



www.cuadernosdemedicina.com

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Revista Iberoamericana de Psicopatología

113

Enero - Febrero - Marzo ★ Año 2015



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

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



CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

- Editor:** *J.M^a. Farré Martí*. Hospital Universitario Dexeus (H.U.D.) Universitat Autònoma. (U.A.B.) Barcelona.
- Dirección Científica:** *J.J. García Campayo*. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
- Editores Asociados:** *E. Baillès* (SCRITC). U. Pompeu Fabra (UPF). Barcelona.
R. Campos. Hospital Clínico Universitario (H.C.U.) Facultad de Medicina (F.M). Zaragoza.
Ll. García-Esteve (MARES), H. Clinic. U. de Barcelona (HC.UB.). Barcelona.
- Editor Honorario:** *M. Álvarez Romero*. Presidente de la SEMP. Sevilla.
- Editora Científica:** *N. Mallorquí*. Barcelona. H.U.D. Barcelona.

Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva:

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

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

Sección de 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.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.D. (Colab.) Barcelona.

Sección de Conductas Adictivas Comportamentales

COORDINACIÓN: *S. Jiménez-Murcia*. H.U. de Bellvitge. U.B. Barcelona.
V. Ferrer-Olives. H.U.D (Colaboradora). Barcelona.
V. González. Atención e Investigación de Socioadicciones (AIS). Barcelona.
J.M^a Farré Martí. H.U.D. Barcelona.

Consejo Editorial:

DIRECCIÓN: *A. Lobo*. H.C.U.F.M. U. Zaragoza.
COORDINACIÓN: *J.A. Monreal*. C.S.P.T. Sabadell.
J.J. de la Gándara. H.U. Burgos. 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 (U.C.M.)
B. Sandín. UNED. Madrid
P.A. Soler Insa. H. Mutua de Terrassa. U.B. Terrassa.
M. Valdés. F.M. U.B. Barcelona.
M.A. Vallejo-Pareja. F.P. UNED. Madrid.

Sección de Sexología y Salud Mental

ASESOR: *F. López*. F.P. U. Salamanca
E. Maideu. H. Comarcal de Ripollès. Girona.
COORDINACIÓN: *C. Chiclana*. FM. UCEU-San Pablo. Madrid
MIEMBROS: *AL. Montejo*. (AESEXSAME). H.C.U.F.M. Salamanca.
C. Giménez-Muniesa. H.U.D. Barcelona.
G. Mestre. H.U.D. Barcelona.
J.M^a Farré. H.U.D. Barcelona.

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

Consejo Asesor:

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

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

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

International Editorial Board:

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

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

G. Cardoso. Lisboa.
D. Clark. Londres.
S. Fortes. Río de Janeiro.
F. 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.
B. Gómez Vicente. Castellón de la Plana.
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. González*. S. de Chile y *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: *H. Domínguez-Cagnon*. 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 – 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

Año 28 ~ N° 113 ~ Enero - Febrero - Marzo 2015

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

Fotocomposición, Fotomecánica y Maquetación: Grupo Fotocomposición. Madrid.

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

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

ADMINISTRACIÓN REVISTA CUADERNOS - C/. Gamonal, 5 - 5ª Planta - 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

Curiosidad y aceptación. *J.M. Farré*7

Notas Editoriales. *J.M. Farré*10

Editorial Invitada

La historia de la histeria. ¿Dónde ubicarla?. *Eva Baillès*11

Artículos

Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Gender bias in medicine: concept and state of the art. *Elisabet Tasa Vinyals, Marisol Mora Giral y Rosa Maria Raich Escursell*14

Hipertensión Arterial Refractaria y Malestar Emocional. ¿Hay alguna asociación?. Refractory Hypertension and Emotional Distress. Is there any pathogenic relationship?. *Ramón Coronas Borri, Jaume Almirall Daly, Carme Massons Capdevila, Mónica García del Álamo, Helena García Arnau*26

Programa de taichi y mindfulness en Trastornos Límite de la Personalidad. Taichi and mindfulness program for Borderline Personality Disorder. *José Javier Pedrosa Laplana, Ricardo Ros Mar*33

Noticias de Psicología. *G. Mestre e I. Tolosa*45

Noticias de Salud Mental Perinatal. *Gracia Lasheras, Borja Farré -Sender, Estel Gelabert, Liliana Ferraz, Gemma Mestre, Ingrid Rovira*51

Noticias de Psicología Infanto-Juvenil. *Anaïs Orobitg*59

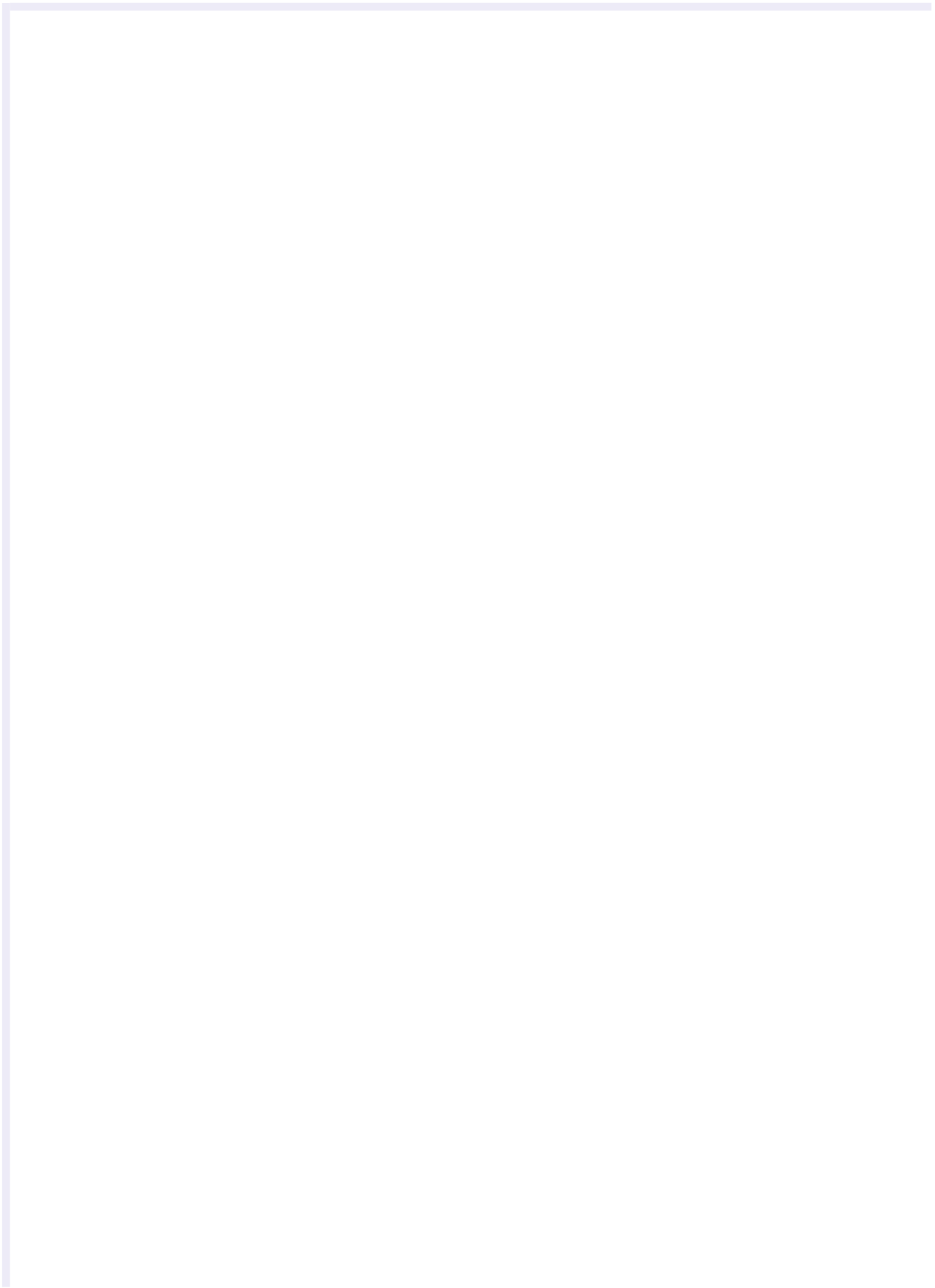
Comentario de Libros

¿Heterodoxia?... *Anaïs Orobitg*60

Tratando la obesidad: despejando la zona gris. *Katarina Gunnard*61

El deseo, siempre el deseo. *J.M Farré Martí*62

Agenda65



Curiosidad y aceptación

En junio de 2014, se celebraba en Zaragoza el primer International Meeting on Mindfulness, que dirigió el Dr. Javier García Campayo, nuestro director científico, asociado con el Dr. Marcelo de Marzo, de la Universidad de Sao Paulo. Vds. pueden consultar, si así lo desean, los contenidos de los simposios y conferencias plenarias, ya que Cuadernos se encargó de editar los abstracts. Si no lo tienen pueden consultarlo en nuestra web. Fue ahí donde se potenció aún más la idea de publicar un libro sobre Mindfulness (MF), la técnica que permite alcanzar un estado de conciencia de aceptación y atención en las experiencias. Lo han escrito los propios García Campayo y de Marzo(1), y lo prologa el profesor Vicente Simón, catedrático emérito de Psicobiología de la Universidad de Valencia, experto en un tema del que ya hablaremos en otras ocasiones: la compasión.

En la sociedad de la exuberancia y la impaciencia interesa más la cantidad producida que la calidad. Hay más de 20 libros de MF publicados en lengua castellana y, con todos los respetos para sus autores, pocos alcanzan la calidad del que comentamos. Para Vallejo-Pareja(2) las llamadas terapias de tercera generación contribuyen a mejorar la TCC, aunque se encuentren más cercanas al uso de TC, por ejemplo, la exposición, que el de las Terapias Cognitivas, sin que esto suponga un rechazo a las mismas. Dan más importancia a la experimentación de la conducta que a su interpretación; están, pues, más pendientes de las contingencias que de reglas estrictas. Consideran más los aspectos funcionales (no olvidar nunca los tan queridos análisis al respecto) de la conducta y recuerdan la vieja premisa de generar tratamientos personalizados.

No debe obviarse el papel de las emociones, que deben ser vividas y aceptadas por el paciente, más que la insistencia casi cruel en la racionalización; lo que Pérez Alvarez (3) ha llamado el “desenredamiento autoreflexivo”, pero que iría más allá de la reestructuración propiamente dicha. Se trataría de “salir” más que de “centrarse” en sí mismo, recreándose excesivamente en la desactivación A_B_C, concentrándonos más “en el mundo en el que estás y no en el mundo dentro de ti” (sic). Estar demasiado pendientes de nosotros mismos, aunque sea en el combate cognitivo, en ocasiones puede agravar el problema.

El caso es que el MF está ahí, con sus postulados a favor del presentismo, la experimentación de lo que acontece, como una condición necesaria para la efectividad de consecución de objetivos. Lo expresa muy bien Vallejo Pareja(2): “Lo que se alerta aquí es sobre una difusa actividad cognitiva, automática, desligada de la realidad que dificulta el contacto con ella”. ¿Es un estado mental el MF?, así lo defiende el prologuista del libro; un estado de conciencia que se asociará a una sensación de bienestar, gracias a la globalización; “Occidente ha mirado hacia el Este”, recalca el profesor Simón. El fruto de este intercambio ha sido el MF con dos fenómenos novedosos, el primero debe ocuparse de estudiar las viejas tradiciones meditativas, el segundo es realmente insólito: en el mundo de la presión y de la aceleración,

de la hipercomunicación al instante, a algunos les fascina escuchar canto gregoriano y a muchos les ha dado por meditar. Ni los más partidarios de los místicos o de los budistas se lo habrían creído y están pellizcándose para salir del trance. Solo que releen a San Agustín, o al propio Buda, verán que algún día u otro encontrarán la razón incluso sin saberlo, sobretodo en el caso del obispo de Hipona.

MF o “conciencia plena/atención” es más un estado o rasgo que una meditación, según aclaran García Campayo y de Marzo en la introducción de su extraordinaria monografía. Aunque la meditación es una de las técnicas utilizadas, se pueden alcanzar niveles de MF sin necesidad de meditar. ¡Qué claro, qué diáfano es el modo de explicarlo!. Estar atento, aceptar y abrirse a la propia experiencia son algunos de estos aspectos con los que ejemplifican mediante una tabla (a la que seguirán muchas más) en la que diferencian el “modo ser” (propio del MF) del “modo hacer” propio de los aconteceres cotidianos. Así como las rotundas afirmaciones sobre los mitos tanto positivos como negativos sobre la técnica a la que (de forma extraordinariamente inteligente) “ponen en su sitio”, desmarcándose de la cantidad extrema de “psicocosas” que se ofrecen actualmente, de las cuales evidentemente se aleja el MF, sino también del orientalismo (budista o no), lo cual probablemente tampoco pretenden los místicos orientales honestos, que son mayoría. No se trata de “dejar la mente en blanco”, adoptar extrañas posturas o buscar la iluminación; se trata de una experiencia que regulará las emociones sin suprimirlas pero sí ubicándolas en el sitio adecuado, que focalizará en las sensaciones corporales, que desarrollará el “insight” metacognitivo entre otros mecanismos de actuación.

Todos los capítulos están estructurados de forma extremadamente pedagógica, literalmente útiles y con un continente perfecto. “Práctica” (al inicio con la famosa “uva pasa”, lo que seguro agradecen algunos recolectores de ciertas regiones ibéricas) y “puntos clave” permiten al lector revisar una lectura diáfana y extremadamente pedagógica. No es nada raro ya que los dos autores son profesores, dirigen sendos programas de formación Universitarios (en Zaragoza y Sao Paulo) y en el caso de Javier García Campayo hay una tradición de publicaciones en las que ha sabido mezclar perfectamente el equilibrio entre divulgar con claridad y profundidad, algo solo al alcance de ciertos elegidos. El libro se mueve en estos parámetros y el lector navegará por ellos, asombrado por la facilidad con que aprende a respirar bien (desde el “anclaje” a la toma de conciencia), a manejar las distracciones, a conocer el concepto de “desidentificación” o a sentirse miembro del divertido grupo del “hola, gracias y adiós”. Las diversas prácticas son esquematizadas en un luminoso capítulo en el que el lector comerá la uva pasa, escaneará su cuerpo, meditará caminando o aprenderá –como si de la famosa relajación aplicada se tratara–, aunque es algo totalmente distinto, a practicar MF en pocos minutos como práctica regular diaria. El sentido de la vida, los valores, el manejo de las emociones y su desactivación mediante el anclaje de las sensaciones; en fin, la aceptación de la realidad nos permite valorar las posibilidades, pero también los efectos adversos del MF e incluso las características que debe reunir un terapeuta. El estrés y su resiliencia (con la bella metáfora del loto que crece en el fango) es una de tantas sugerencias para enfrentarse a trastornos y situaciones diversas.

Libro para aprender y gozar; libro para recomendar a profesionales, para que estos tengan una bendita guía para que la sigan sus pacientes; y del que se esperan segundas partes

en las que conoceremos más aplicaciones en diversas situaciones médicas, psiquiátricas, pedagógicas o incluso empresariales. Ya lo decía J.A. Goytisolo: “Nada destruye más a un hombre que vivir el pasado, renunciando a seguir nuevos caminos”. No se los pierdan y recórranlos paseando por las páginas de este libro.

J.M. Farré
Editor

BIBLIOGRAFÍA

- 1 García Campayo, J. y de Marzo, M. (2014). MINDFULNESS. Curiosidad y Aceptación. Siglantana. Barcelona.
- 2 Vallejo, M.A. (2012). Nuevos desarrollos terapéuticos y su fundamentación empírica. En “Psicología clínica basada en la evidencia”. F.J. Labrador y M^a. Crespo (coords.) 153-171. Pirámide. Madrid.
- 3 Pérez-Álvarez, M. (2012). La invención de los trastornos psicológicos y sus implicaciones para la validación de tratamientos. En “Psicología clínica basada en la evidencia” 37-46. Pirámide. Madrid.

1) Nuevas incorporaciones al Staff de Cuadernos

Cuadernos se complace en dar la bienvenida al Prof. Dr. Adolf Tobeña, catedrático de Psiquiatría en la Facultat de Medicina de la UAB. El Prof. Tobeña es un referente en la docencia y la investigación tanto en los cuadros de ansiedad como en la estructura de la personalidad, entre otros tópicos. Su extraordinaria lista de publicaciones no esconde su ingenio divulgativo: desde el cerebro al sexo, desde la decisión política a la religión, ha conseguido crear brillantísimos papeles, seguidos con devoción por lectores entregados, pero también por los propios profesionales. Un honor más en nuestro Consejo Asesor.

2) Nueva sección

Creamos otra sección especializada en Cuadernos: la de Sexología y Salud Mental. Recuperamos una temática en la que Cuadernos ha sido referente y a la que nunca habíamos abandonado del todo. La coordina el Prof. Dr. Carlos Chiclana, estudioso de la Adicción al Sexo, entre otros temas, asociado al Prof. A.L. Montejo, un referente internacional en el estudio de la yatrogenia y la sexualidad, y Presidente de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental (AESEXSAME). Les acompañarán Gemma Mestre, polifacética colega del C.R., presente en mil batallas de Cuadernos y conductora –con Iris Tolosa– de las “Noticias de Psicósomática”, Cristina Giménez-Muniesa, una veterana estudiosa de la sexualidad femenina, el Editor de esta publicación y unos asesores de lujo: el mítico estudioso de la Pedagogía Sexual, el Dr. Eudald Maideu y el Prof. Félix López, investigador reconocido de la sexualidad evolutiva.

PREMIO CASOS CLÍNICOS

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, órgano oficial de la Sociedad Española de Psicósomática (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 Bianual 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

editorial invitada

La historia de la histeria. ¿Dónde ubicarla?

Los trastornos conversivos entran en la historia de la Salud Mental de la mano de Janet a principios del siglo XX, pero fue Freud a mediados de siglo quien popularizó el término de histeria y desarrolló su tratamiento que ha perdurado durante muchos años.

Entre estos dos estudiosos de la mente generaron uno de los problemas de clasificación diagnóstica que han perdurado más en el tiempo y que sigue siendo motivo de discusión y debate.

Pierre Janet (1907), fue un psicólogo francés que se interesó por los automatismos mentales y diferenció los actos conscientes de los inconscientes. Entre sus trabajos más destacados puede encontrarse el estudio de la histeria, Janet entendía la histeria como una forma de depresión mental caracterizada por una retracción del campo de la conciencia personal, una tendencia a la disociación y la liberación del control de las ideas y funciones que constituyen la personalidad. Así, en este autor encontramos la primera relación etiológica entre la conversión y la disociación.

Pero el debate sobre dónde ubicar la conversión no se hubiera iniciado de no ser por la aportación posterior de Freud, que aunque heredero inconfeso de las obras de Janet, acuñó el nombre de histeria conversiva y defendió que el origen de este trastorno era el conflicto inconsciente, en la que la idea afectiva se convertía en un fenómeno físico. Como de todos es bien sabido, Freud pensaba que la causa del conflicto estaba en recuerdos que los pacientes no podían o no querían recuperar, y debido a la moralidad de la época concluyó que todos los recuerdos deberían ser traumas relacionados con la sexualidad.

Como se puede observar, desde sus inicios los trastornos conversivos han tenido diferentes visiones y explicaciones etiológicas que se mantienen en la actualidad. Un ejemplo claro de esto es la discrepancia en la clasificación diagnóstica, en la CIE existe un solo capítulo para los trastornos disociativos y conversivos, incluyendo trastornos como la amnesia disociativa o las convulsiones disociativas en el mismo apartado. En cambio, el sistema DSM separa en dos secciones dichos trastornos, por una parte el capítulo de trastornos disociativos y por otra el capítulo en la que engloba todos aquellos trastornos que se caracterizan por síntomas somáticos, antes llamados trastornos somatomorfos y actualmente llamados trastornos por síntomas somáticos (DSM 5). La diferencia entre los dos sistemas radica en el foco de atención de cada una de las clasificaciones, el sistema DSM se centra en la presentación de los síntomas, uniando aquellos trastornos en los que los síntomas médicos no explicados tienen un papel predominante, mientras la CIE se centra en el mecanismo subyacente a ambos tipos de trastornos (Schmutz, 2013). Llegados a este punto cabe preguntarse cuál es realmente el mecanismo subyacente a la conversión, y si la disociación y la conversión pueden encontrarse relacionadas y de que forma lo hacen. Centrándonos en algunos de los principales investigadores de los procesos subyacentes a la conversión (Bowman, 1993; Kuyk, Van Dyck, Spinhoven, 1996), la hipótesis se basa en que los trastornos conversivos podían tener su origen en la disociación. Bowman (1993) sugirió que la somatización, la disociación y la conversión podían ser diferentes fenómenos psíquicos del mismo continuo, y si nos basa-

mos en la alta comorbilidad de los diferentes trastornos esta podría ser una buena explicación. El problema básico radica en que tanto los trastornos por somatización, como los trastornos disociativos y finalmente los trastornos conversivos no habían sido estudiados en profundidad desde otros puntos de vista que no fueran el psicoanálisis.

Posteriormente, Bowman y Markan (1996) desarrollaron más este concepto y proponen el “continuo disociativo” como mecanismo común en el que la disociación sería el proceso central para explicar los diferentes síntomas y trastornos que se dan tanto en la somatización, en la conversión y finalmente en la disociación. Así, sobre la base de la relación encontrada entre los trastornos conversivos, las experiencias traumáticas (especialmente el abuso sexual) y los trastornos disociativos, se ha propuesto la existencia de un espectro de enfermedades que constituye una gama de respuestas patológicas a las exigencias del entorno, entendidas como manifestaciones somáticas y psíquicas secundarias a un intenso malestar emocional, como ocurre cuando se experimentan experiencias traumáticas y/o estresantes (Pintor y Baillès, 2004). Pero no ha sido hasta hace relativamente poco que se han realizado estudios que ponen de relieve la relación entre los trastornos conversivos y los mecanismos disociativos estableciendo una compleja relación. La principal dificultad para entender esta relación se encuentra en la definición de disociación en sí misma, por un lado la podemos entender como un proceso o estrategia de afrontamiento o como un trastorno. Esta relación todavía se complica más si asumimos los estudios de Holmes et al. (2005), estos autores definieron dos tipos de disociación, por un lado encontraríamos los mecanismos de distanciamiento psicológico (“detachment”) característicos del trastorno por despersonalización, y por otro la compartimentalización que implicaría un compromiso de alguna función como en el caso de las parálisis conversivas o la alteración de funciones integradoras de la memoria, la identidad o la percepción en la fuga disociativa. Además, parece que en algunos pacientes conversivos pueden darse los dos mecanismos, generando una desconexión entre los diferentes aspectos del procesamiento emocional relacionado con la sensación de ser uno mismo (por ejemplo, en la realización de las acciones) y la conciencia de ello.

Para entender cómo se produciría la disociación en estos pacientes es necesario conocer algunos aspectos sobre el procesamiento emocional y, en concreto, sobre la regulación emocional. Los pacientes con trastorno conversivo se caracterizarían por realizar una desconexión ante una situación de alta intensidad emocional que demuestra las dificultades en la regulación emocional de estas experiencias, pero también presentarían comportamientos relacionados con la sensación de embotamiento. Este proceso todavía se complicaría más cuando el contenido de la situación que provoca la emoción es personal; en estas situaciones sería todavía más probable el distanciamiento emocional de la situación, y que en el proceso de regulación emocional se sobrepasara el umbral en el que la intensidad emocional es tolerable, produciéndose la desconexión (Roberts y Reuber, 2014). Otro estudio de este año permite corroborar la explicación disociativa de la histeria mediante el análisis de las redes neuronales en estado de reposo. Van der Kruijs et al. (2014) analizaron las redes neuronales asociadas previamente a los estados disociativos en un grupo de pacientes con trastorno de conversión mediante Resonancia Magnética funcional (RMf), concluyendo que existe una alteración en la conectividad cerebral que se constataría en una falta de capacidad de integración de la información, traduciéndose en un estilo de afrontamiento disfuncional en estos pacientes. En concreto, las redes alteradas serían la red fronto-parietal, la red ejecutiva, la red sensoriomoto-

tora y la red neuronal por defecto. Las alteraciones en el funcionamiento de estas redes estarían asociadas a errores en la interpretación de disparadores emocionales como síntomas motores, a percepciones relacionadas con los movimientos controlados –entendiéndolos como involuntarios–, a una selección incorrecta de las respuestas motoras –e incluso la falta de control motor– y, finalmente, a la selección de respuestas de afrontamiento desadaptativas como la evitación y la disociación.

Finalmente, cabe destacar que estos hallazgos deberían traducirse en un cambio en el tratamiento habitual de estos pacientes, integrando los mecanismos disociativos y la falta de voluntariedad en la formulación del caso del paciente. Este cambio de visión, basado en las evidencias que hasta ahora tenemos, permitiría ofrecer a los pacientes un modelo basado en que la conversión funcionaría como estrategia de afrontamiento desadaptativa de las situaciones personales amenazantes, que sobrepasan el umbral de tolerancia del malestar emocional, llevándoles a la disociación y a la conversión como único medio para mantener el equilibrio emocional. Y estableciendo un plan terapéutico basado en el aprendizaje de estrategias adaptativas para afrontar con éxito dichas situaciones.

Eva Baillès
Editora Asociada
Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Universitat Pompeu Fabra
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Universitat Autònoma de Barcelona

REFERENCIAS

- Bowman SM. (1993) Etiology and clinical course of pseudoseizures: relationship to trauma, depression and dissociation. *Psychosomatics*, 34: 333-342.
- Bowman ES, Markand ON (1996). Psychodynamics and Psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry*, 153: 57- 63.
- Breuer J, Freud S (1956) *Studies on hysteria*. London, Hogarth Press.
- Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon R, Hunter E, Frasquilho F, et al. (2005) Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 25 (1): 1–23.
- Janet P (1907) *The major symptoms of hysteria; fifteen lectures given in the Medical School of Harvard University*. New York, Macmillan.
- Kuyk J, Van Dyck RV, Spinhoven P. (1996) The case for a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. *Journal of Nervous Diseases*, 184: 480-484.
- Pintor L, Baillès E. (2004) Patients with psychogenic non epileptic seizures: what happen with them?. En: *Focus on Posttraumatic Stress Disorder Research*. Editor: Tomas A. Corales. Nova Science Publishers, Inc. pp. 231-249.
- Roberts NA, Reuber M (2014) Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: Emotion, emotion regulation and dissociation. *Epilepsy & Behavior*, 30: 43–49.
- Schmutz M (2013). Dissociative seizures - A critical review and perspective. *Epilepsy & Behavior*, 29: 449-456.
- van der Kruijs SJM, Jagannathan SR, Bodde NMG, Besseling NMG, Lazeron RHC et al. (2014) Resting-state networks and dissociation in psychogenic non-epileptic seizures. *Journal of Psychiatric Research*, 54: 126-133.

Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión

Gender bias in medicine: concept and state of the art

Elisabet Tasa-Vinyals, Marisol Mora-Giral y Rosa Maria Raich-Escursell

Fecha recepción: 04/11/2014

Fecha aceptación: 27/01/2015

Resumen

El discurso androcéntrico de la medicina fundamenta la existencia del fenómeno del sesgo de género en la praxis clínica, definido como la prestación de asistencia médica de forma inapropiadamente distinta o similar –en base a la evidencia científica disponible– a mujeres y hombres. La praxis médica sesgada por género es profundamente contraria a los principios de la medicina basada en la evidencia, puesto que se fundamenta en creencias acerca de las formas de sanar y enfermar de hombres y mujeres. Asimismo, perpetúa la invisibilización de las eventuales idiosincrasias bajo el manto de la normatividad o la universalidad, la concepción de la salud de los géneros –y especialmente de la salud femenina– en base a los significados heteropatriarcales de los mismos, y el uso del estamento médico para el mantenimiento de estructuras de control que impiden la legítima soberanía sobre el propio cuerpo. En el presente artículo se exponen y discuten la génesis y las consecuencias del androcentrismo médico; el cual, al ser expresión de un sistema profundamente injusto como es el patriarcado, afecta negativamente tanto a hombres como a mujeres, aunque las probabilidades de perjuicio sean mayores para estas últimas. Se discuten también los conceptos de perspectiva y sensibilidad de género en la investigación biomédica, epidemiológica y clínica como camino hacia un cambio de paradigma que permita la construcción de un cuerpo de conocimiento médico más preciso e inclusivo, así como de un sistema de salud más justo y equitativo.

Palabras clave: Discurso médico androcéntrico. Sesgo de género en medicina. Salud y género. Medicina basada en la evidencia.

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud.
Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona.
Barcelona, España.

Correspondencia: Elisabet Tasa-Vinyals. Psicóloga.
Despacho B5b/057, Departamento de Psicología
Clínica y de la Salud.
Facultad de Psicología. Edificio B.
Universitat Autònoma de Barcelona.
08193 Cerdanyola del Vallès.
E-mail: elisabet.tasa.vinyals@uab.cat

Summary

The androcentrist discursive practices of medicine ground the existence of the phenomenon of gender bias in clinical praxis. This phenomenon is defined as the provision of medical care which is inappropriately different or similar –considering available scientific evidence– to female or male patients. Gender-biased medical practice is profoundly contradictory with the principles of evidence-based medicine, since it is not based on evidence but on beliefs about the ways in which men and women get sick and heal. Consequences of gender-biased medical discursive practices include obscuring possible idiosyncrasies under the cloak of normativity or universality, conceiving health –especially women’s health– on the basis of the heteropatriarchal interpretations of sexes, or using the medical establishment as a tool to perpetuate control that prevents legitimate sovereignty over the own body. In this paper, we detail and discuss the genesis and consequences of medical androcentrism; which, being an expression of a deeply unfair system like patriarchy, negatively affects both men and women, although the chances of undesirable consequences are actually greater for the latter. The concepts of gender perspective and gender sensitivity in biomedical, epidemiological and clinical and research are also discussed as ways toward a change of paradigm that allows the construction of more accurate and inclusive medical knowledge, which will lead to a more fair and equitable health system.

Key words: Androcentrist medical discourse. Gender bias in medicine. Health and gender. Evidence-based medicine.

INTRODUCCIÓN

A menudo confundido con el término sexo, el concepto género hace referencia a la construcción social de lo que se considera ser mujer u hombre (Risberg, Johansson y Hamberg, 2009). Creado desde la sociología y la antropología, este concepto designa la forma en que las diferentes sociedades y culturas interpretan el sexo biológico. Como construcción social dinámica, el concepto se forma, reforma y evoluciona constantemente basado en el poder y las normas socioculturales vigentes sobre hombres y mujeres, aunque conviene señalar que algunas perspectivas, como el movimiento *queer*, cuestionan la dicotomía mujer-hombre (Córdoba, Sáez y Vidarte, 2009). El género, en definitiva, es una definición de las mujeres y los hombres construida socialmente y con claras repercusiones políticas. Es decir, la construcción social del género incumbe relaciones desiguales de poder que se manifiestan en todas y cada una de las esferas de la vida, desde las más íntimas hasta las más públicas. También en todas las esferas las construcciones de género dictaminan cómo son y deben ser –en un círculo vicioso que parece retroalimentarse hasta el infinito– mujeres y hombres.

La inequidad de género hace referencia, por tanto, a las situaciones de discriminación por las que se observan diferencias entre mujeres y hombres explicables por el hecho de pertenecer a uno u otro género. En una sociedad patriarcal, obviamente, estas diferencias afectan negativamente a las mujeres, aunque también pueden afectar directa o indirectamente a los hombres (Sen, 2001).

Hasta hace relativamente poco, la Organización Mundial de la Salud definía la salud como ausencia de enfermedad; la enfermedad podría considerarse, pues –adoptando el modelo biopsicosocial (Valls-Llobet, 2009)–, como la presencia de alguna alteración o anomalía a nivel biológico, psicológico o social que dañara la homeostasis del individuo. Las definiciones actuales de salud ponen el énfasis en la consecución de un estado completo de bienestar y no únicamente en la ausencia de enfermedad; por tanto, desde el modelo biopsicosocial se hablaría ahora de plenitud biológica, psicológica y social, y podría llamarse enfermedad a la ausencia de esta plenitud. En cualquier caso, queda claro que los factores de diversa índole –psicológicos, sociales y biológicos– determinan el estado de salud o enfermedad; lo cual equivale a afirmar que tanto las diferencias fisiológicas pro-

pías del sexo, como las construcciones psicosociales que conforman el género de una persona no solo influyen, sino que se hallan en la base de su estado de salud o enfermedad (Valls-Llobet, 2009; Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012). La incorporación de la perspectiva de género en los planes estratégicos de salud está erigiéndose como necesaria en los últimos años, y algunos trabajos concluyen que es en efecto cada vez más notoria en las actuaciones sanitarias de las administraciones estatales y autonómicas en España (Cantero-Regalado, 2010). También las guías clínicas y manuales diagnóstico-terapéuticos están incorporando progresivamente la perspectiva de género como medida clave para aumentar su validez y vigencia; tanto es así que la quinta y última edición del DSM, manual diagnóstico de referencia en salud mental, pone especial énfasis en su introducción a los aspectos relativos a sexo y género en la concepción y el manejo de las entidades psicopatológicas (American Psychiatric Association, 2013).

Nuestro objetivo aquí es realizar una aproximación preliminar al fenómeno del sesgo de género en medicina, ya sea en la investigación epidemiológica o en la práctica clínica, puesto que al ser la primera la base de la segunda y la segunda el sentido y razón de ser de la última los fenómenos de sesgo existentes en ambas no pueden sino alimentarse mutuamente y multiplicar sus efectos. No es nuestra intención aquí realizar una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura disponible acerca del sesgo de género en medicina, con lo cual nos vamos a limitar a realizar una breve introducción teórica, enumerar los principales ámbitos y especialidades de la disciplina médica en los cuales se ha documentado algún tipo de evidencia de sesgo de género, y a continuación presentar dos ejemplos que consideramos especialmente relevantes, didácticos o ejemplificadores.

LA MEDICINA NO ES NEUTRAL: SESGO DE GÉNERO EN MEDICINA

El término sesgo hace referencia a la existencia de error sistemático –por contraposición al error aleatorio– que deriva en resultados equivocados. Aunque es más usado en el ámbito de la investigación, también en la práctica clínica puede ser sesgada, cuando en ella se producen errores o ne-

gligencias sistemáticas que resultarán en consecuencias perniciosas (por ejemplo, la deslegitimación sistemática de las quejas sintomáticas de las mujeres por razón de su género, que derivarán en infradiagnóstico o en diagnósticos más tardíos respecto a los hombres). Evidentemente, la exclusión sistemática de la investigación médica de las problemáticas y las experiencias de las mujeres está íntimamente relacionada con la práctica clínica, que las considera apéndices o variaciones de la norma masculina o las reduce al significado femenino heteropatriarcal; y que, por tanto, responde peor a sus necesidades como pacientes y como personas.

Dentro del estudio del fenómeno del sesgo de género en medicina, actualmente la investigación se estructura en dos áreas básicas: el sesgo existente en la investigación médica y el que se produce en clínica (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). En el seno de este último, el término sesgo de género hace referencia habitualmente a la existencia de diferencias en las praxis de diagnóstico y tratamiento médicos –y, en términos amplios, en la asistencia sanitaria– prestada a las mujeres y los hombres, y que no son justificables en base a la evidencia científica existente (Hamberg, 2008; Risberg *et al.*, 2009). El impacto de estas diferencias puede ser positivo, negativo o neutral. Con todo, dado que la mayoría de los estudios en los cuales se basa la práctica médica se realizan predominantemente con sujetos hombres o animales machos (Hamilton, 1996; Harris y Douglas, 2000; Laguna-Goya y Rodríguez-Trelle, 2008), el sesgo de género tiene más probabilidades de perjudicar a las pacientes mujeres por un mecanismo de desconocimiento –o de negligencia del conocimiento disponible– acerca de sus formas de enfermar y de sanar lo cual no quiere decir, en absoluto, que no pueda perjudicar a los pacientes varones, ya sea directa o indirectamente (Ruiz y Verbrugge, 1997). De hecho, la inequidad de género perjudica tanto a las mujeres como a los hombres, en lo que se denomina *mixed-blessing of male gender* (Ruiz-Cantero, Vives-Cases, Artazcoz, Delgado, García-Calvente, Miqueo *et al.*, 2007). Puede perjudicar directamente, como por ejemplo retrasando el diagnóstico de un problema psicológico como la ansiedad o la depresión porque el profesional que atiende al paciente se empeña en hacerle todo tipo de pruebas médicas para descar-

tar una causa orgánica; pero también puede hacerlo indirectamente, por ejemplo, por el mayor riesgo de una madre mal atendida médicamente, antes o durante el embarazo, de dar a luz hijos e hijas más predispuestos a sufrir patologías futuras (Sen, 2001), de los que tendrán más probabilidades de morir los machos puesto que la mortalidad masculina es habitualmente mayor que la femenina.

Por tanto, en medicina clínica hablamos de sesgo de género cuando se aborda una situación clínica de forma inadecuadamente diferente o similar, de acuerdo con la evidencia científica disponible, en función del género del paciente. Por tanto, constituye una praxis médica sesgada aquella en la cual se destinan mayores recursos al diagnóstico, prevención o tratamiento de un género respecto al otro a igual necesidad, se confiere mayor credibilidad o urgencia a las quejas de salud de un género respecto al otro, etc., aunque la evidencia disponible no justifica estas diferencias. Sin embargo, también estamos delante de una praxis médica sesgada cuando, aunque la evidencia indica que mujeres y hombres enferman o responden de forma distinta a los tratamientos o intervenciones preventivas disponibles, el abordaje usado en la

clínica no tiene en cuenta estas diferencias, asumiendo a uno de los géneros como normativo y anulando al otro o, en el mejor de los casos, reservando a su forma de enfermar o responder a la terapéutica etiquetas como *presentación atípica o refractario* –lo cual, lógicamente, aumenta las probabilidades de retraso en el diagnóstico correcto e inicio del tratamiento adecuado– al dejar más tiempo para que progrese la historia natural de la enfermedad, lo cual en muchos casos empeora su pronóstico (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Sin embargo, la evidencia científica a la cual hacemos referencia y en la cual se basa la definición que acabamos de comentar proviene de la investigación biomédica básica y epidemiológica y, por ser la medicina una disciplina aplicada, especialmente de la epidemiológica. Por tanto, si el paradigma científico sobre el cual se construye el saber médico es androcéntrico, ello producirá un cuerpo de conocimiento sesgado que tenderá a: a) *invisibilizar a las mujeres bajo la normatividad masculina*, infrarreportando las posibles diferencias existentes en la forma de enfermar de hombres y mujeres en base tanto al sexo como al género; b) *concebir e investigar la salud de las mujeres en base a los significados que el sistema hetero-*

Tabla 1
Ámbitos del acto médico y posibles sesgos

Relación médico-paciente Diferencias en: • El trato humano • La credibilidad a los síntomas • La legitimización de los síntomas	Proceso diagnóstico Diferencias en: • La latencia hasta consultar • La latencia hasta ser diagnosticado • La cantidad y agresividad de las pruebas diagnósticas practicadas
Proceso terapéutico Diferencias en: • La latencia hasta el inicio del tratamiento • La tipología de tratamiento utilizado • Las dosis y pauta de tratamiento utilizadas • La consideración de los efectos adversos • La credibilidad y legitimación de las quejas sobre los efectos adversos	Prevención y seguimiento Diferencias en: • La estimación del riesgo y la necesidad de prevención/seguimiento • La cantidad y agresividad de los procedimientos preventivos utilizados • La frecuencia de las visitas de seguimiento • La autonomía del paciente en su quejas seguimiento

patriarcal asimila con la feminidad: así, por ejemplo, costará ver como un problema de salud que las mujeres estén crónicamente cansadas, porque se supone normal dado que soportan una doble o triple jornada laboral, o se identificará la salud de la mujer con la salud sexual y reproductiva, en tanto que el heteropatriarcado concibe a la mujer como un ser reproductivo; y c) usar el cuerpo de conocimiento médico, en tanto que herramienta biopolítica, para contribuir al mantenimiento del orden heteropatriarcal *manteniendo el control sobre el cuerpo de las mujeres e impidiendo su legítima soberanía sobre sus propios cuerpos*: por ejemplo, la medicalización de procesos de la fisiología femenina como la menstruación, el parto o la menopausia, o el uso parcial y sesgado de los conocimientos acerca de la infección por el Virus del Papiloma Humano como herramienta para castigar y culpabilizar la sexualidad femenina. Asimismo, la falta de investigación sensible a los fenómenos de género contribuirá a la perpetuación, y a la legitimación por omisión, de las creencias y actitudes de género predominantes en una sociedad sexista como la nuestra, de las cuales los profesionales sanitarios difícilmente podrán escapar sin formación específica en temas de género (Valls-Llobet, 2009).

Abordar el problema de base, pues, pasa por exigir una producción del conocimiento más representativa, lo cual constituye el *leitmotiv* de la llamada epistemología feminista. Sin embargo, dicha reivindicación resulta paradójica, puesto que el modelo de medicina basada en la evidencia, que se propugna y enseña en las facultades de medicina desde hace tiempo, tiene como objetivo precisamente optimizar la actividad asistencial asegurando que todas las praxis que se llevan a cabo hayan demostrado su eficacia y adecuación en términos de riesgo-beneficio; es decir, aboga por basar la práctica médica en estudios rigurosos que describan la realidad lo más exactamente posible, lo cual implica, obviamente, estudiar la influencia de factores como el género en la forma de enfermar o de responder a los tratamientos y aplicar a todas y todos los pacientes lo que resulte más conveniente, sin basar decisiones clínicas en creencias o actitudes. La epistemología feminista, pues, impulsa una reivindicación consonante con los principios de la medicina basada en la eviden-

cia, ya que el objetivo último de ambas es garantizar una práctica médica lo más eficiente y justa posible (Holdcroft, 2007; Ruiz-Cantero *et al.*, 2007).

MECANISMOS DE SESGO

Ruiz y Verbrugge (1997), en base a todo lo anterior, proponen un modelo de génesis del sesgo de género en la práctica clínica que es modificado posteriormente por Risberg *et al.* (2009). Como hemos señalado, existen diferencias fisiológicas, psicológicas o psicosociales entre mujeres y hombres que pueden hacer variar la presentación de ciertas patologías y la respuesta a ciertos tratamientos. Estas diferencias a menudo han sido poco estudiadas o, simplemente, negligidas debido a que la mayor parte de la investigación biomédica se lleva o se llevaba a cabo con sujetos hombres o animales machos, y los resultados se generalizan a toda la población (Ruiz y Verbrugge, 1997); y también al hecho de que no existe todavía la costumbre de diseñar los estudios de forma sensible al género (*gender-sensitive research*) y de analizar los datos con perspectiva de género (*gender perspective in research*) (Doyal, 2001; Hesse-Biber, 2014). No obstante, actualmente parece estarse articulando un cuerpo de investigación acerca de las diferencias de género y sexo en salud, los resultados del cual apuntan a la existencia de múltiples aspectos etiopatogénicos, clínicos y pronósticos diferenciales en prácticamente todos los aparatos y sistemas del organismo humano (Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012). El desconocimiento o la negligencia del saber acerca de la salud y la enfermedad en el cuerpo femenino puede, pues, derivar en una forma de sesgo de género caracterizada por la asunción de igualdad –entendida como identidad, no como equidad– entre hombres y mujeres cuando, en realidad, existen diferencias que harían recomendable un manejo clínico diferenciado: ello se conoce como el *primer mecanismo* de sesgo. Por el contrario, hay situaciones en las que se produce el sesgo de género de la forma inversa, es decir, asumiendo la existencia de diferencias entre mujeres y hombres cuando en realidad estas diferencias no están y, por tanto, no justifican un manejo clínico diferenciado. En estos casos, el sesgo de género se produce porque se considera que los

grupos de mujeres y hombres son diferentes con motivo del género, cuando en realidad la diversidad existente entre la población (hombres y mujeres) no tiene que ver con el género sino con otros factores personales. Este se considera el *segundo mecanismo* de sesgo. En su modificación del modelo original, Risberg *et al.* (2009) establecen el riesgo de una praxis sesgada por los diferentes mecanismos resultantes de la interacción entre las creencias sobre similitud/diferencia entre mujeres y hombres y las creencias acerca de la equidad de género.

EXPRESIONES DEL SESGO DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La existencia del sesgo de género ha sido descrita de forma consistente en gran variedad de contextos geográficos y situaciones clínicas, de entre las cuales las principales se enumeran a continuación:

✦ Frecuencia y tipo de utilización de los servicios sanitarios hospitalarios y ambulatorios.

Los hombres utilizan más los servicios sanitarios especializados y/o urgentes (hospitalarios), mientras que las mujeres utilizan más la atención primaria (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Rohlf, Valls y Pérez, 2005; Ruiz-Cantero, 2010).

✦ **Demora y espera para recibir asistencia sanitaria.** En general se ha visto que, a igual necesidad o problema de salud, las mujeres tardan más en buscar ayuda médica y, además, también tardan más en ser atendidas una vez que la buscan (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010).

✦ **Aplicación de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.** En numerosos ámbitos se ha observado que uno de los géneros tiende a acumular el uso de los recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos –y del coste correspondiente– aunque el problema de salud en cuestión se presente de forma comparable en ambos géneros, o incluso sea más frecuente en el género menos tratado (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Rohlf, Valls y Pérez, 2005; Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010; Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012). Son ejemplos de ello la mayor prescripción de artroplastias en hombres a pesar

de las prevalencias de artropatía mayores en mujeres (Borkhoff, Hawker, Kreder, Glazier, Mahomed y Wright, 2008; Borkhoff, Hawker and Wright, 2011), diferencias en el manejo de exacerbaciones en neumopatías como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Cydulka, Rowe, Clark, Eberman, Rimm y Camargo, 2005) o la más intensiva prevención del síndrome coronario en hombres en presencia de condiciones clínicas similares, como veremos con detalle posteriormente.

✦ **Medicalización del (legítimo) malestar emocional femenino: sobreprescripción de fármacos ansiolíticos y antidepresivos.** Entre las mujeres hay, en general, más consumo de fármacos psicotrópicos que entre los hombres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010). Sin embargo, se ha observado que en ocasiones se administra a las mujeres analgesia menos potente a iguales características del dolor (Weisse, Sorum y Dominguez, 2003), aunque otros estudios parecen contradecir estos hallazgos (Rafferty, Smith-Coggins y Chen, 1995). Sin embargo, los estudios son consistentes en documentar un manejo inadecuadamente diferencial del dolor en función del género de pacientes y profesionales. Se ha propuesto que el mayor consumo de fármacos ansiolíticos y antidepresivos, por parte de las mujeres, puede corresponder a la medicalización del legítimo malestar emocional femenino derivado de la doble carga laboral que soportan la mayoría de las mujeres o de la identidad heterodesignada de las mujeres, discrepancia entre el discurso público imperante sobre las mujeres, emitido mayoritariamente por los hombres, y la experiencia subjetiva de cada mujer (Friedan, 1963; Forcades-Vila, 2008).

✦ **Medicalización de la fisiología femenina.** Se ha descrito sobreutilización o uso dudoso en base a la evidencia científica disponible (Ruiz-Cantero, 2010) de prestaciones sanitarias como cesáreas, episiotomías, rasurados públicos preparto, histerectomías y ooforectomías, así como de la terapia hormonal sustitutiva (McPherson y Anderson, 1991; Henriksen, Bek, Hedegaard y Secher, 1994; Martínez, Rey y Bouzán, 1998; Mosquera, 2002; Rossouw *et al.*, 2002). También podría incluirse en este apartado la medicalización de los estados intersexuales, con el fin de acomodar

los organismos en una u otra de las condiciones sexuales tradicionalmente aceptadas por la ciencia biomédica (hombre o mujer).

Se ha observado de forma consistente la existencia, además del *sesgo de género*, de un *sesgo de raza* y de un *sesgo de clase social* (Gard, 1997), que a menudo acompañan e interactúan con el sesgo de género. Por otra parte, también se dispone de evidencia a favor de que no únicamente el género del paciente es relevante, sino que el *género del profesional* interactúa de forma decisiva (Weisse *et al.*, 2003; Hamberg, Risberg y Johansson, 2004; Lagro-Janssen, 2008). Este aspecto se ha estudiado notablemente con respecto a los estilos de comunicación y la relación profesional-paciente, de modo que el marco relacional en el cual se desarrolla el acto médico es diferente en función de si paciente y profesional son del mismo o de distintos géneros (Hall y Roter, 1998; Arouni y Rich, 2003; Nicolai y Demmel, 2007).

SESGO DE GÉNERO EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR: DOS EJEMPLOS CONCRETOS

Numerosos estudios han documentado la existencia de diferencias en el abordaje de la patología cardiovascular, tanto aguda como crónica, en función del género. Dichas diferencias resultan perjudiciales para las mujeres, que reciben diagnósticos más tardíos y son tratadas y sometidas a intervenciones preventivas de forma menos agresiva que los hombres, a pesar de –o quizás explicando– la mayor mortalidad por causa cardiovascular de las mujeres. (Ayanian y Epstein, 1991; Beery, 1995; Harjai, Núñez, Humphrey, Turgut, Shah y Newman, 2000; Aguilar, Lázaro, Fitch y Luengo, 2002; Williams, Bennett y Feely, 2003; Warner-Gargano, Reeves y Coverdell, 2007; Baumhäkel, Müller y Böhm, 2009; Nante, Messina, Cecchini, Bertetto, Moirano y McKee, 2009). Sin embargo, algunos estudios discrepan con la tendencia general y no hallan sesgo de género o bien encuentran diferencias pequeñas y/o sin explicación clara (Miller, Roger, Hodge, Hopfenspirger, Bailey y Gibbons, 2001; Blum, Slade, Boden, Cabin y Caulin-Glaser, 2004).

A modo de ejemplo, presentamos resumidamente dos estudios, cuyas publicaciones se hallan se-

paradas en el tiempo por aproximadamente una década, que han documentado sesgo de género en el ámbito cardiovascular.

a) Evaluación diagnóstica del dolor anginoso en Urgencias (Lehmann, Wehner, Lehmann y Savory, 1996)

En este primer ejemplo, se estudiaba la evaluación diagnóstica que hacían los médicos del dolor de tipo anginoso que presentaba un grupo de pacientes atendidos en Urgencias.

Actualmente se conoce que la presentación clínica del dolor anginoso en los hombres y en las mujeres es ligeramente distinta, debido a diferencias fisiológicas que han sido descuidadas durante mucho tiempo (sesgo de género por el primer mecanismo anteriormente comentado). Por ello, se estudió una muestra compuesta por hombres y por mujeres que se presentaban con sintomatología similar a la típicamente masculina. Se hizo así para que clínicamente fueran equivalentes y la diferencia entre ellos fuese únicamente el género. Los investigadores registraron que se diagnosticó y trató a los hombres de forma más intensiva y agresiva que las mujeres, observándose diferencias significativas en la prescripción de determinados tipos de fármacos, como la nitroglicerina y el ácido acetilsalicílico.

Los autores concluyen que, a pesar de que la enfermedad coronaria es la primera causa de mortalidad en mujeres en su contexto, las pacientes con dolor precordial agudo, incluso las que lo presentan en la forma clínica típica masculina, son diagnosticadas y tratadas de forma menos agresiva que los hombres.

b) Prescripción de terapia preventiva para la enfermedad coronaria (Abuful, Gidron y Henkin, 2005)

En el segundo de los ejemplos, se pidió a una serie de médicos –internistas, cardiólogos y de familia– que evaluaran el riesgo de enfermedad coronaria isquémica de un grupo de pacientes que presentaban dolor torácico y, de acuerdo con ello, que les prescribieran terapia preventiva (con fármacos como pueden ser los antiagregantes o las estatinas) para evitar un evento coronario agudo en el futuro.

Concretamente, los médicos debían especificar, para cada paciente evaluado, si creían que el dolor

torácico era o no de causa cardíaca, si a su juicio el sujeto estaba o no en alto riesgo de hacer un evento coronario en el futuro, qué medicación se le debería prescribir y qué valor objetivo de colesterol LDL se debería tratar de alcanzar y mantener para considerar que la intervención preventiva estaba siendo correcta.

La conclusión fue la siguiente: a pesar de que los pacientes eran similares en edad, clínica, resultados de laboratorio y hallazgos angiográficos, si eran hombres tenían más probabilidades de que los médicos consideraran su dolor torácico de causa cardíaca, y les predijeran un mayor riesgo de sufrir un evento coronario en el futuro. En consecuencia, los médicos prescribieron ácido acetilsalicílico y estatinas más a menudo si se trataba de pacientes hombres, y fueron más estrictos en cuanto a los valores analíticos objetivo de colesterol LDL. Por lo tanto, la necesidad de terapia preventiva para la enfermedad coronaria fue concebida como más importante cuando se trataba de pacientes hombres que mujeres, aun presentándose todos ellos con parámetros clínicos similares.

DEL NEGACIONISMO A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Desde las décadas de los años setenta y ochenta del siglo XX hasta la actualidad se ha pasado de una postura esencialmente negacionista de los sesgos de género, etnia, clase social, etc. a lo que se llama perspectiva de género. Ello ha sido posible gracias a la aceptación de la importancia que tienen variables actitudinales, creencias y principios en el establecimiento de la relación médico-paciente, las cuales clásicamente fueron negligidas al concebirse el acto médico como algo objetivo y negarse, por tanto, su subjetividad; la cual pudo ser percibida como enemiga de la infalibilidad, el rigor y la credibilidad científicas con las cuales se trataba de revestir la práctica médica.

Mientras que algunos estudios realizados en contextos y situaciones clínicas concretas no han registrado existencia de sesgo de género, existe un considerable volumen de literatura científica que apoya, como hemos dicho, su existencia. Con todo, la constatación de este sesgo en algún ámbito es tributaria de mayor investigación para conocer

sus características e intentar reducir las consecuencias negativas, aunque no se produzca en la totalidad de los contextos ni, por supuesto, de las interacciones profesional-paciente (Ruiz y Verbrugge, 1997; Hamberg, 2008; Risberg *et al.*, 2009). Como hemos señalado, en algunas de las primeras revisiones sobre el tema, que datan de los años 1970s y 1980s, y que en ocasiones se extienden hasta finales de los 1990s, se ponía en duda la existencia del sesgo de género (Gard, 1997); no obstante, en otros trabajos incluso anteriores a estos ya se ponía de manifiesto su existencia (Verbrugge, 1985). Oficialmente, se considera que el inicio del estudio de las desigualdades de género en salud en el ámbito catalán tuvo lugar a finales de la década de los ochenta (Rohlfes *et al.*, 2005).

Con todo, a medida que la perspectiva feminista se ha ido incorporando en la investigación epidemiológica el tema del sesgo de género ha ido cobrando importancia, demostrándose su existencia en numerosos ámbitos, sospechando en muchos otros y ganando día a día presencia dentro de la investigación epidemiológica. Dicha incorporación se ha realizado a menudo en estrecha consonancia con los preceptos propugnados desde la medicina basada en la evidencia, perspectiva con la cual el empirismo feminista comparte razón de ser, sobre todo en el sentido de cuestionar el *status quo*. Como señalan Ruiz-Cantero *et al* (2007), el empirismo feminista considera el sexismo y el androcentrismo formas de sesgo social que pueden ser corregidas mediante la adhesión estricta a las normas del método científico, de tal forma que se consiga producir conocimiento científico de mayor calidad que reproduzca de forma más fiel –menos sesgada– la realidad. Dicho objetivo es común con la medicina basada en la evidencia, que defiende que la praxis médica debería basarse en estudios científicos rigurosos, y no en rutinas que son perpetuadas de generación en generación profesional y asumidas sin ser cuestionadas –como el hecho de tratar a mujeres y hombres según la normatividad masculina– o en creencias y actitudes irracionales, como pueden ser las sexistas. Las perspectivas feministas ponen el acento en la interacción entre género, poder y conocimiento (Malterud, 2000); es decir, reivindican la construcción de un conocimiento más representativo e inclusivo, no limitado a la visión hegemónica hetero-

patriarcal y no subordinado a los intereses y a la perpetuación del mismo. Ello constituye un imperativo ético en tanto que condición necesaria para la erradicación de las desigualdades en los derechos fundamentales como el derecho a la salud (Vázquez-Recio, 2014).

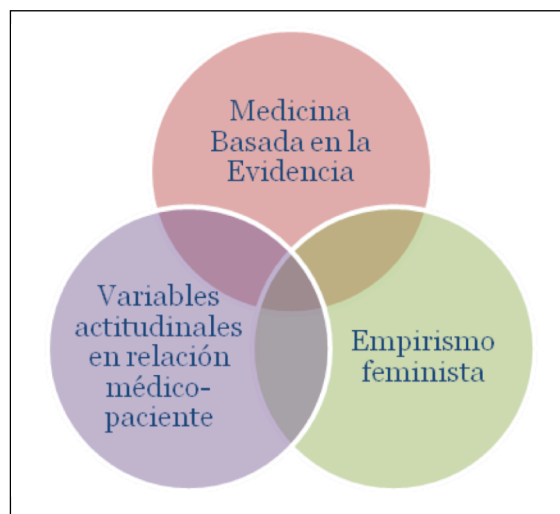


Gráfico 1

Pilares de la incorporación de la perspectiva de género en la práctica clínica.

Una vez demostrada la existencia del sesgo de género en la praxis clínica en un ámbito concreto, conviene preguntarse acerca de los determinantes de dicha práctica sesgada, a fin de poder identificar aquellos factores sobre los cuales intervenir para erradicar el sesgo. Se barajan actualmente factores relacionados con el propio paciente (al margen del género, variables como la etnia o el nivel socioeconómico), con el profesional (el género, la edad, las actitudes y creencias sexistas...) y con el contexto sanitario (la patología, el nivel de atención sanitaria...).

El estudio sistemático del sesgo de género, y en general la adopción de la perspectiva de género en salud, permite obtener datos sobre la existencia y características del mismo en todas sus manifestaciones, desde los aspectos estructurales de los sistemas de salud, de la educación médica y de la investigación biomédica y epidemiológica hasta sus manifestaciones en la práctica clínica diaria. La perspectiva de género defiende la necesidad de considerar la variable género como factor clave a

la hora de establecer y aplicar el conocimiento. En otras palabras, lo que dice es fundamentalmente que el factor género no se puede dejar de lado, dado que los factores biopsicosociales se conjuran en íntima relación para construir los estados de salud y enfermedad de las personas.

Todo ello permitirá, en la medida en la cual se produzca este cambio de paradigma, articular políticas sanitarias de género que persigan tanto la mejora de los tratamientos, en pro de la salud poblacional, como la optimización de recursos terapéuticos. Por otra parte, dado que una de las causas que se apuntan para la perpetuación del sesgo de género es el desconocimiento y/o actitud indiferente de profesionales e instituciones (Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010; Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012), proponiendo como paso hacia su erradicación la mejora del enfoque educativo (Kroon y Scheele, 2008), se espera confirmar en futuras investigaciones que las actitudes de género de los médicos tengan relación con la presencia de sesgo de género en su práctica clínica, de forma que aquellos profesionales con mayor conciencia y sensibilidad de género sean menos susceptibles al sesgo. En caso de confirmarse, esta hipótesis –en la cual estamos trabajando– fundamentaría la elaboración de programas de concienciación para modificar las actitudes profesionales hacia la temática del género.

Asimismo, el estudio del sesgo de género en la práctica médica debe entenderse como una aproximación a una realidad perteneciente al ámbito de estudio de la psicología de la salud, en tanto que pretende dilucidar como una serie de estructuras cognitivas presentes a una escala psicosocial en un colectivo determinado –el de los profesionales de la medicina– participan en la construcción de un determinado abordaje de situaciones de salud-enfermedad. Siendo así, la mejor comprensión de esta realidad debe permitir, como hemos apuntado anteriormente, impulsar intervenciones de tipo psicológico para cuestionar el modelo sesgado establecido y conducir a profesionales y pacientes hacia la construcción conjunta de un sistema de salud más justo, equitativo y basado en la evidencia.

REFERENCIAS

1. Abuful, A., Gidron, Y. y Henkin, Y. (2005). Physicians' attitudes toward preventive thera-

- phy for Coronary Artery Disease: is there a gender bias?. *Clinical Cardiology*, 28: 389-393.
2. **Aguilar, M.D., Lázaro, P., Fitch, K. y Luen-go, S.** (2002). Gender differences in clinical status at time of coronary revascularisation in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 555-9.
 3. **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
 4. **Arouni, A.J. y Rich, E.C.** (2003). Physician gender and patient care. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 6(1): 24-30.
 5. **Ayanian, J.Z. y Epstein, A.M.** (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 325: 221-5.
 6. **Baumhäkel, M., Müller, U. y Böhm, M.** (2009). Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *European Journal of Heart Failure*, 11(3): 299-303.
 7. **Beery, T.A.** (1995). Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24(6): 427-35.
 8. **Blum, M., Slade, M., Boden, D., Cabin, H. y Caulin-Glaser, T.** (2004). Examination of gender bias in the evaluation and treatment of angina pectoris by cardiologists. *The American Journal of Cardiology*, 93(6): 765-7.
 9. **Borkhoff, C.M., Hawker, G.A. y Wright, J.G.** (2011). Patient gender affects the referral and recommendation for total joint arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469(7): 1829-37.
 10. **Borkhoff, C.M., Hawker, G.A., Kreder, H.J., Glazier, R.H., Mahomed, N.N. y Wright, J.G.** (2008). The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. *Canadian Medical Association Journal*, 178: 681-7.
 11. **Cantero-Regalado, A.B.** (2010). Análisis del abordaje de la perspectiva de género en los planes sanitarios estratégicos elaborados por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, en el período 2005 a 2007. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia.
 12. **Córdoba, D., Sáez, J. y Vidarte, P.** (2009). *Teoría queer*. Madrid: Egales.
 13. **Cydulka, R.K., Rowe, B.H., Clark, S., Emerman, C.L., Rimm, A.R. y Camargo, C.A. Jr.** (2005). Gender differences in emergency department patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Academic Emergency Medicine*, 12: 1173-9.
 14. **Doyal, L.** (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323: 1061-1603.
 15. **Forcades-Vila, T.** (2008). *La teología feminista en la història*. Barcelona: Fragmenta Editorial.
 16. **Friedan, B.** (1963). *The feminine mystique*. Norton and Company.
 17. **Gard, H.N.** (1997). Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgement. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2): 99-120.
 18. **Hall, J.A. y Roter, D.L.** (1998). Medical communication and gender: a summary of research. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 1(2): 39-42.
 19. **Hamberg, K.** (2008). Gender bias in medicine. *Women's Health*, 4(3): 237-43.
 20. **Hamberg, K., Risberg, G. y Johansson, E.E.** (2004). Male and female physicians show different patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(2): 144-52.
 21. **Hamilton, J.** (1996). *Women and health policy: On the inclusion of females in clinical trials*. En Sargent, C. y Brettell, C. (Eds.). *Gender and health: An international perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
 22. **Harjai, K.J., Núñez, E., Humphrey, J.S., Turgut, T., Shah, M. y Newman, J.** (2000). Does gender bias exist in the medical management of heart failure? *International Journal of Cardiology*, 75: 65-69.
 23. **Harris, D.J. y Douglas, P.S.** (2000). Enrolment of women in cardiovascular clinical trials funded by the national heart, lung and blood institute. *New England Journal of Medicine*, 343: 475-80.
 24. **Henriksen, T.B., Bek, K.M., Hedegaard, M. y Secher, N.J.** (1994). Methods and consequences of changes in uses of episiotomy. *British Medical Journal*, 309: 1255-8.
 25. **Hesse-Biber, S.** (2014). Thinking outside the traditional science/knowledge box: applying feminist principles of praxis to enhance credibility and social justice in scientific inquiry. Conferencia inaugural del workshop Gender Sensitive Research in International Projects, celebrado en Cerdanyola del Vallès (Barcelona), Julio 2014.
 26. **Holdcroft, A.** (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(2): 2-3.

27. **Kroon, C.D. y Scheele, F.** (2008). Plea for more attention to the importance of gender during medical training. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(40): 2160-2.
28. **Lagro-Janssen, AL.** (2008). Medicine is not gender-neutral: influence of physician sex on medical care. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(20): 1141-5.
29. **Laguna-Goya, N., Rodríguez-Trelle, F.** (2008). Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 82: 343-50.
30. **Lehmann, J.B., Wehner, P.S., Lehmann, C.U. y Savory, L.M.** (1996). Gender bias in the evaluation of chest pain in the Emergency Department. *The American Journal of Cardiology*, 77(8): 641-4.
31. **Malterud, K.** (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine*, 32(9): 603-11.
32. **Martínez, E., Rey, M.J. y Bouzán, M.L.** (1998). La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización. *Enfermería Clínica*, 8: 5-7.
33. **McPherson, A. y Anderson, A.** (1991). The «ectomies». En McPherson, A., (Ed.), *Women's problems in general practice*. Oxford: Oxford Medical Publications.
34. **Miller, T.D., Roger, V.L., Hodge, D.O., Hopfenspirger, M.R., Bailey, K.R. y Gibbons R.J.** (2001). Gender differences and temporal trends in clinical characteristics, stress test results and use of invasive procedures in patients undergoing evaluation for coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 38(3): 690-7.
35. **Mosquera, C.** (2002). La medicalización de la salud reproductiva de las mujeres: suficientemente contrastados los beneficios y los riesgos? *Gaceta Sanitaria*, 16(1): 66.
36. **Nante, N., Messina, G., Cecchini, M., Bertetto, O., Moirano, F. y McKee, M.** (2009). Sex differences in use of interventional cardiology persist after risk adjustment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63: 203-8.
37. **Nicolai, J. y Demmel, R.** (2007). The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners' communication skills: an experimental study using transcripts of physician-patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3): 200-5.
38. **Oertelt-Prigione, S. y Regitz-Zagrosek, V.** (Eds.). (2012). *Sex and gender aspects in clinical medicine*. Londres: Springer-Verlag.
39. **Raftery, K.A., Smith-Coggins, R. y Chen, A.H.M.** (1995). Gender-Associated Differences in Emergency Department Pain Management. *Annals of Emergency Medicine*, 26(4): 414-421.
40. **Risberg, G., Johansson, E.E. y Hamberg, K.** (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8: 28.
41. **Rohlfs, I., Valls, C. y Pérez, G.** (2005). Les desigualtats de gènere en la salut. En Borrell, C. y Benach, J. (Eds.), *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya* (161-202). Barcelona: Editorial Mediterrània.
42. **Rossouw, J.E., Anderson, G.L., Prentice, R.L., LaCroix, A.Z., Kooperberg, C., Stefanick, M.L., et al.** (2002). Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288: 321-33.
43. **Ruiz, M.T. y Verbrugge, M.** (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 106-109.
44. **Ruiz-Cantero, M.T, Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García-Calvente, M.M., Miqueo, C. et al.** (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(supl II): 46-53.
45. **Ruiz-Cantero, M.T.** (2010). Sesgos de género en la atención sanitaria. *Escuela Andaluza de Salud Pública*.
46. **Ruiz-Cantero, M.T. y Verdú-Delgado, M.** (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 118-125.
47. **Sen, A.** (2001). The many faces of gender inequality. *The New Republic*.
48. **Valls-Llobet, C.** (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
49. **Vázquez-Recio, R.** (2014). Research, gender, and ethics: A necessary triad for change. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(2): 10.
50. **Verbrugge, L.M.** (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3): 156-182.
51. **Warner-Gargano, J. y Reeves, M.J.** for

-
- the Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Michigan Prototype Investigators.** (2007). Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. *Stroke*, 38: 2541-8.
52. **Weisse, C.S, Sorum, P.C. y Dominguez, R.E.** (2003). The influence of gender and race on physician's pain management decisions. *The Journal of Pain*, 4(9): 505-510.
53. **Williams, D., Bennett, K. y Feely, J.** (2003). Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 55: 604-608.

Hipertensión Arterial Refractaria y Malestar Emocional. ¿Hay alguna asociación?

Refractory Hypertension and Emotional Distress. Is there any pathogenic relationship?

Ramón Coronas Borri¹, Jaume Almirall Daly², Carme Massons Capdevila³,
Mónica García del Alamo⁴, Helena García Arnau⁵

Recibido: 7/10/2014

Aceptado: 18/12/2014

Resumen

Algunos estudios previos han relacionado el estrés psicológico, fundamentalmente la ansiedad y la depresión, con un incremento del riesgo cardiovascular, y específicamente con la hipertensión arterial (HTA). El presente estudio consiste en un diseño caso-control para valorar el grado de ansiedad y depresión entre los pacientes afectos de hipertensión refractaria en comparación con un grupo de hipertensos bien controlados con ≤ 2 fármacos. Con este fin, se ha analizado el grado de ansiedad y depresión mediante la escala de Goldberg (GADS) (incluyendo la subescala de ansiedad y la subescala de depresión de 9 ítems cada una) y el "grado de bienestar general" así como la influencia que pudiera tener la "existencia de problemas económicos asociados" mediante dos escalas de Likert puntuando de 0 a 10.

Aún considerando las limitaciones propias de un estudio preliminar con una muestra reducida, los resultados confirman que los pacientes con hipertensión arterial refractaria presentan niveles de ansiedad y depresión claramente más elevados que los pacientes con hipertensión arterial controlada, siendo estos datos especialmente significativos por lo que respecta a las mujeres.

Palabras clave: Hipertensión refractaria. Ansiedad. Depresión. Estrés.

¹Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Sabadell. rcoronas@tauli.cat

²Nefrólogo. Servicio de Nefrología, Hospital de Sabadell, Departamento de Medicina –Universitat Autònoma de Barcelona, REDISSEC (Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas).

³Médico especialista en formación de psiquiatría. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Sabadell.

⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, ABS Gaudí, Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

⁵Enfermera, ABS Gaudí, Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Correspondencia: Dr. Ramón Coronas y Dra. Carme Massons
rcoronas@tauli.cat
cmassons@tauli.cat

Summary

Some previous studies have linked psychological “distress”, mainly anxiety and depression, with an increased cardiovascular risk, and specifically with arterial hypertension. This study is a case-control design to assess the degree of anxiety and depression among patients with refractory hypertension compared with a group of well-controlled hypertensive patients with ≤ 2 drugs. For this purpose, we analyzed the degree of anxiety and depression by using Goldberg scale (GADS) (including anxiety subscale and depression subscale of 9 items each) and the “degree of general welfare” and the influence that the “existence of economic problems associated” may have with two scoring Likert scales from 0 to 10.

Even considering the characteristics of a preliminary study with small sample limitations, the results confirm that patients with refractory hypertension have significantly higher levels of anxiety and depression than patients with controlled hypertension, these being especially significant data regarding women.

Key words: Refractory Hypertension. Anxiety. Depression. Stress.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial resistente al tratamiento (HTAr) o refractaria, se define como la tensión arterial (TA) que se mantiene alta a pesar de tratamiento adecuado con al menos tres medicamentos antihipertensivos incluyendo un diurético, todos ellos a dosis máximas toleradas, o bien la TA controlada con un mínimo de cuatro fármacos (Judd, 2014). La hipertensión arterial resistente se relaciona con una mayor frecuencia de complicaciones cardiovasculares, en comparación con la HTA controlada (Smith, 2014; Calhoun, 2013).

Algunos estudios previos han relacionado el malestar psicológico, fundamentalmente la ansiedad y la depresión, con un incremento del riesgo cardiovascular (Garfield *et al.*, 2014; Kastorini *et al.*, 2013) y específicamente con la hipertensión arterial (HTA). A pesar de la enorme prevalencia de los trastornos ansiosos en la población general, y del creciente peso de los trastornos del estado de ánimo y ansiedad en la población occidental (actualmente, se considera que la depresión es la mayor causa de discapacidad en el mundo) (WHO, 2012), no siempre se tiene en cuenta que el estado ansioso o anímico del paciente puede influir en los niveles de tensión arterial. La TA y la ansiedad se hallan estrechamente interrelacionadas, habiendo literatura que relaciona la hiperten-

sión arterial con una mayor incidencia de trastornos ansiosos (Bhattacharya *et al.*, 2014; Ringoir *et al.* 2014), y también bibliografía que certifica que la ansiedad produce aumento de las cifras de TA (p.ej., los trastornos de ansiedad aumentan cuatro veces la probabilidad de padecer hipertensión arterial) (Bacon *et al.*, 2014). Un estudio reciente sugiere que las enfermedades mentales no tratadas (no solo la ansiedad) son uno de los factores que aumentan la incidencia de HTA (Stein *et al.*, 2014).

En el caso de la Hipertensión Arterial Refractaria, cabe esperar que la dificultad para alcanzar unas cifras de TA aceptables en pacientes tratados con un mínimo de tres antihipertensivos se asocie, al menos en parte, a un componente ansioso o depresivo.

Sin embargo, no existen apenas estudios que relacionen esta patología con la ansiedad o la depresión (Schmieder RE, 2013; Greenage M, 2011; Handler J, 2003; Davies SJ, 1997). La práctica clínica con pacientes afectos de HTA refractaria esencial sugiere que estos aspectos pueden ser importantes, aunque en general han sido subestimados.

El objetivo del presente estudio es valorar el grado de ansiedad y depresión en pacientes afectos de HTA refractaria esencial, comparándolo con el grado de ansiedad y depresión de pacientes hipertensos controlados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño:

Estudio caso-control para valorar el grado de ansiedad y depresión entre los pacientes afectos de HTA refractaria en comparación con un grupo de HTA bien controlados con ≤ 2 fármacos.

Metodología:

– Casos: corresponden a 20 pacientes consecutivos remitidos al ámbito especializado (nefrología) para estudio de HTA refractaria, confirmada por M.A.P.A. (Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial) y en los que se han descartado causas secundarias.

– Controles: constituidos por 18 pacientes con HTA bien controlada con ≤ 2 fármacos, visitados en el ámbito de atención primaria, con concordancia de datos en cuanto a edad (± 4 años), sexo e Índice de Masa Corporal (IMC) (± 2 unidades).

Se han registrado las siguientes variables:

– Demográficas: edad, sexo.

– Clínicas: años de diagnóstico de la HTA, tiempo transcurrido desde que es más difícil el control de la TA, hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular asociados, enfermedad clínica establecida.

– Biológicas: peso, talla, IMC, determinación de las cifras de TA, M.A.P.A. en el caso de HTA refractaria.

– Analíticas: glicemia, lipidograma, función renal, albuminuria.

– Terapéuticas: tratamiento hipotensor, psicofármacos, otros fármacos.

– Se ha analizado el grado de ansiedad y depresión mediante la escala de Goldberg (GADS), cuestionario heteroadministrado, utilizado como instrumento de cribaje, con una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %, y en que se valoran la subescala de ansiedad (9 ítems) y la subescala de depresión (9 ítems) con respuesta “Sí/No”. (Goldberg D *et al.*, 1988; Montón C *et al.*, 1993).

– Se ha diseñado una escala analógica visual tipo Likert, con puntuación de 0 a 10, cuantifi-

cando el “grado de bienestar general percibido”, para determinar la impresión subjetiva del paciente respecto a la hipertensión. Este tipo de escalas ha sido validado en diferentes investigaciones (Reips UD, Funke F, 2008).

– Igualmente, se ha diseñado otra escala analógica visual tipo Likert, con puntuación de 0 a 10, sobre la influencia que pudiera tener la “existencia de problemas económicos asociados” en el estado emocional del paciente. Se ha considerado importante descartar una posible influencia de las consecuencias de la crisis económica en el estado anímico de los pacientes, ya que hay estudios que sugieren que este hecho podría influir en la aparición o empeoramiento de un diagnóstico psiquiátrico (Petrovich *et al.*, 2001).

Los datos fueron analizados con el programa SPSS 17.0. Se utilizaron la prueba de chi-cuadrado y la t-de student para la comparación de las variables. Se utilizaron tests no paramétricos para confirmar los resultados.

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes a la hora de la utilización de sus datos para la realización de este estudio.

RESULTADOS

Como se muestra en la tabla 1, no existen diferencias entre ambos grupos respecto al sexo y la edad,

Tabla 1
Variables clínicas y sociodemográficas

Variable	Casos	Controles	p
Edad	66,5 $\pm$ 9	63,7 $\pm$ 9	ns
Sexo (%♀)	65	51	ns
Años de HTA	21,9 $\pm$ 16	7,5 $\pm$ 3	0,001
IMC	31 $\pm$ 4,7	29 $\pm$ 3,8	ns
TAS (mmHg)	173 $\pm$ 22	127 $\pm$ 10	0,000
TAD (mmHg)	79 $\pm$ 14	78 $\pm$ 7	ns
FC (lpm)	67 $\pm$ 12	72 $\pm$ 6	ns
nº hipotensores	4,7 $\pm$ 0,9	1,5 $\pm$ 0,7	0,000

HTA: hipertensión arterial, IMC: índice de masa corporal, TAS: tensión arterial sistólica, TAD: tensión arterial diastólica,

FC: frecuencia cardíaca, mmHg (milímetros de mercurio), lpm (latidos por minuto).

ya que los pacientes fueron apareados por sexo y edad. Los pacientes con HTA refractaria llevaban una media de $14,4 \pm 13$ años más padeciendo HTA que los controles, y la diferencia entre la TAS (tensión arterial sistólica) entre el grupo refractario y el de HTA normal era de 46 ± 12 mmHg. Asimismo, la diferencia entre el número de hipotensores entre los pacientes con HTAr y los controles era de $3,2 \pm 0,2$. Tampoco existen diferencias respecto al IMC o la frecuencia cardíaca.

En la tabla 2 se aprecia que los pacientes con HTAr tenían valores de glicemia significativamente superiores a los controles, no encontrándose diferencias respecto a los niveles de colesterol, triglicéridos o función renal.

Tabla 2
Variables biológicas

Variable	Casos	Controles	p
Glicemia	134 ± 60	100 ± 16	0,02
Colesterol total	200 ± 40	206 ± 34	ns
LDL-colesterol	121 ± 31	126 ± 32	ns
HDL-colesterol	$51,7 \pm 14$	57 ± 22	ns
Triglicéridos	137 ± 40	128 ± 46	ns
Creatinina	$0,96 \pm 0,2$	$1 \pm 0,18$	ns

Unidades expresadas en mg/dL

En consonancia con los niveles de glicemia de la Tabla 2, la Tabla 3 muestra que la prevalencia de diabéticos entre los pacientes con HTAr era

Tabla 3
Factores de riesgo cardiovascular asociados

Variable	Casos	Controles	p
Dislipemia (%)	80	60	ns
Anteced. familiares CV (%)	35	22	ns
Diabetes (%)	60	11	0,003
Clínica establecida SNC (%)	10	0	ns
Clínica establecida cardíaca (%)	20	11	ns

muy superior a la de diabéticos entre los hipertensos no refractarios.

La Tabla 4 refleja cómo los pacientes con HTAr presentaban mucha más ansiedad y depresión medida por la escala Goldberg, así como un peor bienestar general percibido. Igualmente, muchos más pacientes con HTAr tenían antecedentes personales de patología psiquiátrica que los controles, y estaban consumiendo muchos más ansiolíticos e hipnóticos (benzodiacepinas) que los controles, aunque no había diferencia respecto al consumo de antidepresivos. Asimismo, los pacientes con HTAr parecían tener más problemas derivados de la crisis económica que los controles.

Respecto a las diferencias de género (Tabla 5), se aprecia que en los casos (que eran los que tenían más problemas psiquiátricos) hay un predominio femenino en las subescalas de ansiedad y depresión, en los antecedentes psiquiátricos, en el malestar percibido y en el consumo de antidepresivos. No se hallaron diferencias de género en los controles.

Tabla 4
Variables psiquiátricas

Variable	Casos	Controles	p
Antecedentes psiquiátricos (%)	35	6	0,02
Ansiolíticos (%)	25	0	0,02
Antidepresivos (%)	5	6	ns
Hipnóticos (%)	40	11	<0,05
Escala "bienestar general"	$5,2 \pm 2,1$	$7,2 \pm 1,1$	0,002
Escala "problemas económicos"	$7,7 \pm 2,7$	$6,1 \pm 1$	0,03
GADS: Subescala "ansiedad"	$6,25 \pm 2,3$	$1,44 \pm 1,8$	0,000
GADS: Subescala "depresión"	$4,1 \pm 2$	$0,22 \pm 0,7$	0,000

Tabla 5
Distribución por sexos de las variables psiquiátricas

Variable	Casos (n=20)			Controles (n=18)		
	♂ (7)	♀ (13)	p	♂ (10)	♀ (8)	p
Antecedentes psiquiátricos (%)	0	54	0,01	0	13	ns
Ansiolíticos (%)	14	31	ns	0	0	ns
Antidepresivos (%)	0	23	0,08	0	13	ns
Hipnóticos (%)	14	54	ns	10	13	ns
Escala "bienestar general"	6,58±1,2	4,61±2,2	0,06	7,25±0,7	7,18±1,6	ns
Escala "problemas económicos"	8±2,6	7,5±2,9	ns	6,2±1,3	6,1±0,8	ns
Subescala "ansiedad"	4,43±2,7	7,23±1,3	0,03	1,1±1,7	1,9±2	ns
Subescala "depresión"	2,71±1,7	4,85±1,9	0,02	0,4±1	0	ns

DISCUSIÓN

Aun considerando las limitaciones propias de un estudio preliminar, este trabajo sugiere que, al igual que se ha observado en pacientes con hipertensión arterial no refractaria, existe una relación muy marcada entre la HTAr y la clínica ansiosa y depresiva.

Este hecho parece bastante razonable si tenemos en cuenta que el mecanismo fisiopatológico de las crisis de pánico es la descarga adrenérgica inducida por la activación de la amígdala, en el sistema límbico, y la posterior activación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. El consiguiente aumento de los niveles de cortisol propicia la persistencia de los estados ansiosos y depresivos y, si persiste la hipercortisolemia inducida por estrés, se pueden inducir a la larga complicaciones cardiovasculares, entre las que destaca la hipertensión (Manji HK *et al.*, 2001; Musselman DL *et al.*, 1998; Nestler EJ *et al.*, 2002).

Resulta difícil establecer un orden de aparición que pueda orientar a un factor causal de ambas patologías: los pacientes del estudio llevaban años teniendo HTAr y también tenían historial clínico de psiquiatría de años de evolución, con síntomas ansiosos y depresivos asociados. Probablemente la hipertensión y los trastornos emocionales muestren una relación causal bidireccional, a partir de un mecanismo fisiopatológico común. Por ejemplo, en un estudio reciente, el tratamiento por denervación simpática en HTAr mejoró secun-

dariamente los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes participantes (Lanski D *et al.*, 2013).

Los pacientes con HTAr llevaban una media de 21,9 años siendo hipertensos, frente a los 7,5 años que llevaban los hipertensos no refractarios. En general, las personas con HTAr la desarrollan años después de haber sido hipertensos normales, que con el tiempo se han ido haciendo resistentes a la medicación (Dumas M, Tsioufis C, Faselis C, Lazaridis A, Grassos H, Papademetriou, 2014).

Igualmente, se observa que el 60 % de los casos son diabéticos (glicemia media, 134mg/dL), mientras que solo el 10 % de los controles lo son (glicemia media, 100mg/dL) (Calhoun DA *et al.*, 2014). Se ha sugerido que esta relación podría ser debida a que en los pacientes con diabetes mellitus 2 existe polimorfismo de la haptoglobina (concretamente el genotipo Hp2-1, que se relaciona con mayores tasas de HTAr). Estos hallazgos sugieren que los diabéticos podrían tener predisposición genética a la HTAr. (Wobeto VP, Pinho Pda C, Souza JR, Zaccariotto TR, Zonati Mde F, 2011).

El hecho de que exista mayor psicopatología en las pacientes de sexo femenino encaja con la mayor parte de la literatura científica, que muestra tasas mucho más elevadas de síntomas ansiosos y depresivos en la mujer respecto al hombre (2:1). Este hecho se ha intentado explicar por factores biológicos (hormonales), educacionales, ambientales y por mayor existencia de acontecimientos vitales estresantes en la mujer. (Parker G, Brotchie H, 2010; Solomon MB, Herman JP, 2009).

De forma interesante, los pacientes con HTAr aparecían con más “problemas económicos” que los controles. Este hecho podría deberse a 1) diferencias económicas reales con el grupo control por el hecho de padecer un trastorno crónico de salud, o 2) vivencia subjetiva de estos pacientes respecto a los problemas económicos actuales, influenciada por su estado de ánimo. En cualquier caso, existe literatura que refrenda el empeoramiento de la salud (mental y física) como consecuencia del estrés secundario a períodos de crisis económica. (Iezzoni LI, Kurtz SG, Rao SR, 2014).

Diversos autores han detectado que la comorbilidad sostenida de ansiedad-depresión e HTAr conduce a un peor pronóstico, a un mayor número de complicaciones orgánicas (infarto de miocardio, accidente vascular cerebral, diabetes) (Mannie ZN *et al.*, 2013) y psiquiátricas, y a peor calidad de vida (Allen J *et al.*, 2013; Garin N *et al.*, 2014; Schoepf D *et al.*, 2014).

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, cabe resaltar la presencia de una muestra pequeña, debida principalmente a la baja prevalencia de la hipertensión refractaria (aproximadamente el 15 % de los hipertensos tratados) (Achelrod D, Wenzel U, Frey S, 2014). Tampoco fue posible controlar otras variables psicológicas y médicas que podrían influenciar en los resultados obtenidos.

Además, al tratarse de un estudio transversal no podemos hallar relaciones de causalidad. Por último, se puede considerar una limitación el hecho de que el diagnóstico psiquiátrico se realizara en base a la información obtenida mediante escalas, y no mediante entrevistas psiquiátricas, ya que habitualmente el diagnóstico en psiquiatría es fundamentalmente clínico.

En definitiva, los resultados del presente estudio sugieren que, dado el potencial de complicaciones y cronicidad médica asociados, los profesionales de la salud deberían tener presente esta posible coexistencia entre un problema orgánico y un problema psiquiátrico, y considerarla de forma sistemática en la valoración de los pacientes hipertensos refractarios. Posiblemente, el tratamiento multidisciplinar de la HTAr pudiera ofrecer mayores expectativas de mejora a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Achelrod D, Wenzel U, Frey S.** Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Resistant Hypertension in Treated Hypertensive Populations. *Am J Hypertens.* 2014 Aug 25. pii: hpu151. [Epub ahead of print].
2. **Allen J, Inder KJ, Harris ML, Lewin TJ, Attia JR, Kelly BJ.** (2013). Quality of life impact of cardiovascular and affective conditions among older residents from urban and rural communities. *Health Qual Life Outcomes*; 11(1): 140.
3. **Bacon SL, Campbell TS, Arsenault A, Lavoie KL.** (2014). The impact of mood and anxiety disorders on incident hypertension at one year. *Int J Hypertens.* Epub 2014 Feb 2.
4. **Bhattacharya R, Shen C, Sambamoorthi U.** (2014). Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. *BMC Psychiatry.* 16; 14: 10.
5. **Calhoun DA, Booth JN 3rd, Oparil S, Ivin MR, Shimbo D, Lackland DT, Howard G, Safford MM, Muntner P.** (2014). Refractory hypertension: determination of prevalence, risk factors, and comorbidities in a large, population-based cohort. *Hypertension*; 63(3) 451-8.
6. **Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, Hippisley-Cox J, Yeo WW, Ramsay LE.** (1997). Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension - a case-control study. *JHypertens.* Oct; 15(10): 1077-82.
7. **Doumas M, Tsioufis C, Faselis C, Lazariadis A, Grassos H, Papademetriou V.** (2014). Non-interventional management of resistant hypertension. *World J Cardiol*; 6(10): 1080-90.
8. **Garfield LD, Scherrer JF, Hauptman PJ, Freedland KE, Chrusciel T, Balasubramanian S, Carney RM, Newcomer JW, Owen R, Bucholz KK, Lustman PJ.** (2014). Association of anxiety disorders and depression with incident heart failure. *Psychosom Med.* 76(2): 128-36.
9. **Garin N, Olaya B, Perales J, Moneta MV, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Haro JM.** (2014). Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. *PLoS One.* 20; 9(1).
10. **Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D.** (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*; 297 (6653): 897-9.
11. **Greenage M, Kulaksizoglu B, Cilingiroglu M, Ali R.** (2011). The role of anxiety and emotional stress as a risk factor in treatment-resistant hypertension. *Curr.Atheroscler Rep.* 13(2): 129-31. Review.
12. **Handler J.** (2003). Refractory hypertension:

- recognition of psychiatric comorbidity. *J Clin-Hypertens* (Greenwich). 5(3): 235-6.
13. **Iezzoni LI, Kurtz SG, Rao SR.** (2014). Trends in U.S. adult chronic disability rates over time. *Disabil Health J.* 7(4): 402-12.
 14. **Judd E, Calhoun DA.** (2014). Apparent and true resistant hypertension: definition, prevalence and outcomes. *J Hum Hypertens.*[Epub ahead of print] PubMed PMID: 24430707.
 15. **Kastorini CM, Georgousopoulou E, Vemmos KN, Nikolaou V, Kantas D, Milionis HJ, Goudevenos JA, Panagiotakos DB.** (2013). Comparative analysis of cardiovascular disease risk factors influencing nonfatal acute coronary syndrome and ischemic stroke. *Am J Cardiol.*; 112(3): 349-54.
 16. **Khatib R, Schwalm JD, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, Nieuwlaet R.** (2014). Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PLoS One.* 15; 9(1).
 17. **Lenski D, Kindermann I, Lenski M, Ukena C, Bunz M, Mahfoud F, Böhm M.** (2013). Anxiety, depression, quality of life and stress in patients with resistant hypertension before and after catheter-based renal sympathetic denervation. *EuroIntervention.* 9(6):700-8.
 18. **Manji HK, Drevets WC, Charney DS.** (2001). The cellular neurobiology of depression. *Nat Med.* 7(5): 541-7.
 19. **Mannie ZN, Williams C, Diesch J, Steptoe A, Leeson P, Cowen PJ.** (2013). Cardiovascular and metabolic risk profile in young people at familial risk of depression. *Br J Psychiatry.* 203 (1): 18-23.
 20. **Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R.** (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*;12: 345-349.
 21. **Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB.** (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen.Psychiatry*; 55(7): 580-92. Review.
 22. **Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM.** (2002). Neurobiology of depression. *Neuron.* 34(1): 13-25. Review.
 23. **Parker G, Brotchie H.** (2010). Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry.* 22(5): 429-36. Review.
 24. **Petrovich B, Tiodorovich B, Kocich B, Cvetkovich M, Blagojevich L.** (2001). Influence of socio-economic crisis on epidemiological characteristic of suicide in the region of Nis (southeastern part of Serbia, Yugoslavia). *Eur J Epidemiol.*; 17(2): 183-7.
 25. **Reips UD, Funke F.** (2008). Interval-level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS Generator. *Behav Res Methods*; 40(3): 699-704.
 26. **Ringoir L, Pedersen SS, Widdershoven JW, Pop VJ.** (2014). Prevalence of psychological distress in elderly hypertension patients in primary care. *Neth Heart J.* 22(2): 71-6.
 27. **Schmieder RE, Grassi G, Kjeldsen SE.** (2013). Patients with treatment-resistant hypertension report increased stress and anxiety: a worldwide study. *J Hypertens.* 31(3): 610-5; discussion 615.
 28. **Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Chandran S, Heun R.** (2014). Comorbidity and its relevance on general hospital based mortality in major depressive disorder: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *J Psychiatr Res.* 52: 28-35.
 29. **Smith SM, Huo T, Delia Johnson B, Bittner V, Kelsey SF, Vido Thompson D, Noel Bairey Merz C, Pepine CJ, Cooper-Dehoff RM.** (2014). Cardiovascular and mortality risk of apparent resistant hypertension in women with suspected myocardial ischemia: a report from the NHLBI-sponsored WISE Study. *J Am Heart Assoc.* 28; 3(1).
 30. **Solomon MB, Herman JP.** (2009). Sex differences in psychopathology: of gonads, adrenals and mental illness. *Physiol Behav.* 25; 97(2): 250-8. Review.
 31. **Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, de Jonge P, Liu Z, Miguel Caldas-de-Almeida J, O'Neill S, Viana MC, Al-Hamzawi AO, Angermeyer MC, Benjet C, de Graaf R, Ferry F, Kovess-Masfety V, Levinson D, de Girolamo G, Florescu S, Hu C, Kawakami N, Maria Haro J, Piazza M, Posada-Villa J, Wojtyniak BJ, Xavier M, Lim CC, Kessler RC, Scott KM.** (2014). Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry.* 36 (2): 142-9.
 32. **Wobeto VP, Pinho Pda C, Souza JR, Zaccarotto TR, Zonati Mde F.** (2011). Haptoglobin genotypes and refractory hypertension in type 2 diabetes mellitus patients. *Arq Bras Cardiol.* 97(4): 338-45.
 33. **WorldHealthOrganization.** (2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Accessed April 14, 2014.

Programa de taichi y *mindfulness* en Trastornos Límite de la Personalidad

Taichi and mindfulness program for Borderline Personality Disorder

José Javier Pedrosa Laplana¹, Ricardo Ros Mar²

Fecha recepción: 27/04/2014

Fecha aceptación: 21/01/2015

Resumen

El taichi y el chikung, artes que integran en su práctica técnicas de atención consciente desde la antigüedad, pueden constituir un método preventivo y representan una vía terapéutica de utilidad para mejorar la salud de quienes sufren Trastornos Límite de la Personalidad, TLP. En este estudio aplicamos un programa que, a través del movimiento, integra la regulación del cuerpo y de la mente mediante la respiración. Tal y como propone la atención plena (mindfulness), en cuyo marco insertamos una parte importante del modelo de trabajo propuesto.

Se ha desarrollado durante tres meses en el servicio de psiquiatría de un centro hospitalario como actividad complementaria dentro del marco terapéutico global. Aplicado a un grupo de diez pacientes, esta práctica podría mejorar aspectos físicos y psicosociales, ya que tras la intervención han puntuado respirar bastante mejor (7/10), mayor disposición para sus actividades cotidianas (7/10), más facilidad para relacionarse con su entorno (5/10) y la valoran positivamente como complemento a su terapia individual (5/10).

A partir de este estudio piloto exploratorio, el taichi a través del prisma del mindfulness puede ser una opción válida en el tratamiento de los pacientes con TLP. Asimismo, consideramos que este programa puede adaptarse aplicándose en el ámbito de la prevención de la salud psicosocial.

Palabras clave: TLP. Taichi. *Mindfulness*. Salud psicosocial.

Summary

The taichi and the chikung, arts integrated into your practice mindfulness techniques since ancient times, can be a preventive method and represent a therapeutic avenue helpful to improve the health of those suffering from borderline personality disorder (BPD).

¹Profesor Colaborador y miembro del grupo de investigación DERSA de la Universidad de Zaragoza

²Profesor Titular e investigador principal del grupo DERSA de la Universidad de Zaragoza

Correspondencia: Dr. D. José Javier Pedrosa Laplana
C/ Fernando de Antequera 2, Casa 18-4º
50006 Zaragoza
info@lastragal.com

In this study we apply a program that, through movement, integrates regulation of body and mind through breathing. As proposed the mindfulness, under which we inserted an important part of the model proposed work.

It has developed for three months in psychiatric hospital as a complementary activity within the global therapeutic context. Applied to a group of ten patients the results show a likely improvement in some physical and psychological aspects.

After the intervention, they remarked to be able to breath quite better (7/10), and higher willingness for their daily activities (7/10), to relate more easily to their environment (5/10) and they value it positively as complement to their individual therapy (5/10).

The taichi across the prism of the mindfulness might be a viable option in the treatment of the patients with BDP, and suggest that this program can be adapted to apply in the field of prevention of psychosocial health.

Key words: BPD. Taichi. Mindfulness. Psychosocial health.

INTRODUCCIÓN

El taichi así como el chikung son parte de la Medicina Tradicional China, y son utilizados como terapias preventivas frente a multitud de desequilibrios (Carrillo Villegas, 2013).

El taichi actual es un arte marcial que desarrolla y experimenta cambios de forma constante, con lo que se va integrando en el mundo occidental, especialmente para cubrir necesidades en la salud psicosocial. El consumo de terapias no médicas por parte de gran parte de la población occidental aumenta de forma exponencial y, naturalmente, compromete a la ciencia y a la investigación. Es preciso profundizar en estas técnicas para comprobar su potencial terapéutico eficaz y distinguirlo de un consumo superficial sin validez ni fundamentos coherentes. En ese ámbito, solamente en USA, 40 millones de personas gastan unos 4000 millones de dólares al año en terapias de integración cuerpo-mente para la salud (Wayne y Fuerst, 2013).

El taichi se basa en la flexibilidad y la distensión del ser humano para favorecer el desarrollo de su energía interna. Esto le permite desarrollar su potencial de salud y su capacidad para afrontar las exigencias del entorno.

Consiste en una serie de movimientos basados en las leyes de la naturaleza; es una práctica corporal simple y eficaz, fundada en dinámicas de autorregulación energética de la Medicina Tradicional China.

Los ejercicios son sencillos, organizados en secuencias lentas y continuas, en los que la postura

corporal, la respiración y la concentración convergen y aportan un estado de relajación estable y duradero (Carrillo Villegas, 2013). Debido a la atención en la respiración, el taichi muestra cierta similitud con el *mindfulness*, una de las terapias denominadas de tercera generación, con origen en la tradición meditativa oriental. De hecho, en el enlace entre acción y cognición, el taichi es considerado como una forma de meditación en movimiento (Berghmans *et al.*, 2009). Con su práctica regular y el perfeccionamiento de los ejercicios se integra una toma de conciencia corporal en relación con la respiración. En efecto, como en la meditación, el individuo trata de focalizar toda su atención sobre un punto preciso, y dirigirla a través de la concentración en el instante presente, entrando en un estado a la vez alerta y tranquilo. En este sentido, el aprendizaje del taichi y del chikung requiere un trabajo exigente de la atención, que ha de estar focalizada y mantenida en el tiempo. Por su parte, el *mindfulness* no solo está estrechamente vinculado a las prácticas de meditación budista, sino que también se encuentra en otras tradiciones espirituales y filosóficas como la filosofía taoísta (Kabat-Zinn, 2006) que comúnmente es integrada en la práctica del taichi. La definición más comúnmente utilizada lo describe como prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (Kabat Zinn, 2003). Por tanto, podemos afirmar que la atención plena es un componente intrínseco y relevante en la práctica de taichi.

Dentro de las prácticas de taichi, y al margen de

su orientación más deportiva, la vertiente dirigida a la salud se considera una de las terapias integrativas más populares.

Diversas investigaciones han demostrado que facilita la mejoría de la salud física y mental, especialmente con la evolución actual de los factores psicosociales, frente al estrés y sus diferentes patologías derivadas (Díaz Curiel, 2001; Chen *et al.*, 2007; Chow y Tsang, 2007; Wang *et al.*, 2010; Cuevas Yust y Pérez-Díaz, 2012; Esteban, 2013; Carrillo Villegas, 2013).

Su práctica regular aporta un conjunto eficiente de medidas preventivas ante algunos de los factores de riesgo más frecuentes en nuestra sociedad: mejora la coordinación neuromuscular global (Geib *et al.*, 2011) y el tiempo de reacción (reflejos) (Hackney y Earhart, 2008), reduce el deterioro cognitivo mediante el aprendizaje y memorización de los movimientos, consolida poco a poco el equilibrio de la persona (Ho *et al.*, 2012) y, enriqueciendo la sensibilidad plantar (Gagey, Weber, y Martí, 2001), aporta seguridad ante el miedo a las caídas (Hong y Li, 2007); también mitiga el dolor articular gracias a los suaves estiramientos que propone (Wayne y Fuerst, 2013) y, activando los meridianos propios a la medicina tradicional china, facilita el equilibrio de los órganos internos. Por otra parte, el mejor funcionamiento del sistema endocrino (Lee, Kang, Ryu, y Moon, 2004) que se va a presentar con su práctica constante, parece reforzar el sistema psicoinmune frente al estrés, la ansiedad y la depresión (Díaz Curiel, 2001; Chen *et al.*, 2007; Hong y Li, 2007; Esteban, 2013).

Al ser un ejercicio que involucra a todo el cuerpo en una unidad de intención y movimiento, de intensidad moderada y con respeto a los límites naturales del organismo, está indicado para todas las edades y condiciones físicas de los participantes (Berghmans, Kretsch, Branchi, Strub y Tarquinio, 2009). Además no se necesita un lugar ni vestuario especial, siendo lo más indicado practicar en plena naturaleza.

En este sentido, distintos estudios indican que el taichi y el chikung, orientados como ejercicios de atención consciente, disminuyen los problemas de ansiedad (Taylor-Piliae *et al.*, 2006; Chow y Tsang, 2007; Johansson, Hassmén, y Jouper, 2008). Junto a la opinión de otros autores, consideramos

que estos ejercicios actúan como catalizador de todo el proceso terapéutico (Li, 2001, Lee *et al.*, 2004, Kabat-Zinn, 2006, Taylor-Piliae *et al.*, 2006, Carrillo Villegas, 2013).

Por otro lado, en personas cuyo sistema cardiovascular limita seriamente la tolerancia al ejercicio físico, el taichi ha resultado ser una vía adecuada por la baja intensidad cardíaca que requiere y por el bajo impacto que produce su práctica (Taylor-Piliae *et al.*, 2006; Carrillo Villegas, 2013). La intensidad de practicar taichi es 4,0 equivalentes metabólicos (MET), similar en intensidad a caminar a paso ligero (Ainsworth B.E. *et al.*, 2000).

Contamos con la demostración de que esta práctica, orientada como un ejercicio de atención consciente, disminuye los problemas de ansiedad (Taylor-Piliae *et al.*, 2006; Chow y Tsang, 2007; Johansson, Hassmén y Jouper, 2008).

De la misma manera, Mcain *et al.* confirman que el taichi es una actividad física que reduce de forma significativa la inmunosupresión asociada a altos niveles de estrés percibido, que pueden hacer que cualquier problema sanitario progrese y se agrave en personas inmunodeprimidas. (Carrillo Villegas, 2013).

Trastorno límite de personalidad (TLP) y técnicas de intervención:

El TLP es actualmente definido por el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) como un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico y relaciones interpersonales caóticas.

La Sociedad China de Psiquiatría () tiene un diagnóstico comparable llamado "Diagnóstico Impulsivo de la Personalidad" (DPI). Un paciente diagnosticado de DPI debe mostrar explosiones afectivas y una marcada conducta impulsiva, entre otros síntomas. Este constructo ha sido descrito como un híbrido de los subtipos impulsivo y *borderline* del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, y también incorpora seis de los nueve criterios del DSM-IV (Zhong, 2007). En cuanto a la evidencia científica de los tratamientos con esta población, parece ser que las intervenciones tradicionales no son lo suficientemente eficaces, mostrando incluso resultados irregulares (Fernández-Aranda, 2013). A partir de la valoración de los tra-

tamientos aplicados (Leiderman *et al.*, 2004, Cuevas Yust y Pérez-Díaz, 2012) pruebas recientes sugieren un sistema común y único tanto para la impulsividad como para la emoción, que contribuye a diferentes aspectos de los síntomas de TLP (Feliu-Soler y Pascual, 2013).

Por otro lado, y también específicamente con pacientes de salud mental (Parkinson y Milligan, 2011), existen distintas evidencias que ponen de manifiesto la mejora de estos pacientes debido a la práctica del taichi. Aprovechando su importante aportación en algunas patologías psiquiátricas (Lee *et al.*, 2004, Venglar, 2005, Chow y Tsang, 2007, Parkinson y Milligan, 2011, Ho *et al.*, 2012, Cuevas Yust y Pérez-Díaz, 2012, Esteban, 2013, Wayne y Fuerst, 2013), su posible efectividad en el TLP estaría aún por evaluar.

En este sentido, siendo la adrenalina una hormona directamente relacionada con el estrés, las técnicas de taichi y de chikung actúan inhibiendo directamente la producción de esta sustancia, lo que aporta una cierta sensación de paz y armonía que experimentan los practicantes tras cada sesión. Es posible que los efectos beneficiosos del entrenamiento del chi sobre las funciones psicológicas e inmunológicas se realicen vía respuestas neuroendocrinas. (Lee *et al.*, 2004).

Por otra parte, uno de los síntomas más habituales y evidentes en estos pacientes es la impulsividad, alternada con periodos de baja actividad, que dejan a la persona sin energía ni estímulo para la vida cotidiana normalizada. En este sentido esa tesitura, el carácter suave y armonioso de los movimientos propios al taichi con ejercicios que integran previamente la práctica respiratoria que requiere el chikung, podría facilitar el autocontrol y el respeto por espacio corporal tanto propio como ajeno (Soler *et al.*, 2012). La secuencia de movimientos del taichi tiene su origen en el arte marcial centrado en el desarrollo de un tono muscular relajado y consciente, un equilibrio dinámico con una propiocepción más precisa, el control de la intencionalidad de cada movimiento con una mejor gestión del espacio personal, la orientación espacial personal y grupal, la aceptación y autocompasión (Nedeljkovic, Wirtz, y Ausfeld-Hafter, 2012) que nos podría servir para canalizar la impulsividad. Asimismo, la práctica de taichi en base *mindfulness*, permite

abordar la respiración flexibilizando la columna vertebral y la caja torácica para aumentar su capacidad, que en ningún caso se pretende forzar ni manipular. El individuo se inscribe en el presente y percibe la realidad momento a momento, como la meditación de plena consciencia, focalizándose sobre la respiración en términos de anclaje para el manejo de los pensamientos intrusivos. El paciente incorpora una nueva dinámica donde sus actividades cognitivas de juicio, de discriminación y de elaboración mentales son progresivamente desactivadas, donde aprende a relativizar (Berghmans *et al.*, 2009).

A partir de los estudios trabajos revisados, la finalidad de este estudio ha sido la valoración del interés clínico del programa aplicado dentro de su marco terapéutico habitual, incluyendo la intervención con taichi y *mindfulness*. Consideramos que los beneficios que puede aportar a estos pacientes complementarán una vía terapéutica, facilitando su mejoría en distintos aspectos físicos y psicosociales que analizaremos a continuación.

MÉTODOS

Se trata de un estudio de casos descriptivo y situacional, combinando aspectos cuantitativos y cualitativos para conseguir un acercamiento más integrado con la realidad objeto de investigación.

La totalidad de la muestra es de 10 pacientes, del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, diagnosticados con trastornos límite de la personalidad: 3 hombres y 7 mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 50 años.

Estos ingresan voluntariamente en régimen de internamiento, con informe de derivación por parte del recurso asistencial de salud mental de referencia, Unidad de Agudos, Centro de Salud Mental o Unidad de Rehabilitación.

El criterio de inclusión fue: pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad según criterios DSM V o CIE-10. El instrumento de diagnóstico utilizado fue el cuestionario de evaluación IPDE. Los ingresos son programados durante dos a tres meses. El contrato terapéutico que se establece incluye que el paciente se compromete a no solicitar el alta voluntaria, no recibir ni llamadas ni visitas, tener la medicación camuflada y comprometerse a seguir su proceso de

rehabilitación posterior. La interrupción unilateral del tratamiento supone la imposibilidad de admisión en la Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP) durante un año. De acuerdo con el servicio de salud mental del centro hospitalario, todos los participantes fueron informados sobre el objetivo del estudio y sus respuestas se trataron de forma confidencial. La participación fue totalmente voluntaria, sin incentivos económicos.

Tratamiento actual en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, en Zaragoza

Los internos reciben tratamiento dentro del marco terapéutico siguiente:

1. Pruebas complementarias de carácter biológico.
2. Valoración general.
3. Pruebas psicométricas.
4. Estudio social: Trabajo Social realiza un análisis personalizado de su entorno, mediante entrevista.
5. Análisis de la comunicación interpersonal.
6. “Inmersión terapéutica” integrando Farmacología, psicoterapia, socioterapia, progresión terapéutica (con apoyo a los nuevos compañeros y responsabilidad en el funcionamiento de la Unidad de Trastornos de la Personalidad) y Análisis observacional.
7. Grupo Psicoeducativo: Con los familiares o núcleo de convivencia de los pacientes se establece un programa de psicoeducación con cuatro sesiones al mes (1 por semana).

Programa de intervención con taichi y *mindfulness* en pacientes con TLP

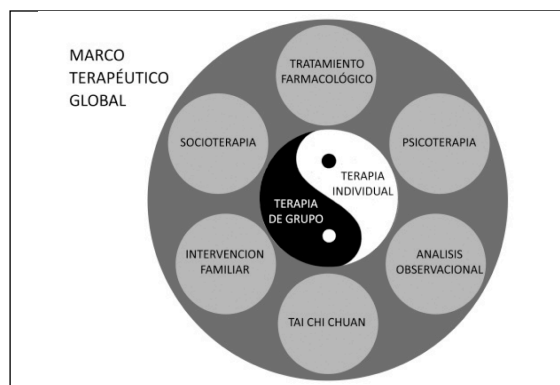


Figura 1

Se han aplicado las técnicas de taichi en base *mindfulness* integradas en el crisol de su tratamiento habitual durante un trimestre, a razón de dos horas por semana. Es un tiempo que, aunque limitado, nos permite aprender una serie corta de movimientos simplificados y producir una mínima adaptación psico-biológica en el organismo. El enfoque metodológico utilizado integra de manera natural la práctica del taichi con la atención de plena consciencia, ya que –en términos prácticos– los principios elementales del taichi son un conjunto de movimientos lentos y constantes que requieren una gran concentración sobre el momento presente.

Aplicamos el programa con el estilo Yang de taichi, que por su evolución histórica es la más extendida y practicada en occidente, con objeto de que los participantes puedan continuarla tras su estancia en el centro sanitario. En concreto se trata de la forma simplificada de 24 movimientos, establecida oficialmente en China como estándar en 1956 (Soldevila, 2007).

Asimismo se incluyó una mínima práctica de ejercicios de *tuishou* (empuje de manos), que requiere un contacto relajado y respeto mutuo con los compañeros, con el objetivo de mejorar el control de la impulsividad en la gestión del espacio propio. Esto implica desarrollar la dimensión de compartir y comunicar con todos los miembros del grupo (Gutiérrez, 2006).

Por otra parte, se integraron el enraizamiento y la práctica respiratoria que requiere el *chikung* con los movimientos de taichi. Y por último, se realizaron ejercicios propios del *mindfulness*: *bodyscan*, respiración, marcha consciente y focalización, cuya práctica se les propone continuar individualmente.

El conjunto de todas estas técnicas pretende desarrollar la consciencia del momento presente en movimiento, que nos centra aquí y ahora evitando el sesgo atencional. Posteriormente, se incrementa la exigencia practicando la atención en campo abierto por parejas, hasta dinamizar el foco en el modo *choiceless awareness*, adaptándonos sin anclaje previsto fluyendo de una referencia a otra. Así entrenamos su aplicación en las relaciones interpersonales tan significativas en el TLP. Para facilitar la integración progresiva de todos los factores citados el programa se inicia siempre con movimientos muy simples y repetitivos.

Se valoran los efectos durante nuestra intervención una sola vez a partir de los siguientes instrumentos:

Cuestionario general taichi, (ver Anexo 1), desarrollado en colaboración con el equipo médico en función de los TLP que se presentan.

Cuestionario MAAS, (ver Anexo 2). El cuestionario MAAS de Atención Plena está traducido al castellano y validado por Soler Ribaudí (y colaboradores *et al.*, 2012). Este cuestionario mide la frecuencia del estado de atención plena en la vida diaria, sin que sea necesario que los sujetos hayan recibido entrenamiento. El MAAS se utilizó para evaluar la validez convergente con los datos obtenidos en el cuestionario sobre la práctica de taichi con un propósito equivalente.

Asimismo, se recogieron una serie de datos cualitativos en la medida en que dichos datos aportan un valor añadido con respecto a los cuantitativos, sin comprometer la aplicabilidad y practicidad de las herramientas utilizadas (Mahtani Chugani, Axpe Caballero, Serrano Aguilar, González Castro, y Fernández Vega, 2006).

De manera complementaria se llevaron a cabo entrevistas personales a lo largo de su entrenamiento.

Resulta enriquecedor que los métodos cualitativos se combinen con los cuantitativos, sin comprometer la aplicabilidad y practicidad de las herramientas utilizadas. (Mahtani Chugani, Axpe Caballero, Serrano Aguilar, González Castro y Fernández Vega, 2006).

RESULTADOS

En base a las respuestas al Cuestionario general de taichi, las opiniones de los 10 participantes en nuestro programa manifiestan ciertas mejoras en los siguientes aspectos (ver Figura 2):

- 7 personas refieren experimentar “bastante” o “mucho más facilidad” para ponerse en marcha en sus actividades cotidianas tras cada sesión.
- 7 puntúan “respirar bastante mejor” tras la intervención, 5 de 10 pacientes afirman que les ha servido mucho como complemento a su terapia individual.
- 5 de ellos indican que se pueden relacionar “bastante mejor” o “mucho mejor” con sus compañeros y su entorno.

- 5 de los 10 participantes puntúan que desarrollan los movimientos con bastante más facilidad.

Sin embargo, en las respuestas aportadas por los pacientes en cuanto al ítem 10 sobre la frecuencia de práctica intersesiones, 6 personas contestaron poco y 2 nada.

Resultados cuestionario taichi

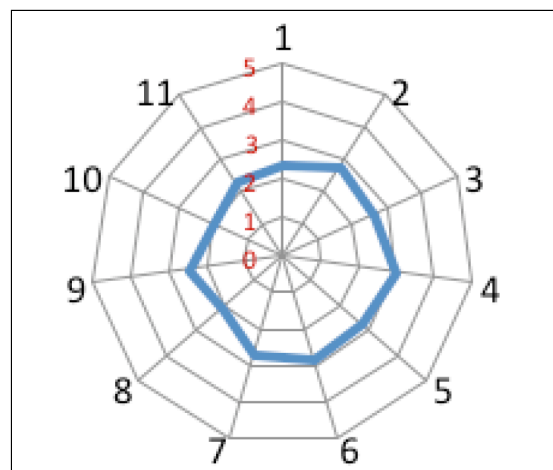


Figura 2

Eje radial: valores de las respuestas
Serie del 1 al ítem 11 del cuestionario general taichi

En cuanto a los resultados del Cuestionario sobre Atención plena MAAS, la totalidad de la muestra obtuvo un valor medio de 2,23. (DT 0,847). Teniendo en cuenta la escala de respuesta de 1 a 5, la población de estudio se situaría en un nivel ligeramente inferior a la media.

Resultados MAAS

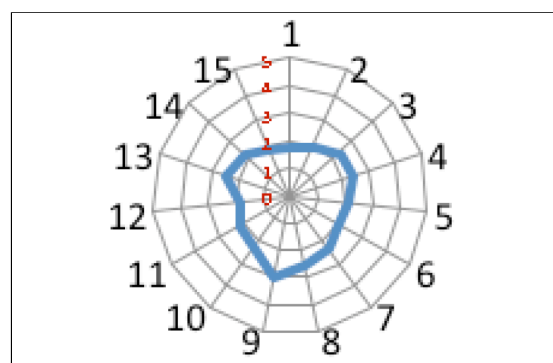


Figura 3

Eje radial: valores de las respuestas
Serie del 1 al ítem 15 del MAAS

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Investigaciones recientes indican que el taichi mejora los aspectos fisiológicos y psicológicos de los practicantes (Wayne, 2013). Así encontramos que 3 meses de práctica regular de taichi conducen a un aumento significativo de la atención autoreferida en el momento presente (Nedeljkovic *et al.*, 2012). En este sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio parecen indicar que la práctica de *mindfulness* en las sesiones de taichi subraya al mismo nivel la importancia del proceso atencional y de no enjuiciamiento, donde el terapeuta dirige y enseña la autoexploración corporal de forma similar al ejercicio de *bodyscan*, y progresivamente continúa basándose en las prácticas informales de *mindfulness*. Asimismo los datos obtenidos irían en la línea del estudio realizado por Johansson *et al.* (2008) que reconocen la semejanza y la equivalencia del chikung y del taichi, sobre todo en formas de taichi simplificado, con resultados similares: disminución de la ansiedad y mejora del sistema inmunológico.

Los mecanismos subyacentes parecen estar vinculados con el desarrollo de una mejor sensibilidad plantar y movilidad articular del tobillo, que permite una estrategia postural flexible con el movimiento desde el tobillo, rodilla y cadera. El pie se adapta a las necesidades que le presenta el terreno y, de forma ascendente, es más eficiente que a la inversa.

Además, practicar el equilibrio con los ojos cerrados exige tomar conciencia de las tensiones musculares y superar el miedo a una posible caída. Al eliminar la entrada visual, la estrategia postural es interreferida, elaborada continuamente entre las entradas de información del contacto podal y del oído interno, afianzándose con la práctica. Cuando se complementa con la entrada de información visual (mirada y visión) el equilibrio se consolida con más facilidad, y la estrategia postural, ya extero-referida, se ve enriquecida.

Por otra parte, tanto la práctica de *mindfulness* como los ejercicios específicos del chikung parecen aportar un método de trabajo eficiente del aparato respiratorio, integrando directamente el conjunto cuerpo, mente y sus emociones.

El aprendizaje que requiere superación personal actuaría como complemento sustantivo en su tera-

pia individual porque implica aceptación personal sin juicio, y porque en las sesiones buscamos los nexos de unión con el proceso terapéutico global. Esto lo conseguimos gracias a:

1. El intercambio de información con el equipo médico, actualizando su evolución,
2. la toma de datos mediante el diálogo con los pacientes y la observación directa de su participación,
3. y a los ejercicios que permiten integrar mejor el esquema corporal con la imagen del cuerpo.

Por último, la práctica grupal de estas técnicas podría llevar a una mejora de su adaptación social debido a:

1. la dinámica participativa establecida en las sesiones,
2. la consciencia corporal como puerta de entrada al instante presente accesible a todos en todo momento,
3. y al sentido coral que aporta el grupo.



Figura 4

En la recogida de datos los pacientes expresan una puntuación de 2 sobre 5 (ver valor 10 en la fig. 2), en la frecuencia de su práctica individual entre sesiones. Es una dificultad habitual en la mayoría de los grupos de trabajo, ya que la modelización de las habilidades se produce principalmente a través del instructor y los compañeros de la clase (Taylor-Piliae *et al.*, 2006).

Aunque con la población de este estudio no se ha podido hacer el seguimiento de los efectos obtenidos con estas técnicas, estudios recientes indican que los efectos del taichi y del chikung persisten tras un tratamiento intensivo de un mes durante más de un año, y amplifican sus efectos en caso de un segundo tratamiento (Carrillo Villegas, 2013).

Según algunos autores que han profundizado en este campo, la práctica regular del taichi parece estar adaptada como medio terapéutico en caso de enfermedades psicológicas (Berghmans *et al.*, 2009).

Sin embargo, como limitación también debe considerarse la posibilidad de que los cambios observados sean debidos a las propias prácticas de *mindfulness* que los pacientes realizan integradas en su programa.

Valoración cualitativa del terapeuta

Es importante considerar el impacto relativo de nuestra intervención en el marco terapéutico global, enfocada a la posible rehabilitación más que al alivio de los síntomas del paciente. Nuestro objetivo es facilitarle recursos educativos concretos para desarrollar su resiliencia.

Uno de los condicionantes a la hora de aplicar esta técnica es que los efectos se hacen evidentes a medio y largo plazo (Carrillo Villegas, 2013). Sin embargo, se dan mejoras a corto plazo desde el momento en que los pacientes experimentan más tranquilidad *versus* ansiedad, y esto nos prepara el terreno para conseguir un mayor control de la impulsividad.

Entre otros aspectos, los resultados obtenidos en el cuestionario general de taichi (ver anexo 1) nos indican que los pacientes:

- experimentan mayor estabilidad, aportada por el enraizamiento y la mejora del equilibrio,
- se relajan mediante estos movimientos, abriendo progresivamente el foco al entorno y al grupo.

Los datos obtenidos del MAAS ilustran la dispersión mental y la impulsividad características de estas patologías. Ambos aspectos pueden verse parcialmente equilibrados, experimentando bastante más facilidad para ponerse en marcha en sus actividades cotidianas, lo que representa el mayor beneficio manifestado en el cuestionario de taichi.

Este punto era evidente cada mañana, venciendo la apatía inicial y terminando con otra actitud

mucho más dispuesta para continuar con el día por delante. Las dificultades para activarse físicamente se superan y estimulan al grupo. En general, la valoración cualitativa parece indicar que todos responden más fácilmente a las instrucciones de cada ejercicio. También la mayoría de los pacientes mejora su atención sostenida a lo largo de la sesión.

Destaca el hecho de que algunas sesiones se desarrollaban en el patio central del hospital, a la vista del público: es un importante cambio en el entorno que requiere una cierta seguridad, y al que ningún participante se opuso, incluyendo el ser fotografiado y grabado en video. La eventual sensación individual de inadecuación frente a una mayor exposición no se produjo.

En cuanto a otras limitaciones del estudio, es importante comentar que ha habido dificultades con la metodología, ya que algún interno presenta una estancia irregular susceptible de alta voluntaria y queda sin haber completado el programa. En particular su participación pudo verse afectada por sus terapias individuales, indisposición de salud o visita familiar. Esto ha supuesto un esfuerzo considerable a la hora de recoger datos de 10 sujetos que hayan llevado a cabo la totalidad del programa.

En este caso de estudio solo contamos con la puntuación posintervención del cuestionario MAAS, lo que limita la información cuantitativa sin permitirnos comparación estadística y la generalización de conclusiones en este estudio.

Por otra parte, los datos obtenidos aportan una tendencia de desarrollo positivo en la efectividad del programa. De manera cualitativa es importante añadir que el equipo médico ha valorado el programa muy positivamente. En este sentido se recogió la valoración de enfermería, que consideramos de gran utilidad, ya que el personal está en continuo contacto y convivencia con los pacientes, les asiste y acompaña en cada sesión. Su presencia nos ha estimulado confirmando nuestra línea de trabajo. También ha sido preventiva frente a posibles problemas con pacientes.

Este programa de intervención presenta como valor añadido, respecto a otras técnicas de yoga o de meditación estática, una dinámica del movimiento que:

1. permite una estrategia de afrontamiento de la exposición interoceptiva a quienes tienen dificultades en permanecer quietos respirando,

2. ofrece un control muy directo del terapeuta sobre el proceso global y en cada ejercicio en particular,

3. y facilita, para un entrenador experimentado, una evaluación continua que se pone de manifiesto controlando variables como los sucesivos apoyos en el suelo, el constante ajuste del equilibrio, la respiración, la mirada y la intención del movimiento, la orientación espacial y la gestión del espacio propio.

A partir de los datos tanto cuantitativos como cualitativos obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que el programa taichi en base *mindfulness* ha mostrado una mejora preliminar (a falta de un contraste con grupo control) tanto en la disposición para las actividades cotidianas como en la respiración de los participantes. Además, la mitad de los sujetos afirman experimentar mejoría en su sociabilidad y lo consideran de ayuda en su terapia individual. Por tanto, parece existir cierta evidencia de un aumento de la atención auto-referida en el momento presente mediante la consciencia corporal en movimiento que hemos desarrollado.

En futuras aplicaciones del programa sería recomendable reforzar la acción del programa con 3 sesiones/semana, respondiendo a las necesidades de los participantes y a la recomendación del American College of Sports Medicine para trastornos de ansiedad y depresivos (Taylor-Piliae, Haskell, Waters, y Froelicher, 2006; Carrillo Villegas, 2013).

Además de la incorporación de un grupo control y medidas de seguimiento, sería adecuado comparar la efectividad del programa junto con actividades físicas similares, a fin de destacar la aportación del taichi como método que involucra el conjunto cuerpo-mente del paciente, desarrollando áreas específicas de gran relevancia en la recuperación y consolidación de la salud.

Posteriores líneas de investigación podrían englobar el estudio para determinados colectivos de enfermos crónicos, con objetivo de reducir la medicación, la dependencia y el sedentarismo, reforzando la salud y la autonomía de vida de los pacientes. Igualmente este programa podría ser de gran ayuda en enfermedades caracterizadas por alteración en la atención, en la conducta, en depresión, ansiedad o estrés, entre otras.

Confiamos que este acercamiento suscite interés y sienta las bases para el desarrollo posterior de la línea de trabajo abierta en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Esto apoyará los resultados de forma más estricta y permitirá una evolución terapéutica, evidenciando los mecanismos de acción de este método.

Agradecemos a todo el equipo de la UTP del centro hospitalario su trabajo y dedicación, que comparte su satisfacción ofreciendo a los pacientes un recurso económico y útil para facilitarles mayor autonomía en el equilibrio de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ainsworth B.E., Haskell W.L., Whitt M.C., Irwin M.L., Swartz A.M., Strath S.J., O'Brien W.L., Bassett D.R. Jr, Schmitz K.H., Emplaincourt P.O., Jacobs D.R. Jr y Leon A.S. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9 Suppl), S498–S516.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
3. Berghmans, C., Kretsch, M., Branchi, S., Strub, L., y Tarquinio, C. (2009). Effets du tai-chi-chuan sur la santé psychique et physique?: une revue systématique de question. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(1): 4–29.
4. Carrillo Viguera, J. (2013). Prevención de la salud de los empleados públicos de la región de Murcia: Prevención del estrés a través del Taiji Quan y del QiGong. Murcia: Universidad de Murcia.
5. Chen, K.-M., Li, C.-H., Lin, J.-N., Chen, W.-T., Lin, H.-S., y Wu, H.-C. (2007). A feasible method to enhance and maintain the health of elderly living in long-term care facilities through long-term, simplified tai chi exercises. *The Journal of Nursing Research*, 15(2): 156–164.
6. Chow, Y.W.Y., y Tsang, H.W.H. (2007). Biopsychosocial effects of qigong as a mindful exercise for people with anxiety disorders: a speculative review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(8): 831–840.
7. Cuevas Yust, C., y Pérez-Díaz, Á.G.L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tra-

- tamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1): 97–114.
8. **Díaz Curiel, J.** (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (78): 51–70.
 9. **Esteban, S.** (2013). Evidencia Orientada a Pacientes (EOP) Tratamiento no farmacológico de la depresión. *Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 16(2): 74–77.
 10. **Feliu-Soler, A., y Pascual, J.** (2013). Emotional responses to a negative emotion induction procedure in Borderline Personality Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1): 9–17.
 11. **Fernández-Aranda, F.** (2013). Trastornos del espectro impulsivo-compulsivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 106(1): 7–9.
 12. **Gagey, P., Weber, B., y Martí, J.** (2001). Posturología: regulación y alteraciones de la bipedestación. Barcelona: Masson.
 13. **Geib, R. W., Li, H., Oggero, E., Pagnacco, G., Lam, P., Moga, M., y Waite, G.** (2011). Using computerized posturography to explore the connection between BMI and postural stability in long-term tai chi practitioners. *Biomedical Sciences Instrumentation*, 47: 288–293.
 14. **Gutiérrez, J.** (2006). El empuje de manos, modelo de interacción: Entrevista con Lauren Smith. *TAI CHI CHUAN: Revista de artes y estilos internos*, 7(7).
 15. **Hackney, M.E. y Earhart, G.M.** (2008). Tai Chi improves balance and mobility in people with Parkinson disease. *Gait & Posture*, 28(3): 456–460.
 16. **Ho, R.T.H., Au Yeung, F.S.W., Lo, P.H.Y., Law, K.Y., Wong, K.O.K., Cheung, I.K.M. y Ng, S.M.** (2012). Tai-chi for residential patients with schizophrenia on movement coordination, negative symptoms, and functioning: a pilot randomized controlled trial. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, Article ID 923925.
 17. **Hong, Y. y Li, J.X.** (2007). Biomechanics of Tai Chi: a review. *Sports Biomechanics*, 6(3): 453–464.
 18. **Johansson, M., Hassmén, P., y Jouper, J.** (2008). Acute Effects of Qigong Exercise on Mood and Anxiety. *International Journal of Stress Management*, 15(2): 199–207.
 19. **Kabat-Zinn, J.** (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2): 73–107.
 20. **Kabat-Zinn, J.** (2006). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2): 144–156.
 21. **Lee, M.S., Kang, C.-W., Ryu, H. y Moon, S.-R.** (2004). Endocrine and immune effects of Qi-training. *The International Journal of Neuroscience*, 114(4): 529–537.
 22. **Leiderman, E.A., Buchovsky, S., Jiménez, M., Giordano, S., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F. y Lipovetzky, G.** (2004). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, XV (58): 280–286.
 23. **Li, J.X.** (2001). Tai chi: physiological characteristics and beneficial effects on health. *British Journal of Sports Medicine*, 35(3): 148–156.
 24. **Mahtani Chugani, V., Axpe Caballero, M., Serrano Aguilar, P., González Castro, I. y Fernández Vega, E.** (2006). Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud.
 25. **Nedeljkovic, M., Wirtz, P. y Ausfeld-Hafter, B.** (2012). Effects of Taiji practice on mindfulness and self-compassion in healthy participants—A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 3(3): 200–208.
 26. **Parkinson, I. y Milligan, C.** (2011). The effects of Qigong exercise classes on people with dementia. *Journal of Dementia Care*, 19(1): 33–36.
 27. **Soldevila, L.** (2007). El nacimiento del Taijiquan contemporáneo: Entrevista a Li Deyin. *TAI CHI CHUAN. Revista de artes y estilos internos*, (13).
 28. **Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Portella, M.J., Martín-Blanco, A., Álvarez E. y Pérez, V.** (2012 a). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2): 150–157.
 29. **Soler Ribaudi, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual Segovia, J.C., Cebolla i Martí, A.J., Soriano, J., Álvarez E. y Pérez, V.** (2012 b). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1): 19–26.
 30. **Taylor-Piliae, R. E., Haskell, W.L., Waters,**

- C.M. y Froelicher, E.S.** (2006). Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3): 313–329.
31. **Venglar, M.** (2005). Case report: Tai Chi and Parkinsonism. *Physiotherapy Research International: the Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy*, 10(2): 116–121.
32. **Wang, C., Bannuru, R., Ramel, J., Kupelnick, B., Scott, T. y Schmid, C.H.** (2010). Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(1): 23.
33. **Wayne, P. y Fuerst, M.** (2013). *The Harvard Medical School guide to Tai Chi*. Boston: Shambhala.
34. **Zhong, J. y Leung, F.** (2007). Should borderline personality disorder be included in the fourth edition of the Chinese classification of mental disorders?. *Chinese Medical Journal*, 120(1): 77–82.

Anexo 1
Cuestionario general de taichi

Por favor, responda a las siguientes cuestiones valorándolas con una cruz en base a esta escala: Nada 1 ☐
Poco 2 ☐ Bastante 3 ☐ Mucho 4 ☐ Completamente 5 ☐

1.-¿Cree que el taichi te ha ayudado para mejorar tu salud?

Si has avanzado en tu equilibrio, ¿cómo lo experimentas?

mayor estabilidad / mejor con los ojos abiertos / con los ojos cerrados estoy más seguros sobre cada pierna

2.- Durante las clases de taichi ¿cree que ha aprendido a respirar mejor?

3.- En las clases de taichi ¿nota menos tensiones musculares?

4.- Los días que practica taichi ¿ha notado más facilidad para ponerse en marcha en sus actividades cotidianas?

5.- Practicando taichi, ¿en qué medida cree que se relaciona mejor con las personas de su entorno?

6.- ¿Le han servido estos ejercicios físicos como complemento en su terapia individual?

7.- ¿Ha desarrollado con más facilidad los movimientos de clase que no le salían al principio?

8.- ¿Ha sentido vergüenza cuando los realizaba delante del grupo?

9.- Estos ejercicios, ¿le han servido para integrarse más en la clase con los compañeros?

10.- ¿Con qué frecuencia practica algo de lo aprendido en las sesiones que hemos tenido?

11.- ¿En qué medida se plantea seguir con esta actividad?

12.- Sus sugerencias, por favor

- *Lo considero relajante y positivo*

- *Introducción a la actividad, con algún video que estimule mediante un personaje del taichi o de las artes marciales, como el Dalai Lama.*

- *Practicar con más frecuencia los ejercicios rápidamente para evitar mi molestia lumbar*

- *“Agradecimiento por aguantarnos a veces con poca disposición para empezar”*

Anexo 2

Adaptación cuestionario *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*

CUESTIONARIO SOBRE NUESTRA ATENCIÓN versión adaptada de la escala *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*

Por favor responda rápidamente a las siguientes cuestiones señalando con una cruz su respuesta en base a esta escala

1 Nunca ☐ 2 A veces ☐ 3 Bastante ☐ 4 Mucho ☐ 5 Siempre ☐

1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.
3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.
4. Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que realmente captan mi atención.
6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.
7. Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.
8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.
9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.
10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.
11. Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.
12. Conduzco “en piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.
13. Me encuentro absorto acerca del futuro o del pasado.
14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.
15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.

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

JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE



La preocupación sobre el cáncer de piel media la relación entre la percepción del riesgo de padecer cáncer y el uso de crema solar

Marc T. Kiviniemi, Erin M. Ellis

Journal of Behavioral Medicine. Volumen 37, número 6, página 1069-1074, Diciembre 2014

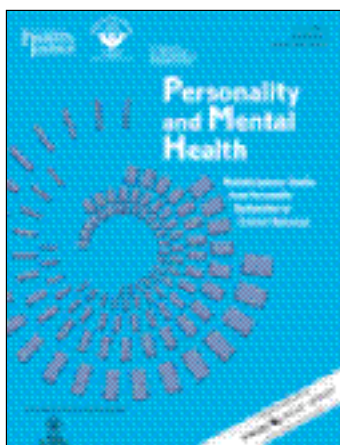
Las conductas de salud preventivas, como el uso de protector solar, se cree que en parte, están motivadas por la percepción de riesgo que las personas tenemos sobre el desarrollo de un problema de salud. Dicha percepción contiene un componente cognitivo y un componente afectivo. El primero describe las creencias de una persona sobre las posibilidades que tiene de contraer una enfermedad y el segundo hace referencia al miedo o a la preocupación por ello.

Los autores de esta investigación analizaron los datos de una muestra representativa de los Estados Unidos que había respondido telefónicamente la Encuesta Nacional de Información de tendencias sobre la Salud en el año 2005. Los participantes informaron de la percepción del riesgo absoluto y comparativo para el cáncer de piel, de los sentimientos de preocupación sobre el cáncer de piel, y el uso de protección solar. A través de los datos obtenidos se observó que la relación entre la percepción cognitiva del riesgo para el cáncer de piel y el uso de protección solar estaba totalmente mediada por sentimientos de preocupación.

A través de su estudio se concluyó que, aunque la estimación cognitiva del riesgo influencia en la toma de decisiones para llevar a cabo la conducta de prevención, los componentes afectivos del riesgo percibido (preocupación y miedo), juegan un papel clave en la regulación del comportamiento. Así pues, el componente afectivo del riesgo tendría que ser uno de los elementos centrales

en este tipo de intervenciones y debería ser incorporado más ampliamente en los modelos sobre toma de decisiones.

PERSONALITY AND MENTAL HEALTH



Informes retrospectivos de perturbaciones en el apego, abuso y negligencia parental median la relación entre el narcisismo patológico y la autoestima

Kendal Maxwell, Steven Huprich

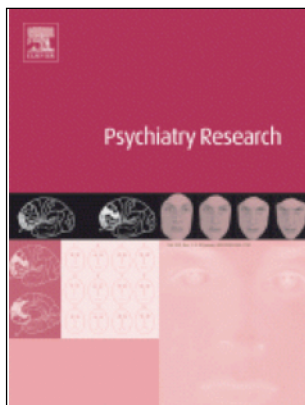
Personality and Mental Health. Artículo publicado online: 21 oct. 2014 doi: 10.1002/pmh.1269

La investigación que los autores Maxwell y Huprich han llevado a cabo trata de analizar la relación entre el narcisismo patológico y la autoestima. Dicha relación ya había sido estudiada previamente de manera teórica, pero escasos trabajos han tratado de examinarlo de manera empírica. En el presente estudio se evalúa cómo, experiencias negativas en la infancia con las figuras parentales, median la relación entre el narcisismo patológico y la autoestima. Cuatrocientos ochenta y cinco estudiantes de una universidad del Medio Oeste evaluaron retrospectivamente sus experiencias de apego y vinculación parental, así como sus niveles de narcisismo patológico y la autoestima actual.

Se observa que existe una correlación significativa entre la mayor parte de las subescalas de narcisismo patológico y la autoestima. La autoestima se correlaciona negativamente con todas las experiencias negativas de la infancia y se correlaciona positivamente con experiencias positivas de la niñez. La calidad de la relación de los padres también mantiene asociaciones negativas con todas menos una de las subescalas de narcisismo patológico. Finalmente, al investigar el apego de los padres y la vinculación de los padres, la calidad de la relación con el padre es un mediador importante entre el narcisismo patológico y la autoestima.

Así pues, a través de los resultados descritos se demuestra la importancia de los efectos adversos del abuso y la negligencia de los padres tanto por su influencia sobre los rasgos de narcisismo patológico como sobre la autoestima de uno mismo.

PSYCHIATRY RESEARCH



Bloqueo farmacológico de la reconsolidación de memoria en el trastorno por estrés postraumático: Tres estudios psicofisiológicos negativos

Nellie E. Wood, Maria L. Rosasco, Alina M. Suris, Justin D. Spring, Marie-France Marin, Natasha B. Lasko, Jared M. Goetz, Avital M. Fischer, Scott P. Orr, Roger K. Pitman

Psychiatry Research. Volumen 225, Número 1-2, Páginas 31–39. Enero, 2015

Publicado online: Septiembre, 2014.

El Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) puede implicar una reconsolidación de los recuerdos emocionales sobre el evento traumático. A través de esta investigación se quería estudiar si al administrar unos fármacos específicos en el momento en el que se reactiva el recuerdo traumático al participante, ello favorecería un bloqueo de la reconsolidación y por tanto una reducción de los síntomas de TEPT y de la respuesta fisiológica al exponerlos posteriormente a imaginación traumática. Se llevaron a cabo tres estudios con distintos fármacos: Propranolol, Mifepristona y D-cicloserina. Los individuos con TEPT se asignaron al azar en los diversos grupos. Se realizaron comparaciones entre los distintos fármacos y entre éstos y píldoras placebo. También se compararon grupos con administración del fármaco con reactivación del momento traumático y sin ella. Una semana más tarde los participantes fueron sometidos a una exposición en imaginación guiada sobre imágenes del recuerdo traumático mientras se medían variables fisiológicas como la frecuencia cardíaca, conductancia de la piel y un electromiograma facial. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en la capacidad de respuesta fisiológica o cambio en los síntomas de TEPT en ninguno de los estudios. Por tanto, los resultados de los tres estudios no apoyan el uso de los fármacos anteriormente descritos para el bloqueo de la reconsolidación de recuerdos traumáticos en el TEPT.

JOURNAL OF ADDICTION MEDICINE



Relación entre el consumo de café y depresión y ansiedad en una población de adultos policonsumidores

Yudko, Errol PhD; McNiece, Shannon Irena MA

Journal of Addiction Medicine. Volumen 8, Número 6, Páginas 438-442. Noviembre/Diciembre 2014

En este estudio los autores tenían como principal objetivo examinar la relación entre los síntomas de salud mental y el uso del tabaco y las bebidas con cafeína durante y justo antes de una sesión de terapia en una población adulta afectada por policonsumo de sustancias.

Los participantes completaron el Inventario de Depresión de Beck II y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) inmediatamente después de una sesión de tratamiento.

Se observó que los bebedores de café puntuaron significativamente más alto ($x = 20,3$) en el Inventario de Depresión de Beck II que los que no lo tomaron ($x = 9,2$). Las diferencias entre estos grupos en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo no fueron significativas. La relación entre otras bebidas con cafeína o el consumo de tabaco y la depresión o la ansiedad fue inexistente. A través de estos resultados los autores concluyen que el uso de la cafeína mantiene asociaciones con la depresión en adultos con poliadicción.

JOURNAL OF SEX AND MARITAL THERAPY



Estudio Piloto de las Barreras Potenciales Preoperatorias para la Recuperación Sexual en Parejas después de una Prostatectomía Radical por Cáncer de Próstata

Daniela Wittmann, Laurel Northouse, Heather Crossley, David Miller, Rodney Dunn, Jennifer Nidetz, Jeanne Montie, Mia Moyad, Katie Lavin & James E. Montie

Journal of Sex & Marital Therapy. Volumen 41, Número 2, páginas 155-168, 2015

El cáncer de próstata afecta a la sexualidad de las parejas, pero los hombres raramente utilizan estrategias de ayuda para mejorar la erección. A través de este estudio los autores pretenden determi-

PSYCHOSOMATIC MEDICINE: Journal of Biobehavioral Medicine



Psychosomatic Medicine. Volumen 76, Número 9, Páginas 678-685. Noviembre/Diciembre, 2014.

C. Med. Psicosom, N° 113 - 2015



forma de U ininterrumpida y el sueño de los 18 se describió más profundo que el de los 65. Sobre un 95% de los jóvenes adultos y tres cuartas partes de los adultos mayores describieron el sueño de los 18 y 65 años en personas sanas sin despertares.

Las creencias irreales sobre el sueño están muy expandidas, entendiendo que el sueño sano no debe tener interrupciones, incluso en adultos mayores. Una educación sobre el desarrollo del sueño, teniendo en cuenta que los despertares durante la noche forman parte de un sueño normal podría ser una medida de salud preventiva y a su vez reducir las ansiedades sobre el sueño.

La Sección ofrece en las Noticias, una selección de artículos de reciente publicación, fundamentalmente de la prensa especializada. Se revisan las consecuencias del estrés prenatal y sus efectos sobre el feto, así como los mecanismos biológicos subyacentes, la influencia de la exposición a psicofármacos durante la etapa perinatal, los posibles factores psiquiátricos influyentes en la hiperémesis gravídica, y cómo mejorar el afrontamiento tras la fecundación in vitro, entre otros. Finalmente, se anuncia la IV Jornada de Salud Mental Perinatal.

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 Dexeus (HUD).

²Psicólogo. HUD.

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

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

⁵Psicóloga. Consejo de Redacción.

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

1. Estrés prenatal y sus efectos sobre el feto y el niño: posibles mecanismos biológicos subyacentes.

Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms.
Glover V.

Advances in Neurobiology 10:269-83, 2015

Muchos estudios prospectivos han demostrado que el hijo de una madre deprimida, ansiosa o con estrés durante el embarazo, tiene mayor riesgo de presentar una amplia gama de resultados adversos, incluyendo **problemas emocionales**, síntomas de **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad** (TDAH) o alteraciones en el **desarrollo cognitivo**. Aunque la genética y el cuidado posnatal tienen un claro efecto sobre estos resultados adversos, la evidencia de un componente causal prenatal es también relevante. La ansiedad/depresión prenatal podría explicar alrededor de un 10-15 % los resultados emocionales/conductuales de los hijos.

Los mecanismos que subyacen a estos cambios, están empezando a ser explorados, siendo un posible factor mediador el incremento de la exposición del feto al **cortisol**, como se ha demostrado en estudios con animales. Sin embargo, durante el embarazo humano, el **eje hipotalámico-hipofisario-adrenal** (HPA) tiene un funcionamiento diferente al de la mayor parte de animales, de forma que, a medida que el embarazo progresa, el eje HPA materno se vuelve gradualmente menos sensible al estrés, lo que comporta que existe una asociación débil, si es que la hay, entre el estado de ánimo prenatal materno y su nivel de cortisol, especialmente al final del embarazo. Las **citoquinas** son posibles variables mediadoras alternativas, y otra posible explicación es que el estrés o la ansiedad provoquen un aumento de la **transferencia de cortisol materno** al feto a través de la placenta; la placenta juega un papel crucial en moderar la exposición del feto a factores maternos y, presumiblemente, también

en la preparación del feto para el medio ambiente en el que se va a encontrar. Existe alguna evidencia, tanto en modelos animales (con ratas) como en humanos, que el estrés prenatal puede disminuir la 11 β -HSD2 placentaria, una enzima que inactiva el cortisol a cortisona; así mismo, se ha demostrado que el nivel de cortisol en el líquido amniótico se correlaciona de forma inversa con el desarrollo cognitivo infantil.

Sin embargo, otros sistemas biológicos podrían estar involucrados, como la **serotonina**, otro posible mediador del estrés prenatal que induce efectos de programación en el desarrollo neurocognitivo y en la conducta de la descendencia. También debe ser considerado el papel de los **cambios epigenéticos** como mediadores entre estrés prenatal y las alteraciones en la descendencia.

2. El estrés gestacional induce comportamientos depresivos persistentes y modificaciones estructurales en el núcleo accumbens en el posparto.

Gestational stress induces persistent depressive-like behavior and structural modifications within the postpartum nucleus accumbens.

Haim A, Sherer M, Leuner B.

Eur J Neurosci. Oct 31. doi: 10.1111/ejn.12752, 2014

Este estudio observa la relación, mediante modelos animales, entre el estrés gestacional y la depresión postparto (DPP) midiendo los cambios en los mecanismos neurobiológicos que se relacionan con la DPP. Concretamente, se examinan los efectos del estrés gestacional sobre la posible conducta depresiva durante los primeros momentos del posparto, así como periodos más lejanos al puerperio, evaluando también si se asocia a una plasticidad estructural alterada en el núcleo accumbens (NAC), un región cerebral que se ha ligado a la DPP.

Los autores observaron que las ratas con depresión, aparecida 8 días después del parto, mostraban un comportamiento más depresivo en comparación con aquellas cuya aparición fue más tardía (22 después del parto). Además, la longitud dendrítica, la ramificación y densidad de las neuronas de la espina media en la corteza del NAC, disminuyeron tras el parto. En general, estos datos no solo demuestran cambios estructurales en el NAC en todo el período posparto, sino también revelan que los comportamientos depresivos en el postparto tras la exposición a estrés gestacional, se asocia con una plasticidad estructural en el NAC y por lo tanto puede dar una idea de los cambios neuronales que podrían contribuir a la DPP.

3. El impacto de la depresión perinatal en la evolución de los síntomas ansiosos y obsesivo-compulsivos

The impact of perinatal depression on the evolution of anxiety and obsessive-compulsive symptoms

Miller EM, Hoxha D, Wisner KL, Gossett DR

Archives of WomensMent Health, (In press)

Estudios previos han demostrado que existe un gran solapamiento entre la depresión perinatal y la ansiedad, de forma que los trastornos de ansiedad aparecen frecuentemente de forma comórbida a los trastornos depresivos, así como aumenta el riesgo a padecerlos. El **objetivo** de este trabajo fue examinar la evolución de los síntomas ansiosos y obsesivo-compulsivos posnatales a lo largo del tiempo, y estudiar la influencia de la depresión en su curso clínico.

Para ello se diseñó un estudio prospectivo en el que se reclutaron mujeres justo después del parto y

se obtuvo información sobre variables demográficas, obstétricas y psiquiátricas. A las 2 semanas y a los 6 meses posparto se contactó con las participantes y completaron instrumentos autoinformados de depresión, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo (*Patient Health Questionnaire -PHQ9*, *State-Trait Anxiety Inventory -STAI*, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and Checklist-YBOCS*). Cuatrocientas sesenta y una mujeres accedieron a participar en el estudio y completaron la evaluación después de 2 semanas del parto. Un setenta y dos por ciento de mujeres (n= 331) completaron la evaluación a los 6 meses después del parto.

Los **resultados** mostraron cómo, a las 2 semanas, las mujeres con depresión (PHQ9 $\geq$ 6 o $\geq$ 4 ítems con puntuaciones >0) presentaron síntomas ansiosos y obsesivo-compulsivos significativamente superiores a los obtenidos por las mujeres no deprimidas [28 (19,9 %) vs 4 (1,3 %); $p<0,001$ y 36 (25,7 %) vs 19 (8,4 %); $p<0,001$ respectivamente). Las diferencias observadas entre deprimidas y no deprimidas en los síntomas obsesivo-compulsivos, persistieron a los 6 meses posparto ($p=0,017$), si bien no se observaron diferencias en el nivel de síntomas ansiosos entre las mujeres con y sin depresión ($p=0,860$).

Los autores **concluyeron** que las mujeres con depresión posparto son propensas a experimentar mayor ansiedad-rasgo y más síntomas obsesivo-compulsivos en el posparto inmediato; mientras que los síntomas de ansiedad estado-rasgo tienden a remitir con el tiempo, los síntomas obsesivo-compulsivos persisten. La comprensión de la evolución temporal de los síntomas tiene implicaciones en la adaptación y monitorización de los tratamientos utilizados; de forma adicional, se apoya la evidencia creciente de la importancia de detectar síntomas ansiosos y obsesivo-compulsivos en el contexto de la depresión posparto.

4. Los factores psiquiátricos no afectan el riesgo de recurrencia de la hiperémesis gravídica

Psychiatric factors do not affect recurrence risk of hyperemesis gravidarum

Magtira AI, Paik Schoenberg F, MacGibbon K, Tabsh K, Fejzo MS.

J Obstet Gynaecol Res. Oct 27 doi: 10.1111/jog.12592, 2014

El **objetivo** de este estudio fue determinar si los síntomas psiquiátricos afectan el riesgo de recurrencia de la hiperémesis gravídica (HG).

La **muestra** consistió de 108 mujeres con HG en tratamiento con fluidos por vía endovenosa en su primer embarazo, que se dividieron en dos grupos en función de la recurrencia de la HG en su segundo embarazo. Se estudiaron las historias clínicas y las participantes completaron una encuesta sobre las características del embarazo y síntomas psiquiátricos. Para comparar los dos grupos se han realizado las pruebas del χ^2 y *t de Student*.

Según los **resultados** obtenidos, se compararon 84 mujeres (71 %) con recurrencia de HG que requirió tratamiento por deshidratación, con 34 mujeres (29 %) que no tuvieron recurrencia de HG. No hubo diferencias significativas en la historia obstétrica, aunque se observó una tendencia hacia un mayor tiempo entre el primero y el segundo embarazo en el grupo de recurrencia ($P=0,08$). No hubo diferencias en cuanto a diagnósticos psiquiátricos pre-existentes, tales como ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno de pánico o trastornos de la alimentación. Tras el primer embarazo con HG, las participantes de ambos grupos eran equivalentes en cuanto a los síntomas de estrés postraumático.

Este estudio es el primero en analizar la relación entre factores psiquiátricos y el riesgo de recurrencia de HG. En **conclusión**, no se identificaron factores que aumentan el riesgo de recidiva tras un embarazo con HG, incluyendo síntomas relacionados con el estrés. Las secuelas psicológicas asociadas a la HG son, probablemente, una consecuencia de los síntomas físicos, como las náuseas y vómitos severos prolongados, la medicación y/o la hospitalización, y es probable que no tengan un papel en la etiología de la enfermedad.

5. El uso maternal de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y riesgo de aborto involuntario – Evaluación de posibles sesgos

Maternal Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Miscarriage – Assessing Potential Biases

Johansen RL, Mortensen LH, Andersen AM, Hansen AV, Strandberg-Larsen K.

Paediatr Perinat Epidemiol. 2014 Nov 10. doi: 10.1111/ppe.12160. 2014

El uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante el embarazo se ha asociado con aborto involuntario, pero la asociación puede estar sesgada por enfermedad mental de la madre, el estilo de vida y la clasificación errónea de la exposición.

Se llevó a cabo un estudio de registro de todos los embarazos en Dinamarca entre 1996 y 2009 a partir de datos individualizados del Registro Nacional Danés de Pacientes, del Registro Médico de Nacimientos, del Registro Danés Psiquiátrico Central, la base de datos de Prescripción Nacional Danesa y de la Cohort de Nacimientos Nacional Danesa (DNBC).

Según los **resultados**, un total de 1.191.164 embarazos fueron incluidos en el estudio, de los cuales 98.275 también participó en la DNBC. Los embarazos expuestos a ISRS durante o antes del embarazo eran más propensos, que los embarazos no expuestos, a un aborto involuntario en el primer trimestre, con una tasa de riesgo (HR)=1.08 [intervalo de confianza 95 % (IC) 1.04, 1.13] y HR=1.26 [95 % CI 1.16, 1.37], respectivamente. No se observaron diferencias en el segundo trimestre en cuanto a aborto involuntario. Los embarazos expuestos a ISRS sin diagnóstico de depresión/ansiedad materna tenían menos probabilidad de aborto involuntario en el primer trimestre que los embarazos no expuestos con un diagnóstico, HR=0,85 [IC del 95%: 0.76, 0.95]. Los embarazos expuestos a ISRS se caracterizaron por un perfil de salud mental y un estilo de vida materna menos saludable que embarazos no expuestos, mientras que no se observaron diferencias significativas entre embarazos expuestos a ISRS durante versus antes del embarazo. Se encontró una desigualdad sustancial entre las recetas y el uso auto-informado de los ISRS, pero no afectó las ratios de riesgo estimado.

En **conclusión**, la confusión entre indicación y estilo de vida en el embarazo puede explicar la asociación entre el uso de ISRS y aborto involuntario.

6. Exposición, en el primer trimestre de gestación, a ansiolíticos e hipnóticos y el riesgo de Anomalías Congénitas Importantes: un estudio de cohorte poblacional de base del Reino Unido

First Trimester Exposure to Anxiolytic and Hypnotic Drugs and the Risks of Major Congenital Anomalies: A United Kingdom Population-Based Cohort Study.

Lu Ban, Joe West, Jack E. Gibson, Linda Fiaschi, Rachel Sokal, Pat Doyle, Richard Hubbard, Liam Smeeth, Laila J. Tata.

PloS One. Jun 25;9(6):e100996. 2014.

Actualmente, en el Reino Unido, del total de mujeres que se les prescribe ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos, un 3 % de ellas se hallan en la fase temprana del embarazo, siendo este porcentaje similar en otros países. Hay pocos estudios que hayan examinado los efectos potenciales teratogénicos de manera aislada de las benzodiacepinas o hipnóticos no-benzodiacepínicos. Un estudio de población húngara no encontró un mayor riesgo de sufrir anomalías congénitas, aunque sí evidenció un pequeño porcentaje de anomalías congénitas específicas en las extremidades. Autores suecos realizaron dos estudios, el primero de los cuales halló incrementos de anomalías en el tracto alimentario; sin embargo, el 31 % de las mujeres de la muestra también tomaban antidepresivos o anticonvulsivos. El

estudio posterior, donde solo se tuvo en cuenta aquellas mujeres expuestas a benzodiacepinas, no obtuvo asociación con anomalías congénitas excepto un riesgo a ciertas alteraciones intestinales. Finalmente, Oberlander y su equipo (Canada, 2008) encontraron que solamente la combinación de benzodiacepinas con antidepresivos, pero no benzodiacepinas solas, se asociaba a mayor riesgo de enfermedades congénitas cardíacas.

El **objetivo** del presente artículo fue estimar, de manera absoluta y relativa, los riesgos de padecer una enfermedad congénita si existe exposición a benzodiacepinas o a otro tipo de fármacos hipnóticos durante la fase temprana del embarazo.

Este estudio, formado por una muestra de 374.196 recién nacidos de madres de entre 15 y 45 años, es un estudio longitudinal que comprende nacimientos desde el 1990 hasta el 2010. Los autores usaron la base de datos del THIN (The Health Improvement Network) donde se registra anónimamente toda la medicación dada antes, durante y después del embarazo a nivel estatal. Se excluyeron mujeres con enfermedades mentales severas (esquizofrenia, bipolar, etc.), mujeres con epilepsia o que tomaran antiepilépticos, pues la literatura muestra un incremento del riesgo a padecer anomalías congénitas. De cada embarazo se controlaron una serie de variables: edad materna, año de nacimiento, estatus socioeconómico, estatus de fumadora y el índice de masa corporal de la madre. En base al nivel de exposición de la madre, clasificaron los niños en 10 grupos de exposición prenatal: 1) madres sin diagnóstico de depresión o ansiedad (grupo control), 2) madres con diagnóstico de depresión o ansiedad en el año anterior o durante el embarazo pero sin tratamiento farmacológico, 3-6) madres prescritas de diazepam, temazepam, zopiclona u otros ansiolíticos hipnóticos sin prescripción de antidepresivos, 7-10) madres prescritas de diazepam, temazepam, zopiclona u otros ansiolíticos hipnóticos con co-prescripción de antidepresivos en el primer trimestre. Los niños de madres expuestas a más de un tipo de ansiolítico/hipnótico fueron incluidos en varios grupos.

La prevalencia Anomalías Congénitas Importantes (ACI) fue similar en todos los grupos: 2,7 % (IC: 99 %, 2,6-2,7 %) en el grupo base, 2,7% (IC: 99 %, 2,4-3,0 %) para madres diagnosticadas pero no tratadas farmacológicamente, 2,7 % (IC: 99 %, 1,6-4,1 %, OR=1,02) en madres expuestas únicamente a diazepam; 2,9 % (IC: 99 %, 1,1-5,9 %, OR=1.07) para las expuestas únicamente a temazepam; 2,5 % (IC: 99 %, 0,9-5,2 %; OR= 0,96) a los que únicamente fueron expuestos a zopiclona y 3,4 % (IC: 99 %, 0,9-8,8 %; OR=1,27) expuestos a otros ansiolíticos/hipnóticos sin antidepresivos. Cuando se valoró el riesgo de anomalías congénitas con la exposición de benzodiacepinas/hipnóticos conjuntamente con los antidepresivos, la OR ajustada fue de 1,07 para diazepam; 1,13 para temazepam; 1,44 para zopiclona y de 1,35 para otros ansiolíticos/hipnóticos. Los riesgos en sistemas congénitos específicos fueron similares en niños expuestos y no expuestos a tal medicación.

En **conclusión**, no se encontró evidencia de un incremento de anomalías congénitas importantes en niños expuestos a benzodiacepinas u hipnóticos no benzodiacepínicos en el primer trimestre de gestación. Estos hallazgos sugieren que la prescripción de esta medicación durante fases tempranas del embarazo es segura en términos de ACIs.

7. Adición de aripiprazol a los antidepresivos para la depresión posparto: un informe preliminar

Aripiprazole augmentation of antidepressants for postpartum depression: a preliminary report

Verinder Sharma & Christina Sommerdyk & Bin Xie

Arch Womens Ment Health. Sep 17. DOI 10.1007/s00737-014-0462-3. 2014

El presente estudio describe los resultados de eficacia y tolerabilidad obtenidos con una muestra de mujeres con depresión en el puerperio (DPP) resistente a los antidepresivos, a las que se les admi-

nistra Aripiprazol de forma coadyuvante. Concretamente, los **objetivos** fueron: evaluar la eficacia de Aripiprazol como un medicamento asociado a los antidepresivos en los síntomas de la DPP y evaluar la tolerabilidad del mismo.

Se utilizaron como **criterios de inclusión**: tener entre 18 y 45 años; diagnóstico DSM-IV-TR de trastorno depresivo mayor; aparición del episodio depresivo en los tres meses siguientes al parto de un bebé sano o fecha próxima al mismo (37 a 42 semanas); una puntuación de ≥ 18 en el Hamilton y de 17 o más en la HAMD; falta de respuesta adecuada a un medicamento antidepresivo; y el uso de anticonceptivos adecuados. Los criterios de exclusión fueron: inicio de episodio depresivo mayor durante el embarazo; otro trastorno del Eje I comórbido; riesgo elevado de suicidio, historia de abuso de alcohol o sustancias dentro de los 12 meses antes de la detección del trastorno; cualquier diagnóstico del Eje II (diagnosticados previamente); antecedentes de falta de respuesta a los antidepresivos; uso de psicotrópicos no permitidos en el protocolo del estudio; el uso de quinolonas como ciprofloxacina; padecer alguna enfermedad física significativa tal como la enfermedad renal en etapa terminal; y lactancia materna.

En el **procedimiento**, las participantes fueron entrevistadas mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-TR para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único o recurrente con inicio en el posparto. Se utilizaron las escalas Montgomery Asberg (MADRS), la HAMD17, Escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S) y la Escala de Impresión Clínica Global de Mejora (CGI-I). Se aplicaron a partir de una línea base y se evaluaron semanalmente para medir la gravedad de la depresión y la respuesta a la medicación. La escala EPDS se utilizó para evaluar la experiencia subjetiva de la depresión. Peso, presión arterial y la frecuencia cardíaca fueron controlados en cada visita de control.

El aripiprazol fue prescrito inicialmente a 2 mg/día en la segunda visita y un aumento semanal con incrementos de 1 a 2 mg según la necesidad, hasta un máximo de 10mg/día. Las visitas de control de seguimiento se llevaron a cabo durante 8 semanas.

Según los **resultados**, las puntuaciones medias en todas las medidas disminuyeron al final del estudio. La respuesta y remisión registraron tasas de entre un 88 y 75 %, con buena tolerancia al Aripiprazol; las pacientes informaron de efectos secundarios leves, como insomnio (N=3), dolores de cabeza (N=2) y náuseas (N=2). No hubo cambios a (hipo) manía durante el tratamiento. Se utilizó Clonazepam (1 mg) con una participante como medicación para el insomnio; todas las demás participantes en el estudio en la semana 8 (N=8) estaban recibiendo una dosis de 2 mg de aripiprazol en su última visita.

Las **limitaciones** del estudio incluyen el diseño abierto y una muestra muy pequeña. Es por ello que las autoras recomiendan que ante estos resultados, se planteen más estudios de este tipo con condiciones metodológicamente más potentes.

8. Beneficios de la intervención en afrontamiento con reevaluación positiva para mujeres que están a la espera del resultado de la Fecundación In Vitro (FIV).

Clarifying the benefits of the positive reappraisal coping intervention for women waiting for the outcome of IVF

Henrietta Ockhuijsen, Agnes van den Hoogen, Marinus Eijkemans, Nick Macklon and Jacky Boivin

Human Reproduction Vol.29, No.12 pp. 2712-2718, 2014

Durante el período de espera tras la fecundación in vitro (FIV), las mujeres suelen presentar niveles significativos de ansiedad, sobretudo de tipo anticipatoria. La intervención en afrontamiento con reevaluación positiva (PRCI) se aplica habitualmente en circunstancias de estas características, como es

una espera médica cuyos resultados podrían amenazar potencialmente al bienestar del paciente. Dicha intervención autoadministrada se conceptualizó a raíz del modelo cognitivo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, y consta de un folleto explicativo y 10 instrucciones diseñadas para promover estrategias de afrontamiento adaptativas, cuya lectura debe llevarse a cabo dos veces al día.

Inicialmente, los autores investigaron, mediante una muestra de 377 mujeres, la efectividad de la PRCI en el periodo de espera de resultados posterior a la FIV. Realizaron un ensayo aleatorizado controlado con tres condiciones de estudio: PRCI-Monitorización y dos grupos control (Monitorización Control y Control de Rutinas Diarias). La monitorización estaba basada en la supervisión diaria de las emociones tanto positivas como negativas de las mujeres, por parte de un especialista, quien las evaluaba en las tres condiciones del diseño.

Tras este ensayo, se reclutaron 110 participantes a fin de estudiar, esta vez, el impacto de la PRCI presentada de manera aislada, sin supervisión emocional concurrente. El **objetivo** de dicho estudio era observar los efectos del PRCI no monitorizado sobre la sintomatología depresiva y ansiosa de las mujeres a la espera de tratamiento FIV, frente a los resultados obtenidos en el ensayo previo. Las participantes llevaron a cabo cuestionarios para medir sintomatología ansiosa y depresiva en tres momentos temporales: pre-intervención de FIV, durante el periodo de espera y post-intervención, así como diversas pruebas médicas.

Los **resultados** obtenidos revelaron una asociación entre la PRCI presentada de manera aislada y la reducción de los síntomas de ansiedad, especialmente anticipatoria, durante el periodo de espera de resultados en un tratamiento de FIV. Asimismo, las mujeres asignadas a este grupo (PRCI sin monitorización) presentaban tasas de embarazo significativamente más elevadas, pero no hubo diferencias significativas en las condiciones clínicas del embarazo, como el latido del corazón del feto, en comparación con los otros tres grupos. Sin embargo, cuando la PRCI se combinó con el seguimiento emocional diario, los efectos se atenuaron. Asimismo, dicha monitorización diaria de las emociones se asoció con una reducción de la sintomatología ansiosa en comparación con el grupo de Control de Rutinas Diarias. La PRCI no tuvo un efecto sobre los síntomas de depresión, por tanto, los autores concluyeron que esta intervención en afrontamiento y la monitorización emocional, tienen una incidencia clara exclusivamente sobre las emociones anticipatorias.

En **conclusión**, según los autores, esta sencilla intervención, de coste reducido, basada en la autoayuda para el afrontamiento, podría resultar beneficiosa para las mujeres que se encuentren en el periodo de espera de un tratamiento de FIV.

II. IV JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL



Viernes 15 de mayo de 2015

El próximo 15 de mayo de 2015, tendrá lugar, en el Auditorio del H. Universitario Quirón Dexeus de Barcelona, el encuentro anual de la **IV Jornada de Salud Mental Perinatal**, una actividad científica patrocinada por la *International Marcé Society for Perinatal Mental Health* y la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES). La Jornada, se consolida a través de su cuarta edición, con presencia de ponentes internacionales y nacionales que nos aportan sus experiencias como elemento de riqueza compartida.

Sin movernos del terreno que nos es propio, este año nos sumergimos en diferentes ámbitos que van desde la **epigenética**, los **estresores prenatales**, el **suicidio materno** y el **infanticidio**, hasta el estado actual de los **dispositivos de salud mental perinatal** propios y ajenos, con la elaboración de propuestas de futuro que mejoren la atención de la salud mental de las madres y su descendencia.

Apostamos de nuevo por el intercambio multidisciplinar, y por la aportación de estudios rigurosos en salud mental perinatal, que quedarán reflejados en las **comunicaciones libres**.

El día previo a la Jornada, como extensión de la misma, se ha organizado un **Taller sobre Trastorno de estrés postraumático posparto: herramientas para la detección, tratamiento y prevención**, impartido por la Dra. Ibone Olza, experta reconocida en la materia.

DIRIGIDO A:

Profesionales de todas las áreas relacionadas con el embarazo y puerperio: psiquiatras, psicólogos, pediatras, obstetras, matronas, enfermeras pediátricas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y enfermeras de salud mental.

OBJETIVOS:

- Revisar la investigación clínica y básica en esta área de salud, que engloba: la atención específica a las gestantes y puerperas, el estudio y tratamiento de la organización del vínculo y de la interacción madre-hijo, y los trabajos en reproducción asistida y salud mental.
- Contribuir al desarrollo de programas docentes que incluyan la salud mental perinatal.
- Fomentar una gestión adecuada de los recursos asistenciales para esta población.

DIRECCIÓN-ORGANIZACIÓN:



PROGRAMA E INSCRIPCIONES:

<http://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/>

Anaís Orobitg¹

¹*Psicóloga. Consejo de Redacción (SPMIJ)*



ADHD and risky sexual behavior in adolescents: Conduct problems and substance use as mediators of risk

Dustin E. Sarver, Michael R. McCart, Ashli J. Sheidow and Elizabeth J. Letourneau.

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2014.

Esta investigación quiso mostrar si existe relación entre el TDAH y las Conductas Sexuales de Riesgo en la población adolescente. Como posibles factores de influencia se valoraron la comorbilidad con los problemas de conducta, el uso de sustancias y el consumo de alcohol.

La muestra de este estudio fue de 115 adolescentes de una edad media de 14'9 años.

Los resultados revelaron que el TDAH y las Conductas Sexuales de Riesgo están vinculados sólo con adolescentes con problemas de conducta comórbidos. Como mediador se vería inmerso el consumo de marihuana, y en menor grado, el consumo de alcohol.



The peer relationships of girls with ASD at school: comparison to boys and girls with and without ASD

Michelle Dean, Connie Kasari, Wendy Shih, Fred Frankel, Rondalyn Whitney, Rebecca Landa, Catherine Lord, Felice Orlich, Bryan King and Robin Harwood

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2014.

El objetivo de este estudio es observar las relaciones sociales de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la escuela, y comparar estas relaciones sociales entre niños y niñas con y sin TEA. La muestra fue de 100 niños/as (50 niños/as TEA y 50 niños/as sin TEA). Los niños/as con TEA fueron emparejados, por edad y sexo, con un compañero de clase.

Los resultados desvelaron que los niños/as con TEA presentan más similitudes entre sí para socializarse que con el grupo de control del mismo sexo. También se observaron mayores tasas de exclusión social en las niñas y niños con TEA que el resto de sus compañeros de clase. En cuanto a género, los niños con TEA eran más abiertamente excluidos, sin manifestarse el rechazo. Ellos se identifican con su propio género a la hora de socializarse y de elegir amigos.

¿Heterodoxia?...

En los últimos años, se han realizado múltiples estudios sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Sin embargo, a día de hoy, siguen existiendo posturas divergentes entre los profesionales sanitarios. Mientras algunos expertos defienden el diagnóstico del TDAH infantil, otros cuestionan la existencia del trastorno. A nivel educativo, la política también ha jugado un papel importante: recientemente el TDAH se ha integrado en la LOMCE, situándolo dentro del grupo de niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE).

En nuestras manos nos encontramos con un libro (1) que siempre con argumentos, constituye una dura crítica a los trastornos en la infancia, concretamente al Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y al Trastorno Bipolar Infantil (TBI).

Los autores inician la obra con una extraordinaria, sorprendente y profunda recogida bibliográfica de cómo se ha ido construyendo históricamente el concepto de TDAH infantil, desde los años 40 hasta la recién categorización del DSM-5. En la actualidad, el manual DSM-5 define el TDAH como un trastorno orgánico cerebral. Sin embargo, los autores refutan este criterio señalando la ausencia de biomarcadores que demuestren algún fallo orgánico, y la carencia de pruebas médicas específicas para el diagnóstico. Así como también, aseguran que hay ambigüedad en los criterios diagnósticos de DSM para el TDAH y que no haya ningún test evaluativo que permita diagnosticarlo, por lo que el diagnóstico se limitará a unos síntomas. Llegados a este punto donde no se puede demostrar que hay un diagnóstico clínico o una explicación bioquímica de determinados neurotransmisores, los autores se plantean la posibilidad de un problema motivacional frente a la inexistencia de un déficit atencional. Esta reflexión da pie a dedicar unos duros capítulos a los efectos adversos de los fármacos usados en niños y a la ausencia de estudios a largo plazo de estos fármacos administrados en menores, y todo ello les lleva a desvelar la presencia de conflicto de intereses con las empresas farmacéuticas, mencionando el

término *disease mongering* o promoción de enfermedades con el fin de conseguir una medicalización. Estas explicaciones mencionadas anteriormente, junto con la facilidad de un autodiagnóstico desde casa (online), La gran mayoría de niños diagnosticados presentan, en su entorno familiar o escolar, (conductas impropias debido a no saber tolerarlas o modificarlas de forma adecuada) conduce a un sobrediagnóstico de TDAH.

En relación al apartado de Trastorno Bipolar Infantil, los autores vuelven a destacar por su radiante paso del trastorno a lo largo de la historia. Actualmente, el TBI aparece en el manual DSM-5 como un nuevo diagnóstico: *trastorno de desregulación disruptiva del humor*. Los autores vuelven a introducirse en el mundo de los fármacos, dedicando varias páginas a los llamados *cócteles para niños*, esta vez centrándose en la medicación para el Trastorno Bipolar Infantil.

De todas formas, podríamos valorar que encontramos un cierto autocuestionamiento: se reconoce que algunos estudios demuestran que las intervenciones de pautas conductuales a padres son más eficaces que la medicación, cosa que puede dar pie a entender que se cuestiona el tratamiento farmacológico, pero no diagnósticos y tratamientos psicológicos.

En resumen, este es un libro fundamentado con referencias científicas y clínicas sobre ambos trastornos. Los autores destacan que, tanto el TDAH como el TBI, carecen de entidad clínica: su etiología aún no ha sido identificada y no son diagnósticos con validez, pese a la gran cantidad de estudios e investigaciones. No cabe la menor duda que, en ambos trastornos, el uso de psicofármacos es un tema polémico y las consecuencias a largo plazo preocupan en determinados sectores, además que se puede aceptar que hoy en día hay una tendencia a sobrediagnosticar y, probablemente, una cantidad de niños con problemas reciben un diagnóstico erróneo y un tratamiento sin eficacia... Y que, como consecuencia, muchos padres respiren tranquilos cuando un profesional pone un nombre o etiqueta a esas conductas tan molestas o inapro-

piadas de su hijo, sin ser conscientes de la importancia de tener un hijo “enfermo” o con un trastorno.

Se trata de un libro claramente polémico y que concluye con una reflexión que lo define: «*Con todo, el propósito del libro no era más que tratar de contribuir a la vuelta a la normalidad, con sus problemas, dificultades, responsabilidades y ayudas que sean necesarias y saludables*». Puede y debe ser replicado con contraargumentos también científicos, clínicos y educativos, pero nadie le podrá quitar un ápice de su interés.

La recomendación: *Conocer la heterodoxia de opinión sobre unos trastornos tan conocidos y tratados, es siempre necesario y más cuando viniendo de expertos como los que lo suscriben,*

algunos de los cuales ya se habían distinguido por su clara adscripción a la duda más o menos razonable. Aunque no estemos de acuerdo, lo cual también es razonable, por cierto.

Anaïs Orobitg

Sección de Psicopatología Infantil y Juvenil
anaïs.orobitg@gmail.com

(1) García de Vinuesa, F., González Pardo, H., Pérez Álvarez, M. (2013).

Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del Trastorno Bipolar Infantil.
Alianza Editorial. Madrid.

Tratando la obesidad: despejando la zona gris

La obesidad es una enfermedad crónica que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, cuyo origen reside en la interacción genética y ambiental dada por un desequilibrio entre la ingesta alimentaria y el gasto energético. Inicialmente el tratamiento de la obesidad se ha fundamentado en dos factores principales: por un lado, la dieta hipocalórica y por otro la realización de ejercicio físico, basado en el supuesto de que éste trastorno se debe a una ingesta excesiva de calorías y un desgaste energético insuficiente promovido por un estilo de vida sedentario. Hace pocos años que el enfoque cognitivo-conductual se estabilizó como la intervención psicológica más común en el trastorno. Se ha centrado en los siguientes aspectos; 1) promoción del autocontrol mediante registros de alimentación y actividad física; 2) control de estímulos a través de identificación de señales asociados a la ingesta; 3) educación en nutrición; 4) modificación de la conducta de comer; 5) realización de actividad física y 6) empleo de técnicas de reconstrucción cognitiva y resolución de problemas.

Aún así, plantear un tratamiento para la obesidad que solamente contemple estos factores es incompleto, ya que se ha demostrado que la modifi-

cación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero que para mantenerlo a lo largo del tiempo resulta imprescindible tener en cuenta otros matices como comorbilidad con otros trastornos como ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

José I. Baile Ayensa y María J. González Calderón(1), exponen la intervención terapéutica del paciente obeso, sesión por sesión.

Un texto dirigido fundamentalmente al psicólogo, procurándole estrategias para diseñar y protocolizar el tratamiento de un caso de obesidad individual. Arrancan con la definición y evaluación y posteriormente, se centran en las sesiones de evaluación, análisis funcional y tratamiento con procedimientos del seguimiento del caso hasta el cierre.

He ahí un libro que, subraya, a parte de la importancia de una intervención por un equipo multidisciplinar en esta enfermedad, la importancia del rol del psicólogo clínico. Contiene importantes aspectos del tratamiento sistemático de la obesidad, que como tratamiento no tiene ni muy largo recorrido ni marco teórico. Cuando se exponen las sesiones (siempre con una introducción, obje-

tivos, técnicas y estrategias, acciones y actitudes terapéuticas e materiales prácticos) también se incorporan varios ejemplos de situaciones y retos que se pueden plantear y sus posibles soluciones. Un lector dentro del ámbito profesional se sentirá identificado con las situaciones que son muy auténticas y comunes. Mención especial a las partes destinadas a exponer las tareas en el período de interconsultas y al finalizar la terapia. Revisa los puntos clave y siempre guía al psicólogo en los pasos a seguir. La obra siempre consigue guiar al profesional, cubriendo aspectos y situaciones desde como llevar un análisis funcional muy completo hasta como finalizar la terapia de un modo en que el paciente se sienta seguro incluso hasta los últimos seguimientos fuera de la consulta, como método de prevención de recaídas.

La recomendación: *Una guía terapéutica dirigida al psicólogo que trata la obesidad con te-*

rapia individual. Imprescindible como material de consulta para profesionales a los que interesa esta disciplina dentro de la salud mental. Un libro muy práctico, escrito en un lenguaje directo para tratar a nivel individual todos los tipos de obesidad.

Katarina Gunnard

International Editorial Board

Jefa de la Unidad de Trastornos de la

Conducta Alimentaria.

Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina

Psicosomática. Hospital Universitario

Dexeus, Barcelona

kgunnard@psicodex.com

www.psicodex.com

(1) J.I. Baile Ayensa y M.J. González Calderón (2013).
Tratando...obesidad. Ediciones Pirámide.

El deseo, siempre el deseo

El Deseo Sexual Inhibido (DSI), sobretudo el femenino, sigue estando en el epicentro del interés, no solamente de los profesionales dedicados específicamente al tema sexológico, sino también del resto de especialistas: la iatrogenia, omnipresente, o las consecuencias de diversas enfermedades o cirugías acogen estudios tanto clínicos como experimentales con frecuencia progresiva. Cuando el DSM IV-TR reinaba en su esplendor discutible, el estudio epidemiológico PRESIDE (Shifren *et al*, 2008), sobre 31581 mujeres ofrecía un porcentaje de un 38,1 % de DSI y 26,1 % de baja excitación. Pendientes estaremos de lo que signifiquen estos datos cuando se apliquen criterios DSM V, si es que se aplican...

En efecto el DSM V lo ha complicado al concatenar **excitación sexual femenina con trastorno del interés** (que sustituye a deseo), en sus criterios diagnósticos. Probablemente todo parte de la idea sobre la escasa evidencia empírica que avala la aplicación de los modelos lineales (como los

de Master y Jhonson, Kaplan o Carrobbles), para describir la respuesta sexual femenina, siendo más apropiados para el hombre. Basson (1) ofrece una concepción holística de la RSH mediante dos secuencias: *circular*, donde se produce un “feedback” entre la respuesta de excitación y el deseo, y *secuencial*, de manera que las relaciones sexuales serían motivadas por un deseo espontáneo que desencadenaría las fases sucesivas. En estas dos secuencias concatenadas se basa el “acuerdo DSM V”. Se encuentra una alta superposición entre el deseo, (al menos subjetivo) y la excitación. Aparte, debemos considerar los subgrupos de mujeres en los que la secuencia no siempre es deseo-excitación, sino absolutamente al revés. Pero lo más importante es la liquidación del concepto “adecuada respuesta de lubricación”, al referirse a la excitación, debido a la evidencia de que el incremento del flujo sanguíneo vaginal, durante la exposición a los estímulos sexuales, puede ser una respuesta relativamente “automática” y que las

mujeres pueden o no ser conscientes de ello. De ahí, que prefieran hablar de “sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas...”. Si bien aceptaremos esta nueva acepción (Trastornos del interés/excitación sexual femenino: TISEX, que sustituiría al reconocido DSI), me permitirá el lector que para el comentario de este libro (2) escrito antes de la eclosión del DSM V, siga utilizando DSI aunque los autores por su amplia experiencia clínica, seguro que se pueden permitir esta y otras licencias.

“Tócame otra vez” es un título que puede confundir e incluso incomodar a ciertos lectores –sobre todo profesionales– aparentemente sesudos. A mí, me parece un título perfecto para que recibamos el mensaje comprensible sobre los elementos básicos para “reavivar el deseo sexual”, como subtitulan Costa y López Méndez. El prólogo, que debemos al maestro Carrobbles, nos permite introducirnos en el enfoque diáfano del libro y viene muy a cuento con la reflexión que ha precedido este propio comentario. En efecto ante la variedad y complejidad conceptual implicados en el deseo, contrasta especialmente el enfoque y las soluciones prácticas propuestas por los autores, de amplísima experiencia tanto en publicaciones de impacto científico como de divulgación. Esquivan en gran medida las disquisiciones teóricas, apostando por la sencillez expositiva a través de una excelsa capacidad didáctica para llegar a los lectores, que a su vez son pacientes ávidos no solamente de “recetas”, sino de la vuelta –o primigenia adquisición– a los paisajes propios de sus sensaciones y a disfrutar de su presencia. Desde la introducción –con la maravillosa metáfora de la “mariposa azul”– estalla un rosario inacabable de sugerencias que nos permiten aconsejar y ser aconsejados para cuidar, revivir y fortalecer el deseo sexual.

Maravilla la capacidad para explicar la fuerza del deseo, mediante parábolas diáfanas como la del pez “apasionado” y la ostra exigente en su intimidad, lo que les permite explicar sin ningún obstáculo de incomprensión el modelo básico sobre el que se vehicula el impulso o el interés, como queramos llamarlo. Lo que viene después es una pequeña maravilla y seguro que un gran descubrimiento para muchos. Costa y López resumen con un lenguaje hermoso y extremadamen-

te cuidado los diversos hallazgos tanto fisiológicos (ahí están las referencias al punto G o al estallido del orgasmo), pero sobre todo las “posibilidades” sensoriales con referencias literarias que sirven perfectamente para que entremos con extrema facilidad no solamente en la comprensión de lo que leemos sino en las ideas para expresarlo. Ahí es nada aprovechar la maravilla del “Cantar de los Cantares” para hacernos entender la capacidad de exploración del potencial sexual y erótico de todo el cuerpo.

Cuando abordan el DSI, acuden a datos autóctonos como los de Sierra y colaboradores que reportan un 39,8 % de mujeres y un 26,3 % de hombres! Datos que son superiores a los niveles promedios de España, parejos a los de Francia, Israel o Italia (29,6 % en mujeres y 13 % en hombres). Explican las posibles causas con otros ejemplos literarios como el de la educación sentimental de Ana Ozores, protagonista de “La Regenta”, anestesiada en sus deseos y sentimientos, hasta llegar al embotamiento y el bloqueo del interés por el sexo y su respuesta. No se olvidan de nada, como era de esperar (desde la pareja y sus conflictos hasta los efectos de la edad y la ansiedad de rendimiento o la depresión), y un repaso de las luces y sombras de la intimidad. Pero acuden rápido a las soluciones con no solamente declaraciones de intenciones sino incitándonos a la “aventura de aprendizaje y de cambio” con la reivindicación asertiva del derecho al placer que culmina con el feliz hallazgo de lo que titulan “Carta Magna de los Derechos Fundamentales de la Sexualidad”. Una invitación a abrir la ostra cerrada, apela a mejorar los sistemas de comunicación y comprensión, asumiendo la intimidad. Un cierre final donde se reivindica el propio cuerpo y los deleites que se anuncian, no invita a descubrir o redescubrir el escenario y disfrute de la obra de la vida como lo es el sexo realmente compartido.

Cuando se anuncian en el Tratamiento de las Disfunciones Sexuales, las terapias de tercera generación, un libro que apuesta por centrarse en las sensaciones eróticas y ayudar a comprenderlas, no obvia el permitir un preámbulo para abordar los patrones cognitivos desadaptativos con mayores depósitos de crédito y posibilidades de éxito.

Bienvenido libro de unos autores que no en vano merecieron el premio Cultura de la Salud en

2010 con el que la Asociación de Educación para la Salud distingue a profesionales que han destacado por su trabajo en el campo de la educación sanitaria en España. Ahí tienen Vds. una más de las razones que justifican plenamente este premio.

La recomendación. *Para profesionales interesados en el abordaje del deseo devastado. Encontrarán ejemplos y sugerencias que les harán saltar de gozo y harán sus caminos más fáciles. Y desde luego para que lo recomienden a sus pa-*

cientes que verán mucho más diáfano compartir menú y compañía.

J.M. Farré Martí
Editor

- (1) Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot. Res* 2008; 20:466-478.
- (2) "Tócame otra vez". Revivir el deseo sexual. M. Costa y E. López-Méndez. Pirámide; Madrid.

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: psiquiatria.dex@quiron.es	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	C&C Congresos y Convenciones 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 inscripcion en: www.psicodex.com	BARCELONA
IV Jornada de Salud Mental Perinatal	15 Mayo 2015	Más información e inscripcion en: www.psicodex.com	BARCELONA
XXX Jornada de la SCRITC	29 Mayo 2015	E-mail: info@scritc.cat Web: www.scritc.cat	BARCELONA
XI Curso Post-Apa	9 Junio Barcelona 11 Junio Madrid 2015	Viajes Halley, S.A. Telf.: 91 455 00 28 Fax: 91 549 93 48 E-Mail: congresos@viajeshalley.es	BARCELONA Y MADRID
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
46º Congreso de Sociedad Española de Medicina Psicosomática	19-21 Febrero 2016	Web: www.semp.org.es	SEVILLA

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 psicología somática. 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 atenderse 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 referees”– para su posterior publicación. Una vez producida la aceptación definitiva de un trabajo para su publicación (después de posibles modificaciones sugeridas) el autor principal recibirá acuse de aceptación. Los artículos serán publicados indistintamente en español y en inglés.

Conflicto de intereses

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

AUTHOR GUIDELINES: CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ii. Chapters in collective books: Author(s) (surname, coma, first 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).

Conflict of interest

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

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

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

LETTERS TO THE EDITOR

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