosomática.

– DOLOR DE ESPALDA: **Estudio sobre la posible asociación de depresión y dolor de espalda en tres generaciones de una misma familia, en asistencia primaria.** M.T. Torras Bernáldez y A.I. Martín Pérez. Nº 74: 14-17, 2005.

PC: Depresión. Dolor de espalda.

– DOLOR DE ESPALDA: **Influencia de la satisfacción de vida sobre el dolor de espalda.** M.T. Torras, J.A. Bernad, I. Roig, M.J. Bernat, M. Catalá, M. Miranda, L. Masfred, D. Martín Muncharaz, M.M. Pedregosa, R. Casas, M. Llorens y R. Soler. Nº 60/61: 34-37, 2001-2002.

PC: Dolor de espalda. Satisfacción de vida.

– DONANTES DE OVOCITOS: **Psiquiatría de Enlace y Reproducción Asistida: resultados del “screening” psicopatológico en donantes de ovocitos.** G. Lasheras, E. Clua, J.M. Farré y P.N. Barri. Nº 100: 55-64, 2011.

PC: Donantes de ovocitos.

– DOUBLE STANDARD SCALE: **Estudio psicométrico de la versión salvadoreña de la Double Standard Scale.** J.C. Sierra y J.R. Gutiérrez-Quintanilla. Nº 83: 23-30, 2007.

PC: Double Standard Scale.

– DOUBLE STANDARD SCALE: **Propiedades psicométricas de las versiones en español de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS) en mujeres peruanas.** J.C. Sierra, F.S. Monge, P. Santos-Iglesias, K. Rodríguez y D.L. Aparicio. Nº 95: 57-66, 2010.

PC: Double Standard Scale. Rape Supportive Attitude Scale.

– DUELO PATOLÓGICO: **Adherencia al tratamiento del duelo patológico.** M. Portillo, M.J. Martín y M. Alberto. Nº 62/63: 13-18, 2001.

PC: Duelo patológico. Adherencia.

– DUETO: **¿El malestar psicológico acorta la vida?.** J.M^a. Farré, E. Tomás. Nº 91: 45-48, 2009.

– DUETO: **Entrevista con el Dr. Josep Toro.** Nº 93/94: 58-78, 2010.

– DUETO: **Entrevista con el Dr. Ramón Bayès.** Nº 88: 55-68, 2008.

– DUETO: **Un antes y un después.** J.M^a. Farré, E. Tomás. Nº 92: 42-48, 2009.

E

– ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL: **Impacto en el nivel de ansiedad en mu-**

jerres sanas sometidas a ecografía ginecológica transvaginal para detectar patología ovárica: Estudio caso-control.

M.A. Pascual, G. Lasheras, D. Dexeus, I. Rodríguez, J.M. Farré y S. Dexeus. Nº 83: 52-57, 2007.

PC: Ansiedad. Patología ovárica.

– EDITORIAL: **Adolescentes: Como poner en marcha la locomotora.** J.M^a. Farré. Nº 96: 5-8, 2010.

PC: Adolescentes.

– EDITORIAL: **De vuelta a la axiología.** M. Valdés. Nº 95: 5-7, 2010.

PC: Axiología.

– EDITORIAL: **Don't worry...Be Happy.** J.M^a. Farré Martí. Nº 79-80: 5-8, 2006.

PC: Worry.

– EDITORIAL: **El 11-M y varias reflexiones psicotrópicas.** J. de la Gándara. Nº 69/70: 5-6, 2004.

PC: 11-M.

– EDITORIAL: **Estadía en Psiquiatría: Reflexiones desde la Psiquiatría Rehabilitadora y la Psiquiatría Psicosomática.** A. Lobo y M.V. Escolar. Nº 92: 5-8, 2009.

PC: Psiquiatría.

– EDITORIAL: **¿Psicofármacos eficaces o psicofármacos eficientes?** P.A. Soler Insa. Nº 99: 5-8, 2011.

PC: Psicofármacos.

– EDITORIAL: **Psicosomática y Enlace: Modelos para el presente. Retos para el futuro.** J.M^a. Farré Martí. Nº 89/90: 5-8, 2009.

PC: Psicosomática.

– EDITORIAL: **Psiquiatría transcultural; el desafío de la Psicosomática en el nuevo milenio.** J. García-Campayo. Nº 54: 5-6, 2000.

PC: Psiquiatría transcultural. Psicosomática.

– EDITORIAL INVITADA: **El dolor crónico en los niños: Un problema muy extendido, relativamente poco investigado, y a menudo infratratado.** J. Miró. Nº 89/90: 9-12, 2009.

PC: Dolor crónico. Niños.

– EDITORIAL INVITADA: **El psiquiatra de enlace y el enfermo anciano.** E. García Camba. Nº 58/59: 7-8, 2001.

PC: Psiquiatra de enlace.

– EDITORIAL INVITADA: **Hacia un nuevo prevencionismo.** M. Tortella-Feliu. Nº 66: 7-8, 2003.

PC: Prevencionismo.

– EDITORIAL INVITADA: **La importancia del diagnóstico diferencial de las somatizaciones para un adecuado abordaje terapéutico.** M. Lozano. Nº 55/56: 9-10, 2000.

PC: Somatizaciones. Diagnóstico diferencial.

– EDITORIAL INVITADA: **¿Sigue viva la medicina psicosomática?** J.C. Mingote. Nº 71/72: 9-12, 2004.

PC: Medicina psicosomática

– EDITORIAL INVITADA: **Investigación, mujeres y cátedras.** R.M^a. Raich. Nº 75: 7-8, 2005.

PC: Mujeres.

– EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL: **Evaluación cuantitativa de un programa de educación afectivo-sexual.** M. Lameiras Fernández, Y. Rodríguez Castro y M.V. Carrera Fernández. Nº 73: 48-58, 2005.

PC: Educación afectivo-sexual. Programa.

– EJERCICIO: **Dependencia del ejercicio.** F. Arbinaga Ibarzábal. Nº 71/72: 24-32, 2004.

PC: Dependencia del ejercicio.

– EMBARAZO: **Estudio de detección de malestar psíquico en el embarazo.** M.G. Lasheras, V. López-Rodó y J.M. Farré. Nº 54: 34-38, 2000.

PC: Embarazo. Malestar psíquico.

– ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: **Conocimientos y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en estudiantes de medicina.** R. Salvador, S. Baltá, J.M. Farré y A. Domínguez. Nº 55/56: 25-36, 2000.

PC: Enfermedades de transmisión sexual. Prevalencia.

– ENFERMERÍA: **La influencia de las variables sociodemográficas y profesionales en la competencia social en el personal de enfermería.** A. Pades Jiménez y V.A. Ferrer Pérez. Nº 75: 9-21, 2005.

PC: Competencia social. Enfermería.

– ENLACE: **Psicología de Enlace en un Servicio de Psiquiatría. La interconsulta con pacientes con cáncer: Reflexiones desde la psicosomática.** M. Hernández Blázquez, Z. Arana González, E. Sánchez Crespo y R. Touza Piñeiro. Nº 86/87: 23-28, 2008.

PC: Interconsulta. Cáncer.

– ENSOÑACIÓN SEXUAL: **La capacidad de ensañación sexual: su relación con la actitud hacia las fantasías sexuales y rasgos de persona-**

lidad. S. Pérez-González, N. Moyano y J.C. Sierra. Nº 99: 9-20, 2011.

PC: Ensoñación sexual. Fantasías sexuales. Personalidad.

– EPOC: **Resultados de un programa de intervención psicoterapéutica en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).** A. Vellisco García, F.J. Álvarez Gutiérrez, M. Borda Mas y J.F. Medina Gallardo. Nº 100: 32-39, 2011.

PC: EPOC. Intervención psicoterapéutica.

– ESQUIZOFRÉNICOS: **El control de la salud somática en los pacientes esquizofrénicos evitando la doble negligencia.** S. Ruiz Doblado, M.L. Embid-Martín y T. Sánchez-Araña Moreno. Nº 97: 7-18, 2011.

PC: Esquizofrénicos. Salud somática.

– ESTRÉS: **Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación.** A. Amutio Kareaga. Nº 62/63: 19-31, 2001.

PC: Estrés. Relajación.

– ESTRÉS: **Estrés por desempleo y salud.** S. Gascón, M. Olmedo, J. Bermúdez, J. García-Campayo y H. Ciccotelli. Nº 66: 9-18, 2003.

PC: Estrés. Desempleo.

– ESTRÉS: **Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios.** M.A. Pérez San Gregorio, A. Martín Rodríguez, M. Borda y C. del Río. Nº 67/68: 26-33, 2003.

PC: Estrés. Rendimiento académico.

– ESTRÉS: **Estrés y salud.** C. Villaverde, F. Cruz y C. Mendoza. Nº 54: 21-26, 2000.

PC: Estrés.

– ESTRÉS LABORAL: **Estudio descriptivo del estrés laboral en los profesionales de los servicios de urgencia extrahospitalaria del Área 9 de Madrid.** M. Bernaldo de Quirós Aragón y F.J. Labrador Encinas. Nº 89/90: 13-20, 2009.

PC: Estrés laboral.

– ESTRÉS LABORAL: **Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Tránsito.** M.A. Pérez San Gregorio, A. Martín Rodríguez, A. Gallego Corpa, E. Correa Chamorro y J. Pérez Bernal. Nº 66: 19-31, 2003.

PC: Estrés laboral. Profesionales sanitarios.

– ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: **El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica.** I. Olza Fernández. Nº 96: 35-41, 2010.

PC: Trastorno de estrés postraumático. Secuela obstétrica.

– ÉXITUS FETAL: **Éxitus fetal e interconsulta psiquiátrica: una revisión.** C. Surribas, B. Gómez-Vicente, M.G. Lasheras y J.M. Farré. Nº 88: 50-54, 2008.

PC: Éxitus fetal. Interconsulta.

F

– FANTASÍAS SEXUALES: **Fantasías sexuales en estudiantes de Medicina. Tipología y diferencias genéricas.** E. Reverter, J. Martí-Bonany y J.M. Farré. Nº 71/72: 53-66, 2004.

PC: Fantasías sexuales. Estudiantes.

– FATIGA CRÓNICA: **Revisión temática: Disfunción sexual y sus causas en el síndrome de fatiga crónica.** E. Gómez Gil, T. Godás Sieso y F. Fernández-Sola. Nº 73: 42-47, 2005.

PC: Disfunción sexual. Fatiga crónica.

– FELICIDAD: **Sobre la felicidad y el sufrimiento.** R. Bayès. Nº 89/90: 70-74, 2009.

PC: Felicidad. Sufrimiento.

– FIBROMIALGIA: **Aspectos psico-sociales y jurídico-laborales de la Fibromialgia.** J. León, R. Franco y C. Mingote. Nº 89/90: 58-69, 2009.

PC: Fibromialgia.

– FIBROMIALGIA: **Dolor Somatomorfo vs Fibromialgia. (¿Galgos o podencos?).** F. Martínez Pintor. Nº 73: 34-31, 2005.

PC: Dolor somatomorfo. Fibromialgia.

– FIBROMIALGIA: **Estudio clínico y de personalidad en pacientes con fibromialgia. Variables psicológicas y datos preliminares para una intervención cognitivo-conductual.** Y.R. Perdomo, C. Giménez Muniesa, B. Farré Sender, J.M. Farré i Martí y C. Alegre de Miquel. Nº 96: 42-51, 2010.

PC: Personalidad. Fibromialgia.

– FIBROMIALGIA: **Evaluación psicométrica en fibromialgia.** A. Pascual López, J. García Campayo, S. Lou y J.A. Ibáñez. Nº 71/72: 13-23, 2004.

PC: Fibromialgia. Evaluación psicométrica.

– FIBROMIALGIA: **Fibromialgia: Discrepancia entre la valoración de pacientes y los resultados obtenidos con instrumentos de medida estándar tras realizar un grupo de tratamiento cognitivo-conductual.** M.J. Martín, M. Ahuir, M. Luque y P. Antón Soler. Nº 98: 15-24, 2011.

PC: Fibromialgia. Grupo de tratamiento cognitivo-conductual.

– FIBROMIALGIA: **Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico.** T. Amaro, M.J. Martín, P.A. Soler y J. Granados. Nº 79-80: 47-52, 2006.

PC: Fibromialgia. Calidad de vida.

– FIBROMIALGIA: **Fibromialgia: relación de síntomas somáticos, burnout e impacto de la enfermedad.** M.T. González Ramírez, R. Landerero Hernández y J. García-Campayo. Nº 93/94: 16-22, 2010.

PC: Fibromialgia. Síntomas somáticos. Burnout.

– FIBROMIALGIA: **Tratamiento de fibromialgia mediante hipnosis.** F. Martínez Pintor, I. Pérez Hidalgo, J.M. Cuatrecasas Ardid, J. Chamorro Álvarez, N. Martí Gasulla y A. Reig Gourlot. Nº 79-80: 53-60, 2006.

PC: Fibromialgia. Hipnosis.

– FIBROMIALGIA: **Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal.** J. García-Campayo, P. Arnal, H. Marqués, E. Meseguer, A. Martínez, C. Navarro, C. Mínguez, A. Romero y F. Orozco. Nº 73: 32-41, 2005.

PC: Fibromialgia. Intervención psicoeducativa.

– FOBIA A LA ERECCIÓN: **Ni contigo ni sin tí: Fobia a la erección.** F. Forero. Nº 53: 69-75, 2000.

PC: Fobia a la erección.

– FOBIA SOCIAL: **Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil.** I. Zubeidat, J.C. Sierra y A. Fernández Parra. Nº 79-80: 9-21, 2006.

PC: Ansiedad. Fobia social.

– FOBIA SOCIAL: **Tratamiento en grupo para la fobia social.** I. Garrido, B. Farré, S. Díaz, N. Riesco y M. Morales. Nº 62/63: 7-12, 2001.

PC: Fobia social. Tratamiento en grupo.

– FOBIAS ESPECÍFICAS: **Internet y los tratamientos psicológicos: dos programas de auto-ayuda para fobias específicas.** R.M. Baños Rivera, S. Quero Castellano, C. Botella Arbona y A. García-Palacios. Nº 81: 35-46, 2007.

PC: Fobias específicas. Auto-ayuda.

H

– HÁBITOS SEXUALES: **Hábitos sexuales en jóvenes universitarios.** M.G. Lasheras Pérez, J. Cuñé Sala, C. Bautista Rodríguez y J.M. Farré Martí. Nº 74: 57-63, 2005.

PC: Hábitos sexuales. Universitarios.

– HÁBITOS SEXUALES: **Hábitos sexuales en mujeres estudiantes de medicina.** C.J. van-der Hofstandt, F.A. Antón Ruiz, S. Tirado y F. Navarro-Cremades. Nº 84/85: 32-48, 2007-2008.

PC: Hábitos sexuales. Mujeres.

– HADS: **HADS: Estudio de criterios de validez interna y externa en una muestra española de pacientes hospitalizados.** S. Chivite Lasheras, M. Martínez Moneo, E. Pérez Fernández de Landa y V. Peralta Martín. Nº 84/85: 9-18, 2007-2008.

PC: HADS. Validez.

– HEMATOFOBIA: **Tratamiento de hematofobia mediante la desensibilización por movimientos de los ojos y reprocesamiento (DMOR): Estudio de un caso infantil.** J.M. Ortigosa, M.D. Gabarrón y F.X. Méndez. Nº 53: 62-68, 2000.

PC: Hematofobia. DMOR.

– HOMOFOBIA: **La homofobia en el medio universitario.** Un estudio empírico. A. España Albelda, A. Guerrero Roca, J.M. Farré, J. Canella-Soler y R. Abós. Nº 57: 41-55, 2001.

PC: Homofobia. Universitario.

– HOSPITAL GENERAL: **Encuesta de opinión sobre la psiquiatría y la psicología en el Hospital General: comparación entre USP-Institut Universitari Dexeus y Hospital Clínic de Barcelona.** B. Farré-Sender, J.M. Farré, C. Giménez-Muniesa, M.G. Lasheras, A. Herrera y C. Surribas. Nº 88: 30-40, 2008.

PC: Psiquiatría y psicología.

– HUMOR: **El humor, la alegría y la salud.** M. Lupiani, F.J. Gala, A. Bernalte, S. Lupiani, J. Dávila, M.T. Miret (Grupo Investigador en Psicología de la salud. UCA-Pal-386-CTS). Nº 75: 40-50, 2005.

PC: Humor. Salud.

I

– IDENTIDAD SEXUAL: **Trastorno de la identidad sexual: Aspectos epidemiológicos, sociodemográficos, psiquiátricos y evolutivos.** E. Gómez Gil,

J.M. Peri Nogués, S. Andrés Perpiná y J. Pablo Rabassó. Nº 58/59: 78-85, 2001.

PC: Trastorno de la identidad sexual.

– **IMÁGENES SEXUALES MENTALES: Pensamientos e imágenes sexuales de mujeres y hombres. Estudio piloto.** J.L. Diéguez, F. López y E. Sueiro. Nº 60/61: 46-56, 2001-2002.

PC: Imágenes sexuales.

– **IMC: Seguimiento a los 30 meses de un programa de prevención: el IMC como predictor de sintomatología alimentaria en chicas escolarizadas.** M. González, E. Penelo, T. Gutiérrez y R.M. Raich. Nº 95: 35-43, 2010.

PC: IMC. Prevención.

– **INCONTINENCIA URINARIA: Influencia del problema de la incontinencia urinaria sobre la satisfacción de vida en mujeres, en la asistencia primaria.** M.T. Torras, J.A. Bernad, I. Roig, M.J. Bernat, M. Catalá y M. Miranda. Nº 64: 15-18, 2002.

PC: Incontinencia urinaria. Satisfacción de vida.

– **INFÉRTILES: Alteraciones emocionales en mujeres infértiles.** C. Iribarne, C. Mingote, F. Denia, A.C. Martín, J.A. Ruiz Balda y P. de la Fuente Pérez. Nº 65: 78-88, 2003.

PC: Mujeres infértiles.

– **INFÉRTILES: Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles.** C. Iribarne, C. Mingote, F. Denia, J.A. Ruiz Balda y P. de la Fuente Pérez. Nº 64: 7-14, 2002.

PC: Mujeres infértiles. Duelo.

– **INFORMACIÓN SEXUAL: Fuentes de información sexual: Familia y otras fuentes.** J.L. Diéguez y E. Sueiro. Nº 51/52: 69-80, 1999.

PC: Fuentes de información sexual.

– **INTER-CONSULTAS: Del modelo de interconsultas... ¿Hacia dónde?. ¿Es necesario cambiar los paradigmas?.** F. Huyse. Nº 51/52: 89-95, 1999.

PC: Inter-consultas.

– **INTERMED: Primera validación en español del método INTERMED: Un sistema de temprana detección de problemas biopsicosociales y de consumo de servicios en pacientes médico-quirúrgicos.** E. Lobo, M. Bellido, R. Campos, P. Saz, F. Huyse, P. de Jonge y A. Lobo. Nº 67/68: 89-98, 2003.

PC: Método INTERMED. Validación.

– **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: Consecuencias psicológicas asociadas a**

la interrupción voluntaria del embarazo. M. Ballester Gil de Pareja y J. Caballero Baeza. Nº 91: 27-33, 2009.

PC: Interrupción voluntaria del embarazo. Consecuencias.

– **INTESTINO IRRITABLE: Estudio piloto sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual / Exposición interoceptiva en el tratamiento del síndrome del intestino irritable.** M. Ortega, X. Torres, E. Baillès, M.A. Fullana, J.M. Farré, J. Vilar, M.D. Maluenda, J.J. Creix, A.J. Creix y M. Craske. Nº 79-80: 61-70, 2006.

PC: Intestino irritable. Terapia cognitivo-conductual. Exposición interoceptiva.

– **IPQ-R: Estructura factorial de la versión española del “cuestionario de percepción de enfermedad revisado” (IPQ-R) en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares.** I. Quiles Marcos, M.C. Terol Cantero, S. Tirado González y M. Beléndez Vázquez. Nº 83: 9-22, 2007.

PC: IPQ-R. Trastorno del comportamiento alimentario.

M

– **MANÍA: Manía de debut en edad geriátrica.** S. Ruiz Doblado, A. Baena Baldomero y J.M. González-Moreno. Nº 96: 52-57, 2010.

PC: Manía de debut. Edad geriátrica.

– **MÉDICO DE FAMILIA: ¿En qué ocasiones el médico de familia solicita un tratamiento psicológico para sus pacientes?: análisis descriptivo y de concordancia entre diagnósticos.** D. Sánchez González, D. Vega Moreno, A. Soto Lumbreras, A. Andreu i Gràcia, M. Castells Rovira, D. Navarro Martín, S. Alpàñez Abanades, I. Caballero Humet, D. Allepuz Pérez, A. Garriga Badia y J. Ribas i Sabaté. Nº 97: 31-37, 2011.

PC: Médico de familia. Tratamiento psicológico.

– **MEDITACIÓN: Las técnicas de meditación: efectos y mecanismos implicados.** A. Amutio Kareaga. Nº 54: 7-20, 2000.

PC: Técnicas. Efectos y mecanismos implicados.

– **MEDITACIÓN: Teoría y fisiología de la meditación.** D.M. Campagne. Nº 69/70: 15-30, 2004.

PC: Meditación. Fisiología.

– **MELATONINA: Efectos de la administración precoz de melatonina en pacientes críticos trau-**

matizados. M.D. Maldonado, F. Murillo-Cabezas y J.R. Calvo. Nº 89/90: 21-29, 2009.

PC: Melatonina. Administración.

– **MENOPAUSIA: Adscripción a los diversos modelos de concebir la menopausia del personal sanitario de Salamanca.** J.C. Olazábal, F. Pastor, J. Montero y R. García Paniagua. Nº 53: 16-26, 2000.

PC: Menopausia. Modelos.

– **METABÓLITOS ANFETAMÍNICOS: Detección de falsos positivos a metabolitos anfetamínicos en individuos consumidores habituales de refrescos de cola light: A propósito de un caso.** C. Surribas. Nº 57: 74-79, 2001.

PC: Metabolitos anfetamínicos. Cola light.

– **MINDFULNESS: La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en Mindfulness.** L.C. Delgado Pastor y A. Amutio Kareaga. Nº 99: 50-65, 2011.

PC: Mindfulness. Ansiedad generalizada.

– **MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO: Nuevos datos de revalidación y normalización en la población geriátrica del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination).** A. Lobo, P. Sanz, G. Marcos, J.L. Día, C. de la Cámara, T. Ventura, F. Morales, L.F. Pascual, J.A. Montañés, S. Aznar y A. Lobo-Escolar. Nº 51/52: 96-118, 1999.

PC: Mini-Examen Cognoscitivo. Población geriátrica.

– **MIR: Diferencias de género en respuesta al estrés en médicos internos residentes (MIR).**

J.C. Mingote Adán, A. Gonzalo Palomares, F. Denia Ruiz, B. Bolea y M. Gálvez Herrero. Nº 84/85: 57-65, 2007-2008.

PC: Género. Estrés.

– **MIRTAZAPINA: Mirtazapina en el tratamiento de la depresión mayor en pacientes VIH: nota clínica.** P. Zurita-Gotor, G. Espárrago Llorca, L. Carrión Expósito y S. Ruiz Doblado. Nº 98: 25-30, 2011.

PC: Mirtazapina. Depresión mayor. VIH.

– **MOOBING: El acoso institucional o Moobing: Presentación de la evaluación y tratamiento en dos casos crónicos.** S. Alario Bataller. Nº 69/70: 126-135, 2004.

PC: Moobing. Evaluación. Tratamiento.

– **MUJER: Mujer y climaterio: un estudio para la mejora de la calidad de vida.** F. Hurtado, F.

Donat, N. Ull, C. Poveda y C. Rubio. Nº 51/52: 49-68, 1999.

PC: Mujer. Climaterio. Calidad de vida.

– **MUJERES MALTRATADAS: Emociones y Motivaciones del personal que atiende a mujeres maltratadas en el Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla.** M.D. Maldonado y Aibar y M.M. Escalera Rapela. Nº 57: 56-68, 2001.

PC: Mujeres maltratadas.

N

– **NIÑO HOSPITALIZADO: Investigaciones psicológicas sobre el cuidado del niño hospitalizado; un análisis bibliométrico.** M.J. Quiles, J.M. Ortigosa, S. Pedroche y X. Méndez. Nº 53: 27-42, 2000.

PC: Niño hospitalizado.

O

– **OBESIDAD MÓRBIDA: Análisis de las variables psicopatológicas y demográficas en una población de pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previa a cirugía de obesidad mórbida.** M.J. Martín Vázquez y C. Messeguer Rosell. Nº 86/87: 52-59, 2008.

PC: Obesidad mórbida. Variables.

– **OBESOS: Actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica.** T. Fernández de Mosteyrín, I. Leal y E. García-Camba. Nº 95: 44-56, 2010.

PC: Obesos. Actitudes. Malestar.

– **OTITIS SEROMUCOSA CRÓNICA: Otitis seromucosa crónica: implicaciones psicolingüísticas en población escolar: Propuesta de intervención.** A. Biurun, O. Biurun y B. Villacorta. Nº 67/68: 20-25, 2003.

PC: Otitis seromucosa crónica. Implicaciones psicolingüísticas. Intervención.

P

– **PARAFILIAS: Las parafilias: Prácticas y opiniones en estudiantes universitarios.** T. Moreno Blanco e I. Viñuelas Revilla. Nº 91: 34-44, 2009.

PC: Parafilias. Universitarios.

– **PARAFÍLICOS: La evaluación y tratamiento de Trastornos Parafilicos.** M. Muse y G. Frigola. Nº 65: 55-72, 2003.

PC: Trastornos parafílicos. Evaluación y tratamiento.

– PARTO: **La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento.** F. Hurtado, F. Donat, P. Escrivá, C. Poveda y N. Ull. Nº 66: 32-45, 2003.

PC: Parto. Estrategias de afrontamiento.

– PATOLOGÍA CORONARIA Y ONCOLÓGICA: **Estudio de personalidad en pacientes con patología coronaria y oncológica.** M. Farrés, M.J. Martín, M. Pastó, S. Porras, M. Luque y Ll. Círrera. Nº 51/52: 17-21, 1999.

PC: Personalidad. Patología coronaria y oncológica.

– PATOLOGÍA GINECOLÓGICA BENIGNA: **Estudio de variables de personalidad en mujeres con patología ginecológica benigna.** R.M. Espinosa Gil y C. Godoy Fernández. Nº 95: 67-77, 2010.

PC: Patología ginecológica benigna. Personalidad.

– PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA: **Aspectos psicosociales de la patología vascular periférica.** F.J. Gala León, M. Lupiani Giménez, C. Guillén Gestoso, A. Gómez Sanabria e I. Alba Sánchez. Nº 60/61: 26-33, 2001-2002.

PC: Patología vascular periférica. Aspectos psicosociales.

– PAYASOS: **Los payasos en el hospital: valoración de un programa para reducir la ansiedad ante la cirugía.** J.M. Ortigosa Quiles, M.A. Gutiérrez Cantó, M.J. Astilleros Fuentes, I. Sánchez Piñera y A. Riquelme Marín. Nº 99: 41-49, 2011.

PC: Payasos. Ansiedad.

– PEDOFILIA: **Alteraciones biológicas y parafilias: Breve revisión de los hallazgos en pedofilia.** J.A. Becerra García. Nº 98: 31-36, 2011.

PC: Pedofilia. Alteraciones biológicas. Parafilias.

– PEDOFILIA: **Tratamiento de la pedofilia: aproximación a las intervenciones médico-psiquiátricas y psicológicas, sus resultados e inconvenientes.** J.A. Becerra-García. Nº 100: 40-49, 2011.

PC: Pedofilia. Tratamiento.

– PENA MÓRBIDA: **Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de pena mórbida en un caso de muerte de la pareja.** S. Alario Bataller. Nº 93/94: 49-57, 2010.

PC: Pena mórbida. Tratamiento cognitivo-conductual.

– PÉRDIDA: **Procesos de pérdida: como prevenir futuras dificultades.** M. Cunill, P.J. Clavero, M.E. Grass y M. Planes. Nº 93/94: 45-48, 2010.

PC: Pérdida.

– PERSONALIDAD: **Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II.** A. García-Fontanals y J. Deus. Nº 96: 9-19, 2010.

PC: Evaluación. Trastornos de personalidad.

– PESADILLAS: **Tratamiento de pesadillas mediante exposición.** S. Alario Bataller. Nº 64: 43-46, 2002.

PC: Pesadillas. Exposición.

– POST-INFARTO DE MIOCARDIO: **Intervención cognitivo-conductual en pacientes post-infarto de miocardio.** F.C. Gala, M. Lupiani, C. Guillén, A. Gómez Sanabria, PAI-CTS-386. Nº 58/59: 9-18, 2001.

PC: Post-infarto de miocardio. Intervención cognitivo-conductual.

– PRÁCTICAS SEXUALES: **Primeras fuentes de información, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales.** Su interrelación. E. Sueiro, J.L. Diéguez, M.D. Chas y M.C. Diz. Nº 69/70: 95-114, 2004.

PC: Prácticas sexuales.

– PRESERVATIVO: **Uso del preservativo en estudiantes de secundaria de Mozambique.** H. Cassamo, M. Planes y M.E. Gras. Nº 86/87: 60-66, 2008.

PC: Preservativo. Estudiantes.

– PRESERVATIVO MASCULINO: **Conducta sexual y uso del preservativo masculino en una muestra de jóvenes universitarios gallegos.** M. Lameiras Fernández, A.M. Núñez Mangana, M.V. Carrera Fernández e Y. Rodríguez Castro. Nº 84/85: 49-56, 2007-2008.

PC: Preservativo. Conducta sexual. Jóvenes universitarios.

– PSICÓLOGO DE LA SALUD: **El papel del psicólogo de la salud en el voluntariado hospitalario.** J. Moix Queraltó. Nº 65: 73-77, 2003.

PC: Psicólogo de la salud. Voluntariado.

– PSICO-ONCOLOGÍA: **El inicio de la psico-oncología: una breve revisión.** G. Costa Requena y R. Ballester Arnal. Nº 99: 21-28, 2011.

PC: Psico-oncología.

– PSICOSOMÁTICA: **Cambio de las actitudes hacia la enfermedad mental y somática en estudiantes de fisioterapia tras seguir un programa de psicología.** E. Sánchez, F. Guillén, C. Pineda, N. Moreno, I. Medina, F.J. Barón y M.T. Labajos. Nº 58/59: 56-62, 2001.

PC: Programa de psicología. Estudiantes.

– **PSICOSOMÁTICA: El impacto de la Psicología en la Psiquiatría: un estudio bibliométrico.** M.G. Lasheras, V. Borrás, M. Gargallo, M.D. Moreno, P. Remón y J.M. Farré. Nº 53: 58-61, 2000.

PC: Psicología. Psiquiatría.

– **PSICOSOMÁTICOS: Niveles plasmáticos de Beta-Endorfina y ACTH en pacientes pediátricos con trastornos psicopatológicos.** F. Cruz, C. Villaverde, C.M. Oltras y C. Robles. Nº 51/52: 11-16, 1999.

PC: Beta-Endorfina. ACTH. Trastornos psicopatológicos.

– **PSIQUIATRÍA DE ENLACE: El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en Psiquiatría de Enlace en el hospital general: Fundamentos y metodología general.** A. Lobo, R. Campos, M. Valdés, J. de Pablo, J.M. Farré, E. García-Camba, M. Girón, M. Lozano, C. Aibar, S. Carreras, M.D. Crespo, D. Huertas, C. Montón, J.A. Padierna, A. Martínez Calvo, B. Stein, F. Huyse, T. Herzog, Grupo FIS y GETPEP. Nº 55/56: 51-61, 2000.

PC: Psiquiatría de enlace. Proyecto.

– **PSIQUIATRÍA DE ENLACE: Un nuevo “rol” para la Psiquiatría de Enlace: desde los Servicios ad-hoc a una asistencia integrada.** F.J. Huyse, P. De Jonge, J.P.J. Staets, F. Stiefel, W. Söllner y C.H.M. Latour. Nº 66: 68-75, 2003.

PC: Psiquiatría de enlace.

Q

– **QIGONG: Efectos de la práctica del qigong sobre parámetros hormonales, síntomas de ansiedad, presión arterial y calidad subjetiva de sueño en estudiantes universitarios.** E.F. Maldonado, F.M. Vera, J.M. Manzanque, G.A. Carranque, V.M. Cubero, I. Pérez y M. Morell. Nº 76/77: 9-15, 2005-2006.

PC: Qigong. Efectos.

R

– **REASIGNACIÓN SEXUAL: Cirugía de reasignación sexual de mujer a hombre.** I. Mañero Vázquez, C. Jiménez Cano y P. Montull Vila. Nº 78: 40-46, 2006.

PC: Reasignación sexual. Cirugía.

– **REASIGNACIÓN SEXUAL: La cirugía de reasignación sexual de hombre a mujer.** I. Mañero Vázquez y P. Montull Vila. Nº 78: 30-39, 2006.

PC: Reasignación sexual. Cirugía.

– **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: Relación médico-paciente en urgencias: Interferencias en la práctica clínica.** S. Ruiz Doblado. Nº 51/52: 81-88, 1999.

PC: Relación médico-paciente. Interferencias.

– **REPRODUCCIÓN ASISTIDA: Estudio europeo de familias de reproducción asistida.** II. D. Guerra, S. Golombok, A. Brewaeys, R. Cook, M.T. Giavazzi, A. Mantovani, E. Van Hall, P.G. Crognani, P.N. Bari y S. Dexeus. Nº 57: 18-28, 2001.

PC: Reproducción asistida.

S

– **SALUD-ENFERMEDAD: Una redefinición de la controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad: Revisión teórico-metodológica.** L.F. Herrera Jiménez y J. Delgado Suárez. Nº 83: 31-38, 2007.

PC: Salud-enfermedad. Controlabilidad.

– **SALUD MENTAL PERINATAL: La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal.** I. Olza Fernández, Ll. García Esteve, M.G. Lasheras y J.M. Farré. Nº 100: 50-54, 2011.

PC: Salud mental perinatal.

– **SEXUAL DOUBLE STANDARD: The sexual double standard y variables relacionadas.** J.L. Diéguez, E. Sueiro y F. López. Nº 67/68: 79-88, 2003.

PC: Sexual Double Standard.

– **SEXUALIDAD: Depresión, antidepresivos y sexualidad.** J. Cáceres y B. Osacar. Nº 69/70: 40-60, 2004.

PC: Sexualidad. Depresión.

– **SIDA: Cambios en las percepciones de riesgo frente al SIDA de los estudiantes universitarios durante la última década.** M. Planes, A.B. Gómez, M.E. Gras, S. Font-Mayolas, M. Cunil, M. Aymerich y J. Soto. Nº 76/77: 39-46, 2005-2006.

PC: SIDA. Percepciones de riesgo. Universitarios

– **SIDA: Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con el SIDA: estudio comparativo con cinco mues-**

tras de universitarios. M.E. Gras, M. Planes, J. Soto y S. Font-Mayolas. Nº 54: 39-45, 2000.

PC: SIDA. Percepción de riesgo. Comportamientos heterosexuales. Universitarios.

– **SIDA: ¿Qué entienden los jóvenes universitarios por monogamia y sexo sin penetración, como estrategias preventivas de la transmisión sexual del virus del SIDA?** M. Planes, A. Gómez, M.E. Gras, F. Prat y S. Font-Mayolas. Nº 97: 19-24, 2011.

PC: SIDA. Monogamia. Penetración.

– **SÍNTOMAS DIGESTIVOS FUNCIONALES: Abordaje psicológico de los síntomas digestivos funcionales desde el Hospital General.** C. Sanz Carrillo, Montoro, A. Rubio y J. García-Campayo. Nº 54: 46-54, 2000.

PC: Síntomas digestivos funcionales. Abordaje psicológico.

– **SOMATIZACIÓN: Medición del fenómeno de la somatización con una escala desarrollada en México.** J.L. Valdez Medina, J. Moral de la Rubia, L.S. Gaona Valle, N.I. González-Arratia López-Fuentes, B.G. Alvarado Bravo y S. González Escobar. Nº 96: 20-34, 2010.

PC: Somatización. Escala.

– **SOMATIZACIÓN: Valoración del screening de Ohtmer y DeSouza para el trastorno de somatización en salud mental.** J. López Santiago, A. Belloch Fuster y M. Madrigal García. Nº 76/77: 73-80, 2005-2006.

PC: Somatización. Screening de Ohtmer y DeSouza.

– **SUEÑO: Influencia de la calidad subjetiva de sueño sobre los niveles matutinos de cortisol.** E.F. Maldonado y G. Carranque. Nº 69/70: 9-14, 2004.

PC: Sueño. Cortisol.

– **SUEÑO NORMAL: El sueño normal: perspectivas actuales.** F.J. Gala, M. Lupiani Giménez, C. Guillén, A. Gómez Sanabria, N. Lupiani Cerdeira y J.M. Roa. Nº 67/68: 7-19, 2003.

PC: Sueño normal.

– **SUSCEPTIBILIDAD AL CASTIGO Y A LA RECOMPENSA: Susceptibilidad al castigo y a la recompensa, práctica deportiva y rendimiento académico en estudiantes universitarios.** D. Calbet, A. Moral, E.M. Sánchez, I. Xandri y J. Pérez. Nº 74: 7-13, 2005.

PC: Susceptibilidad. Castigo. Recompensa. Rendimiento académico.

– **SUSTANCIAS ILEGALES: Las tendencias antinormativas y los rasgos de desinhibición conductual están relacionadas con el consumo de sustancias ilegales.** Y. Pardo, R. Aguilar, B. Molinuevo y R. Torrubia. Nº 64: 34-42, 2002.

PC: Sustancias ilegales. Tendencias antinormativas. Rasgos de desinhibición conductual.

T

– **TAKO-TSUBB: Síndrome de Tako-Tsubb: Cardiomiopatía del estrés.** J. Ballester González, J.C. Mingote Adán, R. Pérez Asenjo y J. Gómez de Tojeiro. Nº 83: 48-51, 2007.

PC: Tako-Tsubb. Estrés.

– **TEPT: El TEPT crónico como enfermedad sistémica relacionada con el estrés.** D. Cebrián, J.C. Mingote, I. Isla, F. Ruiz y R. Jurado. Nº 91: 7-18, 2009.

PC: TEPT. Estrés.

– **TOC RESISTENTE: Calidad de vida en el TOC resistente.** I. Garrido Ribas, M.J. Martín Martín, J. Gascón Barrachina y P.A. Soler Insa. Nº 69/70: 31-39, 2004.

PC: TOC. Calidad de vida.

– **TRANSEXUALES: Relaciones de pareja y sexualidad en personas transexuales.** M. Fernández Sánchez-Barbudo. Nº 78: 47-54, 2006.

PC: Transexuales. Pareja. Sexualidad.

– **TRANSEXUALIDAD: Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes.** I. Esteva, M. Gonzalo, R. Yahyaoui, M. Domínguez, T. Berguero, F. Giraldo, V. Hernando y F. Soriguer. Nº 78: 65-70, 2006.

PC: Transexualidad. Epidemiología.

– **TRANSEXUALIDAD: La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínico en los últimos años.** E. Gómez Gil. Nº 78: 55-64, 2006.

PC: Transexualidad.

– **TRANSEXUALIDAD: Papel del endocrinólogo en el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad.** M. Puig Domingo e I. Halperin Rabinovich. Nº 78: 24-29, 2006.

PC: Transexualidad. Endocrinólogo.

– **TRANSEXUALIDAD: Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad.** T. Godás Sieso. Nº 78: 21-23, 2006.

PC: Transexualidad. Repercusiones.

– **TRANSEXUALIDAD: Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales.** C. Gastó Ferrer. Nº 78: 13-20, 2006.

PC: Transexualidad.

– **TRANSEXUALISMO: La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas.** E. Gómez Gil, I. Esteva de Antonio y T. Bergero Miguel. Nº 78: 7-12, 2006.

PC: Transexualismo. Concepto.

– **TRANSEXUALISMO: Transexualismo y sexualidad.** F. Hurtado Murillo, M. Gómez Balaguer y F. Donat Colomer. Nº 76/77: 16-28, 2005-2006.

PC: Transexualismo. Sexualidad.

– **TRASPLANTE DE PULMONES: Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno adaptativo en espera de un trasplante de pulmones.** I. Belchi, R. Vilardaga y A. Bados. Nº 62/63: 43-50, 2001.

PC: Trasplante de pulmones. Tratamiento cognitivo-conductual.

– **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA SEXUAL: Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual.** F.J. Gala León, M. Lupiani, C. Guillén, A. Gómez Sanabria, C. Villaverde e I. Alba. Nº 67/68: 61-70, 2003.

PC: Trastornos de la conducta sexual. Actitudes.

– **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: Evaluación de la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico.** G. Jusue Erro, A. Biurun Unzué y M.V. Fernández Cuadrado. Nº 58/59: 19-28, 2001.

PC: Tratamiento psicológico. Protocolo.

U

– **URGENCIAS PEDIÁTRICAS: Manejo del paciente en las urgencias pediátricas.** M.C. Benedito Monleón. Nº 86/87: 12-22, 2008.

PC: Urgencias pediátricas. Manejo del paciente.

V

– **VADEMECUM SEXUAL: Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual.** F. Hurtado, P. Escrivá, A. Catalán y J. Mir. Nº 62/63: 51-82, 2001.

PC: Fármacos. Disfunción sexual.

– **VIH: Influencia social y uso del preservativo**

en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. M. Planes, A.B. Gómez, M.E. Gras, S. Font-Mayolas, M. Cunill y M. Aymerich. Nº 83: 39-47, 2007.

PC: VIH. Preservativo.

– **VIOLENCIA DOMÉSTICA: Algunas consideraciones sobre las consecuencias de la violencia doméstica sobre la salud de la víctima.** V.A. Ferrer y E. Bosch. Nº 55/56: 37-45, 2000.

PC: Violencia doméstica. Consecuencias.

– **VIOLENCIA DOMÉSTICA: Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja.** J. Cáceres Carrasco. Nº 60/61: 57-67, 2001-2002.

PC: Violencia doméstica. Análisis.

– **VIOLENCIA DOMÉSTICA: Discusión y casuística de las mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en el Centro de Urgencias y Especialidades Médicas del Ayuntamiento de Sevilla durante el año 2000.** M.D. Maldonado y M.M. Escalera. Nº 58/59: 67-77, 2001.

PC: Violencia doméstica. Casuística.

– **VIOLENCIA DOMÉSTICA: Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico.** F.J. Labrador y E. Alonso. Nº 76/77: 47-65, 2005-2006.

PC: Violencia doméstica. Trastorno de estrés postraumático.

– **VIRTUAL: Aplicaciones clínicas de la realidad virtual en el ámbito escolar.** J. Gutiérrez-Maldonado, I. Alsina-Jurnet, C. Carvallo-Becú, A. Letosa-Porta y E. Magallón-Neri. Nº 82: 32-51, 2007.

PC: Realidad virtual. Aplicaciones clínicas.

– **VIRTUAL: Realidad virtual y manejo del dolor.** J. Miró, R. Nieto y A. Huguet. Nº 82: 52-64, 2007.

PC: Realidad virtual. Dolor.

– **VIRTUAL: Realidad virtual y tratamientos psicológicos.** C. Botella Arbona, A. García-Palacios, R.M. Baños Rivera y S. Quero Castellano. Nº 82: 17-31, 2007.

PC: Realidad virtual. Tratamientos psicológicos.

– **VOLAR: Tratamiento del miedo a volar con exposición asistida por ordenador.** M. Tortella-Feliu, X. Bomas y J. Llabrés. Nº 81: 21-34, 2007.

PC: Miedo a volar. Tratamiento.

Sección a cargo de **L. Hinojosa Marqués y G. Mestre**
Psicólogas. Consejo de Redacción

JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE



Atribuciones masculinas sobre la eyaculación precoz

Understanding Men's Attributions of Why They Ejaculate Before Desired: An Internet Study

David L. Rowland PhD and Cody J. Neal MA

The Journal of Sexual Medicine, Volume 11, Issue 10, pages 2554–2561, October 2014

En los últimos años se han llevado a cabo gran cantidad de investigaciones sobre la respuesta sexual masculina. Aunque se han planteado cuestiones importantes relacionadas con la definición y el diagnóstico de la eyaculación precoz (EP), tanto orgánica como psicógena, no se han llevado a cabo investigaciones centradas en las atribuciones que realizan los hombres con eyaculación precoz acerca de su trastorno.

El presente estudio examinó las atribuciones causales masculinas referentes a la EP, así como las diferencias existentes entre éstas según las distintas cohortes del estudio. De la muestra de 1249 hombres que llevaron a cabo una encuesta online sobre salud sexual masculina, se obtuvo una submuestra de 376 hombres con eyaculación precoz que llevaron a cabo una evaluación completa acerca de sus patrones eyaculatorios, así como de las atribuciones causales de su EP.

Los autores observaron que los resultados obtenidos de los hombres que cumplieron con el criterio de latencia eyaculatoria de EP no difirieron de los que no lo hicieron. En general, cuando se llevó

a cabo la selección de la atribución causal más importante, la mayoría de los hombres atribuyeron la EP a la "falta de autoeficacia" (falta de control). Un porcentaje muy reducido de la muestra identificó la pérdida de la erección, los problemas de pareja, los problemas médicos o relacionados con fármacos como la causa de su eyaculación precoz. Estos patrones fueron independientes de la edad.

Rowland y cols. concluyeron que existe una elevada presencia de percepciones de baja autoeficacia en hombres con EP. Estos hallazgos tienen implicaciones tanto para el proceso de diagnóstico como de tratamiento de los problemas de respuesta sexual masculina. El abordaje terapéutico de las atribuciones causales resulta especialmente relevante para el tratamiento de la EP.

Asociación entre la cantidad y la duración del hábito de fumar y la disfunción eréctil: un meta-análisis

Association of quantity and duration of smoking with erectile dysfunction: A dose-response meta-analysis

Cao S, Gan Y, Dong X, Liu J, and Lu Z.
J Sex Med 2014;11:2376-2384.

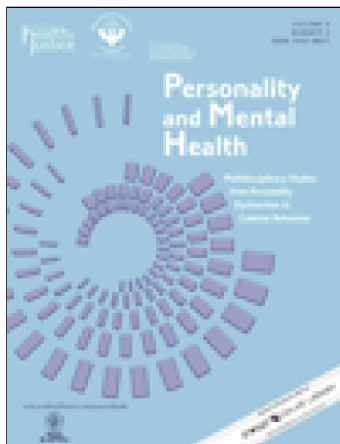
Algunos estudios originales recientes sugieren que fumar podría estar asociado con el riesgo de padecer disfunción eréctil (DE), pero la relación dosis-respuesta entre ambas variables no estaba del todo clara. El objetivo de los autores de dicho estudio fue investigar la posible asociación entre la cantidad y la duración del hábito de fumar y el riesgo de padecer DE.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, EMBASE, Web of Science y Scopus sobre los artículos que abordaran esta temática publicados hasta marzo de 2014. Se recogieron los datos de los estudios epidemiológicos observacionales que examinaban la asociación entre el tabaquismo y el riesgo de DE y se llevó a cabo una revisión cuantitativa de éstos.

El meta-análisis se compuso de un estudio de cohortes y nueve estudios transversales (50 360 participantes y 12 218 casos con DE). Los autores no encontraron ninguna evidencia de una asociación lineal entre el tabaquismo y el riesgo de padecer disfunción eréctil. La ratio de DE para un consumo de 10 cigarrillos fumados al día fue de 1,14 (95 % intervalo de confianza 1.9 a 1.18), con una heterogeneidad moderada ($P = 0,061$, $I^2 = 44,7 \%$). La ratio de DE para un consumo de tabaco durante al menos 10 años fue de 1,15 (95 % intervalo de confianza 1.10 a 1.19), sin una heterogeneidad significativa ($P = 0,522$, $I^2 = 0,0 \%$).

Los autores concluyeron que existe una relación dosis-respuesta positiva entre la cantidad y la duración del hábito de fumar y el riesgo de padecer DE. Se requieren más investigaciones que permitan profundizar en la asociación entre ambas variables.

PERSONALITY AND MENTAL HEALTH



El dolor en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

Pain in patients with borderline personality disorder

Robert S. Biskin, Frances R. Frankenburg, Garrett M. Fitzmaurice and Mary C. Zanarini

Journal of Personality and Mental Health, Volume 8, Issue 3, pages 218–227, August 2014

Numerosas investigaciones han detectado que los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) acuden con elevada frecuencia a los médicos de atención primaria debido a problemas de dolor. Biskin y cols. llevaron a cabo dicho estudio a fin de examinar la prevalencia de los síntomas de dolor en los pacientes con un diagnóstico de TLP en comparación con el diagnóstico de otro trastorno de la personalidad (TP). Asimismo, tenían como objetivo identificar los factores que predicen el dolor experimentado en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Se evaluaron mediante entrevistas semiestructuradas y autoinformes a 290 pacientes hospitalizados diagnosticados de TLP mediante la Entrevista Diagnóstica Revisada para TLP y los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Asimismo, se evaluaron 72 pacientes que cumplían los criterios del DSM-III-R para otro trastorno de la personalidad. Las puntuaciones de dolor se evaluaron 16 años después del diagnóstico TLP u otro TP y se compararon entre ambos grupos utilizando pruebas t. Posteriormente, se utilizaron análisis de regresión para identificar los predictores de dolor en los pacientes con TLP.

Los resultados sugirieron que los pacientes con TLP son más propensos a experimentar dolor y tienen una elevada tendencia a evaluar su dolor como más grave que los pacientes diagnosticados de otros trastornos de la personalidad. En los modelos de regresión multivariable había tres predictores significativos, de la intensidad del dolor en los pacientes con TLP: la edad avanzada, la presencia de un trastorno depresivo mayor, y la gravedad del abuso infantil, sin considerar los abusos sexuales. Dado que estos pacientes refieren dolor significativo, resulta relevante el manejo de comorbilidades médicas y psiquiátricas para mejorar su funcionamiento a largo plazo y reducir la interferencia de este dolor.

PSYCHOSOMATIC MEDICINE



Adversidad en la niñez, barrio de residencia y riesgos biológicos para padecer enfermedades crónicas

Childhood Adversity, Adult Neighborhood Context, and Cumulative Biological Risk for Chronic Diseases in Adulthood

Slopen, Natalie ScD; Non, Amy PhD; Williams, David R. PhD, MPH; Roberts, Andrea L. PhD, MPH; Albert, Michelle A. MD, MPH

Psychosomatic Medicine, September 2014 - Volume 76 - Issue 7 - p 481-489

Los autores de este estudio tenían como objetivo determinar la asociación existente entre haber sufrido situaciones adversas en la etapa de la niñez y el riesgo biológico para padecer enfermedades crónicas en la edad adulta. Además estudiaron si dicha asociación se modificaba según la opulencia del barrio en que residían los sujetos.

Los datos del estudio fueron extraídos de la Chicago Adult Community Health Study (2001-2003). Se evaluaron 550 adultos, mediante entrevistas y análisis de sangre. La puntuación situaciones adversas en la niñez se calculó a partir de un cuestionario que evaluaba ocho factores. Por otro lado, la opulencia del barrio se definió a partir de los datos del censo. Finalmente, el índice de riesgo biológico se obtuvo a partir de la comparación de los resultados obtenidos en ocho biomarcadores con los umbrales clínicamente establecidos, incluidos la presión arterial sistólica y diastólica, la frecuencia cardíaca en reposo, la proteína C-reactiva, la circunferencia de la cintura, la hemoglobina A1c y total, y el coles-

terol de lipoproteínas de alta densidad. Se utilizaron modelos lineales generalizados con una función de enlace de Poisson.

Un aumento de 1 desviación estándar en la puntuación de adversidad en la niñez se asoció con un incremento del 9 % en el riesgo biológico (TIR = 1,09, intervalo de confianza del 95 % (IC) = 0,102 a 0,117). Los autores observaron que esta asociación variaba en función de la afluencia del vecindario (TIR = 0,92, IC 95 % = 0,86 a 0,99). La adversidad en la niñez se asoció a un elevado riesgo biológico para padecer enfermedades crónicas solo entre aquellas personas que residían en barrios de baja afluencia (IRR = 1,16, IC 95 % = 1,05, 1,28); no se encontró ninguna asociación con los barrios muy poblados (IRR = 0,97, IC 95 % = 0,83, 1,14). Slopen y cols. concluyeron que la adversidad infantil se asocia con un elevado riesgo biológico en la edad adulta, y el hecho de residir en un barrio con una elevada densidad de población puede amortiguar esta asociación.

JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE



Los rasgos de personalidad como factores de riesgo para el accidente cerebrovascular y la mortalidad por cardiopatía coronaria: análisis combinado de tres estudios de cohortes

Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: pooled analysis of three cohort studies

Markus Jokela, Laura Pulkki-Råback, Marko Elovainio, Mika Kivimäki

Journal of Behavioral Medicine, October 2014, Volume 37, Issue 5, pp 881-889

El siguiente trabajo examinó la asociación existente entre los rasgos de personalidad, la mortalidad debida a enfermedad coronaria y la mortalidad por accidente cerebrovascular. Los participantes fueron agrupados a partir de tres estudios de cohortes prospectivos (Health and Retirement Study, Wisconsin Longitudinal Study; n = 24.543 hombres y mujeres, con edad media de 61,4 años). Se registraron 423 muertes por enfermedad coronaria y 88 muertes por accidente cerebrovascular.

Mayores niveles de Extroversión se asociaron a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (HR=1,41, IC del 95 %: 1,10 a 1,80), pero no a la mortalidad debida a cardiopatía coronaria (HR=0,93, 0,83-1,05). Un elevado Neuroticismo, a su vez, estaba más fuertemente relacionado con el riesgo de padecer una enfermedad coronaria (HR=1.16, 01.04 a 01.29) que una muerte por accidente cerebrovascular (HR=0,95, 0,78-1,17). Elevados niveles de Conciencia se asociaron a un menor riesgo de mortalidad por enfermedad cardíaca coronaria (HR=0,74, 0,67-0,81) y accidente cerebrovascular (HR=0,78, 0,63 a 0,97).

El riesgo cardiovascular asociado a los distintos rasgos de personalidad parece variar entre las enfermedades cardíacas y las cerebrales. Resultan necesarias más investigaciones en este campo que complementen los datos obtenidos hasta el momento y permitan un abordaje efectivo de dichos rasgos de personalidad, a fin de reducir los niveles de mortalidad asociados a estas enfermedades en cuestión.

JOURNAL OF SEX & MARITAL THERAPY



Terapia Online basada en el Mindfulness y la Terapia Cognitivo-Conductual para mujeres con dificultades sexuales

An Online, Mindfulness-Based, Cognitive-Behavioral Therapy for Female Sexual Difficulties: Impact on Relationship Functioning

Alice Hucker & Marita P. McCabe

Journal of Sex & Marital Therapy, Volume 40, Issue 6, 2014

Este artículo presenta la evaluación de un tratamiento online para el abordaje de dificultades sexuales femeninas y su relación con el funcionamiento de los factores de la relación de pareja que intervienen en el funcionamiento sexual.

Los autores llevaron a cabo dos estudios a fin de profundizar en dicha temática. En el primer estudio, 26 mujeres finalizaron un tratamiento basado especialmente en tareas para mejorar la comunica-



ción e intimidad con la pareja y la conciencia, y los cambios se contrastaron con un grupo control en lista de espera (n=31). En el segundo estudio, 16 mujeres del grupo de control pasaron a completar el tratamiento y en dicho estudio los datos no se contrastaron con un grupo de control.

En ambos estudios, los grupos de tratamiento refirieron mejoras significativas en la intimidad sexual y la comunicación en comparación con el grupo control. Asimismo, la intimidad emocional mejoró significativamente en el grupo de tratamiento del primer estudio. Las mejoras se mantuvieron durante el proceso de seguimiento. Por otro lado, el grupo de tratamiento del primer estudio no informó mejoras en la relación significativamente mayores a las referidas por el grupo control.

Los autores concluyeron que la Terapia Cognitivo-Conductual y el Mindfulness son un buen recurso para la mejora de aspectos funcionales de la relación de pareja que puedan estar interfiriendo en ciertas dificultades sexuales femeninas, como la intimidad sexual y emocional o la comunicación con la pareja.

Investigaciones futuras podrían replicar estos resultados mediante el uso de una muestra de mayor tamaño a fin de profundizar en la efectividad de los programas de tratamiento para las disfunciones sexuales femeninas existentes hasta el momento.

En ambos estudios, los grupos de tratamiento refirieron mejoras significativas en la intimidad sexual y la comunicación en comparación con el grupo control. Asimismo, la intimidad emocional mejoró significativamente en el grupo de tratamiento del primer estudio. Las mejoras se mantuvieron durante el proceso de seguimiento. Por otro lado, el grupo de tratamiento del primer estudio no informó mejoras en la relación significativamente mayores a las referidas por el grupo control.

I. NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

Gracia Lasheras^{1,3}, Borja Farré-Sender^{2,3}, Estel Gelabert⁴, Liliana Ferraz⁴,
Gemma Mestre^{2,5}, Ingrid Rovira⁶

¹Psiquiatra. H. Universitario Quirón Dexeus (HUQD).

²Psicólogo. HUQD.

³Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva (SSMPR).

⁴Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB.

⁵Psicóloga. Consejo de Redacción.

⁶Psicóloga. H. Clínic de Barcelona, sede Maternitat.

1. Madres en riesgo: resultados de la salud mental materna después de la muerte perinatal

Mothers at risk: maternal mental health outcomes after perinatal death.

Gold KJ, Johnson TR

Obstet Gynecol 123 Suppl 1: 6. May 2014

La muerte fetal y muerte infantil son acontecimientos traumáticos con efectos severos y de larga duración en las familias que la sufren. Las madres con pérdida perinatal presentan un alto riesgo de mala salud mental, aunque esto no ha sido bien evaluado en una cohorte epidemiológica que sea representativa, como tampoco existen prácticamente datos sobre los efectos de la muerte fetal o infantil en mujeres afroamericanas.

La Michigan Mother's Study es una encuesta longitudinal a lo largo de 2 años, que se aplicó a todas las madres con muerte perinatal, emparejándolas con controles de nacimientos sanos. El presente estudio evaluó los resultados de la salud mental, física y reproductiva, concretamente para observar las tasas de depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el Trastorno de Angustia, la Fobia Social y el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Los **resultados** del estudio fueron los siguientes: 378 madres que sufrieron muerte fetal o infantil y 232 madres control respondieron al mailing de 6 meses (tasa de respuesta del 44 %). De éste, el 19 % de las muertes eran de madres afroamericanas en comparación con el 8 % de los que tenían hijos sanos. Las madres afectadas, en comparación con las madres de bebés sanos, presentaron **índices mucho más altos de Depresión** (23 % en comparación con el 8 %, $P < 0,001$), **Trastorno por Estrés Postraumático** (41 % frente al 12 %, $P < 0,001$), el **Trastorno de Ansiedad Generalizada** (19 % en comparación con el 7 %, $P < 0,001$), **Fobia Social** (19 % frente al 6 %, $P < 0,001$) y **Trastorno de Angustia** (12 % frente al 6 %, $P = 0,011$). Las tasas fueron similares entre las madres con muerte fetal y muerte infantil.

Aunque las madres afroamericanas puntuaron niveles similares de malestar, mostraron claramente menor índice –que las mujeres de raza blanca– de haber recibido algún tipo de tratamiento.

Los autores **concluyen** que, en este primer estudio con estas características, los resultados muestran unas tasas elevadas de depresión y ansiedad así como un tratamiento limitado, sobre todo entre las madres afroamericanas, quienes afrontan, a la vez, un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo en Estados Unidos.

2. Asociación entre la Historia de Pérdida Fetal y el riesgo de Problemas de Salud Mental en Embarazos Posteriores y el Postparto

History of Pregnancy Loss Increases the Risk of Mental Health Problems in Subsequent Pregnancies but Not in the Postpartum

Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D

Pregnancy Loss and Risk of Mental Health Problems, Volume 9(4) April 2014

En gran cantidad de investigaciones se ha descubierto una asociación clara entre la pérdida fetal y el dolor, la angustia emocional y otros problemas de salud mental. Por el contrario, no se dispone de datos relevantes acerca de cómo repercuten estos eventos en la salud mental durante embarazos y nacimientos posteriores.

Para examinar el impacto de cualquier tipo de pérdida fetal (aborto involuntario, rescisión por razones médicas, embarazo ectópico y muerte fetal) sobre la salud mental de la mujer en un embarazo y parto posterior, se analizó una muestra de 584 mujeres, pertenecientes a la cohorte prospectiva del 1973-1978 del Estudio Longitudinal Australiano sobre Salud de la Mujer.

Los **resultados** arrojaron que, la pérdida fetal más común en la muestra fue el aborto involuntario; casi la mitad de las mujeres (45,5 %) indicaron que habían experimentado, por lo menos, un problema emocional durante su embarazo posterior, siendo la ansiedad el trastorno de salud mental más común (26,4 %), seguida del estrés (25 %) y la tristeza o el desánimo (20,2 %). No se halló una asociación entre la pérdida fetal y cualquier problema emocional durante el período posnatal.

Los autores concluyeron que las mujeres que han experimentado una pérdida fetal constituyen una población más vulnerable a experimentar tristeza, desánimo y preocupación excesiva durante un embarazo posterior, en comparación con mujeres sin historia de pérdida fetal. Estos problemas emocionales, sin embargo, no se evidenciaron en el posparto. Resulta relevante llevar a cabo una completa evaluación el estado de ánimo durante embarazos posteriores en mujeres con historia de muerte fetal, así como ofrecerles intervenciones para una mejor gestión de la ansiedad y el estrés durante dicho período, beneficiando, de este modo, la salud mental de la mujer y los posibles efectos adversos sobre el feto.

3. Violencia machista antes y durante el embarazo: factores demográficos y psicosociales asociados y síntomas depresivos en el posparto en una muestra de mujeres mexicano-americanas

Intimate Partner Violence Before and During Pregnancy: Related Demographic and Psychosocial Factors and Postpartum Depressive Symptoms Among Mexican American Women

Jackson CL, Ciciolla L, Crnic KA, Luecken LJ, Gonzales NA, Coonrod DV

J Interpers Violence. 23, 2014 Jun.

La investigación del impacto de la violencia de machista (VM) ha sido objeto de mayor número de estudios en los últimos años; sin embargo, existe poca información de los factores demográficos y psicosociales relacionados, así como los resultados en la salud mental antes y durante el embarazo, concretamente en población mexicano-americana, que es la que estudia en este artículo.

En una muestra de 320 mujeres mexicano-americanas, los **resultados** indicaron que el 13,1 % de las mujeres informó sobre VM antes del embarazo y 11,3 % durante el embarazo. La VM antes y durante el embarazo era más frecuente en las mujeres nacidas en los Estados Unidos, que las mujeres nacidas en el extranjero. Las mujeres que no reportaban una relación estable y satisfactoria o tenían antecedentes de trauma infantil también fueron más propensas a informar sobre VM antes del embarazo. Así mismo, las que sufrían VM durante el embarazo, reportaron mayor estrés general y menor percepción de apoyo

social. Por último, el estudio proporciona una fuerte evidencia de que los antecedentes de VM correlacionan de forma elevada con síntomas de depresión en el postparto, por encima del impacto de los antecedentes depresivos prenatales.

Este estudio contribuye a aportar una mayor conciencia de una situación compleja y perjudicial en una población hasta ahora poco estudiada. Los resultados se discuten en términos de la relación entre el riesgo demográfico y psicosocial para la VM antes y durante el embarazo y los síntomas depresivos en el posparto, así como las implicaciones para el desarrollo de futuros programas de prevención e intervención.

4. Asociación del suero de vitamina D con síntomas de depresión y ansiedad en el embarazo temprano

Association of Serum Vitamin D with Symptoms of Depression and Anxiety in Early Pregnancy

Huang Jonathan Y., Arnold Dodie, Qiu Chun-fang, Miller Raymond S., Williams Michelle A., and Enquobahrie Daniel A
Journal of Women's Health. 23(7): 588-595. July 2014

El estudio pretende evaluar la posible asociación entre el embarazo temprano, las concentraciones de 25-hidroxivitamina D (25 [OH] D), y la depresión prenatal y los síntomas de ansiedad, así como los potenciales modificadores de los mismos.

Para ello, se estudió una cohorte de embarazo (N = 498), y se examinaron las asociaciones transversales del embarazo precoz (media = 15,4 semanas de gestación), la concentración de suero 25 [OH] D, y la depresión y ansiedad. Los síntomas se midieron utilizando la escala DASS-21 y el PHQ-9; los modelos de regresión se ajustaron y modificaron con el índice de masa corporal previo al embarazo y el tiempo libre para la actividad física (LTPA), y se evaluó usando términos de interacción y análisis estratificados.

Los **resultados** fueron los siguientes: La media de 25 [OH] D de concentración fue de 34,4 ng / ml. Aproximadamente el 12 % tenía una ansiedad (puntuación ≥ 10) y una depresión (puntuación ≥ 10) "moderada", medidas respectivamente con el DASS-21 y el PHQ-9. Una medida menos de 1 ng / ml de 25 [OH] D, se asoció con un aumento del 0.043 y 0.040 en las puntuaciones del DASS-21 y PHQ-9 ($p = 0,052$ y $0,029$, respectivamente). Las participantes en el cuartil más bajo de 25 [OH] D ($< 28,9$ ng / ml) tenían 1,11 más en el PHQ-9 que aquellas en el cuartil más alto (ng ≥ 39.5 / ml, $p < 0,05$). Sin embargo, las asociaciones se atenuaron y fueron estadísticamente poco significativas en los modelos ajustados. El comportamiento de 25 [OH] D con los síntomas de depresión fueron significativos entre los participantes que no reportaron LTPA; no así entre las mujeres que informaron de cualquier LTPA ($p = 0,018$).

En **conclusión**, el estudio proporciona una evidencia modesta sobre las posibles asociaciones transversales inversas de las concentraciones de vitamina D materna durante el embarazo temprano con los síntomas de depresión antes del parto. También observamos que estas asociaciones pueden ser modificadas por la actividad física.

5. Escala de Detección de Ansiedad Perinatal: desarrollo y validación preliminar

The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation

Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, Coo S, Doherty D, Page AC

Arch Womens Ment Health. Apr 2014

El **objetivo** de este estudio es el desarrollo de una escala (Escala de Detección de Ansiedad Perinatal, PASS) para la detección de una amplia gama de síntomas de ansiedad, que sea sensible a como estos síntomas se presentan en el período perinatal, y además que sea adecuada para ser utilizada en

diversos contextos, incluyendo clínicas de atención prenatal, centros ambulatorios, hospitales y/o centros de salud mental.

Las mujeres durante el embarazo o postparto, atendidas en el Servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel en el estado de Australia Occidental (n=437), completaron el PASS y otros instrumentos de depresión y ansiedad. Se utilizó el Análisis Factorial para identificar la estructura factorial de la escala, y se utilizó el análisis de la curva ROC para evaluar sus cualidades como herramienta de detección.

Según sus **resultados**, la escala PASS correlacionó significativamente con otras medidas de depresión y ansiedad. Los resultados del Análisis de Componentes Principales (ACP) sugirieron una estructura de cuatro factores, representando síntomas de: 1. la ansiedad aguda y adaptación, 2. la preocupación general y temores específicos, 3. el perfeccionismo, el control y el trauma, y 4. la ansiedad social. Las cuatro subescalas y la escala total del PASS, demostraron índices de fiabilidad entre buenos y excelentes. En el punto de corte óptimo para la detección de la ansiedad, según los resultados del análisis de la curva ROC, el PASS identificó un 68 % de las mujeres con diagnóstico de trastorno de ansiedad. Estos resultados se compararon con la subescala de ansiedad de la EPDS, que detectó un 36 % de los trastornos de ansiedad.

En **conclusión**, el PASS es una herramienta de detección válida y útil para la identificación de ansiedad significativa en las mujeres durante el período perinatal.

6. Síntomas afectivos maternos en el período prenatal y postnatal y trastornos psiquiátricos en niños preescolares de la Cohorte de Nacimientos de 2004 en Pelotas

Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort

Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, Barros FC

J Affect Disord;164:112-7. Aug 2014

Los síntomas afectivos maternos se han asociado con trastornos psiquiátricos en su descendencia. El **objetivo** de este trabajo fue estudiar el efecto de los síntomas del estado de ánimo durante el embarazo y a los 3 meses posparto sobre la salud mental de los hijos a los 6 años de edad.

El estudio estuvo formado por una cohorte de 4231 nacimientos de la ciudad de Pelotas, Brasil. Los síntomas anímicos maternos fueron evaluados mediante la pregunta: "Durante el embarazo, ¿se sintió deprimida o tuvo alguna enfermedad nerviosa?". Además, a los 3 meses posparto, la salud mental materna fue evaluada mediante el Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), un instrumento diseñado para la detección de trastornos psiquiátricos. Cuando los hijos cumplieron 6 años de edad, se les administró a las madres el Development and Well-Being Assessment Instrument (DAWBA), instrumento que incluye un cuestionario y preguntas abiertas para la evaluación de síntomas en distintos diagnósticos psiquiátricos en niños de 5 a 17 años. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y multivariados, con modelos de regresión logística (OR: IC95 %).

Según sus **resultados**, la prevalencia de síntomas del estado de ánimo durante el embarazo fue del 24,6 % (23,2-26 %) y a los tres meses posparto del 22,5 % (21,1-23,9 %). La prevalencia de trastornos mentales en los niños fue del 13,3 % (12,2-14,4 %). Después de ajustar por factores de confusión, los hijos de madres con síntomas anímicos durante el embarazo presentaron un 82 % más de probabilidad de sufrir trastornos psiquiátricos que los hijos de madres sin síntomas (OR: 1.82; 1.48 -2.25). Por otro lado, la probabilidad de tener trastornos mentales entre los niños cuyas madres tenían SRQ-20 positivo a los tres meses posparto fue un 87 % mayor que la observada entre los niños cuyas madres tenían el SQR-20 negativo (OR: 1,87; 1,50-2,33).

La salud mental del niño fue evaluada a través de las respuestas de las madres. La ansiedad y/o depresión pueden interferir con la interpretación de la conducta del niño, por lo que dicha evaluación es una limitación de este estudio.

En conclusión, en este estudio de cohorte, las prevalencias de síntomas del estado de ánimo durante el embarazo y posparto fueron elevadas. Los hijos de madres que presentaron síntomas del estado de ánimo durante el embarazo y en los primeros meses pospartos, fueron más propensos a presentar trastornos psiquiátricos a los 6 años de edad, resultados que se deberían tener en cuenta especialmente en tareas preventivas.

7. ¿Puede el insomnio durante el embarazo predecir la depresión posparto? Un estudio longitudinal, basado en la población

Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study

Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M

PLoS One. 14;9(4), Apr 2014.

El insomnio y la depresión están estrechamente relacionados entre sí. Este estudio tuvo como **objetivo** describir los cambios en el sueño en la etapa pre y postnatal, y evaluar si el insomnio durante el embarazo es un factor predictivo de la depresión posparto.

Para ello se ha desarrollado un estudio longitudinal poblacional llevado a cabo en mujeres perinatales que dieron a luz en el Hospital Universitario Akershus, en Noruega. Estas mujeres fueron evaluadas mediante cuestionarios en las semanas 17 y 32 de embarazo, y a las ocho semanas después del parto. De 4662 mujeres evaluadas, se analizaron datos completos en 2088. Las horas de sueño, los despertares y la duración media del sueño fueron auto-reportados. Para la evaluación del insomnio se ha utilizado la Bergen Insomnia Scale (BIS), y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar los síntomas depresivos.

Los **resultados** indicaron que, tras el parto, la duración del sueño se redujo por 49 minutos (hasta 6,5 horas), y la media de la eficiencia del sueño se redujo de 84 % a 75 %. Sin embargo, las puntuaciones de insomnio auto-reportadas en la BIS mejoraron de 17,2 a 15,4, y la prevalencia de insomnio disminuyó de 61,6 % a 53,8 %. Puntuaciones altas en la EPDS, la ansiedad durante el embarazo, el miedo al parto, depresión previa, primiparidad, y un mayor nivel educativo fueron factores de riesgo para el insomnio y para la depresión en el posparto. El insomnio no fue predictor de la depresión posparto en las mujeres sin antecedentes de depresión, mientras que en las mujeres que se recuperaron de depresión presentaron insomnio residual.

Entre las limitaciones del estudio, los autores destacan que la depresión y el insomnio no se verificaron mediante entrevistas clínicas. Además, las mujeres con síntomas depresivos tenían menos probabilidad de permanecer en el estudio.

En **conclusión**, a pesar de que las mujeres dormían menos horas por la noche después del parto en comparación con el final del embarazo, y que presentaron más noches con despertares nocturnos, sus puntuaciones en insomnio mejoraron, y la prevalencia del insomnio de acuerdo con los criterios DSM-IV disminuyeron. El insomnio en el embarazo puede ser un marcador de recurrencia de depresión posparto en mujeres con antecedentes de depresión.

8. Embarazo, obstetricia y resultados de salud perinatal en los trastornos alimentarios

Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders

Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M.

Am J Obstet Gynecol. Apr 2014

El **objetivo** de este estudio fue evaluar los resultados y complicaciones obstétricas, perinatales y durante el embarazo en mujeres con antecedentes de trastornos alimentarios.

2257 pacientes de sexo femenino, atendidas en la Clínica de Trastornos Alimentarios del Helsinki University Central Hospital entre 1995 y 2010, fueron comparadas con 9028 mujeres no expuestas de la población. Se ha obtenido información registrada sobre los resultados y complicaciones del embarazo, obstetricia, y salud perinatal para todos los partos únicos durante el período de seguimiento de mujeres con anorexia nerviosa (AN; n=302 partos), bulimia nerviosa (BN, n=724), el trastorno por atracón (TPA, n=52), y mujeres no expuestas (n=6319).

Los **resultados** reflejaron que las mujeres con AN y BN dieron a luz a bebés con bajo peso al nacer en comparación con las mujeres no expuestas, sin embargo, se ha observado lo opuesto en las mujeres con TPA. La AN materna se ha relacionado con anemia, crecimiento fetal retardado, contracciones prematuras, corta duración de la etapa inicial del trabajo de parto, parto muy prematuro, pequeño para la edad gestacional, bajo peso al nacer, y muerte perinatal. Se ha observado una mayor probabilidad de contracciones prematuras, de reanimación del recién nacido, y puntuación Apgar a 1 minuto muy baja en madres con BN. El TPA se ha asociado positivamente con la hipertensión materna, larga duración de la primera y segunda etapa del trabajo de parto y con bebés grandes para la edad gestacional.

En **conclusión**, los trastornos alimentarios parecen estar asociados con varios resultados perinatales adversos, sobre todo en los descendientes. Se recomienda una estrecha monitorización de las mujeres embarazadas con antecedentes o con un trastorno de la alimentación actual. Se debe prestar atención a los niños nacidos de estas madres.

9. Ansiedad Postparto y Depresión Comórbida en una Muestra de Mujeres

Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women

Farr SL., Dietz PM., O'Hara MW., Burley K, and Ko JY

Journal of Women's Mental Health., 23(2): 120-128. February 2014.

Actualmente no se dispone de estimaciones poblacionales fiables acerca de la prevalencia de la ansiedad y la depresión comórbida. Los autores, mediante el uso de la regresión logística multinomial, examinaron, tanto la prevalencia como los factores de riesgo para la ansiedad después del parto y los síntomas depresivos comórbidos. Se basaron en datos obtenidos entre el 2009 y el 2010 del Sistema de Monitorización del Riesgo en el Embarazo de Maryland, mediante una encuesta sobre síntomas de ansiedad y depresión en madres que habían dado a luz a sus bebés.

Según los **resultados** obtenidos, de las 4451 mujeres evaluadas en la etapa postparto, el 18 % refirió sintomatología ansiosa, de las cuales el 35 % presentó síntomas depresivos comórbidos (6,3 % del total). La sintomatología ansiosa y depresiva en el posparto, se asoció con un elevado número de eventos estresores durante el embarazo. Asimismo, se halló una asociación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la presencia de síntomas de ansiedad posparto, así como a síntomas comórbidos de ansiedad y depresión.

En **conclusión**, teniendo en cuenta la relevancia de los posibles efectos adversos propios de la

ansiedad posparto y la depresión comórbida, resulta esencial que los profesionales de la salud dispongan de extensos conocimientos acerca de aspectos como la prevalencia, la comorbilidad y los factores de riesgo de dichos trastornos a fin de facilitar su identificación y tratamiento.

10. Resultados maternos y neonatales en las mujeres con esquizofrenia: un estudio retrospectivo de cohorte poblacional

Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study

Vigod SN, Kuridiyak PA, Dennis CL, Gruneir A, Seeman MV, Rochon PA, Anderson GM, Grigoriadis S, Ray JG
BJOG. 121(5):566-74.Apr 2014.

El número de mujeres diagnosticadas de esquizofrenia que quedan embarazadas, se ha incrementado en los últimos años. Por otra parte, padecer un trastorno mental aumenta la vulnerabilidad a sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, así como riesgos para el recién nacido. Es por ello que Vigod y sus colaboradores han querido profundizar en este área, cuantificando indicadores de salud perinatal en las madres y los niños nacidos.

El estudio retrospectivo se ha realizado en población canadiense, con datos recogidos desde 2002 hasta 2011. La franja de edad de las mujeres era entre 15 y 49 años, las cuales dieron a luz a un bebé nacido vivo o un bebé único nacido muerto. La muestra de mujeres diagnosticadas de esquizofrenia (n=1391) habían precisado ingreso, o bien recibieron seguimiento psiquiátrico ambulatorio durante los cinco años previos al embarazo. El grupo control (n=432358), estaba conformado por mujeres sin diagnósticos a nivel de trastorno mental durante los 5 años precedentes al embarazo. La evaluación consistió en medir resultados primarios y secundarios; los primarios maternos fueron: la diabetes mellitus gestacional, la hipertensión gestacional, pre-eclampsia/eclampsia y trombosis venosa; los resultados primarios neonatales fueron: prematuridad y peso al nacer en función de la edad gestacional del bebé; y los resultados secundarios incluían una serie de indicadores perinatales de salud adicionales.

Según los **resultados**, se observó que tener un diagnóstico de esquizofrenia en mujeres embarazadas, estaba asociado a un mayor riesgo de preeclampsia (aOR 1,84; 95 %IC 1,28-2,66) de padecer trombosis venosa (Aor 1,72; 95 % IC 1,04-2,85), prematuridad (aOR 1,75; 95 %IC 1,46-2,08) y mayor sobrepeso (Aor 1,75; 95 %IC 1,17-1,99). Además, estas mujeres necesitaban de mayores recursos hospitalarios.

En **conclusión**, las mujeres con esquizofrenia tienen un mayor riesgo de sufrir múltiples adversidades durante el embarazo, junto con una mayor morbilidad neonatal. La atención debe centrarse en las intervenciones médicas para reducir estas diferencias a nivel de salud, tanto para la madre como para el bebé.

11. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al abuso de sustancias y los resultados perinatales: un estudio basado en los datos vinculados de la población de New South Wales, Australia

Mental and behavioral disorders due to substance abuse and perinatal outcomes: a study based on linked population data in New South Wales, Australia

Bonello MR, Xu F, Li Z, Burns L, Austin MP, Sullivan EA.

Int. J. Environ. Res. Public Health,11, 4991-5005. 2014

En las últimas dos décadas ha habido un incremento significativo de prevalencia en el uso de sustancias y las mujeres no están fuera de esta tendencia. Aproximadamente ha habido un incremento del 90 % entre las mujeres con franja de edad reproductiva y también lo ha habido entre mujeres embarazadas. El estudio que se presenta, tiene el **objetivo** de medir el impacto perinatal en mujeres que realizaron un ingreso hospitalario debido al abuso de sustancias (alcohol, cannabis, opiáceos o a más de una) en un periodo de 12 meses antes y/o durante el embarazo.

Consiste en un estudio retrospectivo realizado en un hospital maternal del New South Wales durante Enero de 2003 a Diciembre del 2006. Se observó que sólo un 10 % de las mujeres primíparas no tenían ningún tipo de diagnóstico psiquiátrico ni habían consumido sustancias. Manteniendo esta proporción de la población, la muestra seleccionada estuvo compuesta por 945 mujeres que durante esas fechas fueron admitidas al hospital con un diagnóstico de Trastorno Mental y del Comportamiento debido al abuso de sustancias (alcohol, opiáceos o cannabis) en un periodo de 12 meses antes del embarazo hasta su fin. El grupo de comparación, incluía un 10 % de la muestra de madres que no fueron diagnosticadas de trastorno psiquiátrico o de abuso de sustancias durante el estudio. La edad de las madres era de 18 a 44 años.

Del grupo de mujeres diagnosticadas de Trastorno Mental y del Comportamiento debido al abuso de sustancias, 304 fueron por alcohol, 306 por opiáceos y 497 por cannabis, y 146 presentaban más de un diagnóstico. Las variables perinatales que estudiaron fueron las siguientes: peso al nacer, parto prematuro y el ingreso del bebé en una unidad de cura intensiva neonatal (UCI) o que requiriera una unidad especial de cuidado.

Madres diagnosticadas de abuso de sustancia por **alcohol** durante el embarazo o antes y durante el embarazo, obtuvieron resultados significativos en el peso del bebé (AOR= 4.03, 95 %IC: 1.97-8.24 durante el embarazo; AOR=9.21, 95 %IC= 3.76-22.57 para ambos periodos). Tenían tres veces más riesgo de sufrir un parto prematuro si consumían alcohol durante el embarazo, o cuatro veces más, si el abuso era antes y durante el embarazo. Esta misma significación se obtuvo con el número de bebés que necesitaron ser atendidos en la UCI o recibieran algún tipo de atención especial por parte de las enfermeras. Ninguna de estas variables resultó ser significativa para el periodo donde el abuso de alcohol fue exclusivamente previo al embarazo.

Las madres que fueron diagnosticadas de abuso de sustancia por **opiáceos**, también obtuvieron resultados significativos en el peso del bebé, pero éstos tanto si el consumo fue previo, durante o en ambos periodos (AOR=2.27, 95 %IC:1.10-4.71 para consumo previo; AOR=3.56, 95 %IC:2.39-5.32 durante; y AOR=5.71, 95 %IC:3.15-10.35 si ambos). El riesgo de tener un parto prematuro si se habían consumido opiáceos durante, o antes y durante, se incrementaba de 3 a 5 veces más respectivamente en comparación con el grupo control. Finalmente, el ingreso a UCI o unidades de curas especiales aumentaba significativamente si las madres habían consumido opiáceos, del orden de: Dos veces más de probabilidad si el consumo se realizó exclusivamente durante al periodo previo al embarazo, casi siete veces más si fue durante y 13 veces si el abuso se realizó antes y durante el embarazo.

Por lo que el abuso por **cannabis** se refiere, también se mostró significativo en todas las variables. Más probabilidad de infrapeso en el bebé (AOR=2.72, 95 %IC:1.67-4.44 si el abuso es previo; AOR=4.85, 95 %IC:3.55-6.62 si el abuso es durante; y AOR=3.13, 95 %IC:1.11-8.82 si es en ambos periodos), más probabilidad de que el bebé nazca antes de tiempo si el consumo es durante el embarazo (AOR=3.61, 95 %IC:2.58-5.04) y un mayor riesgo de ser ingresados a unidades de curas especiales si el consumo se da tanto antes, durante, como en ambos periodos.

En **conclusión**, los resultados muestran que un alto consumo de alcohol, opiáceos o cannabinoides antes y durante el embarazo incrementa significativamente el riesgo de resultados adversos para la salud de la madre y del recién nacido. Se debe prestar atención en la difusión de la información para prevenir o reducir el abuso de sustancias, muy especialmente en periodos tan delicados como lo es la del embarazo.

II. CONGRESO BIANUAL DE LA SOCIEDAD MARCÉ INTERNACIONAL: LA "MARES" DESEMBARCA EN GALES

Gracia Lasheras¹

¹Psiquiatra. H. Universitario Quirón Dexeus (HUQD).
Coordinadora de la Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva (SSMPR)

¡CROESO I GYMRU!

Así, en galés, nos recibían en Swansea. Era el equivalente de “Welcome to Wales” de un idioma que convive perfectamente con el inglés. Éramos el grupo de la Marcé española que acudíamos con una inmensa ilusión al Congreso BIANUAL de la Internacional. No era para menos: se trataba de la puesta de largo de nuestra joven sociedad, que ya había mostrado su entusiasmo y capacidad de convocatoria tanto en las tres Jornadas organizadas en Barcelona como en las publicaciones, como también en esta sección que ocupa Cuadernos, reconocida por su seriedad, precisión y capacidad de gestionar información.

Y ahí estábamos, en el sensacional campus de la Swansea University, conviviendo con esos monstruos de la Perinatal como son Vivette Glover, Katherin Wisner, Jenise Howard y Jane Barlow; así como con algunos muy dignos representantes masculinos como Mc Allister, Suomi o el mítico John Cox, uno de los miembros fundadores de la Marcé Society.

Pero no fuimos meros espectadores. Nuestro simposio que les presentamos, resumido a continuación, fue un fiel reflejo de la buena salud y altísimo nivel de la investigación en nuestro ámbito. Conducidos por la mano maestra de la profesora M^a Paz Viveros, nuestras ponentes nos trasladaron al mundo extraño de los efectos neurometabólicos en los modelos animales de separación materna, extrañeza que Viveros, Llorente y col. convierten en perfectamente comprensible. El impactante trabajo colaborativo de la *vinculación en depresión posparto (DPP)*, liderado por Palacios; de la incombustible Maternitat-Clínic, o la colaboración que promete futuros muy interesantes entre Quirón-Dexeus y Maternidad-HCP en el *screening doble DPP y vínculo madre-hijo*. La relación *Personalidad-DPP*, liderada por Gelabert (E. Maternitat), nos permite agradecer que estos estudios se recuperen, incluyendo un constructo que parecía abandonarse como es el de la *Hostilidad*, que presentó G. Adam -de la UAB-, en otro trabajo colaborativo. Y sobre esto último quiero llamarles la atención: la cohesión y conexión entre grupos, que en un *feedback* extremadamente fértil, no solo permite cada vez trabajos más potentes, sino que es el reflejo de la forma de entender y entenderse de los miembros de la pequeña, pero riquísima en efectos y afectos, Marcé española.

Ah, y por si fuera poco, ganamos el **premio mundial de póster**, que hizo justicia a su primer firmante, la **Dra. M^a Lluïsa García Esteve**, que vio así reconocidos sus ingentes esfuerzos para el conocimiento y la expansión de la salud mental perinatal en nuestro medio. Honor y gloria que compartimos en esta casa con ilusión y orgullo (¡Es nuestra editora Asociada!).

Y mientras contemplábamos el soberbio paisaje de Swansea y la Península de Gower, con sus bellísimos acantilados, nos dejamos transportar por los secretos del castillo de Oystermouth..., y nos pareció que las leyendas galesas, que nos muestran la lucha de un país y un pueblo por sobrevivir con pasión y orgullo, potenciaban nuestra voluntad de continuar por un camino que ya ha sido trazado y del que ya no pensamos desviarnos.

“DIOLCH” (Gracias, en galés).

J.M. Farré
Editor

A continuación se recogen los resúmenes de las cinco ponencias del simposium español en el Congreso Biauual de la Sociedad Marcé Internacionalde Salud Mental Perinatal, dedicado a "Separación materna, vínculo y depresión posparto":

1. Efectos de programación neurometabólica producidos por estrés en la vida temprana: Nuevos datos a partir de un modelo animal de separación materna

Neurometabolic programming effects of early life stress: Insights from an animal model of maternal separation

Viveros MP^{1,2}, Llorente-Berzal A^{1,2}, Mela V^{1,2}, Llorente R^{1,2}, Marco EM^{1,2}, López-Gallardo M^{2,3}

¹Departamento de Fisiología Animal (Fisiología Animal II), Facultad de Biología. Universidad Complutense de Madrid, Spain. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, Spain. ³Departamento de Fisiología Humana, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivo / Antecedentes

Los modelos animales son muy importantes en neurociencia, y en particular en psiquiatría, aunque tienen una serie de limitaciones a la hora de trasladar los resultados obtenidos a los humanos. El uso de modelos animales en la investigación traslacional es fundamental para estudiar los mecanismos neurobiológicos que subyacen a diversos trastornos neuropsiquiátricos.

Métodos

En esta ponencia mostramos y discutimos los resultados obtenidos con un modelo animal de estrés en la vida temprana aplicado a ratas Wistar, consistente en un único periodo prolongado de separación materna (24h) en el día postnatal 9.

Resultados

Los animales separados de la madre (SM) muestran una serie de cambios psico-neuro-inmuno-endocrinos, desde el periodo neonatal hasta la vida adulta. Los animales SM presentan cambios comportamentales en la adolescencia y en la edad adulta que se asemejan a signos que aparecen en trastornos afectivos, como son respuestas de tipo depresivo, aumento de la impulsividad y déficit cognitivo, así como respuestas alteradas a las drogas de abuso. Las ratas SM presentan también cambios metabólicos, endocrinos e inmunológicos. Es importante destacar que la SM induce diversas alteraciones sexo-dependientes en hipotálamo, hipocampo y corteza frontal en desarrollo, afectando a las neuronas, a las células de glía, a marcadores importantes de plasticidad sináptica, así como al sistema endocannabinoide, el cual tiene un papel homeostático muy importante.

Conclusión / Discusión

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, el modelo se discute en el contexto de la teoría del neurodesarrollo; no solo por su utilidad para modelizar síntomas/signos neuropsiquiátricos, sino también por inducir importantes cambios metabólicos e inmunológicos con origen en el neurodesarrollo. Proponemos un modelo en el cual la leptina desempeña un papel central en la conexión de los cambios neurales, metabólicos e inmunológicos encontrados en los animales separados de la madre.

2. La vinculación madre-infante en mujeres con depresión en el posparto

Mother-infant bonding in women with postpartum depression

Palacios-Hernández, B^{1,2}; Torres, A^{1,6}; Lasheras, G³; Farré-Sender, B³; Subirá, S^{2,6}; Díez, S¹; Navarro, P^{1,4}; Imaz, ML^{1,6}; González, A¹; García-Esteve, Ll^{1,5,6}.

¹Programa de Psiquiatría Perinatal. Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clinic, Universidad de Barcelona. Barcelona. ²Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. ³Unidad de Salud Mental Perinatal y Reproductiva. Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Quirón-Dexeus; Barcelona. ⁴Servicio de Psicología. Departamento de Políticas de Género, Terrasa. ⁵Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (IDIBAPS). ⁶Grupo de Investigación en Vulnerabilidad, Psicopatología y Género. AQU. Cataluña.

Diversos estudios han confirmado que la depresión en el periodo de posparto es un factor de riesgo para desarrollar trastornos en el vínculo materno-infantil temprano. Para identificar la relación existente entre la depresión posparto y el vínculo materno-infantil presentamos un estudio transversal que evaluó a ambos, además de otros factores asociados, en mujeres a las 6-10 semanas del posparto. Las participantes fueron invitadas a participar en el estudio mientras atendían al Programa de Psiquiatría Perinatal (PPP) y una Unidad de Ginecología de 2 hospitales vecinos de Barcelona, España. Las madres provenientes del PPP fueron diagnosticadas con un episodio depresivo mayor durante el posparto mediante la Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID; First *et al*, 1996) y posteriormente llenaron un grupo de cuestionarios.

Resultados: Se identificó una prevalencia de casos con riesgo de desorden en el vínculo materno-infantil en el 30,1 % de las madres con depresión posparto diagnosticado (N=96), mientras que en las madres sin diagnóstico de depresión, se detectó un 1 % de casos que mostraban riesgo de desorden del vínculo materno-infantil (N=423). Al comparar al grupo de madres con depresión posparto con un desorden en el vínculo materno-infantil con las madres deprimidas que mostraban un vínculo normal, se identificaron diferencias significativas, mostrando que las primeras presentaban un menor número de hijos ($p=.050$), mayor ansiedad en el posparto ($p=.015$), mayores problemas generales de salud mental ($p=.007$) y puntuaciones más altas de la Escala de Edimburgo de Depresión Posparto [EPDS, Cox *et al*, 1987] ($p=.002$) así como en cada una de los 4 factores del Cuestionario del Vínculo en el Posparto [PBQ, Brockington *et al*, 2001] (Scales 1, 2 & 3 $p<.0001$; Scale 4, $p=.040$). Un análisis multivariante con regresión logística identificó que por cada punto que la puntuación total de la EPDS aumentara, existe un 1.3 probabilidad de mayor riesgo (OR: 1.29, 95 % CI, 1.20 to 1.38) de presentar un desorden en el vínculo materno-infantil en mujeres con episodios depresivos mayores en el posparto.

Conclusión: Estos resultados sugieren la relevancia de realizar evaluaciones tempranas para identificar desórdenes en el proceso de vinculación entre la madre y su bebé, en aquellas con diagnósticos de depresión posparto y en particular en madres con altas puntuaciones en la EPDS, una escala de frecuente aplicación en las instituciones de salud.

3. Dos tipos de detección para la depresión posparto y las alteraciones del vínculo madre-hijo

Two types of screening for postpartum depression and mother-infant bonding

Lasheras G¹, Farré Sender, B¹, Serra B², Serrano A², Caballero M³

¹Unidad de Salud Mental Perinatal y Reproductiva, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Quirón Dexeus (HUQD), Barcelona. ²Departamento de Obstetricia y Ginecología, HUQD, Barcelona.

³Departamento de Enfermería Hospitalaria, HUQD, Barcelona

Objetivos:

1. Comparar dos sistemas de detección universal de la depresión posparto (DPP) y las alteraciones del vínculo madre-hijo (AV) en la cuarentena, uno aplicado durante la visita ginecológica (*in situ*), y otro desde el domicilio de la paciente (*on line*).

2. Determinar la incidencia de DPP y AV durante la la cuarentena, mediante ambos sistemas de detección, en nuestro hospital.

3. Analizar la influencia que pueden ejercer diversas variables reproductivas, obstétricas y psicopatológicas, en la DPP y las AV.

Método: El estudio se realizó de forma longitudinal en dos fases: Fase I- Detección *in situ* (2013), Fase II- Detección *on line* (2014). Todas las pacientes fueron reclutadas en el HUQD, y evaluadas en la cuarentena mediante la escala de Edimburgo (EPDS) para detección de la DPP, y la escala " Postpartum Bonding Questionnaire" (PBQ) para la detección de las AV.

Resultados: En la Fase I, mediante el protocolo de detección *in situ*, la incidencia de la DPP fue del 9,2 %, y del 5 % para las AV; la DPP se asoció significativamente a: antecedentes de ansiedad/depresión a lo largo de la vida ($p=0.000$) y durante el embarazo ($p = 0.000$), y al estrés perinatal ($p=0.000$). Las AV se asociaron significativamente a: la DPP (0.000), los antecedentes de ansiedad/depresión a lo largo de la vida ($p=0.001$) y durante el embarazo ($p = 0.001$), y al estrés perinatal ($p=0.000$); las tasas de AV fueron significativamente menores en multiparas (0.000) y en mujeres que utilizaron lactancia mixta (0.02). En la Fase II, mediante el protocolo de detección *on line*, respondieron el 48,7 %, cuyas cifras de antecedentes psicopatológicos (ansiedad/depresión a lo largo de la vida y durante el embarazo, y estrés perinatal) fueron notablemente más elevadas respecto a la muestra de la Fase *in situ*; la incidencia de DPP y de AV fue del 15,5 %.

Conclusión/Discusión: Las tasas de DPP en nuestro hospital mediante la detección *in situ* fueron similares a las recogidas por otros estudios, mostrando una alta correlación con las AV. Mediante el sistema de detección *on line*, se registraron mayores índices de DPP y AV, a expensas de que accedieron a él mujeres con más antecedentes psicopatológicos. La detección universal de la DPP y las AV es importante para evitar consecuencias, no solo para la madre, sino también sobre el establecimiento del vínculo madre-hijo.

4. Personalidad y depresión posparto

Personality and postpartum depression

Gelabert E¹, Subirà S¹, Garcia-Esteve L², Gutiérrez-Zotes A³, Navarro P², Martín-Santos R^{2,4}

¹Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.

²Departamento de Psiquiatría, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM y Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universitat de Barcelona. ³Hospital Universitari Institut Pere Mata, IISPV, Universitat Rovira i Virgili, CIBERSAM. Reus. ⁴Programa de Neurociencias, IMIM-Parc de Salut Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, RTA. Barcelona.

Aunque los mecanismos etiopatogénicos específicos de la depresión posparto (DPP) siguen siendo desconocidos, una gran variedad de variables biopsicosociales, entre los que destacan determinados rasgos o disposiciones de personalidad, se han relacionado con la enfermedad depresiva. A pesar de que la relación entre la personalidad y la depresión es compleja, existe evidencia empírica de que determinados rasgos como el neuroticismo, la evitación del daño, la introversión, el perfeccionismo o tener un "estilo de personalidad vulnerable" aumentan la vulnerabilidad a presentar un episodio depresivo. Algunos rasgos de la personalidad se han relacionado también con la exposición a acontecimientos vitales estresantes y al grado de malestar experimentado. Por otro lado, también se ha sugerido la relación de la personalidad con el desarrollo de estrategias adaptativas/desadaptativas de afrontamiento al estrés, modulando la adaptación a dichos acontecimientos vitales. Sin embargo, pocos estudios han estudiado los rasgos de personalidad como factores de riesgo para la depresión después

de un evento tan estresante como el parto. En esta ponencia, se exponen y discuten los resultados de estudios donde se ha evaluado específicamente la personalidad en mujeres posparto españolas.

En los **resultados**, se presentan datos que apoyan la relación entre rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento, estrés y apoyo social percibido durante el embarazo. Existen diferencias en los rasgos de personalidad con una base biológica (es decir, neuroticismo, extraversión y psicoticismo) entre las mujeres con y sin depresión posparto. El neuroticismo, caracterizado por inestabilidad emocional y altos niveles de afecto negativo, destaca como un factor de riesgo de desarrollar síntomas depresivos a las 8 semanas (OR=1,05; 95 %IC: 1,02-1,07; $p<0,001$), a las 32 semanas (OR=1,04; 95 %IC: 1,01-1,08; $p=0,021$), así como para presentar un diagnóstico de episodio depresivo durante las 32 semanas posteriores al parto (OR=1,05; 95 %IC: 1,02-1,08; $p<0,001$). Además, el neuroticismo juega un papel mediador entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y la sintomatología depresiva en el posparto.

En **conclusión**, sobre la base de estos resultados, la evaluación de las características o rasgos de la personalidad deben ser considerados con el fin de mejorar la identificación de las mujeres con riesgo de deprimirse en el posparto y realizar una intervención temprana.

5. El papel de la hostilidad en la depresión posparto

The role of hostility in postpartum depression

Adam G¹, Torres A², Navarro P², González A², Imaz ML², Ascaso C³, Subirà S¹, Martín-Santos R^{2,4}, Garcia-Esteve LL².

¹Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.

²Departamento de Psiquiatría, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM y Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universitat de Barcelona. ³Departament de Salut Pública. Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona. ⁴Programa de Neurociencias, IMIM-Parc de Salut Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, RTA. Barcelona.

Existen numerosos trabajos sobre el papel de la hostilidad en la propensión a los trastornos coronarios y acerca de su impacto sobre los hábitos de salud. Sin embargo, pocas investigaciones han examinado la influencia de la hostilidad en los trastornos emocionales, siendo todavía más escasos los estudios sobre la repercusión de la hostilidad en la forma de afrontar la transición a la maternidad y los cambios que esta acarrea.

El **objetivo** del presente estudio fue identificar las variables asociadas a la depresión posparto (DPP) en el puerperio, haciendo especial hincapié en las cuatro subescalas (agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad) del *Buss-Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ). Un total de 330 mujeres fueron reclutadas, 89 con DPP (SCID-I; DSM-IV) y 201 controles. Se llevó a cabo un estudio transversal en dos fases para identificar las variables asociadas a la DPP en el puerperio (casos vs. controles) y un estudio prospectivo de cohortes para analizar la influencia de la hostilidad sobre el curso evolutivo de la sintomatología depresiva al año del parto.

Resultados: A través de análisis de regresión se mostró que las puntuaciones elevadas en hostilidad están asociadas de forma independiente con la depresión mayor en el posparto (OR: 1.185, 95 % IC: 1.00-1.40) y con el mantenimiento de la sintomatología depresiva al año de seguimiento (OR= 1.430; IC 95 % = 1.02-2.01). Otras variables asociadas independientemente a la DPP fueron la mala relación de pareja, la ansiedad-rasgo y los acontecimientos vitales estresantes.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que la hostilidad es un factor cognitivo tanto de riesgo como de mantenimiento de la DPP. Incluir la evaluación de la hostilidad en el posparto permitiría

identificar a un subgrupo de mujeres con una mayor probabilidad de deprimirse en el postparto y de presentar una peor evolución al año del parto.

Como colofón al Congreso, y para gran alegría nuestra, el **premio al mejor poster**, debatido entre un total de 144 presentados a nivel mundial, le fue concedido a la **Dra. Lluïsa Garcia-Esteve**, psiquiatra Jefa del Programa de Psiquiatría Perinatal y Género del H. Clínic de Barcelona, y presidenta de MARES (Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal), cuyos resultados innovadores se resumen a continuación:

6. Abuso infantil materno como factor de riesgo de la alteración del vínculo madre-hijo

Mother's Childhood Abuse as Risk Factor for Mother-Infant Bonding Alteration

Garcia-Esteve Ll¹, Torres A¹, Farré-Sender B², Palacios B¹, Andrés S¹, Díez S¹, Plaza A³

¹Programa de Psiquiatría Perinatal, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona. ²Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona. ³Centro de Psicoterapia de Barcelona.

Objetivo: Examinar la asociación entre las experiencias maternas de abuso durante la infancia y la alteración del vínculo madre-hijo.

Método: Se realizó un estudio prospectivo dentro del Programa de Psiquiatría Perinatal del H. Clínic de Barcelona. La muestra estaba conformada por 215 mujeres que fueron atendidas por un T. psiquiátrico durante el embarazo entre los años 2006 y 2014. Se evaluaron los antecedentes de abuso infantil, así como variables clínicas y sociodemográficas. El abuso infantil fue evaluado mediante la versión abreviada del "Early Trauma Inventory" (ETI-SF). Los síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo se midieron mediante la Escala de Edimburgo (EPDS) y el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de (STAI), respectivamente. La relación de pareja se evaluó mediante el "Marital Adjustment Test" (MAT), y las alteraciones del vínculo madre-hijo mediante el "Postpartum Bonding Questionnaire", considerándose el puntaje total en la vivista del posparto (6-8 semanas).

Resultados: El abuso emocional sufrido por la madre durante su infancia, se asoció con las alteraciones del vínculo madre-hijo ($r = 0,23$; $p = 0,001$). Otras variables relacionadas con la alteración del vínculo madre-hijo fueron: Los síntomas depresivos ($r = 0,20$; $p = 0,001$) y ansiosos ($r = 0,24$; $p < 0,001$) durante el embarazo, y la relación de pareja ($r = -0,21$; $p = 0,001$). Se utilizó un modelo del regresión múltiple, incluyendo aquellas variables estadísticamente significativas en el análisis univariante, que demostró que, la única variable que se mantenía significativa, era el abuso infantil materno ($p = 0,008$).

Conclusión/Discusión: Las mujeres con experiencia de abuso infantil durante su infancia, están en riesgo de desarrollar un vínculo alterado con su bebé. Estas mujeres deben ser identificadas durante el embarazo a fin de establecer intervenciones preventivas.

Anaís Orobitz¹

¹*Psicóloga. Consejo de Redacción (SPMIJ)*



Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder

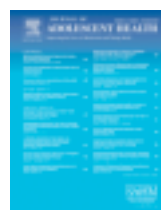
Kai von Klitzing, Lars O. White, Yvonne Otto, Sandra Fuchs, Helen L. Egger and Annette M. Klein

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2014.

Este grupo de investigadores quiso evaluar el impacto de la presencia o ausencia de comorbilidad depresiva adicionales (síntomas y/o diagnóstico) en niños en edad preescolar con trastornos de ansiedad. Se relacionó con la etiología clínica, la familia y los problemas con los compañeros, y se comparó con el grupo control sano.

La muestra fue dividida en tres grupos: niños con trastornos de ansiedad y comorbilidad depresiva, niños con trastornos de ansiedad puros y el grupo control de niños sin trastornos. En los resultados se encontraron evidencias significativas de los niños con trastornos de ansiedad y comorbilidad depresiva en relación a una mayor afectación por los síntomas emocionales, más conflictos con los compañeros y las familias suelen ser más asertivas, de mayor deterioro psicosocial y con problemas de salud mental más maternas.

Por tanto, la presencia de comorbilidad depresiva puede agravar el impacto nocivo en los trastornos de ansiedad en la edad preescolar.



Predictors of Dieting and Disordered Eating Behaviors From Adolescence to Young Adulthood

Katie A. Loth, Rich MacLehose, Michaela Bucchianeri, Scott Crow, Dianne Neumark-Sztainer

Journal of Adolescent Health 2014.

Este estudio se basa en examinar los factores personales y socioambientales relacionados con la constancia de la dieta o trastorno de conducta alimentaria de la adolescencia a la edad adulta joven, y las variables asociadas con el inicio de la dieta o dicho trastorno durante la edad adulta.

Los resultados muestran que los factores personales presentes en la adolescencia (problemas de peso, importancia de peso, síntomas depresivos y satisfacción del cuerpo) son indicadores predictivos de un individuo para llevar a cabo una dieta o padecer un trastorno del comportamiento alimentario 10 años más tarde. Además, estos factores personales también están asociados con el comienzo de una dieta o de trastornos de conducta alimentaria durante la edad adulta joven.

El viejo conocido se moderniza: Ciberbullying

Cierto es que todos, o bien casi todos, hemos conocido a algún que otro caso a lo largo de nuestras vidas de lo que ahora entendemos por “bullying”, sin importar de dónde vengamos, en qué contexto social hayamos crecido o bien la educación que nuestros padres nos hayan dado. Se entiende por bullying la situación en que un estudiante está siendo intimidado constantemente por un compañero, o grupo de ellos, riéndose de él o llamándole por nombres hirientes y desagradables.

Es en la última década cuando, debido a la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación, este acoso escolar ha aumentado sus ámbitos y formas de manifestación, entrando en nuestra vida cibernética y pasando a ser llamado, ciberbullying. Debido pues a la instauración de las redes sociales, los blogs, correos electrónicos y mensajes de texto (entre otros nuevos tipos de comunicación), las estrategias de ataque usadas por y para el acoso se han visto potenciadas, aumentando al mismo tiempo el alcance de los constantes ataques y reduciendo las posibilidades de defensa efectivas y directas. Las consecuencias de este acoso consiguen rodear a la víctima incluso en momentos de intimidad, provocándole altos niveles de ansiedad, de sintomatología depresiva, estrés, somatizaciones, problemas académicos, fomentando la violencia e incluso llegando al suicidio.

Maite Garaigordobil, catedrática en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco, y Vanesa Martínez-Valderrey, licenciada en Pedagogía y experta en bullying, nos ofrecen una lograda herramienta diseñada para la prevención, el tratamiento y la reducción del ciberbullying en un entorno escolar, con un programa que ha demostrado su validez además de la capacidad de prevenir (1).

Consta de un conjunto de 25 actividades que buscan (y consiguen) que la persona sea capaz de identificar situaciones de bullying y ciberbullying y los roles de las personas implicadas (víctima, agresor y observador), desarrollar estrategias de afrontamiento para prevenir e intervenir ante conductas de acoso y ser consciente de la consecuencias del acoso con tal de potenciar la capacidad

crítica y de denuncia. Estas actividades son subdivididas en tres módulos como ejes de intervención. El primero de ellos, consta de las primeras 5 actividades y se centra en la capacidad de diferenciación entre bullying y ciberbullying y la capacidad de reconocimiento de las personas implicadas en estas situaciones. El segundo, formado por las cinco actividades siguientes, está orientado a analizar la amplia gama de consecuencias, los derechos y responsabilidades de las personas involucradas. Y el tercer módulo, conteniendo las 15 actividades restantes, se focaliza en analizar las pautas de actuación de los tres distintos roles con tal de obtener una búsqueda de soluciones viables, eficaces y adaptativas.

Asimismo, transversalmente a estas competencias, se desarrollan capacidades implícitas en todos los módulos debido a los trabajos grupales conexos con el desarrollo de capacidades personales y sociales como son la capacidad de empatía, la escucha activa, la cooperación, la autoestima, la responsabilidad y las estrategias de resolución de conflictos positivas. Del mismo modo, hay una disminución significativa de las conductas de victimización, del porcentaje de agresores y víctimas, de las conductas agresivas tanto premeditadas como impulsivas, de las estrategias de resolución de conflicto negativas y de distintos modos de violencia escolar. En el último capítulo nos ofrecen instrumentos de evaluación para comprobar los beneficios del programa, e incluyen un CD con todo el material necesario para llevar a cabo el programa en los centros.

La recomendación: *A destacar la claridad, orden y concisión de todo el programa y la gran capacidad divulgativa del conjunto del libro. Así pues, el uso de este manual parece idóneo e indispensable para trabajar y reducir tanto el bullying y el ciberbullying en las escuelas y proporcionar unas bases esenciales a nuestros niños.*

Miriam Sánchez Matas

Psicóloga • Consejo de Redacción (C.R.)
miriamsanchezmatas@gmail.com

Atención temprana: el apoyo terapéutico

Hace poco más de una década, la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana sentó las bases para la actuación de los profesionales dedicados al cuidado de los niños de 0 a 6 años con riesgo de alteraciones del neurodesarrollo. El concepto de atención temprana (AT) lleva implícito la identificación precoz de los neonatos de riesgo y la actuación terapéutica iniciada desde el momento en que el recién nacido ingresa en la Unidad de Neonatología (UN).

En este ámbito inicial hospitalario se centra el presente libro(1). Sus autores son neonatólogos, psicólogos, pedagogos y fisioterapeutas expertos que ofrecen una perspectiva multidisciplinar y actualizada, acorde con el cambio de enfoque que los cuidados del neonato han experimentado en los últimos años.

En la primera parte, el marco teórico está constituido por 10 capítulos. El introductorio aborda la evolución de un modelo de intervención que abandonó la función meramente rehabilitadora con el niño y se centró en la familia. Los padres son invitados durante la estancia en el hospital a tomar parte activa en los cuidados de su hijo, reciben intervenciones para reducir sus niveles de estrés y adquieren habilidades que serán el eje principal de la AT, una vez el lactante es dado de alta al domicilio familiar. Los dos capítulos siguientes explican las bases de la neurología neonatal y fetal, con notas sobre la exploración clínica, y los conceptos de desarrollo y plasticidad cerebral. Desde el atractivo punto de vista de la epigenética, los periodos de riesgo neurológico son a la vez periodos de oportunidad para modificar el riesgo de evolución adversa mediante la intervención precoz.

Piñero y col. describen diferentes tipos de población de riesgo: el prematuro extremo, quizá el más estudiado y el retraso de crecimiento intraute-

rino, cuyo impacto sobre el sistema nervioso se inicia en periodo fetal y sobre el cual los autores aportan investigación propia. Los prematuros tardíos, hasta hace poco infravalorados, están recibiendo cada vez mayor atención en tanto que no parecen exentos de riesgo neurológico y se reconoce la necesidad de proporcionarles un seguimiento especial. Como recurso para el cribaje de posibles patologías merece especial atención el NBO (Newborn Behavioral Observations System), instrumento clínico de fácil aplicabilidad inspirado en la escala de Brazelton y destinado a la comprensión de la conducta neonatal.

Mercé Leonhart, pionera de la atención temprana en España, es autora del capítulo sobre la identificación y primeros tratamientos de la pérdida sensorial, tanto visual (basada en su test de optotipos 'ML', introducido en el 2012) como auditiva. La fisioterapia en la UN merece un capítulo extenso, que constituye un excelente documento de revisión y pretende unificar criterios. Se aborda también el novedoso tema de la terapia miofuncional, terreno de los logopedas, que tiene como objetivo ayudar a establecer la alimentación por vía oral.

Una primera parte con un final brillante gracias al abordaje del manejo del estrés parental en la UN, cuya modulación, responsabilidad de los profesionales, puede tener un impacto decisivo en la evolución del recién nacido.

La segunda parte del libro planta un enfoque práctico. Neonatólogas del Hospital 12 de octubre, pionero en la implantación de los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) en España, resumen las bases y las pautas de los CCD, una nueva manera de entender los cuidados neonatales. Los CCD consideran al prematuro un ser competente pero a la vez vulnerable, cuyo cerebro en desarrollo puede verse beneficiado por un entorno

que se aleje menos del intrauterino. Atenuación del impacto lumínico y sonoro, cuidados posturales, método canguro y lactancia materna, e integración de los padres en los cuidados son conceptos hasta hace pocos años raros en las UN de nuestro medio, y actualmente en vías de implantación.

El resto de capítulos, escritos por profesionales de las UN y centros de atención temprana de Murcia y Elche, describen protocolos prácticos de intervención, desde el minuto cero en las UN y más allá del alta hospitalaria. Se hace especial hincapié en la coordinación entre profesionales (neonatólogos, equipo de AT intrahospitalario y equipo de AT ambulatorio, y pediatra de atención primaria), con buenos flujos de información para mejorar la calidad de las intervenciones y evitar sobrecargas al sistema y a las familias.

La recomendación: *Nos encontramos ante un libro innovador y de alta calidad, que compendia y actualiza todos los aspectos de la AT en el ámbito hospitalario, englobada actualmente en la esfera de los CCD. Constituye una excelente guía de trabajo para médicos, psicólogos, fisioterapeutas, logopedas y enfermeras de las UN.*

Roser Porta

Unidad de Neonatología
Hospital Universitari Quirón-Dexeus

(1) Jessica Piñero Peñalver, Julio Pérez-López, Fernando Vargas Torcal, Ana Belén Candela Sempere AB, coords. Atención temprana en el ámbito hospitalario. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya SA), 2014.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
22 Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría	6-7 Marzo 2015	Reunions i Ciència S.L. Telf.: +34 934 108 646 Fax: +34 934 303 263 Web: www.ControversiasBarcelo na.org E-Mail: secretaria@contro- versiasbarcelona.org	BARCELONA
V Reunión Anual de Terapéutica en Psiquiatría	12-13 Marzo 2015	Secretaría Técnica Meeting PHARMA Sr. Fernando Ochoa Telf.: +34 934 703 513 E-Mail: fochoa@meetingpharma.com	BARCELONA
XXX Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Práctica Clínica	26 Marzo 2015	Telf.: +34 93 546 01 11 Fax: +34 93 205 85 12 Web: www.psiquiatriapsico- logia-dexeus.com E-mail: www.psicodex.com	BARCELONA
International Congress on Addictive Disorders (ICAD)	16-18 Abril 2015	Web: www.ifac-addictions.fr E-mail: icad@chu-nantes.fr	NANTES
IV International Congressw Dual Disorders	17-20 Abril 2015	Tilesa Kenes Spain Telf.: +34 913 612 600 Fax: +34 913 559 208 Web: www.cipd2015.com	BARCELONA
European Congress on Psychosis and Gender - European Meeting on Women's Health	7-8 Mayo 2015	Contact: Ruth Boza Telf.: +34 934 173 113 Web: www.wmhbcn.com E-mail: info@wmhbcn.com	BARCELONA

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
Taller asociado a la IV Jornada de Salud Mental Perinatal	14 Mayo 2015	Más información e inscripción en: www.psicodex.com	BARCELONA
IV Jornada de Salud Mental Perinatal	15 Mayo 2015	Más información e inscripción en: www.psicodex.com	BARCELONA
XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría	24-26 Septiembre 2015	Viajes Halley Telf.: 91 455 00 28 Fax: 91 549 93 48 E-Mail: congresos@viajeshalley.es	SANTIAGO DE COMPOSTELA

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
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 donde 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 referes”– 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.

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. 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 narra-

tive, 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 latter 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).

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.