



www.cuadernosdemedicina.com

CUADERNOS DE

MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Revista Iberoamericana de Psicopatología
y Psicología Clínica

118

Abril - Mayo - Junio ☆ Año 2016



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.
G. Lasheras Pérez (MARES), H.U.D. Barcelona.

Editor Honorario: *C. Mur de Viu*. Presidente de la SEMP. Madrid.

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. F Psicología (FP). U.A.B. Barcelona.

E. Gelabert. FP. U.A.B. Barcelona.

G. Mestre. H.U.D. Barcelona.

I. Rovira. HCUB. Barcelona. H. Clinic. U. de Barcelona (HC.UB.) Barcelona.

Sección de Psicopatología Infanto-Juvenil (SPMIJ):

ASESOR: *J. Toro*. F.M.U.B. Barcelona.

COORDINADORES: *M. Agulló*. Dp. Ensenyament Generalitat de Catalunya (DEGC) y *A. Orobitg* (H.U.D.) (Colab). Barcelona.

J.A. Alda. H.S. Joan de Deu. Barcelona.

A. Benito de la Iglesia. FP. U.Complutense. Madrid.(UCM).

L. Ezpeleta. FP. UAB. Barcelona.

C. Larroy. F.P.U.C.M. Madrid.

L. Lázaro. H.U.C.B. Barcelona

J. Méndez. U. de Murcia

I. Moreno. Universidad Sevilla.

M. Pamias. Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT). Sabadell.

Sección de Conductas Adictivas Comportamentales

ASESOR: *J.J. de la Gándara*. H.U. Burgos. Burgos.

COORDINACIÓN: *S. Jiménez-Murcia*. H.U. de Bellvitge. U.B. Barcelona.

V. Ferrer-Olives. H.U.D. Barcelona.

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

Consejo Editorial:

DIRECCIÓN: *A. Lobo*. H.C.U.F.M. U. Z.

COORDINACIÓN: *J.A. Monreal*. C.S.P.T. Sabadell.

J.J. de la Gándara. H.U. Burgos.

E. Echeburúa. U. del País Vasco. S. Sebastián.

E. García-Camba. H. de la Princesa. (U.A.M.). Madrid.

F. Labrador. U.C.M. Madrid.

B. Sandín. UNED. Madrid.

P.A. Soler Insa. H. Mutua de Terrassa. U.B. Terrassa.

M. Valdés. F.M. U.B. Barcelona.

M.A. Vallejo-Pareja. F.P. UNED. Madrid.

Sección de Sexología y Salud Mental

ASESORES: *F. López*. F.P. U. Salamanca

E. Maideu. H. Comarcal del Ripollès. Girona.

COORDINACIÓN: *C. Chiclana*. FM. UCEU-San Pablo. Madrid. SAMP

MIEMBROS: *A.L. Montejo*. (AESEXSAME). H.C.U.F.M. Salamanca.

C. Giménez-Muniesa. C.S.P.T. Sabadell.

G. Mestre. H.U.D. Barcelona.

E. Oller-Ariño. 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.
M.A. Fullana. Barcelona.
LL. García-Esteve. (MARES). 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.
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.
S. Subirá. (MARES). Barcelona.
A. Tobeña. Barcelona
R. Torrubia. Barcelona.
E. Vieta. Barcelona.

International Editorial Board:

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

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

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

Artículos de Divulgación:

COORDINACION: *J.J. de la Gándarra*. Consejo Editorial. Burgos.

Consejo de Redacción (CR):

COORDINADOR: *M. Agulló*. DEGC. Barcelona.
M. Álvarez-Romero. *S. Andaluza de Sexología*. (SAMP).
J. Arbesu. (SEMERGEN). Madrid.
B. Cejas. H.U.D. Barcelona.
N. Fort. (SPMIJ).CSPT. Sabadell.

A. Gil. (MARES).CSM Molina de Segura.
B. Gómez Vicente. Castellón de la Plana.
J. Osma. (MARES). F.P.U. Zaragoza.
J. Puntí. (SPMIJ). Sabadell.
M. Sánchez Matas. (SPMIJ). Barcelona.
M. Sánchez-Santacreu. (SPMIJ)H.U.D.(Colab).Barcelona.
I. Tolosa. H.U.D. Barcelona.
A. Torres. (MARES) H.C.U.B. 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: *D. Restrepo*. Medellín.

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

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

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

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

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

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

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

CUADERNOS ESTÁ INCLUIDO EN LAS BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS INTERNACIONALES

PSICODOC E ISOC

(BASE DE DATOS DEL CSIC)

EXCERPTA MÉDICA – LATINDEX – MIAR – CARHUS

ULRICH'S – ERIH – DIALNET

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



Sociedad
Marcé
Española
(MARES)

EDITA **m** editorial
édica

COORDINA: MARISA PRIETO

ISSN Electrónico: 1695-4238

scritc
Societat Catalana de
Recerca i Teràpia del
Comportament

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

Año 29 🌸 **Nº 118** 🌸 **Abril - Mayo - Junio 2016**

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

Fotocomposición, Fotomecánica y Maquetación: Grupo Fotocomposición. Madrid.

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

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

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

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

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Nombre.....

Apellidos.....

Calle y N°.....

Ciudad.....C.P.....Prov.....

Profesión.....Teléfono.....

Correo Electrónico.....

Forma de pago Domiciliación bancaria. Es más cómoda y reduce incidencias

(rellenar boletín adjunto)

PAYPAL (on line)

Firma

Otros países Talón adjunto

Cheque bancario

Precio suscripción de un año (cuatro números)

Instituciones: 75€

España y Países Europeos: 45€

Extranjero: 48\$ USA

Socios SEMP, SEMERGEN y MARES (Con documento acreditativo): 30€

Estudiantes (Con documento acreditativo): 20€

Domiciliación: autorización de pago

Nombre.....

Domicilio.....

Población.....

Titular de la cuenta.....

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

Firma Banco o Caja de Ahorros.....

Domicilio.....

Cuenta.....

Sucursal.....C.P.....

N° de cuenta (10 dígitos).....

(Rogamos escriban con letra de imprenta o a máquina)

Enviar suscripción a:

EDITORIAL MÉDICA

C/ Gamonal, 5, 5ª planta, nº 9

28031 Madrid – Correo Electrónico: editorialmedica@editorialmedica.com

Editorial

Rompiendo el silencio: la salud mental perinatal. *J.M. Farré*7

Editorial Invitada

Estado actual de la Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace en Chile. *Marcelo Valdebenito*..... 11

Artículos Originales

El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden?.

Handling difficult patients: What happens when patient and therapist don't understand each other?. *Irati Merino, Aranzazu del Castillo-Figueruelo y Carmina Saldaña*15

Valoración de parámetros inmunitarios tras un programa integrado de Inteligencia Emocional y

Mindfulness: un estudio piloto. Assessment of immune parameters after an integrated program of Emotional Intelligence and Mindfulness: A pilot study. *M. Páez-Gómez, N.S. Ramos-Díaz, S.M. Hernández-Osorio*25

Impacto del estrés y de las variables psicosociales en el curso clínico y en la calidad de vida

de los afectados por la esclerosis múltiple. The impact of stress and the psychosocial variables on both the course of the disease and quality of life of multiple sclerosis patients. *Laura Fábregas casas, Montserrat Planes Pedra, Eugènia Gras Pérez, Lluís Ramió-Torrentà*36

Autism Spectrum Disorders and Ehlers-Danlos Syndrome Hypermobility-Type: Similarities in clinical presentation.

Trastornos del Espectro Autista y Síndrome de Ehlers-Danlos Hiper móvil: Similitudes en la presentación clínica. *Carolina Baeza-Velasco C, Claude Hamonet, Amaria Baghdadli & Regine Brissot*49

Decision-making in opioid-dependent individuals using the Iowa Gambling Task.

La toma de decisiones en dependientes de opiáceos mediante la Iowa Gambling Task. *Graça Areias, Rui Paixão, Ana Paula Figueira*59

Artículo de Divulgación

La vivencia de la sexualidad en la adolescencia(1).

Living of sexuality in adolescence. *Silvia Egea Tresgallo*71

Noticias de Psicosomática. *G. Mestre e I. Tolosa*80

Noticias de Salud Mental Perinatal.

Gracia Lasheras, Borja Farré-Sender, Liliana Ferraz, Estel Gelabert, Gemma Mestre, Ingrid Rovira, Elena Serrano86

Noticias de Psicosomática Infanto-Juvenil. *Anaïs Orbitg*97

contenido

Noticias Sección Adicciones Comportamentales. <i>Susana Jiménez Murcia, Verónica Ferrer</i>	99
Notas sobre Libros	107
Comentario de Libros	
De Ud. depende que la hora del almuerzo no sea la madre de todas las batallas. <i>Anaïs Orobitg</i>	108
Crónicas de Congresos	109
Agenda	112

Rompiendo el silencio: la salud mental perinatal

“La noche sale de su oscuridad,
es luz de aurora
y de esperanza”

(Rafael Caría. Poeta sardo, 2013)

*A*hí están, en su V Jornada (1). La Sociedad Española de Salud Mental Perinatal (MARES) fue fundada bajo la presidencia de una de las máximas exponentes en los estudios sobre la prevención y tratamiento de la depresión posparto, la Dra. Lluïsa Garcia-Esteve, que dirige un equipo emblemático en la Maternidad-Hospital Clínic dedicado, además, a la asistencia e investigación de otros campos como el estrés perinatal, el apego o la violencia de género. Garcia-Esteve consiguió aunar los esfuerzos de profesionales de altísimo nivel entregados a la difusión y expansión de la salud mental perinatal, pero también a la participación activa en proyectos sociales, como el intento de reconocimiento del Día Internacional de la Salud Mental Materna.

Acompañada por Susana Subirá (Universidad Autónoma de Barcelona) y M^a Gracia Lasheras, coordinadora del programa correspondiente en el H. U. Dexeus (en cuyo Auditorio se celebra el evento), lleva cinco años consecutivos coordinando una Jornada que empezó con extrema fuerza y que ha recorrido todos los caminos que confluyen en las diversas situaciones que conforman el entramado propio de la prevención y tratamiento de la salud mental perinatal. El resultado, un estallido de ideas, comunicaciones y trabajos que han sorprendido por su riqueza metodológica y su compromiso social. Obstetras, matronas, psiquiatras y psicólogos se asocian para mostrar lo mejor de sí mismos en esta especie de conciencia colectiva que presupone el estar conectados por el entusiasmo ante una disciplina que se muestra absolutamente imparable en el crecimiento científico exponencial, pero también en su compromiso social.

La Jornada es siempre un éxito de público, por ello no le ha costado llegar a su 5^a edición, que no deja de ser un hito que marca la delgada frontera que separa la solidez de un proyecto y su consolidación definitiva. ¿Qué nos propone esta quinta edición? El impacto de las TIC en la prevención de la depresión posparto (DPP), cuya referencia es la profesora A. Barrera, de la Universidad de Palo Alto en California y que es moderada por un conocedor internacional de la aplicación de las nuevas redes comunicativas, como es el profesor J. Osma (Universidad de Zaragoza-Teruel), uno de los miembros más activos de la MARES. El impacto de factores nutricionales, pero también del ya reconocido vínculo en el neurodesarrollo de la descendencia, los efectos de la inadmisibile violencia de género, el interés de las Unidades en Neonatología para afrontar el estrés de las madres, y dos ponencias de fondo que profundizan en dos situaciones que conforman el día a día asistencial: la depresión posparto y el apego. Todo ello defendido por la propia Garcia-Esteve, B. Farré-Sender, C. Hernández, J. Julvez, M^a G. Lasheras, A. Mansukhani, P. Navarro, B. Palacios, R. Porta, A. Roca, E. Ro-

da, M. J. Tarragona y A. Torres. Lo que culminará en una propuesta de Alianza Global de Salud mental perinatal Iberoamericana que defenderá A. Gil-Sánchez, representante internacional de la MARES y profundo conocedor de diversos modelos de salud mental perinatal, tanto europeos como latinoamericanos. Las comunicaciones libres nos permitirán recorrer la producción del creciente ascenso de especialistas de diversas disciplinas que investigan, con seriedad y rigor, los distintos tópicos que conforman la salud mental perinatal.

Pero no nos dejemos llevar por un entusiasmo excesivo. En el reciente congreso ISPOG (2), celebrado en Málaga, A. Gil y el que firma esta editorial presentamos los contrastes entre los programas europeos y los resultados de una Encuesta en Servicios de Salud Mental Hospitalarios en Cataluña y Baleares, que revelaba que solo el 11 % de los hospitales disponen de una Unidad específica para la atención de la salud mental perinatal, con un equipo multidisciplinar. Detectamos también la baja tasa de hospitales que utilizan instrumentos de evaluación sistemática de forma protocolizada y que un 82 % no empleaba métodos de screening de forma habitual para detectar trastornos mentales relacionados. Así y todo, en estos hospitales, con unidad de salud mental perinatal o sin ella, en cuanto a la prevalencia de trastornos concomitantes con este periodo se encuentran, con mayor frecuencia, la depresión en el embarazo (55 %), la depresión posparto (22,2 %), los trastornos de ansiedad (18,5 %), el duelo por muerte fetal (14,8 %) y la psicosis puerperal (11,1 %), así como trastornos adaptativos por aborto y alteraciones del vínculo posparto (11,1 %). Ninguno de los hospitales consultados dispone de hospitalización conjunta madre-bebé. En tan solo un 11 % de ellos se contempla la hospitalización para las madres y, en caso de ingreso por muerte fetal, solo en el 18 % de los hospitales se realiza interconsulta de forma protocolizada.

Queda mucho camino. El primero, que no nos quedemos en el nicho ecológico, importantísimo, pero nicho al fin y al cabo; que no nos dejemos llevar por exceso de complacencia por los excelentes resultados de nuestras investigaciones (gozamos de varias publicaciones en revistas de impacto de socios o allegados a la MARES y la propia Dra. García-Esteve recibió el Premio Internacional al Mejor Póster, presentado en Swansea el año pasado), como ejemplo del alto nivel en nuestro ámbito. Pero ello no obvia que nos falte más compromiso asistencial y docente, a fin de no quedarnos en la mera interconsulta, con algún que otro elemento aislado que, como pasa siempre con las individualidades fuertes, que trabajan con precisión y entusiasmo, se deja llevar por la alegría del reencuentro con sus colegas, apasionados profundos, pero centrados demasiado en un mundo propio. Cuadernos ha estado desde el primer momento al lado de la MARES; no solamente participando activamente en la publicación de números monográficos dedicados al libro de ponencias de las jornadas, sino también creando la Sección de Salud Mental Perinatal, coordinada por la Dra. Lasheras, reflejo de un trabajo impagable que se plasma, no solamente en las noticias habituales, sino también en el montaje de los susodichos números monográficos. También gozamos del honor de ser el órgano oficial de la propia MARES, siendo su nueva presidenta la Dra. M^a Gracia Lasheras, a su vez Editora Asociada de Cuadernos. La Dra. García-Esteve pasa al Consejo Asesor, donde seguirá aportándonos riqueza intelectual y entusiasmo sin límite. Apostamos por la Salud Mental Perinatal, a la que no solamente debemos ver con ojos de esperanza, sino como una realidad tangible.

J.M. Farré
Editor

BIBLIOGRAFÍA

- (1) V Jornada de Salud Mental Perinatal. Organiza la Sociedad Española de Salud Mental Perinatal (MARES). Viernes 10 de junio de 2016. Auditorio H.U. Dexeus, Barcelona. Corodinan H. U. Clínic (Barcelona), H.U. Dexeus (Barcelona) y Universidad Autónoma de Barcelona.
- (2) XVIII Congreso Europeo de la Sociedad Internacional de Psicopatología de Obstetricia y Ginecología (ISPOG). Celebrado el 12 de mayo de 2016 en Málaga.



Estado actual de la Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace en Chile

“Desde el cuerpo concreto que se tiene, se padece y disfruta, hasta el cuerpo que se es, desde el soma material objetivable hasta el movimiento expresivo de una mano, desde el cuerpo que en su estructura y fisiología sostiene al ser humano hasta la subjetividad traducida en mímica” (6).

Este extracto del libro del maestro de la psiquiatría chilena Rafael Parada, “Patopsicología y Psicopatología”, sintetiza de manera magistral la necesidad de articular una vinculación entre el terreno de los significados y el de las ciencias biológicas (6). La psiquiatría de enlace, abocada a este desafío de la especialidad, incluye en un hospital general las actividades clínicas, docentes y de investigación de los psiquiatras, en las unidades de otras especialidades, a través de una clínica psicosomática integradora y biopsicosocial (7,3). El concepto de “enlace” expresa una forma de cooperación que va más allá de la clásica interconsulta, incluyendo el cuidado directo, la discusión de casos, participación en ronda de hospital, discusión de guardia y educación continua de equipos de salud (9).

La inserción de la psiquiatría en Chile a los lineamientos de la reforma en el mundo, se evidencia en la creación de servicios de psiquiatría dentro de los hospitales generales, la integración del quehacer del psiquiatra en el ámbito de la medicina en otras especialidades, la aplicación de los principios de la medicina psicosomática y en su incorporación cada vez más participativa dentro del quehacer de la medicina general (3).

En el proceso participativo que se está implementado en la actualidad, para desarrollar la segunda actualización del plan nacional de psiquiatría, se ha expresado un amplio consenso en avanzar en el fortalecimiento de las unidades de salud mental en los hospitales generales de alta y mediana complejidad, en generar más unidades de corta estadía en estos centros y más unidades de enlace, estando aún en discusión el rol que deben jugar los cuatro hospitales psiquiátricos como articuladores y centros de referencia dentro de la red de servicios de salud mental del país.

En concordancia con la conceptualización expuesta en párrafos anteriores, se destacan cinco áreas donde la psiquiatría de enlace en Chile presenta significativos avances, a saber:

1. Equipos de salud mental en el ámbito de otras especialidades médicas, para pacientes internados en hospitales generales. Definida como el área de la psiquiatría clínica que incluye todas aquellas actividades diagnósticas, terapéuticas, docentes y de investigación que realizan los psiquiatras en las áreas no psiquiátricas de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Aquí la psiquiatría de enlace tiene una presencia consolidada, con especial desarrollo en los centros clínicos universitarios y con un crecimiento paulatino

y sostenido en el área de la salud pública. La existencia de un plan nacional de psiquiatría desde el año 2000, ha permitido fortalecer el desarrollo de unidades de corta estadía junto a la existencia de equipos de psiquiatría de enlace en hospitales generales, los cuales tienden rápidamente a evolucionar desde un modelo de interconsultas a la de una relación con el equipo clínico, promoción de educación continua, generación de protocolos y entrega de tratamiento desde una perspectiva biopsicosocial (5). La presencia de estos equipos dentro de los hospitales generales ha demostrado poder mejorar la oportunidad y pertinencia de la solicitud de consulta, la calidad del servicio, las habilidades de comunicación, valorar su aporte en la resolución de problemas y disminuir la duración de la hospitalización (4,8). A su vez, el desarrollo de líneas de investigación con otros especialistas ha contribuido mediante evidencia "sólida" a la obtención de recursos para su desarrollo.

2. Psiquiatría de enlace en las unidades de emergencia en hospitales generales. La evidencia muestra que el trabajo del psiquiatra en las unidades de emergencia general es fundamental, ya que los pacientes tienden a centrar la atención primariamente en los aspectos somáticos, pasando por alto muchas veces los aspectos de salud mental como causa primera o secundaria (2). En este campo, se expresan significativos déficits, asociados a una insuficiente dotación de psiquiatras en las unidades de emergencia en los hospitales generales. De acuerdo a nuestra experiencia, concordante con la evidencia científica, el modelo que arroja mejores resultados es la integración del psiquiatra en el sistema de turnos de la guardia médica de otras especialidades, lo que produce una mayor integración de la psiquiatría al modelo de atención de urgencia y, a su vez, una mayor incorporación de la guardia médica al modelo de atención biopsicosocial (2). La incorporación de los psicólogos y asistentes sociales al campo de la urgencia ha sido aún más lenta.

3. Consultorías de salud mental en atención primaria de salud. Definida en Chile como una actividad conjunta e interactiva, entre el equipo de consultoría de salud mental y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico técnicas y atención conjunta de pacientes (1). Este trabajo surgió como una estrategia para mejorar la capacidad de resolución de los trastornos psiquiátricos por los equipos de salud de atención primaria, tomando en cuenta que un tercio de los síntomas en atención primaria no tienen una explicación orgánica demostrable, y que es en esta instancia donde se atienden la mayoría de los pacientes depresivos, con trastorno de ansiedad y con trastornos somatomorfos (1,10). Esto ha permitido generar una comunicación expedita, una integración del modelo biopsicosocial al quehacer cotidiano a nivel primario y un desarrollo conjunto de líneas de investigación. Estas consultorías se realizan mensualmente con la visita del equipo compuesto por trabajador social, psicólogo y psiquiatra, complementadas con asesorías e intervenciones mediante telemedicina o teléfono, con un muy buen nivel de valoración por los equipos de salud y familiares de pacientes. Esto ha impactado significativamente en la capacidad de resolución de los equipos de atención primaria, mejorando las estadísticas de deri-

vación a las unidades de psiquiatría, y destacando a la revisión de casos como un método preferido para elevar las competencias clínicas (1). El recambio frecuente de los equipos de salud de atención primaria ha sido una debilidad para el desarrollo de esta área de la psiquiatría de enlace.

4. Consultoría mediante Telemedicina. Este es un polo en pleno desarrollo en los servicios de salud del país, y de manera particular en los hospitales psiquiátricos y unidades de salud mental de hospitales generales. Si bien no puede reemplazar la relación cara a cara con los equipos y menos con los pacientes, esta herramienta ha complementado el trabajo de enlace en las zonas geográficas de difícil acceso, en los servicios de urgencia y en las consultorías en atención primaria de salud. Reduciendo los tiempos de espera en la atención, mejorando la oportunidad y pertinencia de las derivaciones a las unidades de psiquiatría ambulatoria y corta estadía. Lentamente se ha ido posicionando como un área más dentro de las unidades de salud mental, pero se requieren estudios de costo-beneficio, para justificar la inversión en recursos humanos e infraestructura y así influir en las políticas de inversión.

5. En el Ámbito académico, la formación del psiquiatra general incluye la unidad de psiquiatría de enlace dentro de la malla académica, cuya duración fluctúa entre 2 y 6 meses, considerando que la duración total de la formación de un psiquiatra es de 3 años. La psiquiatría de enlace, como una subespecialidad de la psiquiatría, fue reconocida formalmente por la APA en el año 2004; y en Chile existe la subespecialidad de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace desde el 2015, impartida por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Junto con este campo de desarrollo, recientemente se constituyó el grupo de trabajo científico de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, en el seno de la Sociedad Científica de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), lo cual abre un frente de desarrollo potente para la investigación y realización de jornadas científicas en torno a este tema.

La norma actual que exige en todo hospital que se construya, considerar en su programa servicios de psiquiatría y unidades de corta estadía, potenciará el desarrollo de unidades de enlace, lo que desafiará a los equipos médicos generales a adscribir su quehacer en un modelo cada vez más integrado dentro de los hospitales generales. A su vez, a los psiquiatras nos exigirá profundizar hacia un rol más propositivo en los diagnósticos diferenciales no psiquiátricos.

El desarrollo de redes de unidades de enlace entre los hospitales, que permitan enriquecer la experiencia y crecimiento de esta subespecialidad, es un objetivo a trabajar. Exponer nuestra realidad, mediante esta editorial, busca aportar a este horizonte. Hemos aprendido, que para avanzar en el desarrollo de las redes de salud mental, es imprescindible desplegar esfuerzo desde los actores clínicos hacia las instancias políticas de salud.

Marcelo Valdebenito
Psiquiatra
Subdirector Hospital del Salvador de Valparaíso
Profesor Adjunto Universidad de Valparaíso de Chile

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro S, Rudolph C, Aguilar J; Consultoría psiquiátrica en atención primaria: *Medwave* 2013; 13(3): e5646 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5646
2. Cottencin O, Versavel C, Goudemand M; In favour of a systemic vision of liaison psychiatry: *Encephale*. 2006 May-Jun; 32(3 Pt 1):305-14.
3. González L.; 1999; 21(1):1-16; El desarrollo histórico de la Consulta Psiquiátrica en el Hospital General: De la Medicina Psicosomática a la Psiquiatría de Enlace
4. Kishi Y, Meller WH, Kathol RG, Swigart SE; Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay: *Psychosomatics*; 2004 Nov-Dec; 45(6):470-6.
5. Minoletti A, Lopez C, Brokering W, Flores L, George M, Jimenez P, et al. Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría. MINSAL. 2000;(4)
6. Parada Rafael; cap. 8, pag 99-107: Libro Patopsicología y Psicología en la Clínica Psiquiatra. 2001, Chile.
7. Rotondo H: Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo" ; Edición : 2a ed.
8. Sockalingam S, Alzahrani A, Meaney C, Styra R, Tan A, Hawa R, Abbey SE; Time to Consultation-Liaison Psychiatry Service Referral as a Predictor of Length of Stay: *Psychosomatics*. 2016 Jan 29. pii: S0033-3182(16)00008-6.
9. Söllner, W, Stix P, Stein B, Franz M, Lampe A, Herzog T; Quality criteria for psychosomatic consultation-liaison service: *Wien Med Wochenschr*. 2002; 152(19-20):528-34.
10. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res*. 2010 Jun; 68(6):521-33.

El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden?

Handling difficult patients: What happens when patient and therapist don't understand each other?

Irati Merino¹, Aranzazu del Castillo-Figueroa² y Carmina Saldaña³

Recibido: 22/07/2015

Aceptado: 12/11/2015

Resumen

La prevalencia de pacientes difíciles ha sido estudiada dentro del entorno médico y se ha centrado mayoritariamente en las características del paciente. Las personas con dolor crónico, adicciones, problemas psicosomáticos, trastornos psiquiátricos y/o problemas psicológicos han sido los que con mayor frecuencia han recibido la etiqueta de pacientes difíciles. Este estudio revisa el problema centrándose en el área de la salud mental, y analiza la influencia que las características del profesional y del paciente tienen en la relación terapéutica y en el desarrollo de la terapia. Además, se proponen posibles soluciones para superar las dificultades que puedan afectar a la alianza terapéutica, soluciones centradas tanto en el desarrollo de habilidades como estrategias para el trabajo en conjunto.

Palabras clave: Pacientes difíciles. Relación terapéutica. Habilidades terapéuticas. Dificultades en psicoterapia.

Summary

The prevalence of difficult patients has been studied within the medical field and it has mainly been focused on the characteristics of the patients. People with chronic pain, addictions, psychosomatic problems, psychiatric disorders and/or psychological problems have been the ones who most frequently have received the label of difficult patients. This study reviews the problem focusing on the area of mental health, and analyzes the influence that the characteristics of the professional and the patient have on the therapeutic relationship and on the development of the therapy. In addition, possible solutions to overcome the difficulties that may affect the therapeutic alliance are proposed, solutions centered both on the development of skills and strategies for working together.

¹Psicóloga Terapeuta, Unidad de Terapia de Conducta.

²Psicóloga Terapeuta, Unidad de Terapia de Conducta.

³Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico y Directora de Unidad de Terapia de Conducta, Universidad de Barcelona.

Correspondencia: Dra. Irati Merino
Unidad de Terapia de Conducta. Universidad de Barcelona
Pg. Vall d'Hebron 171
Campus Mundet. Barcelona 08035.
iratimerino@gmail.com

No hay conflicto de intereses

psychosomatic problems, psychiatric disorders, and/or psychological problems have been those who have more frequently received the label of difficult patients.

This study focuses in the area of mental health and analyzes the influence of the characteristics of the interaction between professional and patient and its consequences in the development of the therapy. In addition, some possible solutions to overcome the difficulties in the therapeutic alliance are proposed such as the development of abilities and strategies to facilitate joint work between therapist and patient.

Key words: Difficult patients. Therapeutic relationship. Therapeutic abilities. Psychotherapy difficulties.

INTRODUCCIÓN

El calificativo de paciente difícil tiene una connotación peyorativa, sin embargo, es usado con frecuencia en el contexto sanitario. Varios estudios indican que aproximadamente el 15 % de pacientes del ámbito médico son considerados como difíciles por los profesionales que los atienden (Edgoose, 2012; Hahn *et al.*, 1996; Jackson y Kroenke, 1999; Lorenzetti, Jacques, Donovan, Cottrell y Buck, 2013). La etiqueta difícil se suele aplicar cuando la persona no cumple las reglas implícitas o explícitas asociadas al comportamiento esperable de un paciente (Koekkoek, Meijel y Hutschmaejers, 2006).

El estudio de los pacientes difíciles comenzó a ser investigado hace aproximadamente 35 años por el grupo de Koekkoek *et al.* (2006), y actualmente sigue siendo un tema de interés por considerarse una de las posibles causas del gran descontento profesional y el *burnout* de los trabajadores dentro del ámbito de la salud (Lorenzetti *et al.*, 2013). La mayoría de las publicaciones en relación a este tema forman parte del ámbito de la medicina y la enfermería. Estas se han centrado fundamentalmente en la descripción tanto de los pacientes difíciles como de los profesionales que los atienden (Bellón y Fernández-Asensio, 2002; Christensen, 2001; Gillete, 2000); ocasionalmente, se han ofrecido consejos para el manejo de los mismos mediante listas basadas en la opinión de grupos de expertos (Christensen, 2001; Gillete, 2000; Salmon y Hall, 2003). Esta problemática no es, sin embargo, exclusiva del contexto médico. Afecta a todos los profesionales que trabajan

en el ámbito de la salud, incluyendo aquellos que desarrollan su actividad en el área de salud mental.

El presente trabajo se centra en este último colectivo, dado que, a pesar de las coincidencias, la intervención con pacientes difíciles en el campo de la psicología presenta matices diferentes que deberían ser tenidos en consideración. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión conceptual de las explicaciones que se han dado sobre la presencia de pacientes difíciles en terapia, y analizar los efectos que tienen los comportamientos de estos tanto en el terapeuta como en el proceso terapéutico. Partiendo del análisis de la bibliografía existente y de la propia experiencia, se pretende aportar algunas estrategias para abordar la situación problemática que se genera. Asimismo, se pretende poner de manifiesto la necesidad de que el clínico desarrolle habilidades terapéuticas generales y específicas para el manejo de la situación problemática.

Diversos autores han tratado de explicar cómo se producen las relaciones terapeuta-paciente en el marco de la terapia (Koekkoek, van Meijel, Tiemens *et al.*, 2009; Quill, 1989). La mayoría las describen como un proceso interactivo en el que ambas partes se influyen mutuamente determinando, no solo el vínculo que se forma entre ellos, sino el éxito del proceso terapéutico. Según esta propuesta (véase la Figura 1) ciertas conductas del paciente valoradas como negativas, que posiblemente sean parte de su problema, pueden afectar tanto al proceso terapéutico como al terapeuta, llevando a este último a etiquetarlo como paciente difícil. El malestar y la desmoralización, que el clínico experimenta en ese momento, deriva en un distancia-

miento respecto a su cliente y en una menor empatía hacia él mismo. El paciente puede darse cuenta de este juicio y no sentirse satisfecho con el tratamiento que recibe y, en consecuencia, valorar al terapeuta como no válido (Boutin-Foster y Charlson, 2001; Krebs, Garret y Konrad, 2006).

En resumen, el encuentro clínico es un proceso dinámico y en él juegan un importante papel

ción, la severidad del trastorno, el estadio de la problemática o el estilo atribucional.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Según el estudio de Elder, Ricer y Tobías (2006) existen al menos dos aspectos que determinan que la relación terapéutica sea complicada: por una parte,

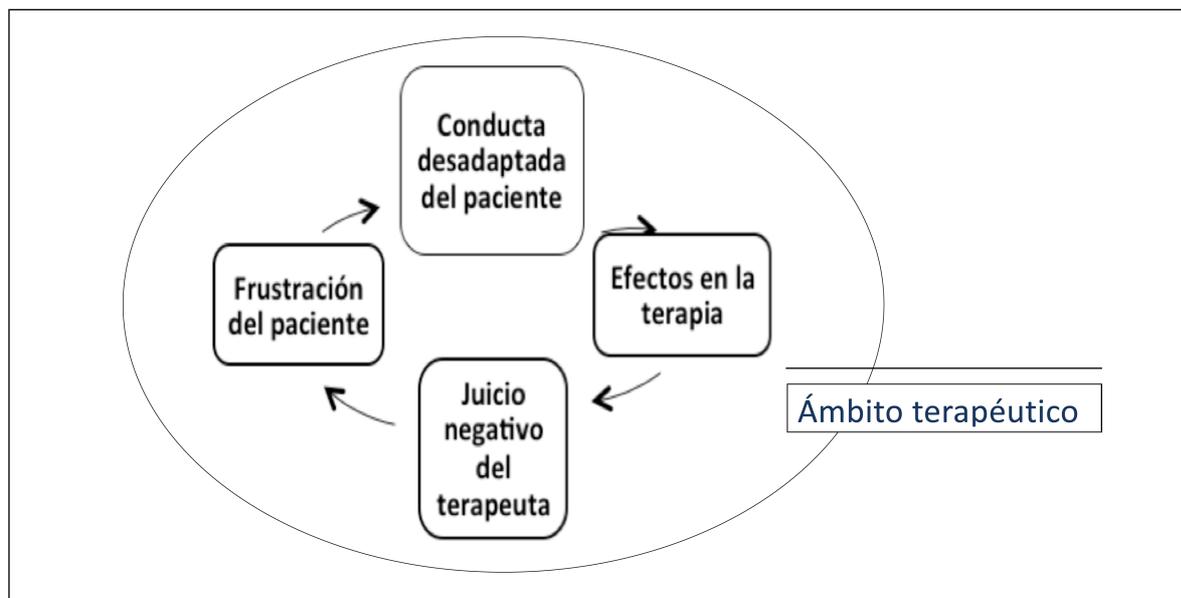


Figura 1

Modelo explicativo de la problemática de los pacientes difíciles

tanto las características del paciente como las del terapeuta. El peso que estas variables tienen en la eficacia de los tratamientos psicológicos ha sido de gran interés para la investigación clínica, pero los estudios realizados todavía no han dado lugar a conclusiones claras, ya que los resultados obtenidos en ellos son controvertidos (Gavino, 2007). Las inconsistencias se observan en múltiples variables del terapeuta como, por ejemplo, el género, la experiencia o el nivel de entrenamiento, la edad, el estilo de comunicación o las habilidades del terapeuta (que no siempre van en el mismo sentido, sino que se ven altamente influenciadas por las características del paciente). Este patrón se repite en las variables del paciente, en donde no existe un acuerdo formal respecto a la influencia de la clase social, el género, la edad, la motiva-

el tipo de problema del paciente y por otra, las conductas problema del mismo. Respecto al tipo de problema, los pacientes con dolor crónico, múltiples patologías físicas –con más de cinco síntomas– (Edgoose, 2012) adicciones, trastornos psicológicos o trastornos psiquiátricos son los que con mayor probabilidad se perciben como más complejos por parte de los profesionales.

En relación a los trastornos psicológicos y psiquiátricos, el grupo de Koekoek *et al.* (2010) analizó en una muestra de 469 sujetos la prevalencia de pacientes difíciles entre las diferentes patologías psicológicas (véase la Figura 2), concluyendo que la prevalencia era más elevada en los trastornos del estado de ánimo (48,6 %), seguido de los trastornos de la personalidad Cluster B (44,8 %).

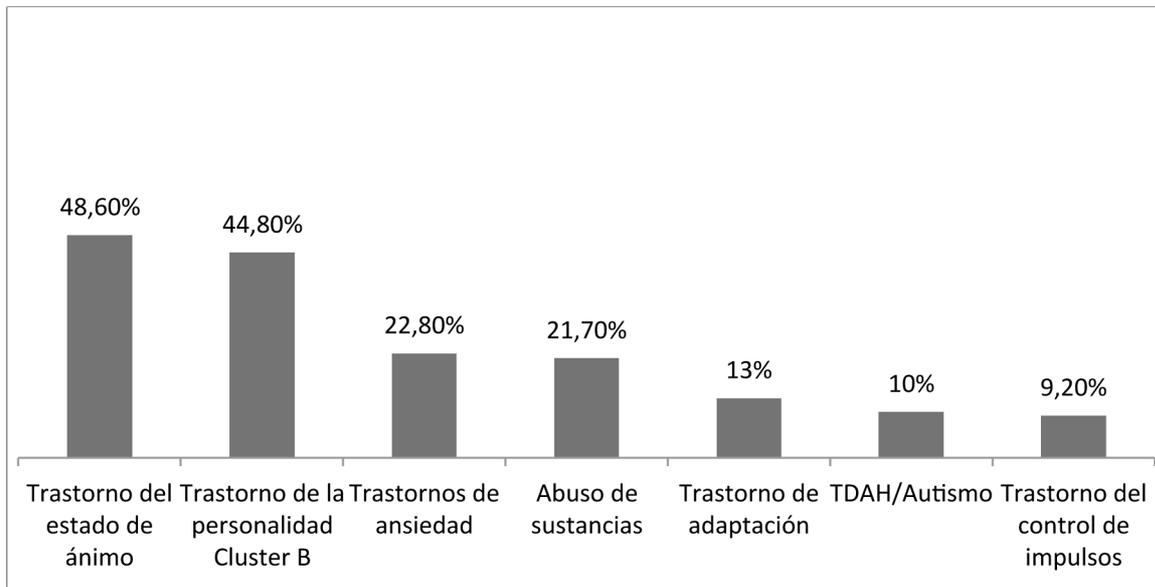


Figura 2
Prevalencia de “pacientes difíciles” en los trastornos psicológicos
Fuente: Koekkoek *et al.* (2010)

Dentro del grupo de los trastornos de personalidad, el trastorno de la personalidad límite (TPL) es una de las patologías más mencionadas en la literatura (Bodner, Cohen-Fridel e Iancu, 2011). Los pacientes con TLP son considerados especialmente difíciles, molestos y manipuladores debido a que presentan frecuentes conductas auto-lesivas, comportamientos verbales agresivos y desafiantes, evitación activa de situaciones (Haynes, Godoy y Gavino, 2001), alto riesgo de suicidio (Nehls, 1994), desregulación emocional y alta tasa de abandono (Markham y Trower, 2003).

Otra de las problemáticas frecuentemente señaladas, por el reto que suponen para sus terapeutas, es el trastorno de personalidad por dependencia (Postigo, 2009). Su elevada comorbilidad con trastornos como depresión y ansiedad, su inseguridad ante las decisiones tomadas y su autoimagen de ineptitud son aspectos que dificultan el proceso terapéutico desde su comienzo.

Con relación a qué conductas del paciente hacen que la relación terapéutica sea difícil la literatura menciona algunas, como “permanecer enfermo”, realizar demandas excesivas, no asumir la responsabilidad del cambio, ser manipulador, informar de numerosos problemas en cada visita,

tener objetivos de sesión diferentes a los del terapeuta, buscar atención por un beneficio secundario, mostrar actitudes de auto-sabotaje, mostrar faltas de respeto hacia el terapeuta e incluso agresividad, no acudir a sesión y no avisar, llegar sistemáticamente tarde a las citas, no seguir las prescripciones, etcétera (Elder *et al.*, 2006; Evans, 2009; Labrador, 2011). Koekkoek *et al.* (2006) han hecho una clasificación de los pacientes difíciles en la que se podrían incluir las conductas aquí mencionadas. Señalan tres tipos de pacientes difíciles: pacientes *poco motivados* por recibir terapia, *ambivalentes* entre querer cambiar o mantener su estatus actual por los beneficios que el problema les reporta, y *demandantes* que usan estrategias como agresividad, culpabilización, intimidación o devaluación del profesional para esgrimir sus derechos.

CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL

La relación entre el profesional de la salud y el paciente es más que una mera actuación técnica. Es una interacción humana que, como tal, conlleva un elevado componente emocional subjetivo, haciendo que el clínico se sienta más có-

modo con unos pacientes que con otros (Koekkoek *et al.*, 2010). Las conductas de los pacientes difíciles generan un elevado malestar en los terapeutas, manifestado mediante emociones como enfado, rechazo y odio hacia el paciente y un sentimiento de incompetencia hacia uno mismo (Lorenzetti *et al.*, 2013).

Diversos autores (Edgoose, 2012; Groves, 1978; Koekkoek *et al.*, 2010; Krebs *et al.*, 2006; Lorenzetti *et al.*, 2013) ponen de manifiesto que algunas características del terapeuta podrían favorecer que el paciente sea percibido de manera negativa. Un primer grupo de características hace referencia a las variables socio-demográficas. Los profesionales más jóvenes y de género femenino tienen mayor tendencia a valorar a los pacientes como difíciles. Un segundo grupo está relacionado con el desarrollo de la profesión. Aquellas personas con alta carga y estrés laboral, con poca experiencia y pocos conocimientos concretos de la patología del paciente son quienes tienen una valoración más negativa del mismo. El tercer y último grupo tiene que ver con características personales. Los terapeutas más perfeccionistas, con deseos de agradar a los demás, baja tolerancia a la incertidumbre del diagnóstico del paciente y con sesgos negativos hacia la problemática son los más propensos a caer en el etiquetado. Además hay que tener en cuenta los valores personales y las actitudes del terapeuta, ya que cuando no son congruentes con los del paciente estos tienden a ser evaluados como no merecedores de la atención recibida.

En relación a este último aspecto, algunos estudios han encontrado que los médicos que tienen creencias negativas acerca del papel que juegan las variables psicosociales en la salud suelen experimentar una mayor frustración en la relación con sus pacientes (Ashworth, Williamson y Montano, 1984; Frey, 1998). Asimismo, se ha observado que los médicos de familia experimentan menor frustración dado que tienen actitudes menos negativas respecto a los factores psicosociales y tienden a intervenir de manera más holística.

El grado en que el profesional cree que el paciente es responsable o tiene control sobre sus conductas problema determina su reacción ante estas (Koekkoek *et al.*, 2010). Concretamente, cuando la situación se considera producto de problemas neurobiológicos es mejor aceptada por los

terapeutas. Cuando es resultado de dificultades sociales (situación de desempleo, falta de recursos, vivienda en mal estado, etc.) se tiende a experimentar pesimismo respecto a la capacidad de la terapia para compensar el contexto disfuncional. Y, finalmente, cuando se sospecha de la existencia de causas psicológicas, la conducta es percibida como hostil y controlada, motivada por un carácter negativo y por modos de afrontamiento ineficientes del paciente. Esto hace que se le considere, al menos, parcialmente responsable de su comportamiento.

Por último, tal y como Krebs *et al.* (2006) explican, hay una serie de factores del sistema sanitario que pueden contribuir a que la relación terapéutica sea difícil: la presión temporal, los problemas administrativos, la falta de control por parte del profesional de algunos trámites administrativos, la infraestructura del centro, etc.

SUPERANDO LAS BARRERAS

Resolver los obstáculos anteriormente señalados es una tarea especialmente importante debido a que si el vínculo terapéutico no funciona, el alcance de las técnicas se verá gravemente limitado. Un gran número de investigaciones han demostrado que la alianza paciente-profesional es uno de los componentes esenciales de la relación terapéutica, considerándose necesaria para poder llevar a término un tratamiento psicológico con éxito (Steering Committee, 2002). Además, muchos de los comportamientos disruptivos que el paciente muestra en terapia son un reflejo de patrones ineficaces que manifiesta en su vida cotidiana (Haynes *et al.*, 2001), por lo que atenderlos desde el principio puede considerarse una forma de intervención en sí misma y cuyos resultados podrán luego ser extrapolados al entorno real de la persona.

De acuerdo con Quill (1989), los pasos que habría que realizar para resolver las dificultades serían los siguientes: El primer paso consiste en reconocer la existencia de una o varias barreras, explícitas o implícitas en la interacción con el paciente, lo cual es defendido más recientemente por otros autores (Lorenzetti *et al.*, 2013). Algunas señales que denotan la existencia de barreras pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1
Señales de que existe una barrera en la relación terapéutica

- Incoherencias entre la información verbal y no verbal del paciente
- Disonancia cognitiva
- Resistencia inesperada por parte del paciente
- Malestar del profesional
- No cumplimiento de las prescripciones
- Exacerbación de una enfermedad crónica

Una vez reconocidas las dificultades, el siguiente paso es concretarlas y definir las a través del establecimiento de hipótesis y la exploración de los datos (Quill, 1989). Es importante averiguar el origen de estas, ya que no siempre se trata de un obstáculo explícito.

Compartir este proceso con el paciente haciéndole partícipe de la búsqueda de la causa de la barrera favorece el trabajo en equipo y una relación de adulto a adulto.

Por último, definida la presencia de una dificultad será necesario actuar para resolverla. Algunas de las estrategias que los profesionales utilizan para hacer frente a los obstáculos son: la colaboración, estableciendo prioridades, facilitando la toma de decisiones conjuntas y fomentando el trabajo en equipo; el uso apropiado del poder, estableciendo reglas y límites claros; y, por último, la empatía, a través de la escucha activa y la comprensión (Elder *et al.*, 2006; Edgoose, 2012).

Cuando el origen del obstáculo está en el terapeuta este debe decidir si lo compartirá o no con el paciente, en función de lo cómodo que se sienta con este y, sobre todo, en función del efecto que cree que tendrá en la relación. Perls (1959) ya advertía del peligro de comunicar demasiado cuando esto puede provocar una relación terapéutica negativa, una huida del tratamiento, una resistencia, etcétera. Para algunos obstáculos bastará con que el terapeuta realice acomodaciones específicas, como por ejemplo, bajar el tono de voz. Cabe decir que hay ciertas barreras que son inmutables y que habrá otras a las que el terapeuta se podrá ajustar, pero no superar. En estos casos solo quedan dos opciones (Quill, 1989): a) establecer unas condiciones de relación terapéutica y aceptar que el pa-

ciente no va a cambiar cierta parte, o b) terminar la relación terapéutica. Esta última estrategia es defendida también por Elder *et al.* (2006) en caso de que las medidas generales no funcionen.

Además de las soluciones presentadas anteriormente se ha tratado de profundizar en otras estrategias para resolver los obstáculos en la relación clínico-paciente. Describimos a continuación las estrategias más destacadas por la literatura: aquellas que implican el trabajo personal del profesional y las que suponen el establecimiento de límites al paciente.

El trabajo personal del terapeuta es una de las dianas de actuación más importantes cuando se experimentan dificultades en la interacción con un paciente (Agreda y Yanguas, 2001; Elder *et al.*, 2006, Koekkoek *et al.*, 2010). Un elemento básico para el adecuado afrontamiento de relaciones terapéuticas difíciles es el manejo de las emociones propias, como por ejemplo, la frustración, el miedo, la desesperanza o el resentimiento. Lorenzetti *et al.* (2013) recalcan la necesidad de tomar conciencia de estas y separar las propias emociones de las de los pacientes, para lo que proponen el análisis de las situaciones que generan este malestar y la observación de si las acciones de los pacientes afectan a su autoimagen como profesional. Aquellos clínicos que se han sentido incompetentes por las dificultades ocasionadas con algún paciente tienen una mayor tendencia a etiquetar al paciente.

Además, es conveniente hacer una revisión de los prejuicios que se tienen sobre las características personales de los pacientes, como por ejemplo, de su patología. El terapeuta debe tratar de separar sus prejuicios de la visión que tiene de su paciente, para lo que es necesario adoptar una visión analítica de la situación actual y pasada del paciente, en la que se tenga también en cuenta su contexto psicosocial. La realización de un análisis funcional del caso puede ser una herramienta que facilite la comprensión del porqué de las actuaciones del paciente.

Cuando el profesional adquiere un conocimiento contextualizado de los comportamientos del paciente el malestar que siente en el encuentro terapéutico se reduce, ya que la atribución negativa de las conductas pasa de estar enfocada en la persona a estarlo en el contexto y vivencias pasa-

das de esta. Esto a su vez evitará que lo etiquete como difícil y, en definitiva, reducirá el sentimiento de rechazo y el distanciamiento respecto al paciente.

Otra manera de controlar las respuestas que tiene el clínico es la grabación de las sesiones para posteriormente analizar la comunicación terapeuta-paciente. Esto contribuye a que adquiera una visión más objetiva de la relación en terapia, permitiéndole modelar su comportamiento hacia formas de comunicación más adecuadas para las características del paciente.

Otra opción similar es la supervisión del caso con otros profesionales que puedan aconsejar maneras alternativas de relacionarse y que, al mismo tiempo, pueden servir como desahogo para el malestar que siente. Finalmente, también se recomienda trabajar en equipo, ya que así el malestar se diluye y reparte entre varios profesionales creando una sensación de apoyo para el terapeuta.

Uno de los aspectos a destacar dentro del trabajo personal del profesional es el autocuidado. La intervención con pacientes difíciles puede favorecer que el terapeuta pierda seguridad y confianza en sus capacidades profesionales, desarrollando múltiples pensamientos disfuncionales relacionados con sentimientos de minusvalía, de culpa por la no mejora del paciente, de excesiva responsabilidad sobre las conductas que realiza el paciente, etcétera. En estas situaciones es recomendable que el terapeuta analice y acepte los límites que tiene su trabajo como profesional. Además, es útil que el clínico fomente una actitud activa para conseguir y mantener una vida externa al ámbito laboral en las condiciones más óptimas posibles, para poder así controlar elementos como la ansiedad, la inseguridad o el estrés (Lorenzetti *et al.*, 2013).

Es posible que el desarrollo de las estrategias señaladas anteriormente sea suficiente para que el vínculo en la terapia mejore, pero, en ocasiones, serán necesarias algunas medidas adicionales.

El establecimiento de límites es el segundo grupo de estrategias. En cuanto al procedimiento a seguir para ello, el primer paso ante cualquier situación que genere malestar o dificulte el desarrollo del tratamiento será reflejar y explicitar al paciente las limitaciones que tiene actuar de esta manera (Labrador, 2011). El simple hecho de re-

conocer este malestar puede ser de gran utilidad, ya que, como se ha mencionado previamente, puede ser la manifestación de las dificultades que el paciente tiene en su propia vida (Haynes *et al.*, 2001). En ocasiones, el terapeuta puede ser la primera persona que hace visible un problema relacional que puede estar afectando múltiples áreas de la vida del paciente.

El siguiente paso será realizar el análisis e intervención sobre las conductas problema, conductas tales como las respuestas de tipo agresivo, la no asunción de responsabilidades, el paciente no acude a sesión, llega tarde o no cumple las prescripciones, las demandas excesivas, la manipulación o el auto-sabotaje. Es fundamental explicar de manera explícita cuáles son las funciones del terapeuta y cuáles las del paciente, marcando límites claros y centrando la responsabilidad del cambio en la persona de cara a lograr una mayor autonomía (Edgoose, 2012, Labrador, 2011, Lorenzetti *et al.*, 2013).

A continuación se señalan algunas de las conductas problema más frecuentes y posibles formas de intervenir más concretas.

Para conductas de tipo agresivo, el primero de los objetivos ha de ser el no dejarse provocar por las incitaciones ante las que el terapeuta cree necesario defenderse y desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que está ocurriendo en sesión. En estos casos el terapeuta debe adoptar una actitud de escucha empática, intentando mantener la calma en todo momento. En caso de que previamente se hayan entrenado técnicas para la reducción de la ira, este puede ser un buen momento para ponerlas en práctica, al igual que el trabajo en resolución de problemas para abordar aquellos eventos que han disparado la ira (Gavino, 2005).

Para aquellas situaciones en las que el paciente no acude a sesión, llega tarde o no cumple las prescripciones, la primera de las acciones debe ser el análisis de por qué ocurren estas conductas. Pueden ser varias las razones por las que el paciente se comporta de esta manera. En primer lugar, es posible que el paciente considere que los objetivos de la terapia no coinciden con los suyos y crea que no se está tratando lo que él piensa que es importante.

El terapeuta debe tratar de ajustarse a sus necesidades y tener presente cuáles son sus objetivos

primordiales para no dejarlos de lado durante el tratamiento. Centrarse en metas no tan importantes para este, pero sí para el clínico, puede provocar la falta de adherencia a la terapia (Haynes *et al.*, 2001). Para favorecer el acuerdo de objetivos se puede animar al paciente a realizar una búsqueda personal de lo que quiere lograr en la terapia, evitando la intervención inicial del terapeuta, que posteriormente será contrastada y complementada con las necesidades que el profesional considera que deben ser cubiertas, pero sin sustituir la demanda del paciente (Postigo, 2009). Otra estrategia útil es la revisión periódica de la evolución de los objetivos.

Otro motivo puede encontrarse en que el paciente no comprenda el por qué o para qué de las técnicas. En este caso, en vez reaccionar con enfado o frustración, el terapeuta deberá redirigir su atención hacia la justificación de la técnica dentro del tratamiento y ofrecer una explicación detallada del procedimiento de la misma de manera que sea comprensible para el paciente (Gavino, 2007 y Labrador, 2011). Para la justificación se puede hacer uso de datos sobre la eficacia de las técnicas y analizar los pros y contras de realizarlas. Para facilitar la comprensión del procedimiento es recomendable emplear un lenguaje inteligible para el paciente, ilustrar la información con ejemplos, analogías y/o demostraciones, hacer preguntas sobre lo dicho y/o pedir al cliente que explique con sus propias palabras lo que se le ha explicado para comprobar su nivel de comprensión, dedicando el tiempo necesario para presentar la información y ofrecérsela por escrito si así se cree conveniente.

Un tercer posible motivo puede encontrarse en la dificultad a la hora de seguir las prescripciones por parte del paciente. Esto puede ocurrir debido a que sean poco realistas dentro de la rutina diaria de la persona, por ejemplo, tareas que impliquen mucho tiempo dentro de una jornada laboral. O también puede ocurrir porque el paciente no se sienta preparado para realizar la tarea en la fase del tratamiento en la que se pacta, debido a su elevada carga emocional o al miedo a los cambios que puedan derivarse de esta. Para evitar este tipo de resistencias el terapeuta debe ser cuidadoso a la hora de proponer tareas terapéuticas, teniendo en cuenta no solo las habilidades y el tiempo disponible del paciente, sino la disposición al cambio

que manifiesta. Proschaska y Diclemente (1984) describen una serie de etapas de cambio por las que la persona que busca ayuda puede ir pasando. El terapeuta debe ser capaz de identificar el estadio en el que se encuentra el paciente y la cantidad de esfuerzo y cambio que está dispuesto a asumir en cada momento.

Otro tipo de situaciones en las que es necesario poner límites tiene que ver con la formulación de demandas excesivas por parte del paciente, por ejemplo, querer empezar la intervención cuanto antes, impidiendo una adecuada evaluación, o intentar alargar cada sesión más allá del tiempo establecido. Lo primero será anticipar en qué consistirá la evaluación, el tiempo que requerirá y la importancia que esta tiene para un correcto desarrollo del tratamiento. Esto sería igualmente aplicable a las sesiones, en las que podemos anticipar la organización de estas a través del acuerdo del orden del día al comienzo de cada encuentro. Para aquellas personas que tengan tendencia a alargar las sesiones, posponiendo el contenido central hacia el final de la hora, una estrategia concreta sería advertir que el tiempo de trabajo de ese día se ha acabado y que se retomará el tema en la próxima sesión, pudiendo pedirle que lo desarrolle durante la semana. Existen excepciones a esta situación que incluirían la aparición de ideas de suicidio, temas relacionados con la violencia o el deseo de abandonar la terapia. En estos casos conviene alargar la sesión siempre que no se trate de un comportamiento manipulativo del paciente (Labrador, 2011).

La última situación que requiere el establecimiento de límites es aquella en la que el paciente auto-sabotea su mejora. Una forma de auto-sabotaje consiste en insistir en cada sesión en lo mal que se siente sin llevar a cabo conductas para el cambio de este malestar. El terapeuta puede mostrarse empático ante la emoción del paciente y reflejar que el objetivo final de la terapia es la mejora de esta situación. Puede ser útil recordar los objetivos del tratamiento y buscar alternativas conjuntas para conseguirlos (Gavino, 2007). Otra forma de sabotear el propio proceso terapéutico incluiría la mentira u omisión de información o acciones relevantes para la terapia, por ejemplo, decir que se han aplicado las técnicas entrenadas en sesión fuera de esta cuando en realidad no se

han aplicado. En estos casos lo primordial será asegurarse de que las sospechas del terapeuta sobre la supuesta invención son reales, pudiendo preguntar a personas cercanas al paciente o pidiéndole que se repita la acción en sesión. En esta situación habrá que analizar el porqué de esta actuación del paciente, tratando de reflejar al paciente las consecuencias que la falsificación tiene para el proceso terapéutico (Labrador, 2011).

Como estrategias transversales a todas las problemáticas comentadas se encuentran: el contrato terapéutico, la entrevista motivacional y finalmente la derivación.

Por un lado, el contrato terapéutico puede ser útil para conseguir que el paciente se ajuste a las condiciones necesarias para el óptimo desarrollo de la terapia. En este deben quedar reflejados los tipos de comportamientos que no son aceptables y las consecuencias que se derivan de estos (Labrador, 2011). Por ejemplo, se puede acordar disminuir el tiempo de la sesión de manera proporcional al tiempo que este se retrasa en acudir.

Por otro lado, autores como Koekkoek *et al.* (2010) y Lorenzetti *et al.* (2013) destacan la utilidad de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002) como herramienta para que los pacientes adquieran compromiso, alcancen el deseo de cambiar y se pacten objetivos y expectativas compartidas para la terapia, aspecto básico para que el proceso terapéutico sea exitoso. La entrevista motivacional ha demostrado ser un método eficaz para mejorar la alianza terapéutica, ya que el identificar y aclarar las expectativas del paciente puede facilitar que este exprese más fácilmente la insatisfacción y así promover una mayor colaboración, sintonía y adherencia al tratamiento (Lorenzetti *et al.*, 2013).

En último lugar, la derivación del paciente a otro profesional es una de las estrategias que se pueden utilizar cuando las medidas generales no han resuelto el problema (Elder *et al.*, 2006), aunque la discusión repetida de la terminación del tratamiento no debe de ser utilizada como herramienta para negociar el cambio en el comportamiento del paciente. Esta es una solución aplicable únicamente cuando las barreras y dificultades existentes entre el clínico y el paciente son excesivamente profundas, persistentes e impiden el desarrollo de un tratamiento eficaz (Quill, 1989).

Esta derivación consiste en recomendar al paciente otro profesional que se ajuste más a sus necesidades, ya sea dentro del mismo ámbito de actuación o fuera del mismo, con funciones diferentes, dándole oportunidad al paciente de que participe de manera activa en esta toma de decisión.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo de este trabajo se han descrito diferentes problemáticas que al hablar de pacientes complicados se pueden dar dentro del marco de la terapia. A menudo, el origen de estas dificultades se ha atribuido exclusivamente a las características del paciente, etiquetándolo como paciente difícil. Sin embargo, la relación terapeuta-paciente es un proceso interactivo en el que confluyen variables personales de todos los actores implicados en la terapia. El abordaje de las dificultades en la interacción es en el contexto terapéutico especialmente importante de resolver por la relevancia que la alianza terapéutica tiene en los resultados. Es por ello que el manejo de las dificultades debe incluir estrategias que se orienten tanto hacia el profesional como hacia el paciente. Estas van desde la identificación de posibles barreras, la definición de las mismas, el autocuidado del terapeuta, a la aplicación de habilidades terapéuticas más concretas como informar, negociar y establecer límites. Cuando estas medidas no funcionan y las dificultades no se resuelven lo más recomendable parece ser la derivación.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Agreda, J. & Yanguas, E.** (2001). El paciente difícil: Quién es y cómo manejarlo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2): 65-72.
2. **Ashworth, C.D., Williamson, P., & Montano, D.** (1984). A scale to measure physician beliefs about psychosocial aspects of patient care. *Social Science Medicine*, 19: 1235-1238.
3. **Bellón, J.A. & Fernández-Asensio, M.E.** (2002). Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educational and Counseling*, 48(1): 33-41.
4. **Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I.** (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52: 548-555.

5. **Boutin-Foster, C. & M. Charlson** (2001). Problematic resident-patient relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 16: 750-754.
6. **Christensen, G.J.** (2001). Treating the potential problem patient. *Journal of the American Dental Association*, 132: 1591-1593.
7. **Edgoose, J.** (2012). Rethinking difficult patient encounters. *Family Practice Management*, 19(4): 17-20.
8. **Elder, N., Ricer, R., & Tobías, B.** (2006). How respected family physicians manage difficult patient encounters. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(6): 533-41.
9. **Evans, R.W.** (2009). The difficult clinical encounter and bothersome patient behaviors. *Archives of Internal Medicine*, 169(14): 1336-1340.
10. **Frey, J.** (1998). The clinical philosophy of family medicine. *American Journal of Medicine*, 104: 327-329.
11. **Gavino, A.** (2007). Habilidades del terapeuta. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (2ªEd., pp. 23-46). Madrid: Pirámide.
12. **Gillete, R.D.** (2000). "Problem patients": A fresh look at an old vexation. *Family Practitioner Management*, 7: 57-62
13. **Groves, J.E.** (1987). Taking care of the hateful patient. *New England Journal of Medicine*, 298: 883-887.
14. **Hann, S.R., Kroenke, K., Spitzer, R.L., Brody, D., Williams, J.B., Linzer, M., & de Gruy, F.V.** (1996). The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of General Medicine*, 11: 11-18.
15. **Haynes, S., Godoy, A., & Gavino, A.** (2011). Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. *Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
16. **Jackson, J.L. & Kroenke, K.** (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159: 1069-1075.
17. **Krebs, E., Garret, J. & Konrad, T.** (2006). The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Services Research*, 6: 128.
18. **Koekkoek, B., van Meijel, B. & Hutschemaekers, B.** (2006). Difficult patients in mental health care. *Psychiatric Services*, 57(6): 795-802.
19. **Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaaesenbrood, A., Hutschemaekers, G., & Schene, A.** (2010). What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as "difficult": Patient, professional, treatment and social variable? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 10(46): 1045-1053.
20. **Labrador F.J.** (2011). *Situaciones difíciles en terapia*. Madrid: Pirámide.
21. **Lorenzetti, R.C., Jacques, M., Donovan, C., Cottrell, S. & Buck, J.** (2013). Managing difficult encounters: Understanding physician, patient and situational factors. *American Family Physician*, 87(6): 419-425.
22. **Markham, D. & Trower, P.** (2003). The effects of the psychiatric label "borderline personality disorder" on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviors. *British Journal of Clinical Psychology*, 42: 243-256.
23. **Miller, W. & S. Rollnick** (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change.* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
24. **Nehls, N.** (1994). Group therapy for people with borderline personality disorder: interventions associated with positive outcomes. *Issues of Mental Health Nursing*, 13: 255-269.
25. **Perls, F.S.** (1959) El enfoque de una terapeuta gestáltista. En: J. Fagan & I.L. Shepherd, (1970). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu; pp. 130-134.
26. **Postigo, M.** (2009). *Tratando... trastorno de la personalidad por dependencia*. Madrid: Pirámide.
27. **Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C.** (1984). *The transtheoretical approach: Towards a systematic eclectic framework*. Homewood, IL, USA: Dow Jones Irwin.
28. **Quill, T.** (1989). Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Annals of Internal Medicine*, 111: 51-57.
29. **Salmon, P. & Hall, G.M.** (2003). Patient empowerment and control: A psychological discourse in the service of medicine. *Society of Scientific Medicine*, 57: 1969-1980.
30. **Steering Committee** (2002). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendation of the Division 29 Task Force. En: J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: therapist's contributions and responsiveness to patients* (pp. 441-3). New York: Oxford University Press.

Valoración de parámetros inmunitarios tras un programa integrado de Inteligencia Emocional y Mindfulness: un estudio piloto

Assessment of immune parameters after an integrated program of Emotional Intelligence and Mindfulness: A pilot study

Páez-Gómez, M.⁽¹⁾, Ramos-Díaz, N.S.⁽²⁾ y Hernández-Osorio, S.M.⁽²⁾

Recibido: 19/10/2015

Aceptado: 09/12/2015

Resumen

La Inteligencia Emocional (IE) ha sido considerada en los últimos años un concepto exponencialmente relevante, debido a la eficacia de su entrenamiento en la mejora del ajuste y el bienestar psicológico. A pesar de que la práctica de Mindfulness ha resultado ser de suma utilidad en la optimización del control emocional, y constituye un potenciador de la eficacia psicológica del entrenamiento en IE, ninguna investigación ha evaluado, hasta la fecha, la influencia en parámetros biológicos de un entrenamiento compuesto por ambas prácticas. Por ello, el presente estudio fue diseñado con objeto de valorar los posibles efectos de un entrenamiento combinado de IE y Mindfulness sobre el sistema inmune en sujetos de la población general. Dieciséis estudiantes voluntarios fueron sometidos a un programa de entrenamiento de ocho semanas de duración. Los resultados en el post-test revelaron una disminución significativa de las concentraciones de IgA ($p=.00$), C3 ($p=.01$) y C4 ($p=.003$). Estos hallazgos ponen relieve que un entrenamiento de corta duración compuesto por IE y Mindfulness es capaz de inducir una amplia acción biológica significativa en sujetos sanos, mediante la modulación de distintas variables inmunológicas relevantes, lo que sugiere interesantes implicaciones clínicas.

Palabras clave: inteligencia emocional, mindfulness, regulación emocional, sistema inmunitario.

⁽¹⁾Departamento de Psicobiología y Metodología de las CC. del Comportamiento; Facultad de Psicología, Universidad de Málaga. Málaga.

⁽²⁾Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; Facultad de Psicología, Universidad de Málaga. Málaga.

Correspondencia: Marta Páez Gómez
E-mail: mpg.psicologia@gmail.com
Laboratorio de Psicobiología Aplicada y Psicosomática.
Facultad de Psicología, Universidad de Málaga
Campus de Teatinos, s/n
29071, Málaga. España.

Summary

Emotional Intelligence (EI) has been considered in recent years as an exponentially relevant approach due to its effectiveness on improving psychological adjustment and well-being of subjects. Although the practice of Mindfulness has been proved to be very useful in the optimization of emotional control, enhancing the efficacy of IE training, the influence of both methodologies combined has never been assessed on biological parameters. Therefore, this study was designed in order to examine the effects of a combined EI and Mindfulness training program on immune function in healthy subjects. Sixteen volunteers underwent the indicated training program for the period of eight weeks. Results in the post-test revealed a significant decrease in the concentrations of IgA ($p=.00$), and the fractions C3 ($p=.01$) and C4 ($p=.003$) of complement. These findings indicated that a short training program composed of Mindfulness and EI was capable of inducing a significant biological action in healthy subjects by modulating several relevant immune variables, which suggests interesting clinical implications.

Key words: emotional intelligence, mindfulness, emotional regulation, immune system.

La Inteligencia Emocional (IE) ha cobrado en los últimos años un enorme interés social debido a que ha sido considerada en numerosas investigaciones como una habilidad relevante para el éxito en la vida (Akerjordet & Severinsson, 2007; Quidbach & Hansenne, 2009). Siguiendo el clásico modelo teórico de Mayer & Salovey (1997), la IE se define como “la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás, promoviendo un óptimo crecimiento emocional y fomentando una adaptación eficaz del individuo al medio que le rodea”. Actualmente, son numerosas las investigaciones que muestran que una mejor habilidad de control emocional predice un afrontamiento positivo de los sucesos vitales cotidianos, y un mejor funcionamiento en áreas vitales tales como la educación, el trabajo, la familia, las relaciones sociales y la salud mental y física (Boyatzis, Goleman & Rhee, 2000; Ciarrochi, Deane & Anderson, 2002; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera & Pizarro, 2006; Salovey, Bedell, Detweiler & Mayer, 1999; Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002).

Es un hecho bien conocido que una regulación emocional desordenada puede estar en la base de muchos trastornos tanto físicos como psicológicos (Gross & Muñoz, 1995). Estudios recientes han puesto de manifiesto que un correcto procesa-

miento de la información afectiva y, por ende, una alta IE, predice altos niveles de ajuste psicológico y psicosocial, mayor regulación emocional y mejor adaptación a situaciones estresantes (Ruíz-Aranda, Fernández-Berrocal, Extremera & Salguero-Noguera, 2005; Ruíz-Aranda *et al.*, 2012; Salguero, Palomera & Fernández-Berrocal, 2012; Salovey *et al.* 2002). En esta línea, se ha comprobado que una excesiva “*atención emocional*”, componente principal de la *Inteligencia Emocional Percibida*, correlaciona positivamente con una mayor sintomatología ansiosa y depresiva (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006), llegando incluso a relacionar con un mayor riesgo de suicidio (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2013). Siguiendo este planteamiento, entrenamientos centrados en los componentes principales de la IE han mostrado mejora de la salud mental, a través de una reducción de importantes síntomas clínicos de ansiedad y depresión (Jahangard *et al.*, 2012; Nooryan, Gasparyan, Sharif & Zoladl, 2012; Ruíz-Aranda *et al.*, 2012).

Las habilidades que integra el modelo de IE propuesto por Mayer y Salovey (1997) son “percepción, evaluación y expresión de emociones”, “asimilación de las emociones en nuestro pensamiento”, “comprensión y análisis de las emociones” y “regulación reflexiva de las emociones”. A

través de este modelo se pretende que la persona reconozca sus emociones positivas y negativas, las comprenda y logre manejarlas de forma eficaz (Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Sin embargo, la dificultad para regular las emociones encuentra su máximo exponente en la evitación de los estados emocionales negativos, así como en la inconsciente y la excesiva atención emocional a la que ya hemos hecho referencia (Gross, 1998; Salovey & Mayer, 1997; Segal, Williams & Teasdale, 2002), por lo que cualquier práctica dirigida a fomentar una actitud de aceptación emocional, exenta de valoración y juicio, puede resultar de utilidad en el logro de una mayor IE emocional, y por ende, la potenciación de un mejor ajuste psicológico.

El *Mindfulness* o la meditación fundamentada en la *atención plena* se basa en una antigua práctica budista, cuyo objetivo consiste en dirigir la atención al momento presente, manteniendo una actitud de curiosidad, interés y apertura, independientemente de si la experiencia resulta agradable o desagradable (Bishop *et al.*, 2004). Actualmente *Mindfulness* se define como “la conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla, y sin reaccionar ante ella” (Kabat-Zinn, 2003). La práctica de *Mindfulness* ha sido integrada en numerosos estudios clínicos, que han aportado abundante evidencia empírica sobre su eficacia (Delgado *et al.*, 2010; Sears & Kraus, 2009; Zylowska *et al.*, 2008). De esta forma, la eficacia terapéutica del *Mindfulness* ha sido recientemente documentada en diversos trastornos psicológicos como la depresión (Sephton *et al.*, 2007) y la ansiedad (Delgado & Amutio, 2011), así como en una amplia gama de enfermedades físicas como el cáncer y la fibromialgia (Carlson, Labelle, Garland, Hutchins & Birnie, 2009; Sephton *et al.*, 2007; Vallejo & Ortega, 2007). Además, varios estudios realizados en las últimas décadas han informado de un importante cambio en ciertos parámetros biológicos, especialmente endocrinos e inmunitarios tanto en sujetos sanos como en población clínica (Carlson, Speca, Faris & Patel, 2007; Davidson *et al.*, 2003; Infante *et al.*, 1998; Lengacher *et al.*, 2012; Lengacher *et al.*, 2013; Manzanique *et al.*, 2010; Rodríguez *et al.*, 2014).

Dados los numerosos beneficios obtenidos tras el entrenamiento en *Mindfulness* y su estrecha relación con el control emocional, no es de extrañar que la integración de prácticas de atención plena en el marco de la IE pueda fomentar una mayor percepción, facilitación, comprensión y regulación emocional, siendo éstas las habilidades que se pretenden fomentar desde el modelo de IE de Mayer y Salovey (1997). De hecho, un estudio reciente constató que tras un programa de entrenamiento en *Mindfulness* se modificaron significativamente las habilidades relacionadas con la IE en los sujetos experimentales (De la Fuente, Salvador & Franco, 2010). De acuerdo con investigaciones recientes, la atención emocional excesiva se relaciona, habitualmente, con índices de pobre ajuste psicológico (Ramos *et al.*, 2009). Además, cuando esta atención va acompañada de valoración o juicio sobre la emoción sentida conlleva reactivación de patrones de pensamiento negativo, disminuyendo, en consecuencia, el control emocional (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Por ello, entendiéndolo el *Mindfulness* como atención plena no balotaría de las experiencias internas, toma de perspectiva de la realidad y aceptación emocional (Warren & Ryan, 2004; Simon, 2007), tiene un claro sentido estudiar la efectividad de la incorporación de esta práctica al entrenamiento habitual en IE.

Es interesante señalar que la eficacia del entrenamiento en IE ha sido evaluada, en su mayor parte, a través de auto-informes, lo que genera dudas sobre la capacidad de cada sujeto para detectar y expresar correctamente sus propias habilidades emocionales, así como potenciales limitaciones relacionadas con la deseabilidad social y la alteración intencionada de las puntuaciones (Brackett & Geher, 2006; Extremera, Fernández-Berrocal, Ruíz-Aranda & Cabello, 2006). A pesar de la estrecha interconexión evidenciada durante décadas entre los distintos estados emocionales y la modificación de numerosos correlatos fisiológicos, ningún estudio ha puesto a prueba la influencia del entrenamiento en IE sobre parámetros biológicos. Esta carencia de datos fisiológicos podría, ser considerada un déficit en la investigación actual sobre IE, lo que refuerza, aún más, la potencial utilidad de valoraciones biológicas caracterizadas por un mayor componente objetivo.

Tanto el entrenamiento en IE como en *Mindfulness*, relacionados con la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales, han demostrado numerosos beneficios en nuestra salud y bienestar emocional como métodos independientes tal y como ha sido expuesto con anterioridad; sin embargo, la investigación sobre los beneficios obtenidos tras la integración de ambas prácticas es muy escasa. En esta línea, Ramos *et al.* (2009) llevaron a cabo un estudio con una muestra de sujetos sanos que formaron parte de un programa de entrenamiento de dos meses de duración, que combinaba ejercicios de IE junto a diversas prácticas de *Mindfulness*. Los participantes de este estudio manifestaron una disminución de la sintomatología ansiosa junto a una mejora sustancial en el uso de estrategias cognitivas de regulación emocional. No obstante, a pesar de los beneficios psicológicos encontrados tras la integración de ambas prácticas, ningún estudio ha puesto a prueba la influencia de este entrenamiento combinado sobre parámetros biológicos.

El presente estudio fue diseñado con la finalidad de arrojar luz sobre los cambios biológicos producidos en sujetos sanos tras un programa de entrenamiento combinado de ocho semanas de duración, consistente en ejercicios basados en el *modelo de habilidades de IE* propuesto por Mayer y Salovey (1997), junto con prácticas de *Mindfulness* basadas en el *programa de reducción del estrés* de Kabat-Zinn (1990).

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo incidental. De cara a conformar la muestra, se ofertó un curso de entrenamiento en Inteligencia Emocional y *Mindfulness* en la página web de la Universidad de Málaga, en el cual podían inscribirse alumnos y profesores de los distintos centros universitarios de forma voluntaria y sin recibir ningún tipo de compensación. Se presentaron un total de 58 sujetos voluntarios. Todos los sujetos inscritos fueron entrevistados e incluidos en el estudio si cumplían los siguientes criterios: 1) ausencia de historia neurológica previa; 2) ausencia de enfermedad psiquiátrica; 3) carecer de antecedentes de abuso de drogas o alcohol; 4) desarrollo psicomotor normal;

5) no estar en tratamiento farmacológico desde los seis meses previos a la participación en el estudio; 6) ausencia de enfermedad física; 7) no tener experiencia previa con entrenamientos en IE, *Mindfulness* o algún otro método similar; 8) no practicar ejercicio físico de forma regular. La muestra final estaba conformada por un total de 16 sujetos voluntarios sanos (9 mujeres y 7 hombres) que cumplían todos los criterios de inclusión. La media de edad de los participantes fue de 27 años. Todos los sujetos fueron informados previamente sobre la intervención y el procedimiento a seguir de cara a las extracciones sanguíneas, formulándose por escrito el consentimiento informado. El estudio fue revisado y evaluado por un Comité Ético de Experimentación.

Intervención

Los participantes fueron sometidos a un programa de entrenamiento en IE basado en el *modelo de habilidades* propuesto por Mayer y Salovey (1997), junto a prácticas de meditación *Mindfulness*, basadas en el *programa de reducción del estrés* propuesto por Kabat-Zinn (1990). Este entrenamiento integrado se llevó a cabo en una sesión semanal guiada de una hora y media, realizada por un instructor cualificado, durante un periodo total de ocho semanas. Las actividades que los sujetos experimentales llevaron a cabo durante estas sesiones semanales de entrenamiento combinado fueron las siguientes:

– Inteligencia Emocional: ejercicios de percepción, expresión emocional e identificación de sensaciones físicas (Fernández-Berocal & Ramos, 2004), ejercicios de comprensión emocional (Linehan, 1993), ejercicios de facilitación emocional basados en clarificación de valores y metas, ejercicios de regulación emocional (Linehan, 1993, Ramos, 2008), práctica de actividades placenteras y profundización en el significado y repercusión de las mismas (Seligman, 2003).

– *Mindfulness*: entrenamiento en los componentes principales de la meditación *Mindfulness*, redundando en el conocimiento de las actitudes que precisa su práctica (No juzgar, Paciencia, Mente de principiante, Confianza, No esforzarse, Aceptación, Ceder o Dejar ir). Al mismo tiempo, los sujetos practicaron distintas formas de meditación tales como

Respiración, Sentado, Exploración Corporal, Caminando, En las actividades cotidianas, etc. (para más información ver Kabat-Zinn, 1990). Paralelamente, se instruyó a los participantes para que practicasen en sus casas, a través de un CD de meditación guiada que fue entregado previamente a cada uno de los sujetos.

Procedimiento de laboratorio

Se siguió un diseño pre-test post-test sin grupo control. Las extracciones sanguíneas para la cuantificación de los parámetros inmunitarios fueron realizadas antes de comenzar el entrenamiento y un día después de que éste concluyera, con un intervalo temporal de dos meses (8 semanas). Las muestras sanguíneas fueron tomadas, en ambas ocasiones, a primera hora de la mañana, habiendo permanecido los sujetos en ayunas. Estas muestras fueron centrifugadas de inmediato, y el suero obtenido permaneció en refrigeración entre 2-8°C hasta el momento de su análisis. Posteriormente, se analizaron las concentraciones del complemento (C3 y C4) e inmunoglobulinas (IgA, IgG e IgM) mediante la técnica de inmunoquimioluminiscencia (ECLIA, de Roche Diagnostics, 2007). Las muestras de sangre total con anticoagulante EDTA se utilizaron para el estudio de los recuentos celulares de la serie blanca (leucocitos totales, linfocitos, monocitos, neutrófilos, eosinófilos y

basófilos) por citometría de flujo (Contador de Hematología Sysmex de Roche Diagnostics, 2009).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos del estudio se utilizó la prueba *t* de Student, con objeto de comparar los resultados obtenidos en el pre-test y el post-test en los niveles de leucocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos, inmunoglobulinas y complemento, cumpliéndose, en todo momento, los supuestos de normalidad. De cara al análisis de los resultados, se consideraron significativos los valores $p < .05$, mientras que valores $p < .10$ se tuvieron en cuenta como tendencias próximas a la significación.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de los parámetros inmunitarios se exponen en la Tabla 1. Tras dos meses de entrenamiento combinado en IE y *Mindfulness* se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las concentraciones de inmunoglobulina IgA ($p = .00$), complemento C3 ($p = .01$) y C4 ($p = .003$), obteniéndose un valor más bajo en todas ellas con respecto al pre-test. Al mismo tiempo, se observó una tendencia a la significación, caracterizada por un incremento en el recuento de linfocitos ($p = .09$), así como un descenso en las concentraciones de

Tabla 1
Medidas de las variables en el pre-test y post-test, valores del estadístico *t* y probabilidad asociada

Variable	Pre-test	Post-test	t	p
Leucocitos ($\times 10^3$ cel/ μ l)	6,61	8,25	-0,52	0,12
Monocitos (%)	6,23	5,70	1,18	0,55
Neutrófilos (%)	61,97	61,92	0,02	0,16
Linfocitos (%)	31,79	32,37	-0,36	0,09
IgA (mg/dl)	283	180	5,60	0,00*
IgG (mg/dl)	1555	1135	5,33	0,08
IgM (mg/dl)	162	125	2,83	0,08
C3 (mg/dl)	140	103	2,49	0,01*
C4 (mg/dl)	41	24	7,50	0,03*

inmunoglobulinas IgG ($p=.08$) e IgM ($p=.08$). No se observaron cambios estadísticamente significativos en el recuento de leucocitos totales, neutrófilos y monocitos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio muestran, como aportación principal, que un breve programa de entrenamiento basado en la combinación de ejercicios de *Mindfulness* e Inteligencia Emocional de tan solo ocho semanas de duración provoca cambios significativos de diversos parámetros inmunitarios en pacientes sanos.

El efecto encontrado conlleva un amplio interés debido a la escasez de estudios científicos basados en este abordaje conjunto y, especialmente, a la inexistencia de investigaciones dirigidas a estudiar los efectos del sistema inmunitario tras la práctica de este método, existiendo únicamente algunos estudios que han relacionado el entrenamiento en *Mindfulness* e IE con la mejora de variables psicológicas. Nuestro estudio es, por tanto, el único, hasta la fecha, que ha investigado sobre posibles cambios de naturaleza inmunitaria tras la práctica de un novedoso entrenamiento combinado en *Mindfulness* e IE, siendo además el primero en relacionar la IE con parámetros inmunitarios.

Aunque, según la literatura científica, no existe ninguna investigación, hasta el momento, que haya estudiado los efectos del entrenamiento combinado de *Mindfulness* e IE sobre el sistema inmunitario, los resultados obtenidos pueden reforzar y objetivar los beneficios encontrados en estudios recientes sobre la modificación y mejora de variables psicológicas tras un entrenamiento compuesto por estos dos métodos. En esta línea, Ramos *et al.* (2009) encontraron que tras la práctica integrada de un programa de *Mindfulness* e IE, de idénticas características que el llevado a cabo en nuestro estudio, disminuyeron significativamente la ansiedad estado, los pensamientos intrusivos, la tendencia de los sujetos a culparse, aumentando la capacidad para apreciar lo positivo y favoreciendo una disminución de la emocionalidad negativa en los sujetos participantes. A tenor del efecto de reducción de ansiedad mostrado por este estudio, sería interesante preguntarse si la potenciación de

estos factores psicológicos puede haber desempeñado un papel determinante en la modulación inmunitaria hallada en nuestro estudio.

Si bien no existe evidencia actual que relacione directamente el entrenamiento en IE con la mejora del sistema inmunitario, su práctica se ha relacionado ampliamente, como se ha expuesto anteriormente, con la mejora del bienestar emocional y la salud mental (Fernández-Berrocal *et al.*, 2006; Ruíz-Aranda *et al.*, 2012), siendo, además, bien conocida la estrecha relación de este componente psicológico y emocional con la aparición y progreso de enfermedades físicas mediadas por el sistema inmunitario (Jam *et al.*, 2010; Kiecolt-Glaser & Glaser, 2002; Moscoso, 2009; O'Brien, Scott & Dinan, 2004), lo que puede apoyar, de alguna forma, el planteamiento anterior referido al papel mediador de los factores psicológicos con respecto a los beneficios encontrados en el funcionamiento inmunitario. Esto convierte a la IE en un potencial método de mejora del sistema inmune, a través de sus efectos directos sobre el bienestar emocional y la salud mental. A esta potencialidad hay que añadir, además, los beneficios ya constatados de cualquier práctica meditativa como el *Mindfulness* sobre la salud física, lo que convierte en especialmente interesante una investigación que explore los posibles beneficios directos de la combinación de estas dos prácticas sobre parámetros del sistema inmunitario, tal y como se ha llevado a cabo en esta investigación.

Los valores hallados en nuestro estudio, caracterizados por una disminución de los niveles de inmunoglobulina A (IgA) y de las concentraciones del complemento 3 (C3) y 4 (C4), concuerdan con los obtenidos en investigaciones recientes basadas en el estudio de métodos psicósomáticos como el qigong y el yoga (Manzaneque *et al.*, 2004; Raghavendra *et al.*, 2008). Además, numerosas investigaciones han descrito recientemente, en consonancia con nuestro estudio, amplios efectos sobre el sistema inmunitario tras la práctica de distintas formas de *Mindfulness* (Carlson *et al.*, 2007; Gallegos *et al.*, 2013; Jam *et al.*, 2010; Lengacher *et al.*, 2013; Rodríguez *et al.*, 2014).

La significativa disminución de la concentración de IgA encontrada en nuestro estudio coincide con los datos revelados por una investigación realizada en pacientes con cáncer, en la que se ha-

lló, igualmente, una disminución de los niveles de IgA en el grupo experimental tras la práctica de yoga, un método psicosomático cuyo componente meditativo se asemeja en cierta medida a la práctica de la atención plena o *Mindfulness* (Raghavendra *et al.*, 2008). Aunque en nuestros resultados las concentraciones de IgG e IgM solo mostraron una tendencia a disminuir tras el entrenamiento en *Mindfulness* e IE, un estudio longitudinal reciente ha mostrado que la práctica de un programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR) provoca cambios en la inmunidad adaptativa en adultos sanos, reduciéndose concretamente estos valores de IgG e IgM (Galegos *et al.*, 2013). En esta misma línea, aunque en la dirección opuesta, una investigación llevada a cabo por Rodríguez *et al.* (2014) ha revelado un aumento significativo de IgG e IgM tras la práctica de *Mindfulness* en pacientes con ansiedad y depresión. Los resultados divergentes de esta última investigación podrían deberse, al menos en parte, al empleo de una muestra de sujetos con ansiedad y depresión, lo que podría influir sobre ciertos parámetros biológicos.

Las proteínas del complemento se encuentran escasamente investigadas en cuanto a su relación con el *Mindfulness* o cualquier otro tipo de meditación, no obstante, existen algunos datos actuales disponibles. Por ejemplo, un estudio reciente realizado en pacientes ansiosos y depresivos mostró valores más elevados, en las fracciones del complemento C3 y C4 tras un periodo de meditación de atención plena (Rodríguez *et al.*, 2014). A diferencia de estos hallazgos, nuestros datos muestran valores más bajos en las fracciones del complemento C3 y C4, coincidiendo estos resultados con los encontrados en un estudio sobre la influencia de un entrenamiento en qigong sobre el sistema inmunitario (Manzaneque *et al.*, 2004). Aunque el sistema del complemento ejerce un papel protector frente a agentes microbianos (Matsumoto *et al.*, 1997), es un hecho bien conocido que los factores C3 y C4 son marcadores de inflamación (Pariante *et al.*, 1997), asociándose la activación del complemento a diversas condiciones patológicas tales como procesos ateroscleróticos (Muscari *et al.*, 2002).

La disminución de las concentraciones de alguna fracción del complemento y la reducción del ni-

vel de IgA tras el entrenamiento combinado puede ser, por tanto, muy relevante desde el punto de vista clínico, a pesar de que los niveles más bajos obtenidos tanto en fracciones del complemento C3 y C4 como en IgA puedan parecer, inicialmente, una señal de un efecto perjudicial de este entrenamiento sobre el sistema inmune (Manzaneque *et al.*, 2004). Así, aunque existe poca bibliografía disponible sobre el estudio de las proteínas del complemento con respecto a cualquier tipo de meditación similar al *Mindfulness*, algunos autores han explorado el sistema del complemento por ejemplo en relación al ejercicio físico (Sato *et al.*, 1996). Curiosamente, una investigación halló un nivel significativamente inferior de ambas fracciones del complemento C3 y C4 en corredores de fondo en comparación con otro grupo de personas sedentarias (Nieman *et al.*, 1989). Más recientemente, un estudio realizado en niños de 9 a 10 años puso de manifiesto que la actividad física vigorosa se relaciona con niveles más bajos de C3, coincidiendo esto con la disminución de las fracciones del complemento halladas en nuestro estudio (Ruiz, Ortega, Warnberg & Sjöström, 2007).

Respecto al aumento del número de linfocitos, aunque solo represente una tendencia desde el punto de vista estadístico, comporta una especial importancia por coincidir con investigaciones recientes realizadas con población clínica, y por la relevancia de las implicaciones que, generalmente, supone la modificación de este componente inmunitario. En esta línea, en un estudio realizado en pacientes con VIH se obtuvieron, de forma similar a nuestro estudio, niveles más elevados de linfocitos CD4 tras la práctica de un programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR), manteniéndose este cambio durante nueve meses de seguimiento (SeyedAlinaghi *et al.*, 2012). Una investigación más reciente realizada con objeto de examinar la recuperación inmune de pacientes con cáncer encontró un aumento en los subgrupos de linfocitos en comparación con el grupo control tras una terapia de *Mindfulness* (MBSR) coincidiendo esto con la tendencia hallada en nuestros resultados (Lengacher *et al.*, 2013). Es interesante destacar que autores que han encontrado una modificación en el nivel de linfocitos en la misma dirección que nuestro cambio, aunque

de mayor magnitud, han considerado esta modificación inmunitaria como un parámetro relevante de cara a la promoción de la inmunocompetencia y el retraso en la evolución de enfermedades como tales como el VIH (Jam *et al.*, 2010).

La patogénesis de numerosas enfermedades se caracteriza por una respuesta inmune aumentada, existiendo, además, diversas patologías debidas, casi exclusivamente, a problemas de inmunodeficiencia. Eso hace que cualquier intervención psicosomática que modifique los parámetros inmunitarios bien sea atenuando explosiones inmunitarias, como es el caso de nuestro estudio, o deficiencias inmunológicas pueden ser beneficiosas para la salud física y psicológica (Rodríguez *et al.*, 2014). En consonancia con este planteamiento, nuestros datos muestran que un entrenamiento combinado en *Mindfulness* e IE es capaz de provocar, en un corto periodo de tiempo, una significativa modulación psicobiológica, lo que podría contribuir potencialmente a reducir la explosión inmunitaria implicada, generalmente, en numerosas patologías físicas como las enfermedades autoinmunes.

A sabiendas de los beneficios psicológicos obtenidos por este entrenamiento combinado en un entrenamiento de las mismas características (Ramos *et al.*, 2009) es interesante plantearse, además, si los factores psicológicos podrían estar desempeñando un papel mediador en los efectos hallados sobre el sistema inmunitario. Es decir, cabe la posibilidad de que una combinación de *Mindfulness* e IE produzca efectos psicológicos que influyan, a su vez, sobre el sistema inmunitario de los sujetos practicantes como ha sido encontrado en otros tipos de meditación (Kamei *et al.*, 2001). En este sentido sería interesante diseñar un estudio de similares características en sujetos con algún trastorno psicológico como ansiedad o depresión, donde quizás, tras la reducción directa de la sintomatología, pudieran verse más acentuados los efectos inmunitarios de la práctica de *Mindfulness* e IE, lo que conllevaría interesante aplicaciones clínicas de cara a complementar el tratamiento psicológico convencional y reducir, en la medida de lo posible, el consumo farmacológico cada vez más habitual.

Aunque algunos de los resultados difieren, en la dirección de los cambios, de los encontrados en

otros estudios sobre *mindfulness* o alguna otra práctica meditativa, debemos tener en cuenta, además de las diferencias metodológicas, la introducción de Inteligencia Emocional como elemento novedoso a los efectos ya estudiados de la práctica única de *Mindfulness*. Además, en algunos de los estudios mencionados, a diferencia del nuestro, se trabaja con población clínica, lo que comporta, de por sí, un alto componente farmacológico que, por ende, puede modificar los resultados encontrados de cara a la comparación con otros estudios realizados en sujetos sanos.

El presente estudio conlleva ciertas limitaciones tales como un reducido tamaño muestral y la propia naturaleza del diseño experimental (pre-test/pos-test), debido a la dificultad intrínseca de reclutar una muestra elevada de sujetos basada en estrictos requisitos relacionados con características personales y de salud, de cara a la correcta evaluación de parámetros inmunitarios y a la representatividad del grupo control. Por otro lado, existe una alta mortandad experimental, dado el esfuerzo que supone seguir semanalmente el entrenamiento programado combinando la práctica de *Mindfulness* e IE. Por ello, para investigaciones futuras sería altamente recomendable incluir un tamaño muestral mayor, así como un diseño experimental distinto al empleado en esta investigación.

Son necesarios nuevos estudios que puedan replicar estos resultados y arrojar luz sobre la influencia de la combinación de la práctica de *Mindfulness* e Inteligencia Emocional sobre el sistema inmunitario, con el fin de obtener una comprensión más precisa del impacto de este entrenamiento, así como las posibles implicaciones físicas y psicológicas, aún no descubiertas, que estos efectos puedan generar. Además, estudios futuros de similares características deberían inclinarse por comparar la eficacia de la combinación de *Mindfulness* e IE con respecto a la eficacia exclusiva del *Mindfulness*, intentando confirmar, de esta forma, el potencial beneficio de incluir un entrenamiento en IE y sus interesantes implicaciones psicobiológicas.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración en este estudio a los profesores Dr. Alberto Ramos y Dra.

Encarnación Moreno, del Departamento de Microbiología (Universidad de Granada). Del mismo modo, nos gustaría mostrar nuestro agradecimiento al Dr. Juan M. Manzanque, del Departamento de Psicobiología y Metodología de las CC. del Comportamiento (Universidad de Málaga), por su labor orientativa en la perspectiva psicobiológica de esta investigación, así como a Oliver Jiménez, por la ayuda prestada en referencia al análisis estadístico de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Akerjordet, K., & Severinsson, E.** (2007). Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal Clin Nurs*, 16(8): 1405-1416.
2. **Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J.** (2013). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Educ Today*. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.001. En prensa.
3. **Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al.** (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 230-241.
4. **Boyatzis, R.E., Goleman, D., & Rhee, K.** (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). En R. Bar-On and J.D.A. Parker (eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass, Bracket, **M.A. & Geher, G.** (2006). Measuring emotional intelligence: Paradigmatic diversity and common ground. En J. Ciarrochi, J.P. Forgas., & Mayer, J.D. (Eds.).
5. **Brackett, M.A., & Geher, G.** (2006). Measuring emotional intelligence: paradigmatic diversity and common ground. En J. Ciarrochi, J.P. Forgas., & J.D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life*. (pp. 27-50). New York, NY: Psychology Press. p. 343-362.
6. **Carlson, L.E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K.D.** (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behav Immun*, 21(8): 1038-1049.
7. **Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D., & Goodey, E.** (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65(4): 571-581.
8. **Ciarrochi, J.V., Deane, F., & Anderson, S.** (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32: 197-209.
9. **Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F.** (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4): 564-570.
10. **De la Fuente, M., Salvador, M., & Franco, C.** (2010). Efectos de un programa en conciencia plena (mindfulness) en la autoestima y la inteligencia emocional percibida. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18(2): 297-315.
11. **Delgado, L.C., & Amutio, A.** (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en el mindfulness. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 99: 50-65.
12. **Delgado, L.C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M.N., Reyes del Paso, G., & Vila, J.** (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48: 873-882.
13. **Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P.** (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9: 45-51.
14. **Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruíz-Aranda, D., & Cabello, R.** (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3): 191-205.
15. **Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D.** (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4: 16-27.
16. **Fernández-Berrocal, P., & Ramos, N.S.** (2004). *Desarrolla tu inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
17. **Gallegos, A.M., Hoerger, M., Talbot, N.L., Krasner, M.S., Knight, J.M., Moynihan, J.A., & Duberstein, P.R.** (2013). Toward identifying the effects of the specific components of Mindfulness-Based Stress Reduction on bio-

- gic and emotional outcomes among older adults. *Journal Alternative and Complementary Medicine*, 19(10): 787-792.
18. **Gross, J.J. & Munoz, R.F.** (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2: 151-164.
 19. **Infante, J.R., Peran, F., Martínez, M., Roldan, A., Poyatos, R., Ruíz, C., Samaniego, F., & Garrido, F.** (1998). ACTH and beta-endorphin in transcendental meditation. *Physiology and Behavior*, 64: 311-315.
 20. **Jahangard, L., Haghghi, M., Bajoghli, H., Ahmadpanah, M., Ghaleiha, A., Zarrabian, M.K., & Brand, S.** (2012). Training emotional intelligence improves both emotional intelligence and depressive symptoms in inpatients with borderline personality disorder and depression. *International Journal of Psychiatry Clin Pract*, 16(3): 197-204.
 21. **Jam, S., Imani, A.H., Foroughi, M., SeyedaAlinaghi, S., Koochak, H.E. & Mohraz, M.** (2010). The effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program in Iranian HIV/AIDS patients: a pilot study. *Acta Medica Iranica*, 48(2): 101-106.
 22. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta. Edición en castellano: *vivir con plenitud las crisis*. 2003. Ed. Kairós.
 23. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-bases interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 144-156.
 24. Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 873-876.
 25. Lengacher, C.A., Kip, K., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P.B., Groer, M., Lehman, B., Moscoso, M.S., et al., (2012). A pilot study evaluating the effects of Mindfulness Based Stress Reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol and Interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 30: 170-185.
 26. Lengacher, C.A., Kip, K.E., Post-White, J., Fitzgerald, S., Newton, C., Barta, M., Jacobsen, P.B., Shelton, M.M., Moscoso, M., Johnson-Mallard, V., Harris, E., Loftus, L., Cox, C., Le, N., Goodman, M., Djeu, J., Widen, R.H., Bercu, B.B., & Klein, T.W. (2013). Lymphocyte recovery after breast cancer treatment and mindfulness-based stress reduction (MBSR) therapy. *Biol Res Nurs*. 15(1): 37-47.
 27. **Linehan, M.M.** (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
 28. **Manzaneque, J.M., Vera, F.M., Maldonado, E., Carranque, G., Cubero, V.M., Morell, & Blanca, M.J.** (2004). Assessment of immunological parameters following a qigong training program. *MedSci Monit*, 10: 264-270.
 29. **Manzaneque, J.M., Vera, F.M., Ramos, N.S., Godoy, Y.A., Rodríguez, F.M., Blanca, M.J., Fernández, A. & Enguix, A.** (2010). Psychobiological modulation in anxious and depressed patients after a mindfulness meditation programme: a pilot study. *Stress and Health*, 27: 216-222.
 30. **Matsumoto, M., Takeda, J., Inoue, N., Hara, T., Hatanaka, M., Takahashi, K., Nagasawa, S., Akedo, H. & Seya, T.** (1997). A novel protein that participates in nonself discrimination of malignant cells by homologous complement. *Nat Med*, 3: 1266-1270.
 31. **Mayer, J.D & Salovey, P.** (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
 32. **Moscoso, M.** (2009). From the mind to the cell: The impact of stress on Psiconeuroimmunoendocrinology. *Liberabit*. 15(2): 143-152.
 33. **Muscari, A., Bastagli, L., Poggiopollini, G., et al.** (2002). Different associations of creatinine protein fibrinogen and C3 with traditional risk factors in middle-aged men. *Int J Cardiol*, 83: 63-71.
 34. **Nooryan, K., Gasparyan, K., Sharif, F. & Zoladl, M.** (2012). Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *International Journal of General Medicine*, (5): 5-10.
 35. **O'brien, S.M., Scott, L.V., & Dinan, T.G.** (2004). Cytokines: Abnormalities in major depression and implications for pharmacological treatment. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 19: 397-403.
 36. **Pariante, C.M., Carpiniello, B., Orru, M.G., Sitzia, R., Piras, A., Farci, A.M., Del Giacco, G.S., Piludu, G., & Miller, A.H.** (1997). Chronic caregiving stress alters peripheral blood immune parameters: the role of age and severity of stress. *Psychother Psychosom*, 66: 199-207.
 37. **Quoidbach, J., & Hansenne, M.** (2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing

- team performance and cohesiveness. *Journal of Prof Nurs*, 25(1): 23-29.
38. **Ramos, N.** (2008). *S.O.S. Maestros del corazón*. Madrid: Pirámide.
 39. **Ramos, N.S., Hernández, S.M., & Blanca, M.J.** (2009). Efecto de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 15(2-3): 207-216.
 40. **Raghavendra, M.R., Nagendra, H.R., Nagarathna R, Vinay, C., Chandrashekhara, S., Gopinath, K.S. & Srinath, B.S.** (2008). Influence of yoga on mood states, distress, quality of life and immune outcomes in early stage breast cancer patients undergoing surgery. *International Journal Yoga*, 1(1): 11-20.
 41. **Rodríguez, F.M., Manzaneque, J.M., Vera, F.M., Ramos, N.S., Godoy, A.Y., Blanca, M.J., Fernández, A., & Enguix, A.** (2014). Valoración de parámetros inmunitarios en pacientes con síntomas de ansiedad y depresión tras un programa de meditación "mindfulness": un estudio piloto. *Ansiedad y Estrés*, (en prensa).
 42. **Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salguero, J.M., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. & Balluerka, N.** (2012). Short- and midterm effects of emotional intelligence training on adolescent mental health. *Journal Adolesc Health*, 51(5): 462-467.
 43. **Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. & Salguero, J.M.** (2005). Inteligencia emocional ante situaciones de estrés agudo. *Comportamiento y palabra*, 79-80.
 44. **Ruiz, J.R., Ortega, F.B., Warnberg, J. & Sjöström, M.** (2007). Associations of low-grade inflammation with physical activity, fitness and fatness in prepubertal children; the European Youth Heart Study. *Int J Obes*, 31(10): 1545-1551.
 45. **Salguero, J.M., Palomera, R., & Fernández-Berrocal, P.** (2012). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*, (27)1: 21-34.
 46. **Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J.B., & Mayer, J.** (1999). Coping intelligently: emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Eds), *Coping: The psychology of what works* (pp.141-164). New York: Oxford University Press.
 47. **Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., & Epel, E.S.** (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17: 611-627.
 48. **Sears, S. & Kraus, S.** (2009). I think therefore I am: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal Clinical Psychology*, 65(6): 561-573.
 49. **Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J.** (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
 50. **Seligman, M.** (2003). *La auténtica felicidad*. México: Bergara.
 51. **Sephton, S.E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J.L.** (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57: 77-85.
 52. **SeyedAlinaghi, S., Jam, S., Foroughi, M., Imani, A., Mohraz, M., Djavid, G.E., & Black, D.S.** (2012). RCT of Mindfulness-Based Stress Reduction Delivered to HIV+ Patients in Iran: Effects on CD4+ T Lymphocyte Count and Medical and Psychological. Symptoms. *Psychosom Medicine*, 74(6): 620-627.
 53. **Simón, V.** (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17: 5-31.
 54. **Vallejo, M.A., & Ortega, J.** (2007). La utilización del mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4(1): 35-41.
 55. **Warren, K., & Ryan, R.M.** (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 242-248.
 56. **Zylowska, L., Ackerman, D.L., Yang, M.H., Futrell, J.L., Horton, N.L., Hale, T.S., Pataki, C., & Smalley, S.L.** (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *Journal Atten Disord*, 11: 737-746.

Impacto del estrés y de las variables psicosociales en el curso clínico y en la calidad de vida de los afectados por la esclerosis múltiple

The impact of stress and the psychosocial variables on both the course of the disease and quality of life of multiple sclerosis patients

Laura Fàbregas Casas¹, Montserrat Planes Pedra², Eugènia Gras Pérez³, Lluís Ramió-Torrentà⁴

Recibido: 26/09/2015

Aceptado: 13/11/2015

Resumen

Los efectos del estrés sobre los sistemas nervioso, endocrino y especialmente sobre el inmune han generado la hipótesis de que podría ser un factor relevante en la evolución de la esclerosis múltiple, de manera que altos niveles de estrés podrían incrementar la probabilidad de una evolución negativa de la enfermedad y también empeorar la calidad de vida de los afectados.

Se ha estudiado una cohorte de 18 meses de seguimiento de una muestra de 49 afectados de esclerosis múltiple remitente-recurrente. Se evaluó el estrés percibido de forma mensual. La calidad de vida al inicio y al final del estudio. Los acontecimientos vitales estresantes y su impacto emocional, las formas clínicas de estrés (ansiedad y depresión), el apoyo social percibido, la percepción de control, las estrategias de afrontamiento y el curso evolutivo, al inicio del estudio y cada 6 meses.

Los resultados indicaron que los acontecimientos vitales estresantes, así como el impacto emocional que generan, eran buenos predictores del número de brotes padecidos durante los 18 meses. También señalaron que los mejores predictores de la calidad de vida al final de dicho

¹Psicóloga. Hospital de Dia de Malalties Neurodegeneratives i Dany Neurològic Adquirit. Institut d'Assistència Sanitària de Girona (IAS). C/ Dr. Castany, s/n. Salt. Girona.

²Psicóloga. Grup de Recerca en Psicologia de la Salut, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida (IRQV), Universitat de Girona.

³Psicóloga. Grup de Recerca en Psicologia de la Salut, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida (IRQV), Universitat de Girona.

⁴Neurólogo. Unitat de Neuroimmunologia i Esclerosi Múltiple (UNIEM). Grup de Recerca en Neurodegeneració i Neuroinflamació, Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI). Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

Correspondencia: Dra. Laura Fàbregas
E-mail: laura.fabregas@ias.scs.es

período fueron los bajos niveles de ansiedad y depresión, ser hombre y un bajo número de pseudobrotos ($R^2=0,8$ y $p=0,0005$).

Se propone que la atención biopsicosocial proporcionada en la neurorehabilitación incluya intervenciones psicológicas dirigidas a manejar el estrés, tratar sus formas clínicas de ansiedad y depresión y modificar algunas estrategias de afrontamiento desadaptativas detectadas, con el objetivo de mejorar la evolución clínica de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Esclerosis múltiple, estrés, afrontamiento, calidad de vida.

Summary

The effects of stress on the nervous system, the endocrine system and especially on the immune system have generated the hypothesis that might be a relevant factor in the evolution of multiple sclerosis, so high levels of stress may increase the probability of a negative evolution of the disease and worsen quality of life.

An 18-month prospective cohort study with a sample of 49 relapsing-remitting multiple sclerosis patients. Perceived stress was measured monthly. Quality of life was evaluated at the beginning and at the end of the study. Stressful life events and their emotional impact, clinical forms of stress (anxiety and depression), perceived social support, controllability, coping strategies and clinical course were measured at the beginning and every 6 month.

The results indicated that stress measures and their emotional impact were good predictors of the number of relapses during the 18 month period. The best quality of life predictors were lower anxiety and depression levels, male sex and low number of pseudo-relapses ($R^2=0,8$ and $p=0,0005$).

It is proposed that biopsychosocial care in neurorehabilitation includes psychological interventions aimed at managing stress, its clinical forms and unhelpful detected coping strategies in order to improve the clinical course of the disease and patients' quality of life.

Key words: Multiple sclerosis, stress, coping strategies, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad del sistema nervioso central, crónica, progresiva, inflamatoria, desmielinizante y autoinmunitaria, con etiología desconocida, con debut entre los 20-40 años. Es la causa más importante de discapacidad no traumática en adultos jóvenes (Sá, 2008; Ramagopalan, 2010).

La prevalencia en España es alta y va en aumento. Estudios recientes confirman que actualmente es de 80-100 casos/100.000 habitantes, lo cual implica que hay cerca de 50.000 afectados (Fernández *et al.*, 2012; Otero-Romero *et al.*, 2012).

Existen tratamientos inmunomoduladores, dirigidos a modificar el curso natural de la enfermedad, y también neurorehabilitadores, que tienen por objetivo reducir el impacto de la enfermedad sobre

el individuo, dentro de las limitaciones impuestas por el déficit neurológico, mediante una intervención multidisciplinar (Sastre-Garriga, Galán-Cartañá, Montalbán y Thompson, 2005; Grupo de trabajo sobre la guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con EM, 2012).

El diagnóstico suele ser un acontecimiento vital estresante que conlleva consecuencias psicológicas y sociales, además de las físicas (Rivera-Navarro, Benito-León y Morales-González, 2001). Se ha comprobado que los afectados de EM tienen más probabilidades de sufrir alteraciones psicológicas que la población general (Tesar, Baumhackl, Koop y Günther *et al.*, 2003) y que otros grupos de pacientes crónicos (Siegert y Abernety, 2005), siendo la ansiedad y la depresión las manifestaciones psicopatológicas más prevalentes (Sá, 2008). Se calcula que, en algún momento del curso de la

enfermedad, hasta el 57 % de los afectados pueden padecer depresión (Feinstein, 2011) y el 34 % ansiedad (Smith y Young 2000).

Los efectos del estrés sobre el sistema nervioso, el sistema endocrino y especialmente sobre el inmunitario (Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005) han generado la hipótesis de que podría ser un factor relevante en la evolución de la EM. La evidencia científica que apoya la asociación entre estrés y una mayor probabilidad de padecer brotes o empeoramientos de la enfermedad va en aumento (Brown, Tennant, Dunny y Pollard, 2005; Mitsonis, Potagas, Zervas y Sfagos, 2009; Somer *et al.*, 2010; Artemiadis, Anagnostouli y Alexopoulos, 2011).

DeRijk, Eskandari y Sternberg (2004) señalaron que las células inmunológicas de los afectados de EM son menos sensibles a la regulación de los glucocorticoides que las de los sujetos sanos, especialmente durante los brotes (Van Winsen *et al.* 2005), hecho que se conoce como resistencia a los glucocorticoides. Mohr y Pelletier (2006) describieron mediante tres hipótesis como la exposición al estrés en afectados de EM contribuye a la exacerbación de los síntomas de la enfermedad. Primera: es la resolución del estrés (con su concomitante reducción de cortisol en sangre) y no el inicio de éste (con incremento del cortisol) la que empeora la inflamación; segunda: el mantenimiento de niveles elevados de glucocorticoides por estrés crónico, reduce el número de receptores para estas hormonas, de esta forma las células inmunitarias de los afectados son menos sensibles a los efectos antiinflamatorios del cortisol ante un pequeño incremento de la inflamación; y tercera: el estrés aumenta el riesgo de empeoramiento de los síntomas al incrementar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica a células inmunitarias circulantes en sangre, la infiltración de leucocitos al SNC y promover procesos inflamatorios.

Las estrategias adecuadas de afrontamiento del estrés pueden reducir la susceptibilidad a las enfermedades inmunológicas, reducir su impacto cuando se padecen y también optimizar la eficacia de inmunoterapia (Zozulya, Gabaeva, Sokolov, Surkina y Kost, 2008). Así mismo, el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas, el tratamiento de las alteraciones afectivas y de la ansiedad, la mejora de algunos rasgos de personalidad desadaptativos mediante intervenciones psicoterá-

péuticas puede afectar favorablemente el impacto que el estrés juega en la evolución y el pronóstico de la EM (Stathopoulou, Christopoulos, Soubasi y Gourzis, 2010).

La calidad de vida (CV) de los afectados de EM es peor que la referida por la población general y algunos estudios apuntan que también es peor que la de otros grupos de enfermos crónicos (Nortvedt y Riise, 2003), pero otros autores no destacan diferencias entre ellos (Sehanovic, Dostovic, Smajlovic y Avdibegovic, 2011). La CV es una medida esencial para determinar el impacto de la enfermedad y de los efectos de las intervenciones desde el punto de vista de los pacientes (Visschedijk *et al.* 2004). Esto justifica el hecho de que sea una herramienta útil en la toma de decisiones terapéuticas (Hernández, 2000).

Diferentes estudios han señalado la importancia de los factores psicosociales como determinantes en la predicción de la CV, especialmente el papel de la depresión (Siegert y Abemethy, 2005; Göksel Karatepe *et al.* 2011). Así mismo, otros trabajos han enfatizado el papel de las estrategias de afrontamiento (Schwartz *et al.* 1999; McCabe y McKem, 2002), mientras que algunas investigaciones encuentran más de un factor relevante, como es el caso de Benedict *et al.* (2005) y de Fàbregas *et al.* (2007) quienes destacan, además de la depresión, la fatiga, el grado de discapacidad y el apoyo social percibido.

Estos conocimientos abren diferentes vías para proponer intervenciones orientadas a mejorar la CV y el bienestar de los afectados por EM u otras enfermedades crónicas.

OBJETIVO

El objetivo general de la investigación fue estudiar la exposición al estrés (estrés percibido, acontecimientos vitales estresantes e impacto emocional, y sus formas clínicas: ansiedad y depresión) en afectados de EM y evaluar sus efectos negativos sobre la evolución de la enfermedad (brotes, pseudobrotes y grado de discapacidad) y la CV, teniendo en cuenta diferentes variables psicosociales mediadoras (apoyo social percibido, estrategias de afrontamiento y percepción de control) (ver Tabla 1).

Tabla 1
Variables, instrumentos y frecuencia de evaluación

VARIABLE		INSTRUMENTO	EVALUACIÓN
CURSO CLÍNICO	Grado de discapacidad	The Expanded Disability Status Scale (rango 0-10) (Kurtzke, 1983).	Inicio y cada 6 meses
	Brotos	Historia clínica	6, 12 y 18 meses
	Pseudobrotos*		
APOYO SOCIAL PERCIBIDO		Adaptación reducida The Social Support Questionnaire (rango 0-40) (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983) (Fàbregas, 2005; Fàbregas, Planes y Ramió-Torrentà, 2007).	Inicio y cada 6 meses
CONTROL	Expectativas de eficacia de adaptación activa	“Hasta qué punto crees que lo que tú piensas, sientes o haces desde que te diagnosticaron la enfermedad es eficaz para aprender a vivir con el diagnóstico?” (rango 0-10)	Inicio y cada 6 meses
	Expectativas de capacidad de adaptación	“Hasta qué punto te sientes capaz de aprender a vivir con el diagnóstico?” (rango, 0-10)	
ESTRÉS	Estrés percibido	Escala de Estrés Percibido – versión reducida (EEP-10) (rango 0-34) (European Spanish version of the Perceived Stress Scale, PSS-10, 1-34) (Remor, 2006).	Inicio y mensual
	Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)	Cuestionario Breve de Acontecimientos Vitales Estresantes (rango 0-12) (The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire) (Brugha y Cragg, 1990; Bellón et al. 2008).	6, 12, 18 meses y últimos 5 años
	Impacto emocional (IE) de los AVE	Likert, 0-3	
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN		The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (rango 0-21) (Zigmond y Snaith, 1983; Soto, Gras y Planes, 2008).	Inicio y cada 6 meses
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales (CEA-A) (Pelechano, Matud y De Miguel, 1993).	Inicio y cada 6 meses

CALIDAD DE VIDA	Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29) (rango 29-145) (Hobart, Lamping, Fitzpatrick, Riazi y Thompson, 2001).	Inicio y 18 meses
-----------------	--	-------------------

*Pseudobrotos: empeoramiento subjetivo sin organicidad según la exploración neurológica, especialmente relacionados con incremento de la ansiedad (Burns, Nawacki, Siddique, Pelletier y Mohr, 2013).

METODO

Diseño

Estudio de cohortes de 18 meses de seguimiento.

Muestra

La población de estudio estuvo constituida por pacientes afectados de EM atendidos entre el setiembre de 2010 y el setiembre de 2012 en el Hospital de Dia de Malalties Neurodegeneratives i Dany Neurològic Adquirit de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) y en la Unitat de Neuroimmunologia i Esclerosi Múltiple (UNIEM) del Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (HJT).

De los 59 posibles candidatos de nuestra población que cumplían criterios de inclusión (EM Remitente-Recurrente (EMRR); mayores de edad; al menos un brote o nueva lesión en el último año, indicativo de enfermedad activa; los pacientes en tratamiento con acetato de glatirámero es necesario que haga más de 6 meses desde su inicio y los pacientes en tratamiento con interferón, más de un mes; firma del consentimiento informado) y no los de exclusión (Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC) (Arroyo-Anlló *et al.*, 2009) inferior a 51/56; alteración psicopatológica que dificultase la evaluación; presencia de otras enfermedades graves no relacionadas con la EM; embarazadas; pacientes en tratamiento con corticoides durante el último mes; pacientes que iniciaron tratamiento antidepresivo durante las últimas cuatro semanas; puntuación mayor a 6,5/10 en el *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) (Kurtze, 1983)), finalmente cumplieron los requisitos 49 pacientes afectados de EMRR, de los cuales 15 fueron hombres y 34 mujeres (30,6 % y 69,4 %, respectivamente), con una media de edad de 39,49 años (SD:9,62, rango: 18-64).

Instrumentos

Las variables, su instrumento de evaluación y la frecuencia de evaluación se presentan a continuación:

El grado de discapacidad se evaluó con la escala EDSS (Kurtzke, 1983), específica para EM, con rango de 0 (exploración neurológica normal) a 10 (muerte por EM).

El apoyo social percibido se estudió preguntado al paciente "Referente al diagnóstico de EM, ¿con quien puede contar cuando necesita apoyo o ayuda? y por cada persona (máximo 4) se le preguntaba "¿Hasta qué punto es satisfactorio el apoyo que le dan?" mostrándole una escala de 0 (nada satisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).

Los instrumentos que evalúan el estrés, miden tres aspectos diferentes: el estrés percibido (EEP-10) (Remor, 2006) evalúa la percepción de incontabilidad y la sobrecarga sin concretar el estresor; el número de AVE (Bellón *et al.*, 2008) estudia si se han dado o no estresores potenciales concretos; y el IE reactivo a estos AVE con rango 0 (nada impactante) a 3 (muy impactante).

La escala HADS (Soto *et al.*, 2008) es un instrumento idea y muy usado en población afecta por enfermedad somática, ya que no incluye síntomas físicos, que podrían ser debidos a la enfermedad de base. Permite obtener una puntuación en ansiedad y otra en depresión. Para cada una de las subescalas, una puntuación de 0-7 es indicativa de ausencia de trastorno, 8-10 caso dudoso y 11-21 presencia clara de trastorno.

El CEA-A es un instrumento dirigido a conocer las estrategias de afrontamiento usadas en el momento de la evaluación y específicamente diseñado para enfermos crónicos de diferente edad, gravedad y pronóstico. Las estrategias estudiadas son:

adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal, negación de la gravedad con inculpación a la familia, y desesperación-inconformismo.

Por último, la MSIS-29 (Hobart *et al.*, 2001) es una escala que mide la CV específica para EM. A mayor puntuación, peor CV.

Procedimiento

El estudio se ha realizado en los dos centros mencionados anteriormente (IAS y HJT) y fue aprobado por los Comités Científicos y Éticos respectivos.

La recogida de datos duró 24 meses, desde septiembre de 2010 hasta septiembre de 2012. La recogida de datos de cada enfermo duraba unos 30 minutos, en los cuales se recordaban los objetivos del estudio, se obtenía el consentimiento informado y se realizaba la administración de los diferentes instrumentos. La evaluación mensual del nivel de estrés percibido se realizó mediante llamada telefónica para evitar desplazamientos a los pacientes.

En todo momento se ha tenido en cuenta y se ha cuidado el bienestar del paciente, con lo cual se ha respetado la expresión emocional y las opiniones que la sesión pudiera generar, priorizando los objetivos fundamentalmente clínicos del estudio (detectar estados emocionales alterados, baja calidad de vida...) con el objetivo de mejorar las intervenciones de los profesionales de la salud. En

esta misma línea, en cualquier situación que ha requerido atención especializada, se ha hecho la derivación oportuna.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v. 15.0.

Se realizaron análisis de regresión múltiple por pasos para estudiar los diferentes predictores de las variables.

Los análisis se realizaron para toda la muestra y, específicamente en el estudio de predictores, también se realizaron en función del tiempo pasado desde que el paciente fue diagnosticado (1 año, 2 años, 4 años y 6 años, de forma inclusiva).

RESULTADOS

Descripción de las medidas de estrés y sus formas clínicas (ansiedad y depresión)

En la Tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables al inicio y final del estudio.

En la tabla 3 presentamos las medias y desviaciones típicas de los AVE y su IE durante los períodos de estudio.

Se describen en la tabla 4 los porcentajes de pacientes en cada una de las categorías clínicas de ansiedad y depresión que establece el instrumento HADS (Soto *et al.* 2008).

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas de las variables estrés percibido y sus formas clínicas (ansiedad y depresión) al inicio del estudio y a los 18 meses.

	Inicio estudio	18 meses
	X (SD) N	X (SD) N
ESTRÉS PERCIBIDO	18,98 (4,16) 49	19,10 (1,70) 49
ANSIEDAD	7,57 (SD=4,55) 49	6,96 (SD=4,31) 49
DEPRESIÓN	4,71 (SD=3,88) 49	4,18 (SD=3,29) 49

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas de los AVE sucedidos el período de evaluación y también durante los últimos 5 años y su IE

	Inicio estudio-18 meses		Últimos 5 años	
	AVE	IE	AVE	IE
MEDIA	1,69	3,49	3,08	6,78
SD	1,50	3,44	1,99	4,75

Tabla 4
Porcentajes de pacientes en cada una de las categorías clínicas de ansiedad y depresión

	Inicio estudio		18 meses	
	Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
No alteración (0-7)	46,9 %	77,6 %	61,2 %	83,7 %
Caso dudoso (8-10)	30,6 %	10,2 %	18,4 %	10,2 %
Caso clínico (≥11)	22,4 %	12,2 %	20,4 %	6,1 %

Descripción del curso clínico

La media del grado de discapacidad al inicio de la investigación fue de 2,39 (SD=1,23) y a los 18 meses 2,32 (SD=1,32). El 38,8 % de los sujetos padecieron brotes durante el estudio y el 12,2 %, pseudobrotes.

Impacto del estrés, sus formas clínicas y las variables psicosociales en el número de brotes

Para los pacientes con diagnóstico de 1 año o menos, la estrategia de afrontamiento de adaptación fue la que mejor predijo la aparición de brotes con un 31,1 % de la varianza ($p=0,016$), indicando que cuanto más adaptación había, menos brotes aparecieron. Para los recién diagnosticados (2 o menos años de diagnóstico), con las variables de adaptación y las expectativas de eficacia de adaptación se explica un 47,5 % ($p=0,017$) de la variable dependiente, indicando que cuanto más adaptación, menos brotes. Mientras que las expectativas de eficacia fueron más elevadas en los pacientes que habían sufrido más brotes. En la Tabla 5 podemos observar las relaciones entre las variables.

Cuando en los análisis se incluían los AVE y su IE sucedidos durante los últimos 5 años, aparecieron nuevas variables predictoras y nuevas varianzas explicadas (tabla 6). En el caso de los pa-

cientes con diagnóstico de 1 año o menos se añadió al modelo predictivo el número de AVE, que conjuntamente con la adaptación consiguieron explicar el 48,3 % ($p=0,041$) del incremento de brotes durante los 18 meses del estudio. Cuanto más adaptados estaban los pacientes, menos brotes sufrían y cuantos más AVE referían, más probabilidad de sufrir brotes tenían. Para los pacientes de 2 años o menos de diagnóstico no se modificaban ni las variables ni la varianza explicada respecto al análisis anterior. El IE de los AVE fue la variable que mejor predijo la variable dependiente en los pacientes con 4 y 6 años de diagnóstico ($R^2=0,375$, $p=0,002$ y $R^2=0,226$, $p=0,008$, respectivamente).

Descripción de la CV

En la Tabla 7 podemos observar que la CV total se mantiene estable durante el estudio. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas [$t(91)=1,15(48)$ y $p=0,25$]. En la misma tabla también se muestran los resultados de las dos subescalas que el instrumento permite obtener (CV física y CV psicológica), en las que tampoco se observaron diferencias significativas durante el período de tiempo examinado.

Impacto del estrés, sus formas clínicas y las variables psicosociales en la CV

Con el objetivo de analizar las variables que me-

Tabla 5
Predictores del número de brotes en función del tiempo pasado desde el diagnóstico para el período inicio estudio – 18 meses de acuerdo con los resultados del análisis de regresión múltiple por pasos

		MODELO	VARIABLE PREDICTORA	COEF. EST.	R2	p
TIEMPO PASADO DESDE EL DIAGNÓSTICO	1 año	1	Adaptación	-0,558	0,311	0,016
	2 años	1	Adaptación	-0,523	0,277	0,015
		2	Adaptación Expectativas de eficacia	-0,724 0,491		
	4 años	-				
	6 años	-				

Tabla 6
Predictores del número de brotes en función del tiempo pasado desde el diagnóstico para el período inicio estudio-18 meses de acuerdo con los resultados del análisis de regresión múltiple por pasos (incluyendo los AVE y su IE de los últimos 5 años)

		MODELO	VARIABLE PREDICTORA	COEF. EST.	R2	p
TIEMPO PASADO DESDE EL DIAGNÓSTICO	1 año	1	Adaptación	-0,558	0,311	0,016
		2	Adaptación	-0,443		
			AVE	0,430		
	2 años	1	Adaptación	-0,523	0,274	0,015
		2	Adaptación Expectativas de eficacia	-0,724 0,491		
	4 años	1	IE AVE	0,598	0,357	0,002
	6 años	1	IE AVE	0,475	0,226	0,008

Tabla 7
Medias, desviaciones típicas y significaciones de la CV (física, psicológica y total) al inicio del estudio y a los 18 meses

	Inicio estudio	18 meses	t (gl) p
	X (SD) N	X (SD) N	
CV Física	37,41 (16,44) 49	36,02 (13,97) 49	0,85 (48) 0,39
CV Psicológica	19,63 (8,89) 49	18,12 (9,17) 49	1,39 (48) 0,17
CV Total	57,04 (23,40) 49	54,14 (21,68) 49	1,15 (48) 0,25

Por predecir la CV a los 18 meses se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos. Se obtuvo un modelo con 4 variables que consiguió explicar el 80,3 % ($p=0,011$) de la varianza de la variable dependiente. Según la relación entre las variables (Tabla 8), cuanto más ansioso y depresivo estaba un paciente, peor CV tenía. Así mismo, las mujeres refirieron peor CV. Un mayor número de pseudobrotos se relacionaba con un empeoramiento en la CV.

AVE en la evolución de la enfermedad, pero no de una forma inmediata. Mohr y Pelletier (2006) destacaron que los períodos de estrés se dan semanas o meses antes de que aparezcan los empeoramientos de la enfermedad.

Para los pacientes con 2 años de diagnóstico sucedió algo parecido. Fue la adaptación el mejor predictor. Además, en este caso, se añadió al modelo predictivo la variable controlabilidad. Es importante destacar que a medida que pasaba el

Tabla 8
Predictores de la CV a los 18 meses de acuerdo con el resultado del análisis de regresión múltiple por pasos

MODELO	VARIABLE PREDICTORA	COEF. EST.	R2	p
1	Ansiedad	0,71	0,512	0,000
2	Ansiedad	0,59	0,670	0,000
	Sexo	0,41		0,001
3	Ansiedad	0,29	0,759	0,020
	Sexo	0,42		0,000
	Depresión	0,41		0,001
4	Ansiedad	0,25	0,803	0,033
	Sexo	0,43		0,000
	Depresión	0,39		0,001
	Pseudobrotos	0,22		0,011

DISCUSIÓN

En referencia a las variables que mejor predijeron el incremento del número de brotes, para los pacientes con un año o menos de diagnóstico de la enfermedad, fueron la adaptación como estrategia de afrontamiento y el número de AVE ocurridos en los últimos 5 años. Estos resultados concuerdan con los de Mitsonis *et al.* (2008) quienes describieron una relación fuerte entre el riesgo de sufrir brotes, la duración del estrés percibido y la cantidad de AVE, por su efecto acumulativo. En la misma dirección ya apuntaban los trabajos de Grant *et al.* (1989), quienes en un estudio retrospectivo y sin poder demostrar causalidad, observaron que el 75 % de los recién diagnosticados sufrieron un AVE los 6 meses anteriores al diagnóstico y solo el 35 % de los controles. También Ackerman (2002) señala la importancia de los

tiempo, adquirirían más importancia las estrategias de afrontamiento del estrés, que el propio estrés, en la predicción de los brotes.

Contrariamente a lo que defiende Ackerman (2002), en referencia a que el IE tiene poca importancia en la predicción de brotes, nuestros resultados muestran su influencia en afectados de 4 y 6 años de evolución de la enfermedad.

Son importantes también los resultados referentes a la CV, que se mantuvieron estables durante los 18 meses del estudio y en general ésta fue buena, igual como observamos en trabajos previos (Fàbregas *et al.* 2007). Sus mejores predictores fueron bajos niveles de ansiedad y depresión, el sexo (ser hombre) y un bajo número de pseudobrotos. En la misma línea, otros trabajos con afectados de EM han destacado el papel negativo de la depresión en la CV (Goldman Consensus Group, 2005; Siegert y Abernethy, 2005;

Göksel *et al.* 2011) y el hecho de ser mujer en percibir peor CV, contrariamente a lo que sucede en población general (McCabe y McKern, 2002).

La media de estrés percibido en la muestra del estudio fue superior a la media que establece el propio instrumento (17,6 y SD=6,7) (obtenida con una muestra heterogénea formada por padres de hijos hemofílicos, personas adictas a las drogas en tratamiento, estudiantes universitarios y personas infectadas por el VIH) (Remor, 2006), siendo más parecida a los resultados observados en otros estudios con afectados de EM (Remor, Amorós y Carrobles, 2010) en que la media fue de 18,6 (SD=5,0). A pesar de esto, los resultados de nuestra muestra son aún más elevados.

La media de los AVE referidos por nuestra muestra los primeros 6 meses fue menor que la que describe el instrumento de 1,24 (SD=1,30) para el mismo período en población general (Bellón *et al.* 2008). Existe en los dos estudios una dispersión mayor que la media. Esto sugiere una gran disparidad de situaciones entre los pacientes en este período.

El 53 % de la muestra de este estudio presentaba ansiedad en mayor o menor grado (casos dudosos y clínicos) al inicio del estudio. A los 18 meses fueron el 38,8 %. Estos resultados son cercanos a los detectados por Smith y Young (2000) en el que el 34 % de la muestra de afectados de EM presentaba clínica ansiosa y también a los informados por Mohr y Dick (1998) que sitúan la ansiedad presente entre el 19 % y el 34 %. Nuestros resultados a los 18 meses difieren de los de Jones *et al.* (2012), estudio más reciente y con mayor muestra (n=4178), que establece la presencia de clínica ansiosa en un 54,1 % de los afectados.

El 22,4 % de la muestra presentaba clínica depresiva al inicio del estudio y solo el 16,3 % la presentaba al final del mismo. Estos resultados difieren de la mayoría de estudios realizados con afectados de EM que señalan una prevalencia mayor, que llega a valores del 46,9 % (Jones *et al.* 2012), 40-50 % (Feinstein, 2011) y hasta el 58,8 % (Arbinaga, 2003). Podemos hipotetizar que estos resultados positivos en nuestros pacientes pueden deberse a la atención integral y personalizada que reciben en función de sus necesidades. De manera que en todo momento el paciente tiene fácil acceso y se puede beneficiar de las intervenciones que necesita.

Como era de esperar, la clínica depresiva y ansiosa fue más prevalente que en población general, confirmando que los afectados de EM tienen más probabilidad de sufrir alteraciones psicológicas (Tesar *et al.* 2003 y Anhoque *et al.* 2011).

CONCLUSIONES

Podemos concluir que son las medidas de estrés: AVE y su IE, pero también las estrategias de afrontamiento (adaptación) y la percepción de control (capacidad percibida de adaptación activa), las variables que mejor predicen el incremento del número de brotes en los sujetos de la muestra. En general, cuanto más estrés se refiera y menos estrategias de afrontamiento adaptativas se usen, más brotes aparecen. Las expectativas de eficacia de adaptación activa (“¿Hasta qué punto crees que lo que tú piensas, sientes o haces desde que te diagnosticaron la enfermedad es eficaz para aprender a vivir con el diagnóstico?”) son más elevadas en aquellos pacientes que han sufrido más brotes. Asimismo, los predictores difieren en función de los años de evolución de la enfermedad. Este hecho podría explicarse por el posible cambio en las diferentes estrategias de afrontamiento usadas por los sujetos de la muestra durante la evolución de la enfermedad.

Los resultados de nuestro estudio coinciden con las investigaciones de otros grupos que han señalado que las variables que más influyen en la CV no son las médicas, como la discapacidad física, sino sobre todo la salud mental y las relaciones sociales (Sehanovic *et al.* 2001; Morales-González *et al.* 2004), que, igual que las alteraciones emocionales, también son modificables. Esto sugiere que tratando estas alteraciones emocionales se podría mejorar la CV de los pacientes.

En consecuencia, se evidencia la importancia de la detección precoz y la intervención ante la presencia de AVE para conseguir una rápida remisión del IE y del estrés percibido y reducir la precipitación de aquellos brotes relacionados con la presencia de estrés (Ackerman, 2002; Brown *et al.*, 2005; Mitsonis *et al.* 2008). Así mismo, también es importante intervenir en las formas clínicas de estrés, la ansiedad y la depresión, por su impacto negativo en la CV.

Por todo lo anterior, los pacientes pueden be-

neficiarse de intervenciones psicológicas (como parte de la atención biopsicosocial en la neurorehabilitación) dirigidas a manejar estas variables con el objetivo de mejorar la evolución clínica de la enfermedad y la CV de los pacientes.

Entre las limitaciones de nuestro estudio destacaríamos las siguientes: algunos datos han sido recogidos de forma autoinformada y podrían estar sesgados; otros, de forma retrospectiva, lo que repercute negativamente en su fiabilidad. Así mismo, no se han estudiado variables biológicas de estrés.

REFERENCIAS

1. **Ackerman, K.D., Martino, M., Heyman, R., Moyna, N.M. y Rabin, B.S.** (1996). Immunologic response to acute psychological stress in MS patients and controls. *Journal of Neuroimmunology*, 68: 85-94.
2. **Anhoque, C.F., Domingues, S.C., Carvalho, T., Teixeira, A.L. y Domingues, R.B.** (2011). Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69(6): 882-886.
3. **Arbinaga, F.** (2003). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: el caso de la esclerosis múltiple. *Anales de Psicología*, 19: 65-74.
4. **Artemiadis, A.K., Anagnostouli, M.C. y Alexopoulos, E.C.** (2011). Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: a systematic review. *Neuroepidemiology*, 36: 109-120.
5. **Bellón, J.A., Moreno, B., Torres-González, F., Montón-Franco, C., Gil de Gómez-Barragán, M.J. et al.** (2008). Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The Predict-D-Spain Study: methodology. *BMC Public Health*, 8, 256.
6. **Benedict, R., Wahlig, E., Bakshi, R., Fishman, I., Munschauer, R. y Zivdinov, R.** (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality and behavior change. *Journal of the Neurological Sciences*, 231: 29-34.
7. **Brown, R.F., Tennant, C.C., Dunn, S.M. y Pollard, J.D.** (2005). A review of stress-relapse interactions in multiple sclerosis: important features and stress-mediating and moderating variables. *Multiple Sclerosis*, 11: 477-484.
8. **Brugha, T.S. y Cragg, D.** (1990). The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82: 77-81.
9. **Burns, M.N., Nawacki, E., Siddique, J., Pelletier, D., y Mohr, D.C.** (2013). Prospective examination of anxiety and depression before and during confirmed and pseudoexacerbations in patients with multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 75(1): 76-82.
10. **DeRijk, R.H., Eskandari, F. y Sternberg, E.M.** (2004). Corticosteroid resistance in a subpopulation of multiple sclerosis patients as measured by ex vivo dexametazone inhibition of LPS induced IL-6 production. *Journal of Neuroimmunology*, 151: 180-188.
11. **Fàbregas, L.** (2005). Esclerosi múltiple: impacte emocional, adaptació al diagnòstic i qualitat de vida. Treball de recerca, Universitat de Girona, Girona.
12. **Fàbregas, L., Planes, M., Gras, M.E. y Ramió-Torrentà, Ll.** (2007). Calidad de vida de los pacientes recién diagnosticados de esclerosis múltiple: influencia de las variables físicas y psicosociales. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 128(9): 355-7.
13. **Feinstein, A.** (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(11): 1276-1281.
14. **Fernández, O., Fernández, V.E. y Guerrero, M.** (2003). *Esclerosis Múltiple*. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana de España, SAU.
15. **Glaser, R. y Kiecolt-Glaser, J.K.** (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5: 243-251.
16. **Göksel Karatepe, A., Kaya, T., Günaydn, R., Demirhan, A., Ce, P. y Gedixlioglu, M.** (2011). Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34(4): 290-298.
17. **Goldman Consensus Group.** (2005). The Goldman consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 11: 328-337.
18. **Grant, I., Brown, G.W., Harris, T., McDonald, W.I., Patterson, T. y Trimble, M.R.** (1989). Severely threatening events and marked life difficulties preceding onset or exacerbations of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52: 8-13.
19. **Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica** sobre la atención a las personas con Esclerosis Múltiple. (2012). *Agència d'Informa-*

- ció, Avaluació i Qualitat en Salut i Fundació Esclerosi Múltiple/CEMCAAT (Coords.). Guia de Pràctica Clínica sobre l'atenció a les persones amb esclerosi múltiple. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
20. **Hernández, M.A.** (2000). Tratamiento de la esclerosi múltiple y calidad de vida. *Revista de Neurología*, 30: 1242-1245.
 21. **Hobart, J., Lamping, D., Fitzpatrick, R., Riazi, A. y Thompson, A.** (2001). The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): a new patient-based outcome measure. *Brain*, 124(5): 962-973.
 22. **Jones, K.H., Ford, D.V., Jones, P.A., Middleton, R.M., Lockhart-Jones, H., Osborne, L.A. et al.** (2012). A large-scale study of anxiety and depression in people with multiple sclerosis: a survey via the web portal of the UK MS Register. *Plos One*, 7(7), e41910.
 23. **Kurtzke, J.F.** (1983). Rating neurologic impairment in multi sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33: 1444-1452.
 24. **McCabe, M.P. y McKern, S.** (2002). Quality of life and multiple sclerosis: comparison between people with multiple sclerosis and people from general population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4): 287-295.
 25. **Mitsonis, C.I., Zervas, I.M., Mitropoulos, P.A., Dimopoulos, N.P., Soldatos, C.R., Potagas, C.M. et al.** (2008). The impact of stressful life events on risk of relapse in women with multiple sclerosis: a prospective study. *European Psychiatry*, 23(7): 497-504.
 26. **Mitsonis, C.I., Potagas, C., Zervas, I., Sfagos, K.** (2009). The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis: a review. *International Journal of Neurosciences*, 119(3): 315-335.
 27. **Mohr, D.C. y Dick, L.P.** (1998). Multiple sclerosis. Dentro P. Camic y S. Knight (eds.). *Clinical handbook of health psychology* (p. 313-348). Seattle: Hoger-Huber Publishers.
 28. **Mohr, D.C. y Pelletier, D.** (2006). Atemporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain Behaviour and Immunity*, 20(1): 27-36.
 29. **Morales-González, J.M., Benito-León, J., Rivera-Navarro, J. y Mitchell, A.J.** (2004). A systematic approach to analyse health-related quality of life in multiple sclerosis: the GEDMA study. *Multiple Sclerosis*, 10: 47-54.
 30. **Nortvedt, M.W. y Riise, T.** (2003). The use of quality of life measures in multiple sclerosis research. *Multiple Sclerosis*, 9: 63-72.
 31. **Otero-Romero, S., Roura, P., Solà, J., Altimiras, J., Sastre-Garriga, J., Nos, C. et al.** (2012). Increase in prevalence of multiple sclerosis over 17-year period in Osona, Catalonia, Spain. *Multiple Sclerosis*, 19(2): 245-248.
 32. **Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A.** (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(63): 91-149.
 33. **Ramagopalan, S.** (2010). Genes and environmental factors in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 16: 259-269.
 34. **Remor, E.** (2006). Psychometric properties of The European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1): 86-93.
 35. **Remor, E., Amorós, M. y Carrobbles, J.A.** (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de psicología*, 26(1): 49-57.
 36. **Ribera-Navarro, J., Benito-León, J. y Morales-González, J.M.** (2001). Hacia la búsqueda de dimensiones más específicas en la medición de la calidad de vida en la esclerosi múltiple. *Revista de Neurología*, 32(8): 705-713.
 37. **Sá, M.J.** (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 110: 868-877.
 38. **Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R.** (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 127-139.
 39. **Sastre-Garriga, J., Galán-Cartañá, I., Montalbán, S. y Thompson, A.J.** (2005). Neurorehabilitación en esclerosi múltiple. *Neurología*, 20(5): 245-254.
 40. **Schwartz, C.E., Foley, F.W., Rao, S.M., Bernardin, L.J., Hang Lee, Genderson, M.W.** (1999). Stress and course of disease in multiple sclerosis. *Behavioral Medicine*, 25(3): 110-116.
 41. **Sehanovic, A., Dostovic, A., Smajlovic, D. y Avdi begovic, E.** (2011). Quality of life in patients suffering from Parkinson's disease and multiple sclerosis. *Medical Archives*, 65(5): 291-294.
 42. **Siebert, R.J. y Abernety, D.A.** (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76: 469-475.

-
43. **Smith, S.J. y Young, C.A.** (2000). The role of affect on the perception of disability in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 14: 50-54.
44. **Somer, E., Golan, D., Dishon, S., Cuzin-Disegni, L., Lavi, I., y Miller, A.** (2010). Patients with multiple sclerosis in a war zone: coping strategies associated with reduced risk for relapse. *Multiple Sclerosis*, 16(4): 463-471.
45. **Soto, J., Gras, M.E. y Planes, M.** (2008). La consistència interna i l'estructura factorial de la versió catalana de la HADS. Estudi preliminar amb una mostra de familiars i amics propers de malalts de càncer. *Revista del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, 207: 29-33.
46. **Stathopoulou, A., Christopoulos, P., Soubasi, E. y Gourzis, P.** (2010). Personality characteristics and disorders in multiple sclerosis patients: assessment and treatment. *International Review of Psychiatry*, 22(1): 43-54.
47. **Tesar, N., Baumhackl, U., Koop, M. y Günther, V.** (2003). Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107: 394-399.
48. **Van Winsen, L.M., Muris, D.F., Polman, C.H., Dijkstra, C.D., van der Berg, T.K. y Uitdehaag, B.M.** (2005). Sensitivity to glucocorticoids is decreased in relapsing remitting multiple sclerosis. *Journal of Clinical Endocrin Metabolism*, 90: 734-740.
49. **Visschdijk, M.A.J., Uitdehaag, B.M.J., Klein, M., van der Ploeg, E., Collete, E.H. et al.** (2004). Value of health-related quality of life to predict disability course in multiple sclerosis. *Neurology*, 63: 2046-2050.
50. **Zigmond, A.S. y Snaithe, R.P.** (1983). The Hospital and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6): 361-370.
51. **Zozulya, A.A., Gabaeva, M.V., Sokolov, O.Y., Surkina, I.D. y Kost, N.V.** (2008). Personality, coping style and constitutional neuroimmunology. *Journal of Immunotoxicology*, 5: 221-225.

Autism Spectrum Disorders and Ehlers-Danlos Syndrome Hypermobility-Type : Similarities in clinical presentation

Trastornos del Espectro Autista y Síndrome de Ehlers-Danlos Hiper móvil: Similitudes en la presentación clínica

Carolina Baeza-Velasco C^a, Claude Hamonet^b, Amaria Baghdadli^c & Régine Brissot^d.

Recibido: 19/09/2015

Aceptado: 13/01/2016

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is an etiologically and clinically heterogeneous group of neurodevelopmental conditions, characterized by impairments in communication, social interaction and restricted repetitive and stereotyped behaviors. Ehlers-Danlos Syndrome hypermobility-type (EDS-HT; also known as Joint Hypermobility Syndrome), is the most common hereditary disorder of the connective tissue. It is characterized by joint hypermobility and a wide range of articular and non-articular manifestations, including disturbances in different systems due to the widespread distribution of collagen in the body. The clinical presentations of ASD and EDS-HT share several similar features, and although literature that relates these two conditions is scarce, it suggests that a connective tissue disorder may contribute to autistic symptomatology. The present work reviews the similarities in the clinical presentation of both conditions. In addition, the case of a 12-year-old boy diagnosed with ASD in which autistic manifestations overlap and/or might be explained by the presence of EDS-HT is presented as illustration.

Key words: Autism spectrum disorder, Ehlers-Danlos syndrome, joint hypermobility syndrome.

^aAssistant Professor of Psychopathology. Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, France.

^bProfessor of Physical Medicine and Reahabilitation. Consultation Ehlers-Danlos, Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, Paris et Faculté de Médecine, Université Paris-Est-Créteil, France.

^cProfessor of Child Psychiatry. Centre de Ressources Autisme, CHU Montpellier et Laboratoire Epsilon, Université Montpellier 1, Montpellier, France.

^dProfessor of Physical Medicine and Reahabilitation. Clinique de Rééducation Fonctionnelle - Faculté de Médecine, Hôpital Pontchaillou, Rennes, France.

Address correspondence to: Carolina Baeza-Velasco, Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, 71 Avenue Edouard Vaillant 92100 Boulogne-Billancourt cedex. (carolina.baeza-velasco@parisdescartes.fr)

Resumen

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) constituyen un grupo etiológica y clínicamente heterogéneo de condiciones del neurodesarrollo, caracterizadas por alteraciones en la comunicación, la interacción social y por la presencia de comportamientos repetitivos y estereotipados. El Síndrome de Ehlers-Danlos de tipo hipermóvil (SED-H), también conocido como Síndrome de Hiperlaxitud Articular, es la enfermedad hereditaria del tejido conectivo más frecuente. Se caracteriza por una hiperlaxitud articular y una amplia gama de manifestaciones articulares y no articulares, incluyendo alteraciones en diferentes sistemas debido a la amplia distribución del colágeno en el cuerpo. Las presentaciones clínicas de los TEA y el SED-H presentan varias características similares, y aunque la literatura que relaciona estas dos condiciones es escasa, sugiere que un trastorno del tejido conectivo puede contribuir a la sintomatología autista. El presente trabajo revisa las similitudes en la presentación clínica de ambas condiciones. Además, se presenta de manera ilustrativa el caso de un niño de 12 años de edad, diagnosticado con TEA, en la que las manifestaciones autistas se superponen y/o podrían explicarse por la presencia del SED-H.

Palabras clave: Trastornos del Espectro Autista, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de hiperlaxitud articular.

INTRODUCCIÓN

Autism Spectrum Disorders (ASD) are a heterogeneous group of neurodevelopmental conditions characterized by impairments in communication, social interaction and restricted repetitive and stereotyped behaviors (American Psychiatric Association, 1994). ASD encompasses clinical presentations in which distinctions are made according to severity levels. Thus, categories such as pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS) and Asperger's syndrome, which were previously used to describe individuals who did not strictly fulfill autism criteria (Einsmajer et al., 1996), are now part of ASD since the arrival of the fifth edition of the Diagnostic Statistics Manual (DSM) (American Psychiatric Association, 2013).

The prevalence of ASD is 60 per 10,000 in developed countries (Newschaffer *et al.*, 2009). The etiology remains unknown and no biological tests exist for its diagnosis. People with ASD often display symptoms from other diagnostic categories (Hofvander *et al.*, 2009). Beyond the above mentioned core features, developmental (e.g.; intellectual disabilities), neurological disor-

ders (e.g.; epilepsy), psychiatric (e.g.; anxiety, mood disorders, ADHD) frequently co-occur in children with ASD and may have a significant impact on the identification, treatment needs, functional status, and progress of those affected (Gillbert & Billstedt, 2000).

EDS is a group of Heritable Disorders of the Connective Tissue (HDCT), which results from defective protein synthesis (Hakim & Sahota, 2006). There are several subtypes of EDS but common characteristics are generalized fragility of tissue, inherent tendency to mechanical tissue failure and joint hypermobility (JH), which is an increased range of motion of the joints, usually assessed with the Beighton score (Fig. 1) (Beighton, Salomon & Soskolne, 1973). The clinical presentation of EDS is extremely heterogeneous (De Wandele *et al.*, 2013; Ghibellini, Brancati & Castori, 2015). It includes disturbances in different systems due to the widespread distribution of collagen in the body. The most common subtype is the hypermobile type (EDS-HT) (also known as Joint Hypermobility Syndrome) (Castori, 2012). Although no real prevalence studies have been carried out, experts point out a high frequency of EDS-HT, especially in females. A pre-

valence of 45 % has been reported in rheumatologic patients in England (Grahame & Hakim, 2006), 39 % in Chile (Bravo & Wolff, 2006) and 1 million in France (Hamonet *et al.*, 2014). Nevertheless, EDS-HT is under-recognized (Castori, 2012), which delays diagnosis considerably.

manifestations. Considering the wide range of symptoms and the highly heritable nature of EDS-HT, a holistic approach of the examination and familiar anamnesis is needed.

ASD and EDS-HT are two conditions with a heterogenic clinical spectrum, sharing several similar

Beighton score	Left side	Right side
1. Passively touch the forearm with the thumb, while flexing the wrist	1	1
2. Bend the little finger back to $\geq 90^\circ$	1	1
3. Hyperextension of the elbows greater than or equal to 10°	1	1
4. Knees hyperextension greater than or equal to 10°	1	1
5. Touching the floor with the palms of the hands when reaching down without bending the knees	1	
Total	/9	

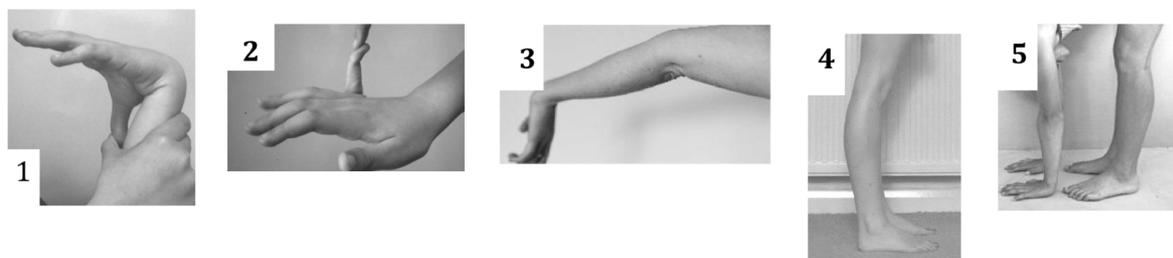


Figure 1
Beighton score (Beighton *et al.*, 1973)

The onset of symptoms typically occurs in infancy. Symptomatology tends to be milder in this period becoming more severe in adulthood (Castori, 2013). The diagnosis remains clinical in the absence of a biological confirmatory test. Two sets of diagnostic criteria are currently available: Villefranche (Table 1) (Beighton, De Paepe, Steinmann, Tsipouras & Wenstrup, 1998) and Brighton criteria (Table 2) (Grahame, Bird & Child, 2000). However, symptomatology of EDS-HT involves not only musculoskeletal complaints, but also many extra-articular manifestations not explored by these diagnostic tools (Bravo & Wolff, 2006; Castori, 2012; Ghibellini *et al.*, 2015). In this regard, a larger clinical spectrum of EDS-HT has been recently described (Colombi, Dordoni, Chiarelli & Ritelli, 2015; Hamonet *et al.*, 2014) (Table 3), including osteoarticular, muscular, mucocutaneous, gastrointestinal, cardiovascular, urogynaecological, ocular, dental and neuropsychiatric

phenotypical features as presented in table 4. However, there is a lack of awareness on this subject, as evidenced by the scarceness of references in the literature relating ASD and EDS. A recent study evidenced that children with ASD have greater mobility of joints than healthy controls, (Shetreat-Klein, Shinnar & Rapin, 2014). In addition, higher rates of JH and symptoms of autonomic dysfunction have been observed in adults with neurodevelopmental diagnoses, compared to psychiatric and healthy controls (Eccles *et al.*, 2014). Another study that assessed seven children with EDS found that five of them had severe behavioral problems and four had impaired social competences (Lumley, Jordan, Rubenstein, Tsipouras & Evans, 1994).

To our knowledge, there is no work that addresses the similarities in the clinical presentation of ASD and EDS-HT. The case presented below illustrates this purpose. Informed consent was obtained from parents of the patient.

Tabla 1
Clasificación de EDS syndromes (Beighton *et al.*, 1998)

New	Former	OMIM	Inheritance
Classical type	Gravis (EDS type I)	130000	AD
	Mitis (EDS type II)	130010	AD
Hypermobility type*	Hypermobility (EDS type III)	130020	AD
Vascular type	Arterial-ecchymotic I (EDS type IV)	130050	AD
		(225350)	
		(225360)	
Kyphoscoliosis	Ocular-scoliotic (EDS type VI)	225400	AR
		(229200)	
Arthrochalasia type	Arthrochalasia multiplex congenita (EDS types VIIA and VIIB)	130060	AD
Dermatosparaxis type	Human dermatosparaxis (EDS type VIIC)	225410	AR
Other forms	X-linked EDS (EDS type V)	305200	XL
	Periodontitis type (EDS type VIII)	130080	AD
	Fibronectin-deficient EDS (EDS type X)	225310	?
	Familial hypermobility syndrome (EDS type XI)	147900	AD
	Progeroid EDS	130070	?
	Unspecified forms	–	–

AD= autosomal dominant; AR= autosomal recessive; XL= X-linked.

*= Major criteria: Hyperextensible and/or smooth, velvety skin, generalized joint hypermobility; Minor criteria: Recurrent joint dislocation, chronic joint/limb pain, positive family history.

PATIENT PRESENTATION

We encountered a 12-year-old boy who was referred to the Department of Rehabilitation Medicine due to motor problems. The motor difficulties, which started in early childhood, included toe walking, poor stability in sitting position, poor tonic control and regulation, difficulties in object assembling, clumsiness with frequent falls and bumps, difficulties to dress himself and to learn to ride a bike.

Failure to respond to his name and random eye contact when he was a toddler were described in his medical record, as well as restricted interests and stereotypic behaviors, such as repeating sequences of films, frequent hand washing and chewing clothes. Preference for adults rather than children, social withdrawal, lack of empathy and initiative to share enjoyment, preference to stay in lying position at the park rather than to play, food se-

lectivity, sensory particularities, such as auditory and tactile hypersensitivities, altered temperature sensitivity and high anxious manifestations for small minimal injury, were also observed. There was no language delay.

Learning difficulties were detected at school, mainly in handwriting, attention and working memory. Due to his slowness to finish classwork, the teacher frequently asked him to complete work during the break. In addition, the patient was bullied at school, he had depressive symptoms (suicidal thoughts and self-injuries) and school phobia. These reasons motivated his parents to withdraw him from school and since he reached 10 years of age, the patient had been schooled at home.

Psychometric assessment revealed an intellectual quotient of 113 (normal-range) with a heterogeneous cognitive profile, characterized by performances in verbal comprehension and perceptible reasoning domains suggestive of high potential,

Table 2
Brighton Criteria (Grahame *et al.*, 2000)

Major Criteria

1. A Beighton score of 4/9 or greater (either currently or historically)
2. Arthralgia for longer than 3 months in 4 or more joints

Minor Criteria

1. A Beighton score of 1, 2 or 3/9 (0, 1, 2 or 3 if aged 50+)
2. Arthralgia (> 3 months) in one to three joints or back pain (> 3 months), spondylosis, spondylolysis/spondylolisthesis.
3. Dislocation/subluxation in more than one joint, or in one joint on more than one occasion.
4. Soft tissue rheumatism. > 3 lesions (e.g. epicondylitis, tenosynovitis, bursitis).
5. Marfanoid habitus (tall, slim, span/height ratio >1.03, upper: lower segment ratio less than 0.89, arachnodactyly [positive S Steinberg/wrist signs]).
6. Abnormal skin: striae, hyperextensibility, thin skin, papyraceous scarring.
7. Eye signs: drooping eyelids or myopia or antimongoloid slant.
8. Varicose veins or hernia or uterine/rectal prolapse.

The JHS is diagnosed in the presence two major criteria, or one major and two minor criteria, or four minor criteria. Two minor criteria will suffice where there is an unequivocally affected first-degree relative.

JHS is excluded by presence of Marfan or Ehlers-Danlos syndromes (other than the EDS Hypermobility type). Criteria Major 1 and Minor 1 are mutually exclusive as are Major 2 and Minor 2.

JHS: Joint Hypermobility Syndrome

and a poorer performance (although in the normal range) concerning processing speed and working memory. No standardized measures of autism severity, language ability or adaptive functioning were available. The several examinations he underwent, including neurological, psychiatric, psychological and psychomotor assessments, resulting in the diagnosis of PDD-NOS, dyspraxia and dysgraphia.

At the time of consultation in rehabilitation medicine, the main complaints were severe generalized pain (articular and muscular), chronic and visual fatigue, and gait problems. The clinical examination revealed a positive Beighton score for JH (8/9), history of recurrent sprains and blocks, dystonia, thin skin, abnormal scarring, easy bruising, cutaneous hyperesthesia, hypotonia, dysautonomia symptoms (excessive sweating, poor thermoregulation, unexplained fever episodes, dry eyes and mouth, dizziness), respiratory problems (dyspnea, respiratory blockages, recurrent affections of the upper airways), oral and gastrointes-

tinal problems (gastroesophageal reflux, dental problems, recurrent mouth ulcers), severe headaches, sensory problems (hyperacusis, tinnitus, transitory decrease of hearing, hyperaesthesia, hyperosmia, exophoria) and proprioceptive dysfunction (clumsiness, frequent trip and fall, difficulties in gripping and holding objects). Finally, the patient's father and brother had similar signs (although milder), while the patient's mother had been diagnosed with fibromyalgia.

This clinical picture suggests an EDS-HT according to Brighton (Grahame *et al.*, 2000) and Villefranche criteria (Beighton *et al.*, 1998), considering the other manifestations described in the EDS-HT spectrum (Colombi *et al.*, 2015; Hamonet *et al.*, 2014) (table 3), and in the absence of other HDCT (i.e. Marfan syndrome).

DISCUSSION

This case highlights the similarities in the clinical presentation of ASD and EDS-HT that

Table 3
Clinical Spectrum of EDS-HT (Colombe *et al.*, 2015; Hamonet *et al.*, 2014)

Osteoarticular	i.e. mild scoliosis, flat foot, lumbar hyperlordosis, joint hypermobility.
Muscular	i.e. hypotonia, fibromyalgia, recurrent myalgias and cramps, dystonia.
Mucocutaneous	i.e. mildly hyperextensible skin, velvety/silky/soft skin texture, striae rubrae and/or distensae in young age, small or post-surgical atrophic scars, Keratosis pilaris, hernias, light blue sclerae, gingival inflammation/recessions, hypoplastic lingual frenulum, easy bruising, resistance to local anaesthetic drugs.
Gastrointestinal	i.e. dysphagia, dysphonia, reflux gastroesophageal, gastritis, unexplained abdominal pain, food intolerances.
Cardiovascular	i.e. varicose veins, low progressive aortic root dilatation, pseudo-Raynaud's phenomenon, mitral valve prolapse.
Urogynaecological	i.e. dyspareunia, dysmenorrhea, urinary stress incontinence, meno/metrorrhagia.
Ocular	i.e. myopia, strabismus, palpebral ptosis.
Dental	i.e. dental neuralgia, gingivitis, temporo mandibular joint pain, dental pains to cold/ warm.
Neuropsychiatric	i.e. dysautonomia, clumsiness, proprioceptive dysfunction, paresthesia, headache, fatigue, sleep disturbances, cognitive impairment, anxiety, hyperaesthesia, hyperosmia, hyperacusis.

merit increased awareness among health professionals, especially pediatricians who are frequently the first contact for parents and the first stage in recognition (Plauché Johnson & Myers, 2007).

Certain characteristics often seen in ASD might be explained by an HDCT such as EDS-HT. The influence of motor and sensory capacity on behavior is undeniable. In this regard, EDS-HT characteristics such as motor difficulties, tissue fragility, sensory hypersensitivity, autonomic dysfunction and the consequences of proprioceptive impairments (impaired spatial localization, clumsiness, frequent falls, instability, abnormal posture, perception problems, bruxism, etc.) (Hamonet *et al.* 2014), may impact behavior in an "autistic" way. These patients frequently avoid noisy and hectic environments, and even physical contact. Clumsiness and slowness may cause rejection by others, especially at school (Baeza-Velasco, Bulbena, Pailhez *et al.*, in press). Isolation is frequently reported by patients with EDS-HT who often feel different and misunderstood (Myerson, 1994; Baeza-Velasco *et al.* 2011a). Rejection experiences and a preference for isolation or at least minimal social contact are also described

in people with ASD (White & Roberson-Nay, 2009). However in ASD these experiences are related to impairments in social-emotional reciprocity (deficits in back-and-forth flow of interactions).

Cognitive and learning problems such as dyspraxia and dysgraphia, are frequent in patients with EDS-HT (Ghibellini *et al.*, 2015) as in ASD (Mayes & Calhoun, 2007). Hand-wrist hypermobility along with proprioception troubles might help explain writing difficulties in EDS-HT. In this regard, therapeutic measures such as repetitive practice may be counterproductive in these patients, because it can cause pain and stiffness (Kirby & Davies, 2006).

In the present case, behaviors such as a preference to stay in a lying position rather than to play, might be related to chronic fatigue and/or dysautonomia, in which the transition from lying to standing position leads to a state of physical discomfort, with dizziness, fainting, visual disturbances, etc. Moreover, considering the history of transitory decrease of hearing, hyperacusis, difficulties in spatial localization and vision anomaly, it is not surprising to note a failure to respond to

Table 4
Common features in ASD and EDS-HT.

Features	Illustrative reference	
	in ASD	in EDS-HT
Attention deficit / hyperactivity	Mannion & Leader, 2013	De Wandele <i>et al.</i> , 2013
Atypical sense of self, alteration of the body schema	Lyons & Fitzgerald, 2013	Hamonet, 2012
Chronic gastrointestinal symptoms	McElhanon <i>et al.</i> , 2014	Colombi <i>et al.</i> , 2015
Clumsiness	Ming <i>et al.</i> , 2007	Colombi <i>et al.</i> , 2015
Difficulties in swallowing (dysphagia)	Betalli <i>et al.</i> , 2013	De Wandele <i>et al.</i> , 2013
Disorders of autonomic nervous system	Torres <i>et al.</i> , 2013	Bravo & Wolff, 2006
Food intolerances	McElhanon <i>et al.</i> , 2014	Colombi <i>et al.</i> 2015
Greater joint mobility, joint hypermobility	Shetreat-Klein <i>et al.</i> , 2014	Beighton <i>et al.</i> 1998
Hypotonia	Ming <i>et al.</i> , 2007	Colombi <i>et al.</i> , 2015
Impaired proprioception	Torres <i>et al.</i> , 2013	Hamonet <i>et al.</i> , 2014
Learning disabilities	Mayes & Calhoun, 2007	Adib <i>et al.</i> , 2005
Motor delay	Ming <i>et al.</i> , 2007	Beighton <i>et al.</i> , 1998
Motor impairment	Ming <i>et al.</i> , 2007	Hamonet <i>et al.</i> , 2014
Pathological anxiety	Simonoff <i>et al.</i> , 2008	Bulbena <i>et al.</i> , 1993
Sleeping problems	Mannion & Leader, 2013	De Wandele <i>et al.</i> , 2013
Social avoidance	Simonoff <i>et al.</i> , 2008	Baeza-Velasco <i>et al.</i> , 2011b
Toe-walking	Ming <i>et al.</i> , 2007	Castori <i>et al.</i> , 2012
Unusual sensory sensitivities	Talay-Ongan & Wood, 2000	Hamonet <i>et al.</i> , 2014

one's name and expressing random eye contact when toddler, as typically observed in ASD. According to Ghibellini *et al.* (2015), problems with the vestibular system in EDS-HT could impact visual competences including tracking issues and reading as well as auditory information processing.

Further, proprioceptive dysfunction and motor problems also influence the feelings and representations about one's own body. In this regard, an alteration in the perception of the body scheme has been described in both, EDS and autism (Hamonet, 2012; Lyons & Fitzgerald, 2013).

Considering overlapping clinical manifestations it is possible that some mild types of ASD represent an undiagnosed EDS-HT. In this sense, Pocinki (2013) stated that symptoms of autonomic dysfunction in EDS could be confounded with manifestation of psychiatric conditions. In this scenario, diagnostic accuracy is an important issue. In the presented case, the diagnostic of ASD was established without the use of evidence-based assessment tools. A battery to explore core

symptoms of ASD as well as additional domains such as intelligence, language, adaptive behavior, neuropsychological functions, comorbid psychiatric illnesses and contextual factors including family functioning and quality of life is recommended (Ozonoff, Goodlin-Jones & Solomon, 2005). For EDS-HT diagnosis, in addition to the exploration of known criteria of Villefranche and Brighton, a holistic approach and exploration of the broader clinical spectrum is necessary (table 3), as is also a familial anamnesis.

Moreover the co-occurrence of both conditions has been reported in six cases (Sieg, 1992; Tantam *et al.*, 1990; Takei *et al.*, 2011). According to Marino Lamari *et al.* (2015) EDS-HT features may worsen ASD symptoms. In this sense, Eccles *et al.* (2014), stated that the collagen altered condition and autonomic dysfunction might play a role in the generation and maintenance of psychopathology in neurodevelopmental disorders. Tantam, Evered and Hersov (1990) consider that an alteration of connective tissue might cause structural

abnormalities in the brain or a motor developmental delay with negative consequences in terms of non-verbal social ability and emotion expression.

From a clinical point of view, in more severe cases of ASD, the presence of a sign such as JH (sometimes recognizable through contortions and exacerbated flexibility in motor mannerisms) should not be trivialized. Especially since recent research shows a higher rate of JH in people with developmental disorders compared to controls (Eccles *et al.* 2014; Shetreat-Klein *et al.*, 2014). JH, as well as antecedents of JH and/or chronic pain in relatives, should alert and warrant a thorough evaluation in order to screen for an HDCT, and in consequence, a tendency to suffer from pain, which is particularly relevant if we consider the communication impairments in this population. The appearance or accentuation of aberrant behaviors or behavioral changes in this context might be a manifestation of pain. In this regard, it has been shown that children with ASD react with self-injurious behaviors immediately after a painful experience (Tordjman *et al.*, 1999).

It is important to disseminate this knowledge among child health professionals, in order to improve diagnostic accuracy, develop appropriate treatment and school facilities to allow the integration of these children. Future research is needed to deepen the knowledge of the etiology of these two disorders both exhibiting a strong genetic component.

Acknowledgements: The authors wish to thank Dr. Isabelle Brock and the patient in the study and his parents for sharing their experiences.

Funding Source: No funding was secured for this study.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to disclose.

Financial Disclosure: The remaining authors have no financial relationships relevant to this article to disclose.

REFERENCES

1. **Adib, N., Davies, R., Grahame, R., Woo, P., Murray, KJ.** (2005). Joint hypermobility syndrome in childhood. A not so benign multisystem disorder? *Rheumatology (Oxford)*, 44: 744-750.
2. **American Psychiatric Association.** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. **Baeza-Velasco, C., Bulbena, A., Pailhez, G., Bourdon, C., De Jouvencel, M.** (in press) Syndrome d'Ehlers-Danlos Hypermobile : Considérations psychologiques. *Journal de Réadaptation Médicale*. Doi: 10.1016/j.jrm.2015.09.004.
5. **Baeza-Velasco, C., Gély-Nargeot, MC., Bulbena, A., & Bravo, JF.** (2011a). Joint hypermobility syndrome: problems that require psychological intervention. *Rheumatology International*, 31: 1131-1136. Doi: 10.1007/s00296-011-1839-5.
6. **Baeza-Velasco, C., Gély-Nargeot, MC., Bulbena, A., Fénétrier, C., & Bravo, JF.** (2011b). Association between psychopathological factors and joint hypermobility syndrome in a group of undergraduates from a French university. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41: 187-201.
7. **Beighton, P., De Paepe, A., Steinmann, B., Tsipouras, P., & Wenstrup, RJ.** (1998). Ehlers-Danlos syndromes: revised nosology, Villefranche, 1997. Ehlers-Danlos National Foundation (USA) and Ehlers-Danlos Support Group (UK), *American Journal of Medical Genetics*, 77: 31-37.
8. **Beighton, P., Solomon, L., & Soskolne, C.** (1973). Articular mobility in an African population. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 32: 413-418.
9. **Betalli, P., Carretto, E., Cananzi, M., Zanatta, L., Salvador, R., Galeazzi, F., Guariso, G., Gamba, P., & Costantini, M.** (2013). Autism and esophageal achalasia in childhood: a possible correlation? Report on three cases. *Diseases of the Esophagus*, 26: 237-240. Doi: 10.1111/j.1442-2050.2012.01358.x.
10. **Bravo, J., & Wolff, C.** (2006). Clinical study of hereditary disorders of connective tissues in a Chilean population. *Joint Hypermobility Syndrome and vascular Ehlers-Danlos syndrome. Arthritis and Rheumatism*, 54: 515-523.
11. **Bulbena, A., Duro, J., Porta, M., Martin-Santos, R., Mateo, A., Molina, L., Vallescar, R., & Vallejo, J.** (1993). Anxiety disorder?

- der in the joint hypermobility syndrome. *Psychiatry Research*, 43: 59-68.
12. **Castori, M.** (2012). Ehlers-Danlos Syndrome, Hypermobility Type: An Underdiagnosed Hereditary Connective Tissue Disorder with Mucocutaneous, Articular, and Systemic Manifestations. *Dermatology*, ID 751768. Doi: 10.5402/2012/751768.
 13. **Castori, M.** (2013). Joint hypermobility syndrome (a.k.a. syndrome hypermobility type): An update critique. *Giornale Italiano di Dermatologia et Venereologia*, 148: 13-36.
 14. **Colombi, M., Dordoni, C., Chiarelli, N., & Ritelli, M.** (2015). Differential Diagnosis and Diagnostic Flow Chart of Joint Hypermobility Syndrome/Ehlers–Danlos Syndrome Hypermobility Type Compared to Other Heritable Connective Tissue Disorders. *American Journal of Medical Genetics Part C*, 169: 6-22. Doi: 10.1002/ajmg.c.31429.
 15. **De Wandele, I., Rombaut, I., Malfait, F., De Backer, T., De Paepe, A., & Calders, P.** (2013). Clinical heterogeneity in patients with the hypermobility type of Ehlers-Danlos Syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34: 873-881. Doi: 10.1016/j.ridd.2012.11.018.
 16. **Eccles, JA., Lodice, V., Dowell, NG., Owens, A., Hughes, L., Skipper, S., Lycette, Y., Humphries, K., Harrison, NA., Athias, CJ., & Critchley, HD.** (2014). Joint hypermobility and autonomic hyperactivity: relevance to neurodevelopmental disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 85, e3. Doi: 10.1136/jnnp-2014-308883.9.
 17. **Einsenmajer, R., Prior, M., Leekam, S., Wing, L., Gould, J., Welham, M., & Ong, B.** (1996) Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1523-1531. Doi: 10.1097/00004583-199611000-00022.
 18. **Ghibellini, G., Brancati, F., & Castori, M.** (2015). Neurodevelopmental attributes of joint hypermobility syndrome/Ehlers–Danlos syndrome, hypermobility type: Update and perspectives. *American Journal of Medical Genetics Part C*, 169: 107-116. Doi: 10.1002/ajmg.c.31424.
 19. **Gillberg C, Billstedt E.** (2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 321-330.
 20. **Grahame, R., Bird, HA, & Child, A.** (2000). The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS). *Journal of Rheumatology*, 27: 1777–9.
 21. **Grahame, R., & Hakim, A.** (2006). Joint hypermobility syndrome is highly prevalent in general rheumatology clinics, its occurrence and clinical presentation being gender, age and race-related. *Annals of Rheumatic Diseases*, 65: 263.
 22. **Hakim, A., & Sahota, A.** (2006). Joint hypermobility and skin elasticity: the hereditary disorders of connective tissue. *Clinics in Dermatology*, 24: 521-533.
 23. **Hamonet, C., Gompel, A., Raffray, Y., Zeitoun, JD., Delarue, M., Vlamynck, E., Haidar, R., & Mazaltarine, G.** (2014). Multiple pains in Ehlers-Danlos syndrome. Description and proposal of a therapy protocol. *Douleurs*, 15: 264-277. Doi: 10.1016/j.douleur.2014.09.003.
 24. **Hamonet, C.** (2012). Le Syndrome d'Ehlers-Danlos, de l'errance au diagnostic. *Eloge de la clinique. L'Internat de Paris*, 66: 1-7.
 25. **Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., & Leboyer, M.** (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 10, 9: 35. Doi: 10.1186/1471-244X-9-35.
 26. **Kirby, A., & Davies, R.** (2006). Developmental coordination disorder and joint hypermobility syndrome - overlapping disorders? Implications for research and clinical practice. *Child: Care, Health, and Development*, 32: 513-519.
 27. **Lumley, MA., Jordan, M., Rubenstein, R., & Tsipouras, P.** (1994). Evans MI. Psychosocial functioning in the Ehlers–Danlos syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 53: 149-52.
 28. **Lyons, V., & Fitzgerald, M.** (2013). Atypical Sense of Self in Autism Spectrum Disorders: A Neuro- Cognitive Perspective. In *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders - Volume I*, Fitzgerald M. (Ed.). InTech. Doi: 10.5772/53680.
 29. **Mannion, A., & Leader, G.** (2013). Comorbidity in autism spectrum disorders: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7: 1595-1616. Doi: 10.1016/j.rasd.2013.09.006.
 30. **Marino Lamari, N., Marino Lamari, M., Carvalho Marino, B., Peres de Medeiros, M.** (2015, August). Síndrome de Ehlers-Danlos tipo hiper mobilidade no agravo dos transtornos do espectro do autismo: relato de caso. Poster session presented at the II International Congress on Hypermobility, Ehlers–Danlos Syndrome and Pain. Sao Jose do Rio Preto, Brazil.

31. **Mayes, SD., & Calhoun, SL.** (2007). Learning, Attention, Writing, and Processing Speed in Typical Children and Children with ADHD, Autism, Anxiety, Depression, and Oppositional-Defiant Disorder. *Child Neuropsychology*, 13: 469-93.
32. **McElhanon, BO., McCracken, C., Karpen, S., & Sharp, WG.** (2014). Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorders: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133: 872-883. Doi:10.1542/peds.2013-3995.
33. **Ming, X., Brimacombe, M., & Wagner, C.** (2007). Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 29: 565-570.
34. **Myerson, L.** (1994). Clinical versus empathetic encounters with Ehlers-Danlos Syndrome. *Anthropology of Work Review*. 15: 22-27. Doi: 10.1525/awr.1994.15.2-3.22.
35. **Newschaffer, CG., Croen, LA., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, JK., Levy, SE., Mandell, DS., Miller, LA., Pinto-Martin, J., Reaven, J., Reynolds, AM., Rice, CE., Schendel, D. & Windham, GC.** (2007). The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*, 28: 235-258.
36. **Ozonoff, S., Goodlin-Jones, BL., Solomon M.** Evidence-Based Assessment of Autism Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2005, 34: 523-540. Doi:10.1207/s15374424jccp3403_8.
37. **Plauché Johnson, C., & Myers, SM.** (2007) Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 120: 1183-1215. Doi: 10.1542/peds.2007-2361.
38. **Pocinki AG.** Pseudopsychiatric symptoms in EDS. Paper presented at: The Ehlers-Danlos National Learning Conference; August 2-3, 2013; Providence, RI.
39. **Shetreat-Klein, M., Shinnar, S., & Rapin, I.** (2014). Abnormalities of joint mobility and gait in children with autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 36: 91-6. Doi: 10.1016/j.braindev.2012.02.005.
40. **Sieg, KG.** (1992). Autism and Ehlers Danlos syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31: 173.
41. **Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G.** (2008). Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47: 921-929. Doi:10.1097/CHI.0b013e318179964f.
42. **Takei, A., Mera, K., Sato, Y., Haraoka, Y.** (2011). High-functioning autistic disorder with Ehlers-Danlos syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65: 605-6. Doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02262.x.
43. **Talay-Ongan, A., & Wood, K.** (2000). Unusual sensory-sensitivities in autism: A possible crossroads. *International Journal of Disability, Development and Education*, 47: 201-212. Doi: 10.1080/713671112.
44. **Tantam, D., Evered, C., & Hersov, L.** (1990). Asperger's syndrome and ligamentous laxity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29: 892-6.
45. **Tordjman, S., Antoine, C., Cohen, DJ., Gauthier-Picard, A., Carlier, M., Roubertoux, P., & Ferrari, P.** (1999). Study of the relationships between self-injurious behavior and pain reactivity in infantile autism. *L'Encephale*, 25: 122-34.
46. **Torres, EB., Brincker, M., Isenhower, RW., Yanovich, P., Stigler, KA., Numberger, JI., Metaxas, DN. & José, JV.** (2013). Autism: the micro-movement perspective. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7:32. Doi: 10.3389/fnint.2013.00032.
47. **White, SW., Roberson-Nay, R.** (2009) Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39: 1006-1013. Doi: 10.1007/s10803-009-0713-8.

Decision-making in opioid-dependent individuals using the Iowa Gambling Task

La toma de decisiones en dependientes de opiáceos mediante la Iowa Gambling Task

Graça Areias¹, Rui Paixão², Ana Paula Figueira³

Recibido: 28/10/2015

Aceptado: 04/01/2016

Summary

Decision-making impairments have been highlighted in opioid-dependent individuals using the Iowa Gambling Task (IGT). The objective of this study was to assess decision-making under uncertainty in opioid-dependent subjects. The sample included 64 abstinent opioid-dependent individuals under treatment and 48 control subjects. Group equivalence was analyzed considering age, gender and educational variables. In both groups, most subjects showed borderline performance, followed by disadvantageous performance and advantageous performance. Both groups showed a preference for low punishment frequency decks (B and D). In both groups, education and gender do not account for IGT performance, and learning differences in the IGT could be in part attributable to cognitive functions as assessed by the MoCA. Opioid-dependent individuals and the control group showed no significant differences in performance.

Key words: Decision-making, Iowa Gambling Task, opioid dependence, punishment frequency

¹Coimbra Detoxification Unit, Regional Health Administration-Center, Portugal.

²Faculty of Psychology and Educational Sciences and Center for Social Studies, University of Coimbra, Portugal.

³Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Portugal.

Corresponding: Graça Areias Unidade de Desabilitação de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro [Coimbra Detoxification Unit, Regional Health Administration - Center]

Street address: Pavilhão n.º 12 do Hospital Sobral Cid, Conraria
Postal code: 3040-714
Coimbra - Portugal
E-mail: gracaareias@gmail.com

Resumen

En individuos dependientes de opiáceos se evidenció deterioro en la toma de decisiones utilizando el Iowa Gambling Task (IGT). El objetivo de este estudio es evaluar la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre en los sujetos dependientes de opiáceos. La muestra incluye 64 individuos dependientes de opiáceos abstinentes en tratamiento y 48 sujetos control. Se analizó la equivalencia de los grupos teniendo en cuenta las variables edad, género y educación. En ambos grupos, la mayoría de los sujetos mostraron un desempeño borderline, seguido de desempeño desventajoso y desempeño ventajoso. Ambos grupos demostraron una preferencia para las barajas de baja frecuencia de castigo (B y D). En ambos grupos, la educación y el género no contribuyen en el desempeño de IGT, y las diferencias de aprendizaje en el IGT pueden ser en parte atribuibles a las funciones cognitivas evaluadas por el MoCA. Los individuos dependientes de opiáceos y el grupo control no mostraron diferencias significativas en el rendimiento.

Palabras clave: Toma de decisiones, dependencia de opiáceos, Iowa Gambling Task, frecuencia de castigo.

Decision-making in opioid-dependent individuals using the Iowa Gambling Task The Iowa Gambling Task (IGT) (Bechara, Damasio, Damasio, & Anderson, 1994) simulates real-life decision-making in situations under uncertainty with respect to the consequence, i.e., reward or punishment. The task consists of a game in which the subject must choose cards from four different decks (A, B, C, D) in 100 trials to win as much money as possible or to avoid losing. Gains and losses follow a predefined reward and punishment scheme. Every time a subject selects a card an immediate monetary gain is awarded, although for some cards this reward is immediately followed by punishment. Decks A and B provide the highest rewards and also the worst punishments. These are considered disadvantageous because in the long run the money penalties exceed the rewards and provide a less advantageous balance. Decks C and D provide lower rewards, but also lower losses. These are considered advantageous because the long-term rewards surpass the penalties and offer a more advantageous balance. Therefore, the most effective strategy for winning money in the task is to consistently select more cards from decks C and D than from decks A and B. However, this objective can only be accomplished if subjects learn the long-term pattern of rewards and penalties for each deck.

Substance dependence can be defined as a paradigm of the decision-making paradox: “the subs-

tance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance...” (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000, p. 197). In fact, decision-making studies using IGT on substance-dependent individuals (alcohol, cannabis, cocaine, methylenedioxymethamphetamine and opioids) point to a disadvantageous performance (e.g., Bechara & Damasio, 2002; Bechara, Dolan, & Hindes, 2002; Le Berre *et al.*, 2014), which is directly involved in dependence development and maintenance (Verdejo-García, Pérez-García, & Bechara, 2006). In this case, the “somatic marker model of addiction” (Verdejo-García *et al.*, 2006) has been used to explain the difficulties substance-dependent individuals have both in decision-making with IGT as well as in daily life. Impairment in decision-making could be due to a deficit in emotional signals (somatic markers) that anticipate the results of an action and guide towards the selection of the most advantageous response (e.g., Bechara & Damasio, 2002; Bechara *et al.*, 2002). Thus, substance dependence can be defined as “...a condition in which the person becomes unable to choose according to long-term outcomes” (Bechara, Noel, & Crone, 2006, p. 227).

However, there is “...evidence that decision-making performance differs between the type of substance used” (Ersche & Sahakian, 2007, p.

324). Studies in former opioid-dependent individuals are scarce. This could be explained by the fact that most research is US-based, where opioid use is significantly lower than in Europe. Indeed, according to the United Nations Office on Drugs and Crime (2011), in North America 25 % of treatment demands stem from opioid use, and 28% are related to cocaine use. In Central and Western Europe, 46.9 % of treatment requests are motivated by opioid use and 11.6 % by cocaine use. This high prevalence of opioid use in Europe is associated with an elevated harmfulness potential, reflected in a high rate of treatment demand (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011). This underlines the importance of studying decision-making processes in opioid-dependent individuals. Some studies specifically investigating decision-making with IGT on opioid-dependent individuals were conducted in subjects on maintenance treatment. Under these conditions they showed worse performance than control groups (Petry, Bickel, & Amett, 1998; Rotheram-Fuller, Shoptaw, Berman, & London, 2004). Nevertheless, since the studies were conducted in subjects undergoing maintenance treatment, IGT performance could be attributed to the effects of opioid agonists.

Maintenance programs show that buprenorphine-maintained individuals performed better than methadone-maintained individuals, and not differently than drug-free controls (Pirastu *et al.*, 2006). Studies with IGT in abstinent opioid users were conducted in the United Kingdom (Passeti *et al.*, 2011) and in countries with a high prevalence of heroin addiction, such as Bulgaria (Vassileva *et al.*, 2007), Iran (Hassani-Abharian & Tabatabaei-Jafari, 2011) and China (Li *et al.*, 2013; Zhang *et al.*, 2011). Some studies using IGT on abstinent opioid-dependent individuals and polysubstance abusers with a marked subjective preference for heroin showed poorer performance in decision-making compared to controls (Passeti *et al.*, 2011; Verdejo-García, Perales, & Pérez-García, 2007). Moreover, this deficit in decision-making in opioid addicts can predict the outcomes of treatment and abstinence from illicit drugs at follow-up (Passeti *et al.*, 2011). However, the severity of opioid drug dependency was not associated with differences in decision-making (Hassani-Abharian & Tabatabaei-Jafari, 2011).

Other studies show that substance-dependent individuals can have different patterns of IGT decision (Mellentin, Skøt, Teasdale, & Habekost, 2013), with some showing similar performance to the control group (Adinoff *et al.*, 2003; Zorlu, Demir, Polat, Kuserli, & Gülseren, 2013). These results have been observed since early studies (Bechara & Damasio, 2002; Bechara *et al.*, 2002) where a large variability in control group performance has been seen, with 37 % of the subjects showing disadvantageous performance. Such results are supported by studies showing an absence of homogeneity in the performance of subjects from the general public, with a high percentage of poor performance and absence of learning (Caroselli, Hiscock, Scheibel, & Ingram, 2006; Steingroever, Wetzels, Horstmann, Neumann, & Wagenmakers, 2013).

Most studies using the IGT focused on performance differences between clinical and control groups, and the proportion of deterioration in each group was not often presented (Hassani-Abharian & Tabatabaei-Jafari, 2011; Li *et al.*, 2013; Vassileva *et al.*, 2007; Verdejo-García, Perales, & Pérez-García, 2007; Zhang *et al.*, 2011).

Performance classification also differs between studies. Initially advantageous performance was defined as $[(C + D) - (A + B)] > 0$ and disadvantageous performance as $[(C + D) - (A + B)] < 0$ (Bechara, Damasio, Tranel, & Anderson, 1998; Bechara, Tranel, & Damasio, 2000; Denburg, Tranel, & Bechara, 2005), with zero score considered as random behavior (Dalglish *et al.*, 2004; Denburg *et al.*, 2006) and values that do not deviate significantly were classified as borderline (Dalglish *et al.*, 2004; Denburg *et al.*, 2006). In other works (Bechara *et al.*, 2002; Bechara & Damasio, 2002), the value 10 was adopted as cut-off point, since it was the maximum score achieved by patients with orbitofrontal lesions (Bechara *et al.*, 2001; Verdejo-García, Aguilar de Arcos, & Pérez-García 2004). Later it was defined as disadvantageous performance a score less than or equal to -18, borderline performance a score between -17 and 17, and advantageous performance a score greater or equal to 18 (Bakos, Denburg, Fonseca, & Parente, 2010).

As far we know, the only study on opioid-dependent individuals that presents percentages of

deterioration assumes as disadvantageous performance the negative range and provides 40 % deterioration in methadone-maintained individuals group, 22 % buprenorphine-maintained individuals and 29% in the control group (Pirastu *et al.*, 2006).

Another aspect is the distinction between "advantageous" and "disadvantageous" decks on which the assessment of performance is based in most studies (Caroselli *et al.*, 2006). This could cause other differences between decks to be overlooked. For instance, besides differences in reward and punishment magnitudes, decks also differ in the frequency of punishments and rewards. Regarding punishment frequency, decks B ("disadvantageous") and D ("advantageous") have low punishment frequency (net gain in 90% of the trials), whereas A ("disadvantageous") and C ("advantageous") are high punishment frequency decks (net gain in 50 % of the trials).

Some subjects in control groups seem to value the frequency of positive results over the amount of money (gained or lost), so they prefer decks B and D (e.g., Caroselli *et al.*, 2006; Lin, Chiu, Lee, & Hsieh, 2007; Steingroever *et al.*, 2013; Upton, Kerestes, & Stout, 2012). Additionally, healthy and non-healthy subjects tend to have a specific preference for deck B, called the "prominent deck B" phenomenon (Lin *et al.*, 2007), as reported in several studies (Lin *et al.*, 2007; Steingroever *et al.*, 2013), including studies in opioid-dependent individuals (Upton *et al.*, 2012).

Thus, although some of the research conducted with IGT in opioid-dependent individuals has focused on abstinent individuals, results are still unclear and insufficient. Therefore, the main objective of this study is to compare the performance on IGT in opioid-dependent individuals with 5-9 days of abstinence with an equivalent control sample. Our hypothesis is that opioid-dependent individuals performed worse and have a higher percentage of deterioration in decision-making.

METHODS

Participants and procedures

The sample consisted of 64 opioid-dependent individuals who did not fulfill criteria for dependence or abuse of other substances according to

the DSM-IV-TR (2000), admitted as inpatients for a closed-regimen detoxification program at the Coimbra Detoxification Unit of the Institute on Drugs and Drug Addiction. Exclusion criteria were: presence of cognitive impairment; diagnosis of other lifetime Axis I psychiatric disorders and Axis II personality disorders according to the DSM-IV-TR (2000); HIV/AIDS infection; primary or secondary neurological disease and intelligence estimate lower than 70 (DSM-IV-TR, 2000). The criteria were confirmed by laboratory findings, medical and psychological assessment, according to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction protocol. The collected information was confirmed by clinical history as recorded in the Multidisciplinary Information System of the Institute on Drugs and Drug Addiction and by the information collected during interviews with the family and companions at the time of admission. The data on substance use and agonist treatment characteristics are summarized in Table 1.

After acute opioid withdrawal symptoms (Kleber, 2007), assessment was conducted between abstinence days 5 and 6 on heroin- and buprenorphine-dependent subjects, and between days 8 and 9 on methadone-dependent subjects. Opioid-dependent individuals were medicated according to the current therapeutic administration protocol in the institution (Table 1).

The control group ($n = 48$) was recruited by public notice and the same exclusion criteria were applied. In addition to these exclusion criteria, individuals who had used psychoactive substances were also excluded, except those who occasionally consume alcohol and/or tobacco. Both groups consisted of Caucasian subjects. There were no significant differences in age (minimum and maximum age of 18 and 47 years in dependent individuals, and 20 and 49 years in the control group), gender and education in the two groups (Table 2).

The study complied with the ethical guidelines for human experimentation stated in the Declaration of Helsinki, and was approved by the Clinical Board of the Institute on Drugs and Drug Addiction. Every subject signed an informed consent after the research objectives and participation conditions had been explained. No subject was rewarded for collaborating.

Table 1
Self-reported substance use history and medication

	Opioid-dependent group (<i>N</i> = 64)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Age at onset of opioid use	19.31 (4.34)
Years of opioid use *	14.16 (6.67)
Medication † (dose range, mg/day)	
Clonidine	[0.45, 0.6]
Etilefrine	[5, 20]
Diazepam	[10, 40]
Mirtazapine‡ or	15
Trazodone ‡	150
Tramadol chlorhydrate and/or	[100, 400]
Butylscopolamine bromide	[10, 20]

Note: * Time elapsed since the first use of opioid; † Medication used within 24 hours before testing; ‡ Used as a hypnotic the night before testing.

Table 2
Demographics, cognitive functioning and intelligence

	Opioid-dependent group (<i>N</i> = 64)	Control group (<i>N</i> = 48)						
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	$\chi^2(1)$	<i>t</i> (110)	<i>p</i>	95% CI	<i>Cohen's d</i>	\square
Age*	33.47 (6.48)	33.44 (8.08)		0.02	.982	[-2.70, 2.76]	<0.01	
Education*	9.73 (2.51)	10.52 (2.54)		1.64	.105	[-1.74, 0.17]	-0.31	
Gender (% male)	89.1%	77.1%	2.92		.088			0.16
MoCA score	26.31 (2.36)	26.75 (2.38)		-0.97	.336	[-1.34, 0.46]	-0.19	
Vocabulary score	11.80 (2.37)	11.15 (2.87)		1.31	.191		0.25	
WAIS III								
Block Design score WAIS III	8.97 (2.18)	10.52 (2.71)		-3.36	<.001	[-2.47, -0.64]	-0.63	
Intelligence estimate	102.20 (10.49)	105.24 (13.76)		-1.33	.187	[-7.58, 1.50]	-0.25	

Note: CI = Confidence interval; * Years; Significance levels were set at $p < .05$, two-tailed.

Instruments

Cognitive function was assessed using the Portuguese version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011). This included the assessment of execu-

tive functions, visuospatial abilities, short-term memory, language, attention, concentration, working memory and temporal and spatial orientation.

The Wechsler Adult intelligence Scale - Third Edition (WAIS-III), Vocabulary and Block Design

subtests (Wechsler, 2008) were used to estimate intelligence, as calculated by the deviation quotient formula (Tellegen & Briggs, 1967).

Decision-making was assessed by means of an electronic version of the IGT adapted for the euro and the Portuguese language. This version is based on the IGT (Bechara *et al.*, 1994) in terms of schedules of reinforcement and does not change the quantitative value of the original version in dollars, since currency exchange differences are irrelevant. Detailed instructions were provided (Bechara, Damasio, Damasio, & Lee, 1999). The position of decks (A, B, C, D) on the screen is spatially random to prevent a location bias in deck selection; punishments are unpredictably distributed within 10-trial blocks. The subject may make up to 100 selections from the same deck. The application provides information on gains and losses, as well as a balance update after each move. Each card selection is followed by an emotion: happy when winnings exceed losses and sad in the opposite situation.

All statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics 20. The Alpha level was set at $p < .05$ (two-tailed) for all analyses. In the repeated measures ANOVA, the Greenhouse-Geisser or the Huynh-Feldt correction was used when violation of the assumption of sphericity was noticed. Assumptions of linearity, multicollinearity and homoscedasticity of data were verified for simple linear regression analysis estimates. The effect size was assessed by Cohen's d , ϕ^2 and partial eta-squared (η^2).

RESULTS

The cognitive and intellectual function assessment is summarized in Table 2. There were no significant differences between the groups in the Vocabulary test, intelligence estimates, and MoCA scores. However, opioid-dependent individuals have significantly lower Cube test outcomes (Table 2).

The assessment of performance in the IGT followed the formula $[(C + D) - (A + B)]$, which corresponds to the total sum of choices from the advantageous decks minus the total sum of choices from the disadvantageous decks (Bechara *et al.*, 1994), and shows no significant differences between groups (Table 3).

Performance was classified according to the criterion of Bakos *et al.* (2010), with scores of -18 or less regarded as disadvantageous, those ranging from -17 to 17 as borderline, and those of 18 or more as advantageous. In both groups, most subjects showed borderline performance, followed by disadvantageous performance and advantageous performance (Table 3). As recommended by Dunn *et al.* (2006), mean values obtained from the $[(C + D) - (A + B)]$ formula were compared with a zero score, which is considered as random behavior (Denburg, Recknor, Bechara, & Tranel, 2006). The score in the opioid-dependent individuals, $t(63) = -3.23$, $p = .002$, 95% CI [-13.80, -3.26], $d = -0.40$, was significantly lower than zero. On the contrary, in the control group scores did not differ significantly from zero, $t(47) = -1.67$, $p = .101$, 95% CI [-14.23, 1.31], $d = -0.24$.

Choices per deck were analyzed and a 2 (group) x 4 (deck) repeated measures ANOVA was performed. We noted no effect of the group x deck interaction, $F(2.74, 301.07) = 0.11$, $p = .941$, $\eta^2 < 0.01$. However, there is a significant main effect of decks, $F(2.74, 301.07) = 46.17$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.30$, and a group effect, $F(1, 110) = 4.19$, $p = .043$, $\eta^2 = 0.04$. Mean pairwise comparisons using the Bonferroni adjustment showed significant differences among deck pairs, with $B > C$, $B > D$, $B > A$, $D > C$, and $D > A$ ($p < .001$). No significant differences were noted between decks C and A ($p = 1.000$). Both groups showed a preference for low frequency punishment decks (B and D).

Subsequently, choices from the decks grouped by the low (B + D) and high (A + C) punishment frequency criterion (Table 3) were analyzed. The 2 (punishment frequency) x 2 (group) repeated measures ANOVA showed a significant main effect of punishment frequency, $F(1, 110) = 96.77$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.47$, and a group effect, $F(1, 110) = 4.19$, $p = .043$, $\eta^2 = 0.04$. Both groups preferred low punishment frequency decks (B and D), but opioid-dependent individuals choose such decks more often (Table 3). There was no significant effect of the "punishment frequency" x groups interaction, $F(1, 110) = 0.05$, $p = .827$, $\eta^2 < 0.01$.

Comparing the performance using the formula $[(B + D) - (A + C)]$ (which shows choice according to adoption of the low punishment frequen-

Table 3
IGT performance in opioid-dependent group and control group

	Opioid dependent group (N = 64)	Control group (N = 48)	χ^2	t(110)	p	95% CI	Cohen's d	□
	M (SD)	M (SD)						
Total score [(C + D) - (A + B)]	-8.53 (21.11)	-6.46 (26.76)		-0.46	.648	[-11.04, 6.89]	-0.09	
Classification of performance %			0.95		0.621			0.09
Disadvantageous \leq -18	37.5%	31.3%						
Borderline [-17, 17]	53.1%	54.2%						
Advantageous \geq 18	9.4%	14.6%						
Total sum [(B + D) - (A + C)]	62.23 (12.28)	60.29 (19.30)						
Total sum (A + C)	37.77 (12.28)	34.71 (15.67)						
Total sum [(B + D) - (A + C)]	22.83 (23.69)	23.83 (27.68)		-0.21	.837	[-10.64, 8.63]	-0.04	

Note: CI = Confidence interval; Significance levels were set at $p < .05$, two-tailed.

cy criterion) did not demonstrate significant differences between the groups (Table 3).

Learning evolution was assessed by means of a block calculation (Bechara *et al.*, 1999), dividing performance into five blocks of 20 trials each, based on the formula [(C + D) - (A + B)]. In the repeated measures ANOVA, 5 (block) x 2 (group) did not show a significant main effect of blocks, $F(4, 440) = 1.31$, $p = .267$, $\eta^2 < 0.01$, of groups, $F(1, 110) = 0.21$, $p = .648$, $\eta^2 < 0.01$, or of the block x group interaction, $F(4, 440) = 2.27$, $p = .061$, $\eta^2 = 0.02$.

Simple linear regression analyses were conducted to ascertain whether gender, education, MoCA and intelligence estimate could account for the IGT performance. This showed that gender and education are not predictors for scores in the IGT based on the formula [(C + D) - (A + B)]. For gender, in the opioid-dependent individuals, $\beta = -0.15$, $F(1, 62) = 1.50$, $p = .225$, and in the control group, $\beta = 0.04$, $F(1, 46) = 0.07$, $p = .791$. For education, in the opioid-dependent individuals, $\beta = 0.09$, $F(1, 62) = 0.54$, $p = .467$, and in the control group, $\beta = 0.14$, $F(1, 46) = 0.92$, $p = .344$. In the opioid-dependent subjects, MoCA

was demonstrated to be a performance predictor, $\beta = 0.29$, $F(1, 62) = 5.63$, $p = .021$, $R^2_{adj.} = 0.07$, but not in the control group, $\beta = -0.14$, $F(1, 46) = 0.95$, $p = .336$. Intelligence estimates did not account for the total IGT performance in the opioid-dependent individuals, $\beta = 0.22$, $F(1, 62) = 3.21$, $p = .078$, nor in the control group, $\beta = 0.21$, $F(1, 46) = 2.04$, $p = .161$.

DISCUSSION

In the IGT performance calculated by the formula [(C + D) - (A + B)], we have noticed that both the opioid-dependent individuals and the control group mostly show borderline behavior, according to the Bakos *et al.* (2010) criterion, associated with a low rate of advantageous performance. This lack of difference between groups had already been noted in previous studies, namely in abstinent cocaine-dependents (Adinoff *et al.*, 2003), abstinent alcohol-dependents (Zorlu *et al.*, 2013) and in subjects undergoing a maintenance program with buprenorphine (Pirastu *et al.*, 2006). Adinoff *et al.* (2003) justified the lack of difference in the high performance variability

within groups, which was also seen in our study. However, in opioid-dependent individuals such performance is not attributable to random behavior (Denburg *et al.*, 2006), because it is significantly lower than zero, meaning an effective risk choice preference.

Another hypothesis explaining the absence of differences is that the sample was limited to medically healthy, abstinent, dependent subjects with no other psychiatric disturbances (Adinoff *et al.*, 2003), the same exclusion criteria we applied in our study. In the study by Zorlu *et al.* (2013), too, the absence of differences in IGT performance between "pure" alcohol-dependent individuals and the control group was justified by the absence of psychiatric comorbidity, and it was considered that the earlier studies could have had limitations in controlling this variable.

Vassileva *et al.* (2007) noted that abstinent psychopathic heroin addicts made significantly more disadvantageous choices than non-psychopathic subjects. Moreover, some differences were noted in the evolution of IGT performance between subjects with substance use disorder without associated psychopathologies and subjects with substance use disorder associated with antisocial personality disorder (Mellentin *et al.*, 2013). Thus, while subjects with substance use disorder showed slow, but steady learning during the task, subjects with substance use disorder associated with antisocial personality disorder showed initial improvement, but their performance declined markedly in the last 40 trials (Mellentin *et al.*, 2013). As pointed by Ersche and Sahakian (2007, p. 325) "...accumulating evidence indicates that drug abuse per se not mediate decision-making on the IGT but it may act as a moderator, aggravating existing decision-making impairments". Our belief is that psychopathology and personality disorders may be more likely to account for differences between groups than substance dependence.

Another aspect that does not help to clarify differences between groups is the publications' bias found in a meta-analysis study on the neuropsychological consequences of opioids (Baldacchino, Balfour, Passetti, Humphris, & Matthews, 2012). This bias is expressed by a higher probability of research with statistically significant positive results being published (Baldacchino *et al.*, 2012).

The results in the control group are lower than expected, but in line with observations by other authors (Caroselli *et al.*, 2006; Steingroever *et al.*, 2013). In these studies, the general population showed no homogeneity in performance, with a high percentage of poor performance and low learning levels.

Another finding in our study is the preference of all subjects for low punishment frequency decks (B and D), which was previously reported in other studies (e.g., Caroselli *et al.*, 2006; Lin *et al.*, 2007; Steingroever *et al.*, 2013; Upton *et al.*, 2012). However, opioid-dependent individuals choose such decks more often. This preference shows the importance of gain-loss frequency rather than long-term outcomes (Lin, Chiu, & Huang, 2009; Lin, Song, Lin, & Chiu, 2012). As Caroselli *et al.* (2006) have noted, the attractive power of a deck depends more on the previous reinforcement frequency than on the magnitude of reward.

In our study, the low rate of advantageous performance could be explained by the absence of payment, which was not considered for practical and ethical reasons regarding the dependent subjects, but it may have been something of a deterrent. However, despite some controversy as to the effect on performing the task using actual money, it has been found that using real reinforcement decreases result variability (Bowman & Turnbull, 2003) and leads to a lack of difference between the control group and cocaine abusers (Vadhan, Hart, Haney, van Gorp, & Foltin, 2009). Regarding payment, the optimal situation to assess the decision-making style would require individuals to invest their own money and really lose or win (Areias, Paixão, & Figueira, 2013). Thus, when participants are gambling, influenced by payment, they are always in the realm of winning because, no matter how much they lose, from an ethical point of view no experimental situation allows them to leave the situation losing money, i.e., the result will never be negative (Areias *et al.*, 2013). Therefore, it seems that conditions which apparently bring the IGT closer to a real-life situation, i.e., payment conditional on gambling results, seem to distort the nature of the situation somehow, because the subjects have the prospect of winning, but are never in a situation of a real loss (Areias *et al.*, 2013). Furthermore, according to the

prospect theory (Kahneman & Tversky, 1979), when the reference point is defined such that the result is perceived as a potential gain, individuals tend to be risk averse. From this point of view, it would seem that making payment conditional on performance may induce an advantageous performance (Areias *et al.*, 2013). This raises the issue of the IGT's status as a psychological assessment tool, because in the absence of actual payment subjects may see the task as a game in which they have nothing to win or lose and so have little inclination to follow the instructions and win as much money as possible. This hypothesis is consistent with our results, which suggest that performance in the control group is characterized by low investment in performing the task, which translates into slower learning than expected.

Another explanation for the performance we have observed are the transcultural differences in decision-making in the IGT (Bakos *et al.*, 2010), reinforced by an occurrence of such differences in perception of and attitudes in the face of risk (Wang & Fischbeck, 2008; Weber & Hsee, 1998).

In both groups, education does not account for IGT performance. Previous studies report conflicting results for this question. For instance, Evans, Kemish, and Turnbull (2004) have noted that subjects with more years of education showed a significantly lower performance in the last two blocks in a version of the IGT (Bechara *et al.*, 1994) using real money. The authors explained these results based on an education effect which would discourage decision-making, supported by emotion-based mechanisms. Meanwhile, normative data obtained from a sample of 932 adults (although collected with a different IGT version) showed that educational level only contributed 3.6 % of variance in the IGT scores (Bechara, 2007).

Differences in the IGT could be in part attributable to cognitive functions as assessed by the MoCA, as the simple linear regression analyses suggest. The relation between the IGT performance and cognitive functions and intelligence is controversial; although some studies find that higher IQ scores predicted better IGT performance (Demaree, Burns, & Dedonno, 2010), most studies point to the independence of the results (cf. for review, Toplak, Sorge, Benoit, West, & Stanovich, 2010). However, comparison of the studies is

not without problems, since various measures have been used.

Gender was not shown to be a predictive variable of the IGT score. A literature review on the influence of gender on the IGT yields conflicting results. Although most studies with young people and adults indicate that gender has no effect (Davis *et al.*, 2008), including normative studies on the IGT (Bechara, 2007), other research has shown that men and women perform differently (Goudriaan, Grekin, & Sher, 2007).

In conclusion, there were no significant differences in choice patterns between opioid-dependent individuals and the control group. Both groups demonstrated a preference for low punishment frequency decks (B and D). In both groups, education does not account for IGT performance, and learning differences in the IGT could be in part attributable to cognitive functions as assessed by the MoCA. Finally, gender was not shown to be a predictive variable of the IGT score.

REFERENCES

1. **Adinoff, B., Devous, M.D., Cooper, D.B., Best, S.E., Chandler, P., Harris, T., Cullum, C.M.** (2003). Resting regional cerebral blood flow and gambling task performance in cocaine-dependent subjects and healthy comparison subjects. *American Journal of Psychiatry*, 160(10): 1892-1894. doi:10.1176/appi.ajp.160.10.1892.
2. **American Psychiatric Association** (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. **Areias, G., Paixão, R., & Figueira, A.P.C.** (2013). O Iowa Gambling Task: Uma revisão crítica [The Iowa Gambling Task: A critical revision]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2): 201-210. doi: 10.1590/S0102-37722013000200009.
4. **Bakos, D.S., Denburg, N., Fonseca, R.P., & Parente, M.A.d.M.P.** (2010). A cultural study on decision making: Performance differences on the Iowa Gambling Task between selected groups of Brazilians and Americans. *Psychology & Neuroscience*, 3(1): 101-107. doi:10.3922/j.psns.2010.1.013.
5. **Baldacchino, A., Balfour, D.J.K., Passetti, F., Humphris, G., & Matthews, K.** (2012). Neuropsychological consequences of chronic opioid

- use: A quantitative review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(9): 2056-2068. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.06.006.
6. **Bechara, A.** (2007). *Iowa Gambling Task*. Professional Manual. Florida: Psychological Assessment Resources.
 7. **Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., & Anderson, S.W.** (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1-3), 7-15. doi: 10.1016/0010-0277(94)90018-3.
 8. **Bechara, A., & Damasio, H.** (2002). Decision-making and addiction (part I): Impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, 40(10): 1675-1689. doi: 10.1016/S0028-3932(02)00015-5.
 9. **Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R., & Lee, G.P.** (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *The Journal of Neuroscience*, 19(13): 5473-5481. Retrieved from <http://www.jneurosci.org/>.
 10. **Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S.W., & Nathan, P.E.** (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39(4): 376-389. doi: 10.1016/S0028-3932(00)00136-6.
 11. **Bechara, A., Dolan, S., & Hindes, A.** (2002). Decision-making and addiction (part II): Myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychologia*, 40(10): 1690-1705. doi: 10.1016/S0028-3932(02)00016-7.
 12. **Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Anderson, S.W.** (1998). Dissociation of working memory from decision making within the human prefrontal cortex. *The Journal of Neuroscience*, 18(1): 428-437. Retrieved from <http://www.jneurosci.org/>.
 13. **Bechara, A., Noel, X., & Crone, E.** (2006). Loss of willpower: abnormal neural mechanisms of impulse control and decision-making in addiction. In Wiers R. W. & A. W. Stacy (Eds.), *Handbook of Implicit Cognition and Addiction* (pp. 215-232). Thousand Oaks, California: Sage.
 14. **Bechara, A., Tranel, D., & Damasio, H.** (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123(11): 2189-2202. doi: 10.1093/brain/123.11.2189.
 15. **Bowman, C.H., & Turnbull, O. H.** (2003). Real versus facsimile reinforcers on the Iowa Gambling Task. *Brain and Cognition*, 53(2), 207-210. doi: 10.1016/s0278-2626(03)00111-8.
 16. **Caroselli, J.S., Hiscock, M., Scheibel, R.S., & Ingram, F.** (2006). The Simulated Gambling Paradigm applied to young adults: An examination of university students' performance. *Neuropsychologia*, 13(4): 203-212. doi: 10.1207/s15324826an1304_1.
 17. **Dalgleish, T., Yiend, J., Bramham, J., Teasdale, J.D., Ogilvie, A.D., Malhi, G., & Howard, R.** (2004). Neuropsychological processing associated with recovery from depression after stereotactic subcaudate tractotomy. *The American Journal of Psychiatry*, 161(10): 1913-1916. doi: 10.1176/appi.ajp.161.10.1913.
 18. **Davis, C., Fox, J., Patte, K., Curtis, C., Strimas, R., Reid, C., & McCool, C.** (2008). Education level moderates learning on two versions of the Iowa Gambling Task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(6): 1063-1068. doi:10.1017/S1355617708081204.
 19. **Demaree, H. A., Burns, K. J., & DeDonno, M.A.** (2010). Intelligence, but not emotional intelligence, predicts Iowa Gambling Task performance. *Intelligence*, 38(2): 249-254. doi: 10.1016/j.intell.2009.12.004.
 20. **Denburg, N.L., Recknor, E.C., Bechara, A., & Tranel, D.** (2006). Psychophysiological anticipation of positive outcomes promotes advantageous decision-making in normal older persons. *International Journal of Psychophysiology*, 61(1): 19-25. doi:10.1016/j.ijpsycho.2005.10.021.
 21. **Denburg, N.L., Tranel, D., & Bechara, A.** (2005). The ability to decide advantageously declines prematurely in some normal older persons. *Neuropsychologia*, 43(7): 1099-1106. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.09.012.
 22. **Dunn, B.D., Dalgleish, T., & Lawrence, A.D.** (2006). The somatic marker hypothesis: A critical evaluation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(2): 239-271. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.07.001.
 23. **Ersche, K., & Sahakian, B.** (2007). The neuropsychology of amphetamine and opiate dependence: Implications for treatment. *Neuropsychology Review*, 17(3): 317-336. doi: 10.1007/s11065-007-9033-y.
 24. **Evans, C. E. Y., Kemish, K., & Turnbull, O.H.** (2004). Paradoxical effects of education on the Iowa Gambling Task. *Brain and Cognition*, 54(3): 240-244. doi:10.1016/j.bandc.2004.02.022.

25. **Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I.** (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9): 989-996. doi:10.1080/13803395.2011.589374.
26. **Goudriaan, A.E., Grekin, E.R., & Sher, K.J.** (2007). Decision making and binge drinking: A longitudinal study. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31(6): 928-938. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00378.x.
27. **Hassani-Abhari, P., & Tabatabaei-Jafari, H.** (2011). Risky decision-making and the intensity of opioid drug dependency in early phase of methadone maintenance protocol. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30(0): 1748-1751. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.337.
28. **Kleber, H.D.** (2007). Pharmacologic treatments for opioid dependence: Detoxification and maintenance options. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(4): 455-470. Retrieved from <http://www.dialogues-cns.org/>.
29. **Kahneman, D., & Tversky, A.** (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2): 263-292. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1914185>.
30. **Le Berre, A.P., Rauchs, G., La Joie, R., Mézange, F., Boudehent, C., Vabret, F., Beaunieux, H.** (2014). Impaired decision-making and brain shrinkage in alcoholism. *European Psychiatry*, 29(3): 125-133. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.10.002.
31. **Li, X., Zhang, F., Zhou, Y., Zhang, M., Wang, X., & Shen, M.** (2013). Decision-making deficits are still present in heroin abusers after short- to long-term abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3): 61-67. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.10.012.
32. **Lin, C.-H., Chiu, Y.-C., & Huang, J.-T.** (2009). Gain-loss frequency and final outcome in the Soochow Gambling Task: Areassessment. *Behavioral and Brain Functions*, 5(45), 1-9. doi: 10.1186/1744-9081-5-45.
33. **Lin, C.-H., Song, T.-J., Lin, Y.-K., & Chiu, Y.-C.** (2012). Mirrored prominent deck B phenomenon: Frequent small losses override infrequent large gains in the inverted Iowa Gambling Task. *PLoS One*, 7(10): 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0047202.
34. **Lin, C.H., Chiu, Y.C., Lee, P.L., & Hsieh, J.C.** (2007). Is deck B a disadvantageous deck in the Iowa Gambling Task? *Behavioral and Brain Functions*, 3(16): 1-10. doi:10.1186/1744-9081-3-16.
35. **Mellentin, A.I., Skøt, L., Teasdale, T.W., & Habekost, T.** (2013). Conscious knowledge influences decision-making differently in substance abusers with and without co-morbid antisocial personality disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4): 292-299. doi: 10.1111/sjop.12054.
36. **Passetti, F., Clark, L., Davis, P., Mehta, M.A., White, S., Chęcinski, K., Abou-Saleh, M.** (2011). Risky decision-making predicts short-term outcome of community but not residential treatment for opiate addiction. Implications for case management. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(1), 12-18. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.02.015.
37. **Petry, N.M., Bickel, W.K., & Arnett, M.** (1998). Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction*, 93(5), 729-738. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.9357298.x.
38. **Pirastu, R., Fais, R., Messina, M., Bini, V., Spiga, S., Falconieri, D., & Diana, M.** (2006). Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: Effect of pharmacological therapies. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(2): 163-168. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.11.008.
39. **Rotheram-Fuller, E., Shoptaw, S., Berman, S.M., & London, E.D.** (2004). Impaired performance in a test of decision-making by opiate-dependent tobacco smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1): 79-86. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2003.10.003.
40. **Steingrover, H., Wetzels, R., Horstmann, A., Neumann, J., & Wagenmakers, E.-J.** (2013). Performance of healthy participants on the Iowa Gambling Task. *Psychological Assessment*, 25(1): 180-193. doi:10.1037/a0029929.
41. **Tellegen, A., & Briggs, P.F.** (1967). Old wine in new skins: Grouping Wechsler subtests into new scales. *Journal of Consulting Psychology*, 31(5): 499-506. doi: 10.1037/h0024963.
42. **Toplak, M.E., Sorge, G.B., Benoit, A., West, R.F., & Stanovich, K.E.** (2010). Decision-making and cognitive abilities: A review of associations between Iowa Gambling Task performance, executive functions, and intelligence. *Clinical Psychology Review*, 30(5): 562-581. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.002.
43. **United Nations Office on Drugs and Crime**, 2011. *World Drug Report 2011*. United Nations Publication, Vienna.
44. **Upton, D.J., Kerestes, R., & Stout, J.C.** (2012). Comparing the Iowa and Soochow Gambling Tasks in opiate users. *Frontiers in Neuros-*

- ciencia, 6(34): 1-8. doi:10.3389/fnins.2012.00034.
45. **Vadhan, N.P., Hart, C.L., Haney, M., van Gorp, W.G., & Foltin, R.W.** (2009). Decision-making in long-term cocaine users: Effects of a cash monetary contingency on Gambling task performance. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1-3): 95-101. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.02.003.
46. **Vassileva, J., Petkova, P., Georgiev, S., Martin, E.M., Tersiyiski, R., Raycheva, M., Marinov, P.** (2007). Impaired decision-making in psychopathic heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3): 287-289. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.06.015.
47. **Verdejo-García, A., Aguillar de Arcos, F., & Pérez-García, M.** (2004). Alteraciones de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes. *Revista de Neurología*, 38(7): 601-606. Retirado de [http:// www.revneurol.com/](http://www.revneurol.com/).
48. **Verdejo-García, A., Pérez-García, M., & Bechara, A.** (2006). Emotion, decision-making and substance dependence: A somatic-marker model of addiction. *Current Neuropharmacology*, 4(1): 17-31. doi:10.2174/157015906775203057.
49. **Verdejo-García, A.J., Perales, J.C., & Pérez-García, M.** (2007). Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addictive Behaviors*, 32(5): 950-966. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.06.032
50. **Wang, M., & Fischbeck, P.S.** (2008). Evaluating lotteries, risks, and risk-mitigation programs. *Journal of Risk Research*, 11(6): 775-795. doi: 10.1080/13669870801967259.
51. **Weber, E.U., & Hsee, C.** (1998). Cross-cultural differences in risk perception, but cross-cultural similarities in attitudes towards perceived risk. *Management Science*, 44(9): 1205-1217. doi: 10.1287/mnsc.44.9.1205.
52. **Wechsler, D.** (2008). Escala de inteligência de Wechsler para adultos [Wechsler Adult Intelligence Scale] (3a ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
53. **Zhang, X.-l., Shi, J., Zhao, L.-y., Sun, L.-l., Wang, J., Wang, G.-b., Lu, L.** (2011). Effects of stress on decision-making deficits in formerly heroin-dependent patients after different durations of abstinence. *The American Journal of Psychiatry*, 168(6): 610-616. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10040499.
54. **Zorlu, N., Demir, D.E., Polat, S., Kuserli, A., & Gülseren.** (2013). Normal decision-making and executive functions in alcohol dependent individuals. *Düünen Adam*, 26(2): 131-138. doi:10.5350/DAJPN2013260202.

Sección dirigida por el Dr. J.J. De la Gándara

La vivencia de la sexualidad en la adolescencia(1)

Living of sexuality in adolescence

Sílvia Egea Tresgallo

Resumen

El presente artículo pretende hacer una breve descripción de las dudas, preocupaciones y expectativas que los adolescentes manifiestan respecto a la sexualidad en un servicio de atención específico para jóvenes como el Centre jove d'anticoncepció i sexualitat (CJAS) de Barcelona. Las cuestiones planteadas por los adolescentes ponen de manifiesto la importancia de invertir más esfuerzos en crear y desarrollar programas de educación sexual de calidad que les aporten una información científicamente correcta y sin prejuicios sobre sexualidad, que tenga en cuenta sus curiosidades, intereses, necesidades y experiencias; y además les ayude a desarrollar las habilidades necesarias para una vivencia de la sexualidad positiva y responsable.

Keywords: Prevention, sexuality, adolescence and sexual education.

Summary

This article aims to offer a short description of the most frequently expressed doubts, concerns and expectations towards sexuality by the teenage users of Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat services. The issues raised by these teenagers highlight the importance of focusing the efforts in setting up and developing high quality sexual health programs. These programs should provide non biased and scientifically correct information and should have into consideration teenagers' curiosities, interests, needs and experiences in order to help them developing skills for living a positive and responsible sexuality.

Palabras clave: Prevención, sexualidad, adolescencia, educación sexual.

Psicóloga general sanitaria
Centre jove d'anticoncepció i sexualitat (CJAS)
Associació de planificació familiar de Catalunya i Balears
C/ la granja, 19-21. 08024 Barcelona.
segea@centrejove.org

(1) Este artículo fue presentado en forma de ponencia en la XXX Jornada de Terapia del Comportamiento y Medicina Conductual en la Práctica Clínica, celebrada el 26 de Marzo de 2015 en Barcelona. Ampliado y revisado se ha propuesto y aceptado como artículo de divulgación.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad la sentimos, la experimentamos e influye en nuestra relación con las otras personas a lo largo de la vida. La vivencia particular que cada quien tiene de la sexualidad incidirá de manera importante en su crecimiento como persona, e influirá en el equilibrio psicológico, afectivo y emocional. Todos sabemos qué es la sexualidad, reflexionamos con frecuencia sobre ella, aunque nos suele resultar difícil definirla.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define la sexualidad como “un aspecto central del ser humano a lo largo de su vida y engloba el sexo, la identidad de género y los roles, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

En este sentido, es importante remarcar que la sexualidad va más allá de la genitalidad y las relaciones sexuales coitales, y está presente de un modo u otro en nuestro proceso de aprendizaje y socialización, claramente influido por las experiencias que hemos ido interiorizando durante el crecimiento. A lo largo de la infancia y la adolescencia se van adquiriendo de manera progresiva conocimientos, se desarrollan modelos, valores, actitudes y habilidades relacionados con la sexualidad a partir de una gran cantidad de fuentes de información del entorno más cercano (familia, escuela, amigos...), de la sociedad y la cultura en que se vive.

Por tanto, las personas llenamos de contenido nuestra manera de entender y compartir la sexualidad gradualmente; y la educación sexual que hemos ido recibiendo de manera informal desde nuestro entorno tendrá una influencia decisiva en cómo se vivirán y compartirán las relaciones sexuales posteriores.

Este hecho nos puede hacer pensar que ya desde los ámbitos de educación informal se proporciona a los/as niños/as y adolescentes formación

suficiente en sexualidad. Pero el papel de los/as profesionales (salud, educación, ocio, etc.) que trabajamos en contacto directo o indirecto con ellos/as es también muy importante y completa esta tarea educativa en sexualidad. Los/as jóvenes necesitan recibir afecto, reconocimiento y apoyo desde su entorno social inmediato en el proceso de desarrollo de su identidad sexual; pero también necesitan adquirir conocimientos específicos, actitudes y habilidades en sexualidad, y es en estos aspectos en los que los/as profesionales les podemos ayudar.

La sexualidad, especialmente en la adolescencia, implica una gran variedad de sentimientos, emociones y sensaciones. Es en este momento del ciclo vital en el que esta se expresa con todo su potencial y aparece el deseo de compartirla, de experimentar todo aquello que se está descubriendo; al tiempo que surgen dudas y miedos ante esa sexualidad que aflora, pero que todavía no se conoce bien. A lo largo de la adolescencia se dan importantes cambios tanto a nivel físico como psicológico y social, de una manera discontinua y asincrónica. Este hecho hace que con frecuencia encontremos adolescentes con cuerpos físicamente preparados para iniciar las relaciones sexuales compartidas, cuando todavía no han alcanzado la madurez psicológica suficiente que permita poder controlar y gestionar las posibles situaciones de riesgo o las consecuencias que se pueden derivar de esas relaciones sexuales.

Por otro lado, durante la adolescencia puede haber conductas de riesgo de tipo reactivo en la vivencia y expresión de la sexualidad, siendo estas conductas manifestaciones, más o menos oportunas, del camino hacia la autonomía y la independencia. Los/as adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, hacer frente a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer nuevas formas de relación con los demás. El sentimiento de invulnerabilidad y la necesidad de demostrarse a uno/a mismo/a y a los/as demás la capacidad de desafío ante la norma también estarán presentes en la sexualidad adolescente.

En los últimos años profesionales de diferentes ámbitos en contacto directo con adolescentes y jóvenes (educación, salud, ocio...) hablan de un ligero descenso en la edad de inicio de las rela-

ciones sexuales compartidas. También diferentes estudios ponen de manifiesto esta realidad. El último Informe de la Juventud en España (INJUVE, 2012), realizado a partir de una muestra de 5000 jóvenes de 15 a 29 años de diferentes comunidades autónomas españolas, manifiesta que “la experiencia sexual de los jóvenes sigue creciendo paulatinamente en términos porcentuales. Una gran mayoría del colectivo ha tenido relaciones sexuales del tipo que sea (88,4 %). Aunque la edad media de la primera relación sexual no ha variado casi, y se sitúa alrededor de los 17 años, sí se observa un ligero descenso desde el 2004. El porcentaje de jóvenes que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años ha pasado del 5 % en 2004 al 12 % en 2012, a la vez que desciende la proporción en el intervalo de los 16 a los 18 años”.

El “Centre jove d’anticoncepció i sexualitat” (CJAS) de Barcelona es un servicio de la “Associació de planificació familiar de Catalunya i Balears”, que ofrece atención específica a adolescentes y jóvenes hasta los 30 años de edad en temas relacionados con la salud sexual. También desde el CJAS, a partir de una muestra de 811 jóvenes usuarios/as del servicio, hemos detectado un ligero aumento en el porcentaje de adolescentes menores de 15 años que han iniciado las relaciones sexuales coitales, pasando de un 11,7 % en el 2010 a un 14,9 % en 2014. En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales, la edad media en esta misma muestra es de 16,48 años. Las chicas afirman haber mantenido su primera relación sexual coital 0,7 años antes que los chicos.

Son muchos y muy variados los acontecimientos que han influido en el descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales. Varios autores hablan de factores fisiológicos como el avance de la menarquia en las chicas (Grupo de trabajo sobre salud sexual y reproductiva y Sociedad española de contracepción, 2001); a los que debemos sumar otros factores económicos, sociales y culturales (globalización, la migración de nuevos grupos de población de diferentes contextos culturales y creencias religiosas, la rápida propagación de los nuevos medios de comunicación (internet, móvil, ...), el cambio de actitud y comportamiento sexual de los adolescentes, etc.) (OMS, Oficina regional para Europa y BZgA, 2010).

Pero ¿cómo viven y qué piensan los y las adolescentes sobre sexualidad? ¿Qué dudas, preocupaciones, expectativas, etc., tienen respecto a ella? ¿Cómo podemos favorecer una vivencia de la sexualidad positiva y responsable en nuestros/as jóvenes?

LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Desde el CJAS se atienden 9800 jóvenes al año a través de las diferentes actividades que se realizan en el centro (atención presencial, telefónica y *on-line*, así como actividades educativas para grupos de escuelas e institutos, centros de educación no formal, etc.).

La experiencia desde un servicio de estas características nos permite afirmar que la sexualidad es un tema que interesa a los y las adolescentes, al que dan relevancia; y que manifiestan la importancia de disponer de centros de atención específicos (tardes jóvenes, CJAS, etc.), desde los cuales profesionales de la salud puedan dar respuesta a sus dudas y preguntas sobre aspectos relacionados con la sexualidad. En la actualidad, chicos y chicas piensan que es importante estar bien informados y que ciertamente disponen de muchos medios para conseguir la información (televisión, internet, escuela, amigos...), aunque les es difícil contrastar cuáles de ellas son o no válidas.

Ciertamente, la información no es suficiente para protegerse de posibles riesgos derivados de una sexualidad donde los mensajes que se dan son muy diversos, parciales, en ocasiones erróneos, contradictorios, de fuentes poco fiables, y que con frecuencia no acaban de conectar del todo con las emociones, dudas, dificultades, etc., que los y las adolescentes están experimentando.

Entre las actividades que se llevan a cabo desde el CJAS están los talleres de educación afectiva sexual. A través de una pequeña muestra de preguntas hechas por adolescentes de segundo a cuarto de la ESO, previas a estos talleres, intentaré ofrecer una imagen de las cuestiones que con mayor frecuencia plantean los chicos y las chicas en relación a la sexualidad. Estas preguntas nos las envían de manera anónima y confidencial para a partir de ellas elaborar las actividades educativas.

El cuerpo

“¿Es posible agrandar el pene?, si el pene es corto ¿llegas al orgasmo igual que con uno más largo?, ¿puede pasar que se quede un tampón dentro?, ¿todas las mujeres tienen himen?”.

Los cambios físicos son uno de los primeros signos que marcan el inicio de la adolescencia. La edad en que se inician estos cambios es variable de una persona a otra, se van produciendo a lo largo de unos años y se verán determinados por factores genéticos y ambientales (herencia, alimentación, clima, estímulos psicológicos y sociales, condiciones de salud, etc.). Aproximadamente entre los 8 y los 16 años se inicia y se desarrolla la pubertad de forma normal, por tanto existe una gran variabilidad entre unos/as adolescentes y otros/as. Los cambios corporales no se dan de manera aislada, sino que van acompañados de una serie de cambios psicológicos y sociales (emociones, relaciones, vivencias, intereses, pensamientos, etc.), que en su conjunto irán definiendo la identidad y personalidad adultas. Cuando estos cambios comienzan, ya sea en uno/a mismo/a o en el grupo de iguales, se plantean muchas dudas y preguntas. Saber si es normal haber iniciado o no los cambios corporales, la llegada de la menstruación, el tamaño de los pechos, saber si los genitales son normales (forma y tamaño), si funcionan correctamente, si su anatomía puede interferir o dificultar las relaciones sexuales compartidas y qué imagen están proyectando en los/as otros/as son preguntas que hacen tanto los chicos como las chicas.

Ir asumiendo y aceptando con cierta tranquilidad estos cambios y las nuevas sensaciones que se van produciendo a partir de estos les ayudará a sentirse más seguros/as y preparados/as a la hora de vivir y compartir su sexualidad. Existe todavía un gran desconocimiento respecto a anatomía y fisiología, por ello es importante poderles ofrecer una información correcta y clara sobre estos temas, sobre los cambios que se irán produciendo a lo largo de la adolescencia, así como acompañarlos a que puedan ir aceptando su cuerpo y su aspecto físico.

La orientación sexual

“Si no acabo de pasarlo bien en las relaciones sexuales con mi pareja ¿querrá decir que

soy gay o bisexual?, he tenido un sueño con una compañera de clase ¿quiere decir que soy lesbiana?, ¿debería probar para salir de dudas?”.

Habitualmente, durante la adolescencia se pasa de una sexualidad más centrada en el propio cuerpo a tener interés por experimentar y compartir esta sexualidad con otra persona. Es en esta etapa del crecimiento donde principalmente se irá definiendo de manera más explícita la orientación del deseo sexual y la elección amorosa. Es frecuente que en estas edades se puedan sentir atracciones por personas del propio sexo o del sexo contrario. Tener sueños, fantasías o primeras experiencias sexuales con personas de uno u otro sexo... genera en los adolescentes dudas, angustia y preocupación respecto a su orientación sexual.

Es importante poder disponer de espacios desde los que hablar y normalizar estos sentimientos, dudas, etc.; clarificar que la orientación sexual se irá definiendo a lo largo del tiempo, en función de los sentimientos y las experiencias vividas. Será de ayuda poder acompañarlos a tolerar la incertidumbre ante las dudas por la orientación sexual y transmitir que la orientación del deseo tendrá un recorrido particular para cada persona. Como en otros aspectos del crecimiento, será necesario poderse tomar un tiempo para sentirse tranquilo o tranquila con los sentimientos que van descubriendo.

Las primeras relaciones sexuales compartidas y el placer

“¿Hay una edad para empezar a tener relaciones sexuales?, ¿duele?, ¿se sangra?, ¿cómo hacerlo para que todo salga bien?, ¿cómo darle placer a una chica?, ¿puede fallar alguna cosa (pérdida de erección, eyaculación rápida, que no entre el pene...)?” son algunas de las cuestiones planteadas de manera recurrente en los grupos de adolescentes.

Las primeras relaciones sexuales compartidas son una de las temáticas que más curiosidad e inquietud despierta en los y las adolescentes, tanto si todavía no las han iniciado como si las están iniciando. Existe un amplio abanico de posibilidades dentro de las relaciones sexuales compartidas, pero generalmente hablan de “primeras veces” o “primeras relaciones sexuales” para referirse a las relaciones sexuales coitales o con penetración.

Frecuentemente las primeras relaciones sexuales

les coitales surgen de una manera espontánea, sin mucha planificación y por tanto con poca previsión para evitar posibles riesgos, como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. El deseo de compartir la sexualidad con otra persona, pero también las dudas, el desconocimiento y los nervios ante una situación nueva como esta, pueden favorecer que las inicien sin valorar realmente si se sienten preparados/as. En ocasiones, los primeros encuentros sexuales acaban surgiendo en lugares poco apropiados y con escaso tiempo para poder tener la relación con tranquilidad. Las expectativas previas sobre cómo serán las “primeras veces” acostumbran a ser muy distintas de la realidad que se encuentran.

Todo ello puede propiciar que esas primeras relaciones acaben siendo poco placenteras.

En ocasiones manifiestan dudas y preocupación porque han tenido alguna dificultad en la respuesta sexual (por ejemplo, en el chico es frecuente la eyaculación rápida o la pérdida de erección, y en la chica la falta de lubricación y la contracción de la musculatura de la vagina) y lo atribuyen únicamente a un problema físico. Será importante trabajar con ellos/as los aspectos emocionales, de aprendizaje, etc., que implican estas primeras experiencias.

Recibir información y asesoramiento sobre las primeras relaciones sexuales compartidas, partiendo de las cuestiones que a ellos y a ellas les preocupan, puede favorecer un inicio de las relaciones más tranquilo, progresivo y reduciendo los riesgos. Es importante facilitar espacios, desde los que chicos y chicas puedan pensar para decidir por sí mismos/as cuándo tener sus primeras relaciones; valorando aspectos como decidirlo libremente, sin presiones ni coacciones por parte de la pareja y/o amigos, sintiéndose preparado/a y habiendo encontrado la persona con la que quieren compartir esta experiencia. También deberemos ayudarles a pensar en aspectos que favorecen sentirse más preparado/a, como la amistad, el amor, la comunicación con la pareja y el respeto mutuos. Será necesario un tiempo de aprendizaje en las relaciones compartidas, que puede ser diferente en función de cada persona y cada pareja.

Con frecuencia, haber compartido relaciones de “petting” (juegos eróticos o relaciones sexuales sin penetración) les servirá para poder iniciar

las relaciones descubriendo de una manera más paulatina cómo responde su cuerpo al placer compartido, cuáles son las cosas que les gustan... y también ir conociendo mejor a la pareja.

Los sentimientos: el amor

“¿Es normal enamorarse en estas edades?, ¿afecta la sexualidad al amor?, si una persona no se enamora ¿es que no ha madurado?, el hecho de que te guste una chica ¿es debido a las hormonas?, ¿por qué si tu novio te dice que te quiere tanto, insiste tanto en hacer sexo?, ¿me querrá después?”.

En la adolescencia, la relación con las personas del entorno (familia, amigos, profesores,...) va cambiando. El/la adolescente se vuelve más crítico/a con lo que observa, la percepción de las personas y las cosas que tiene alrededor se va ampliando y variando, por ello también le surgen dudas y conflictos en estas relaciones.

Del mismo modo que sus cuerpos crecen y cambian en esta etapa, también lo hacen sus sentimientos, surgen los primeros enamoramientos y también los primeros desengaños amorosos.

Para el/la adolescente darse cuenta que siente cosas especiales es emocionante, pero también confuso y contradictorio en ocasiones, ya que es algo nuevo y desconocido y no saben cómo actuar. Emoción, nerviosismo, timidez, ilusión, inseguridad, celos, tristeza, decepción, etc., son algunos de los ingredientes que aparecerán ligados al amor o al desamor.

Los/as profesionales tenemos la posibilidad de ayudar a los/as adolescentes a reflexionar sobre los sentimientos que afloran cuando les gusta mucho alguien, el tipo de persona con la que les gustaría mantener una relación sentimental, qué cualidades valoran y cuáles no cuando se fijan en alguien, y qué aspectos son importantes en una relación de pareja. Conceptos como el respeto, la confianza, la igualdad, la diversidad, etc., deben ser tenidos en cuenta al hablar con ellos y ellas sobre estos temas.

También será necesario poder plantear situaciones que les hacen sentirse extraños/as y en las que no saben cómo comportarse o actuar, como por ejemplo, cuando una persona se siente atraído por él/ella y no es correspondido, pero su actitud o insistencia les resulta incómoda, les violenta; o cuando a uno/a misma le cuesta encontrar el límite a

la hora de intentar que la otra persona le haga caso. Hipotetizar y ensayar situaciones que pueden encontrarse en un futuro es una manera de aprender e ir adquiriendo estrategias cuando todavía no se dispone de una experiencia previa.

Los métodos anticonceptivos

“¿Qué pasa si el condón está caducado?, ¿es fácil que se rompa?, ¿qué pasa si se queda dentro de la vagina?, ¿cuál es el método anticonceptivo más seguro para los jóvenes?, ¿hay otras opciones aparte del preservativo?”

En la actualidad, existe una gran cantidad de opciones anticonceptivas de las que se puede disponer de una información más o menos precisa. Pero como decía, el hecho de tener información no garantiza que la persona no se exponga a situaciones de riesgo. Aspectos como la autoestima, las habilidades a la hora de negociar el método anticonceptivo, saber decir no ante situaciones que no nos gustan,... también influyen a la hora de exponerse o no a situaciones de riesgo.

Los métodos anticonceptivos permiten disfrutar de las relaciones sexuales compartidas sin tener que preocuparse por el riesgo de embarazo, y en el caso del preservativo, también de las infecciones de transmisión sexual. La elección del método es una cuestión muy personal que cada uno/a, o cada pareja, deberá decidir en los diferentes momentos de la vida. Un buen asesoramiento y orientación por parte de los/as profesionales, teniendo en cuenta las necesidades específicas de la adolescencia, pero también las necesidades particulares de cada persona o pareja, ayudará a los/as jóvenes a resolver las dudas en torno a los métodos y les facilitará el uso correcto de los mismos.

Los riesgos: el embarazo y las infecciones de transmisión sexual

“Si tienes la regla ¿te puedes quedar embarazada?, ¿a qué edad te puedes quedar embarazada?, ¿está bien abortar si no tienes suficientes conocimientos a nivel cultural y económico?, ¿hay riesgo de enfermedades con el sexo oral?, ¿cómo se contagia el sida?, ¿qué pasa si no utilizas protección con una desconocida?”

Ciertamente, a la población adolescente también le preocupa los riesgos que se pueden derivar

de las relaciones sexuales cuando estas no son protegidas, aunque cabe destacar que en general piensan más en el riesgo de embarazo que de infecciones de transmisión sexual. Hemos de tener en cuenta que será realmente complicado utilizar de forma consistente el preservativo en las relaciones sexuales cuando se suman las características propias de la adolescencia, los sentimientos, miedos, mitos, creencias..., y una información sobre sexualidad diversa, contradictoria y en ocasiones poco fiable.

Existen muchas situaciones ligadas a la vivencia de la relación sexual y de pareja que pueden interferir en el uso del método. Por ejemplo: el miedo a perder la erección con el uso del preservativo puede facilitar que este no se utilice, el pensar que hacerlo sin preservativo es una muestra de amor a la pareja, etc. También en ocasiones puede haber una percepción de los riesgos alterada en función del vínculo afectivo que tienen con la pareja sexual (les resulta más fácil pensar en el riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual y, por tanto, utilizar preservativo en una relación sexual esporádica, que con alguien que conocen hace un tiempo y con el/la que tienen algún tipo de vínculo afectivo).

La educación sexual: situación actual

Todavía en la actualidad, hablar sobre la importancia de ofrecer una educación sexual de calidad a niños y adolescentes es una cuestión que genera debates, opiniones diversas, miedos y reservas sobre cómo debe ser esta educación y cuáles son los posibles efectos que esta puede tener sobre ellos/as.

En 1997, ONUSIDA hizo un análisis de las publicaciones existentes hasta el momento en materia de sexualidad y publicó el documento “Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes”. Los resultados de este análisis ponían de manifiesto, por un lado, que las aptitudes para la vida necesarias para un comportamiento responsable y seguro se pueden aprender; y por otro lado, que los programas educativos de buena calidad contribuyen a aplazar el inicio de las relaciones sexuales y a proteger a los jóvenes sexualmente activos contra el VIH, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo.

En España la ley Orgánica 2/2010, de 3 de mar-

zo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo recoge “que los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán: a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo. b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva. c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad. (...) e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva. f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual como los embarazos no deseados. Asimismo, promoverán (...): a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales. b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, sea cual sea la orientación sexual”.

En nuestro medio se publican con frecuencia estudios y encuestas sobre diferentes aspectos relacionados con la vivencia y las conductas de riesgo de adolescentes y jóvenes en torno a la sexualidad. Uno de los más recientes, “Mitos y realidades sobre sexualidad y anticoncepción en las Millennials españolas” (Bayer, 2015), se ha realizado a partir de una muestra de 1000 mujeres españolas nacidas entre los años 80 y 90. En este estudio se pone de manifiesto que, aunque las jóvenes consideran estar bien informadas, 2 de cada 10 hablan de internet y redes sociales (facebook, twitter, etc.) como fuente de información sobre estos temas, antes que el médico. Una de cada 10 acude a los amigos en lugar de consultar al profesional sanitario. Más del 31 % de las jóvenes encuestadas manifiestan que les da vergüenza hablar de sexualidad y anticoncepción con su médico; y que se siguen manteniendo falsas creencias, como que no es posible quedarse embarazada durante la menstruación.

También en estos últimos meses se ha publicado en la revista “Journal of Urban Health” una investigación sobre las diferencias en el uso del preservativo entre los jóvenes de diferentes clases socioeconómicas de Barcelona (Alvarez-Bruned y

col. 2015). Los resultados se basan en las encuestas realizadas por la Agencia de Salud Pública de Barcelona a estudiantes de secundaria de la ciudad de Barcelona (FRESC) durante los años 2004, 2008 y 2012. Este estudio apunta una reducción notable en el uso del preservativo: mientras en 2004 lo utilizaban un 80,5 %, en 2012 lo hacían un 68,3 %. También destaca que este descenso en la utilización del preservativo es más marcado entre los jóvenes de clase social más desfavorecida y que el uso es menos frecuente en las chicas (el 64,7 % de las chicas encuestadas en 2012 afirmaba haber usado el preservativo en su última relación sexual frente al 76,2 % de los chicos).

Por tanto, a pesar de que disponemos de una ley en salud sexual y reproductiva desde el año 2010 que debería garantizar una mejor información y formación en sexualidad, los estudios publicados, las preguntas que los/as adolescentes siguen planteando en materia de salud sexual y las escasas intervenciones en educación sexual que se continúan haciendo en muchas escuelas e institutos, nos muestran que todavía hay muchas carencias en este ámbito. Los chicos y chicas necesitan tener más conocimientos en torno a la sexualidad, tanto en términos de enriquecimiento personal como de riesgos, con el fin de desarrollar una vivencia de la sexualidad positiva que les permita comportarse con responsabilidad, con ellos/as mismos/as y con los/as demás.

Es importante poder disponer de buenos programas de educación sexual que estén bien diseñados, que tengan en cuenta la perspectiva de género y el momento evolutivo de los chicos y chicas a los que irán destinados; así como una evaluación continua de los mismos.

¿Y en qué modelo podrían estar inspirados esos programas de educación sexual para favorecer una vivencia de la sexualidad positiva y responsable?, ¿cuándo debemos empezar a hacer educación sexual?

LA EDUCACIÓN SEXUAL HOLÍSTICA

Durante mucho tiempo, los programas de educación sexual que se han llevado a cabo han partido de un enfoque centrado en hablar de los problemas y riesgos derivados de las relaciones sexuales no protegidas. Como queda patente en muchas de las cuestiones que sugieren los/as adolescentes, este ti-

po de planteamiento no siempre responde a sus curiosidades, intereses, necesidades y experiencias; y, por tanto, pueden no tener el impacto que se pretende en el comportamiento de los/as jóvenes.

Cuando con la llegada de la adolescencia se despierta la curiosidad por el propio cuerpo y el deseo de compartir la sexualidad con otra persona, los miedos y las inseguridades de chicos y chicas ante aquellas sensaciones nuevas que experimentan están sobre todo centradas en los sentimientos, las emociones, poder aclarar si lo que están sintiendo es normal o no, en cómo sentir y dar placer a la pareja, etc.

Por tanto, será necesario partir de un enfoque más positivo de la sexualidad para que los programas que desarrollemos sean más eficaces y también más realistas. Es importante reconciliar las necesidades profesionales, más orientadas a la prevención de las conductas de riesgo, con la exigencia de poder hacer intervenciones que sean más pertinentes, eficaces, aceptables y atractivas para los/as adolescentes.

La educación sexual debe tener la finalidad de informar, acompañar y apoyar a los/as adolescentes para que puedan manejar su sexualidad de manera responsable, segura y satisfactoria; en lugar de centrarnos de forma prioritaria en los problemas o amenazas que pueden surgir en una relación sexual de riesgo. El modelo holístico defiende una educación sexual que proporcione a niños y adolescentes una información sin prejuicios y científicamente correcta sobre sexualidad, y al mismo tiempo, les ayude a desarrollar las habilidades necesarias para actuar en función de esta información. No incluye solo los aspectos físicos, emocionales, aspectos relativos a la interacción sexual y los contactos sexuales, sino también otros aspectos como la amistad o confianza, la seguridad y la atracción. La sexualidad se define en términos mucho más amplios y no, necesariamente, se centra en las relaciones sexuales (coitales).

Este enfoque comprende la sexualidad como un área de potencial humano, ayuda a niños/as y adolescentes a desarrollar habilidades esenciales para que puedan ellos/as construir y definir su propia sexualidad, así como sus relaciones en las diferentes etapas del desarrollo. Se les apoya para que estén más preparados/as para vivir su sexuali-

dad y sus relaciones de manera positiva y responsable, así como protegerse de posibles riesgos.

Dado que somos seres sexuados desde el inicio de nuestra vida, será importante poder hacer educación sexual de forma continuada en cada etapa evolutiva, acercando los temas y los conceptos a trabajar adaptándonos a la realidad de cada edad y a la etapa del desarrollo en el que se encuentren los niños y niñas.

CONCLUSIONES

Ya desde el nacimiento recibimos información y formación en sexualidad desde nuestro entorno, aunque esta no se haga de una manera consciente. La manera de relacionarse padres y madres, cómo se distribuyen los roles de género, si se expresan o no las emociones en nuestro entorno, cómo se habla o no de sexualidad, las interacciones que se van teniendo a lo largo del crecimiento con otros niños y niñas, etc., son vías a través de las cuales la sexualidad se va llenando de contenidos.

Conseguir una vivencia positiva y responsable de la sexualidad adulta será más fácil si a lo largo de la infancia y adolescencia les hemos acompañado, tanto desde la educación informal como formal, en los siguientes aspectos: ir interiorizando una imagen positiva de sí mismos/as y de su cuerpo (autoestima), el respeto hacia las otras personas y hacia ellos/as mismos/as, las diferencias y las diversidades a la hora de vivir y expresar la sexualidad, la expresión de sentimientos y emociones, poder identificar las necesidades y los límites de cada uno/a y desarrollar estrategias para que se vayan sintiendo capaces de tomar sus propias decisiones. La educación sexual no debe obviar la perspectiva de género, contemplándola de manera transversal en todas las cuestiones relacionadas con la sexualidad que nos plantean chicos y chicas. Es importante que puedan pensar, analizar y desarrollar una visión crítica sobre nuestra realidad social actual, el tipo de relaciones que se establecen entre ellos y ellas, las funciones y los roles que se atribuyen a hombres y mujeres, y cómo ello influye en nuestra manera de vivir y compartir las relaciones.

La realidad de una sociedad cambiante como la nuestra hace que sea necesario revisar continuamente y reforzar la formación que reciben niños/as,

adolescentes y jóvenes en materia de educación sexual. Es importante poder incluir a todos/as los agentes implicados en esta educación (familias, escuelas y servicios sanitarios y sociales en contacto con niños/as y adolescentes) para poder ofrecer una educación sexual de calidad, que contemple la sexualidad como algo más que el acto sexual, y que permita capacitar a nuestros/as jóvenes para una vivencia de la sexualidad más positiva y responsable, donde se sientan libres y con las habilidades suficientes para tomar las propias decisiones de una manera segura y con los menos riesgos posibles.

No debemos perder de vista que la educación sexual forma parte de una educación más general y, por tanto, afecta al desarrollo de niños y niñas. Hacer promoción en salud sexual contribuye a prevenir posibles consecuencias negativas relacionadas con la sexualidad, y también puede mejorar la calidad de vida, la salud y el bienestar; por tanto trabajar para ofrecer una buena educación sexual a nuestros/as niños/as y adolescentes favorece la promoción de la salud en general.

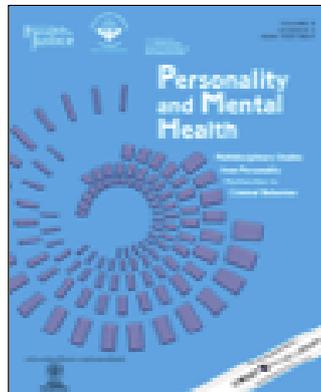
BIBLIOGRAFÍA

1. **Alegret, J., Comellas, M.J., Font, P. y Funes, J.** (2005). *Adolescents. Relacions amb els pares, les drogues, la sexualitat i el culte al cos*. Barcelona: Graó.
2. **Álvarez-Bruened, L., García-Continente, X., Gotsens, M., Pérez, A. y Pérez, G.** (2015). Trends in inequalities in the use of condom by urban teenagers in Spain. En *Journal of Urban Health*, published online: 15 september 2015 (pp.1-16).
3. **Baldi, P., Gómez, R., y Pérez, M.** (2012). *Sex-Crets. Els secrets d'un aprenentatge*. Barcelona: Octaedro.
4. **Bayer Healthcare.** (2015). *Mitos y realidades sobre sexualidad y anticoncepción en las millennial españolas*. Realitzat entre juliol i agost de 2015. http://prensa.bayer.es/ebbsc/cms/es/Noticias/Noticias_home_2015_09_23_jovenes_espanolas_siguen_arrastrando_mitos_anticoncepcion.html.
5. **BOE.** (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. BOE, núm. 55 (Sec I, pp. 21001-21015). <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>.
6. **Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.** (2007). *Ni ogros ni princesa. Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO*. (http://tematico.asturias.es/imujer/upload/documentos/guia_no_ogros_ni_princesas1069.pdf).
7. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002*. Ginebra: OMS.
8. **Grunseit, A.** (1997). *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis*. En ONUSIDA, Colección prácticas óptimas de ONUSIDA. http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc010-impactyoung-people_es.pdf.
9. **Grupo de trabajo sobre Salud Reproductiva en la adolescencia.** Sociedad Española de Contracepción. (2001). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia: aspectos básicos y clínicos*. Wyeth-Lederle.
10. **López Sánchez, F.** (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
11. **Megías Valenzuela, E. y Méndez Gago, S. Coord.** (2003). *Juventud y sexualidad*. En INJUVE (Comps.), *Revista de Estudios de Juventud*, (nº 63). Madrid: INJUVE. <http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/n%C2%BA-63-juventud-y-sexualidad>.
12. **OMS., Oficina Regional para Europa y BZGA.** (2010). *Estándares de educación sexual en Europa*. <http://www.bzga-whocc.de>.
13. **Padrón, M.M., Fernández, L., Infante, A. y París, A.** (2009). *Libro blanco sobre educación sexual de la provincia de Málaga*. Málaga: Diputación de Málaga, Área de Juventud y Deportes. <http://www.institutodesexologia.org/LibroBlancoEducacionSexual.pdf>.
14. **Rodríguez San Julián, E.** (2012). *Sexualidad*. En INJUVE (Eds.), *Informe Juventud en España* (pp: 267-275). Madrid: Instituto de la juventud. http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf.
15. **Ros, R.** (2010). *L'adolescent i la seva salut sexual i afectiva*. En *Papers de joventut*, 112, Època III. Maig-juny 2010.
16. **Sanchís Caudet, R.** (2006). *¿Todo por amor? Una experiencia educativa contra la violencia a la mujer*. Barcelona: Octaedro.

**Sección a cargo de Gemma Mestre e Iris Tolosa
Consejo de Redacción****JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE*****Intensidad en la actividad física y estado físico*****Effects of moderate and vigorous physical activity on fitness and body composition***Clemens Drenowatz, Vivek K. Prasad, Gregory A. Hand, Robin P. Shook y Steven N. Blair.***Journal of Behavioral Medicine. Article first published online: 7 de abril de 2016.**

Los efectos beneficiosos de la actividad física (AF) en varios componentes de la salud, como por ejemplo la composición corporal, la capacidad cardiovascular o el riesgo de enfermedades metabólicas, están ampliamente demostrados. Las guías actuales de AF sugieren que tanto la intensidad física moderada (IFM) como la de intensidad vigorosa (IFV) proporcionan beneficios similares cuando el volumen total de actividad es el mismo. En el presente estudio se examinaron las asociaciones de IFM e IFV con la composición corporal y la condición cardiorrespiratoria de adultos jóvenes. Con una muestra total de 197 adultos jóvenes (52,8 % varones) se llevó a cabo un estudio longitudinal durante 15 meses. La IFV se asoció positivamente con la condición cardiorrespiratoria mientras que la IFM mostró asociaciones beneficiosas en el porcentaje de grasa corporal. También se observó que el tiempo invertido en diferentes intensidades de AF no difería entre las personas con un peso normal y los participantes obesos o con sobrepeso. No obstante, las asociaciones de cambio en la intensidad de AF con la capacidad cardiorrespiratoria y la composición corporal sí que diferían según la categoría de peso del individuo. A pesar de que la IFM y la IFV tienen asociaciones positivas con la salud en general, sus asociaciones en los parámetros clave de salud son distintas.

PERSONALITY AND MENTAL HEALTH



Asociación entre personalidad dependiente, trastorno de ansiedad por separación, otros trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo

Dependent personality, separation anxiety disorder and other anxiety disorders in OCD

M. M. Mroczkowski, F. S. Goes, M. A. Riddle, M. A. Grados, O. J. Bienvenu, B. D. Greenberg, A. J. Fyer, J. T. McCracken, S. L. Rauch, D. L. Murphy, J. A. Knowles, J. Piacentini, B. Cullen, S. A. Rasmussen, D. L. Pauls, G. Nestadt and J. Samuels

Personality and Mental Health Volume 10, Issue 1, pages 22–28, February 2016.

El propósito de este estudio fue investigar si la personalidad dependiente y/o las dimensiones de personalidad podrían explicar la elevada asociación entre el trastorno de ansiedad por separación (sep-AD) y otros trastornos de ansiedad (la agorafobia, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad social) en sujetos diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

La muestra estuvo compuesta por 509 participantes adultos que formaron parte de un estudio genético colaborativo de TOC. Se utilizaron modelos de regresión logística a fin de evaluar la relación entre las puntuaciones de sep-AD, la personalidad dependiente, dimensiones generales de personalidad y los demás trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social).

La personalidad dependiente se asoció al trastorno de ansiedad por separación y los demás trastornos de ansiedad, en los modelos ajustados por edad y la edad de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos. Varias dimensiones de la personalidad en general, especialmente el neuroticismo y la extroversión también se relacionaron con el sep-AD y los otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, en los modelos multivariantes no se halló una asociación independiente entre el trastorno de ansiedad por separación y los demás trastornos de ansiedad.

Los resultados sugieren que el trastorno de ansiedad por separación, en la infancia, y la agorafobia, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad social, en la edad adulta, son consecuencia del trastorno de personalidad dependiente (en el caso de la agorafobia y el trastorno de pánico) o de la dimensión de introversión (en el caso de la fobia social). Se requieren más estudios que no utilicen como población diana sujetos diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo, a fin de observar si se obtienen los mismos resultados que en el presente estudio.

PSYCHOSOMATIC MEDICINE



Ansiedad e ingesta calórica

Effects of Anxiety on Caloric Intake and Satiety-Related Brain Activation in Women and Men

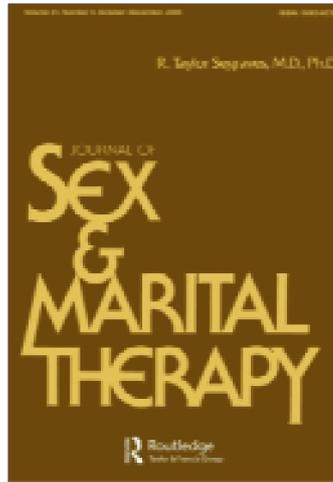
Mestre, Zoe Lucille BS; Melhorn, Susan J. PhD; Askren, Mary K. PhD; Tyagi, Vidhi BS; Gatenby, Christopher PhD; Young, Liza BS; Mehta, Sonya BS; Webb, Mary F. ND; Grabowski, Thomas J. MD, PhD; Schur, Ellen A. MD, MS.

Psychosomatic Medicine, Mayo 2016, 78, (4), 454–464
doi: 10.1097/PSY.0000000000000299

Sabemos que la ansiedad guarda relación y afecta a muchos de nuestras funciones vitales como el sueño, la sexualidad y la alimentación. En este estudio, Mestre y colaboradores han indagado sobre la relación que la ansiedad mantiene con la ingesta calórica y como la saciedad y la activación cerebral interfieren en dicha relación. En base a una muestra de 55 gemelos se exploró su respuesta ante determinados estímulos de comida durante una resonancia magnética funcional (fMRI) antes y después de una comida estandarizada. Posteriormente se les ofreció un bufet de comida en el que podían ingerir los alimentos que quisieran en la cantidad deseada. El estado y rasgo ansioso de los participantes fue evaluado con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Se observó que, concretamente en las mujeres, una mayor ansiedad rasgo se asociaba con un mayor índice de masa corporal (IMC) y que a su vez, la ansiedad rasgo se asociaba positivamente con la cantidad de kilocalorías consumidas en el buffet y el porcentaje de kilocalorías consumidas de grasa. En cambio, en los hombres, un mayor nivel de ansiedad estado se relacionó con mayor selección de macronutrientes, pero no con el total de la ingesta calórica o IMC. Aplicando el fMRI después de la comida, también se observó que en las mujeres con mayor ansiedad rasgo no se suprimía la activación delante de estímulos de comida a través de las regiones cerebrales que están asociadas con la percepción de saciedad, a pesar de haber acabado de comer.

Así pues, los autores concluyen que en las mujeres, el rasgo de ansiedad puede promover el consumo excesivo de calorías a través de una percepción alterada del contenido calórico de los alimentos; por lo que presentan una cierta predisposición al aumento de peso y obesidad

SEX AND MARITAL THERAPY



Rasgos de la personalidad, problemas sexuales y la orientación sexual: un estudio empírico

Personality Traits, Sexual Problems, and Sexual Orientation: An Empirical Study

Maria Manuela Peixoto & Pedro Nobre

J Sex Marital Ther. 2016 Apr 2;42(3):199-213. doi:
10.1080/0092623X.2014.985352.

En los últimos años, distintos estudios empíricos en el campo de la sexualidad han sugerido que determinados rasgos de personalidad, especialmente el neuroticismo, pueden convertirse en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo y el mantenimiento de disfunciones sexuales en sujetos heterosexuales. Sin embargo, hay una falta de estudios que analicen esta asociación en muestras homosexuales.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las diferencias en los rasgos de personalidad entre hombres y mujeres heterosexuales y homosexuales, con y sin disfunciones sexuales. La muestra estuvo compuesta por 285 sujetos (142 hombres y 143 mujeres) que fueron evaluados mediante el cuestionario NEO Five-Factor, el Inventario de Sintomatología breve y un screening en relación a las disfunciones sexuales. Los hombres y mujeres con y sin problemas sexuales fueron agrupados teniendo en cuenta variables sociodemográficas. El análisis multivariado de covarianza se realizó por separado para cada género.

Los resultados indicaron un efecto significativo del grupo y la orientación sexual en las muestras masculinas y femeninas. Así, los hombres con problemas sexuales puntuaron más alto en neuroticismo en comparación con el grupo control. A su vez, las mujeres con problemas sexuales puntuaron más alto en neuroticismo y más bajo en extraversión, en comparación con los controles sanos, independientemente de su orientación sexual.

Los presentes resultados subrayan el papel central del neuroticismo en las disfunciones sexuales, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, independientemente de la orientación sexual.

JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH



Facetas del Mindfulness y efectos de su intervención

Mindfulness facets as differential mediators of short and long-term effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in diabetes outpatients: Findings from the DiaMind randomized trial

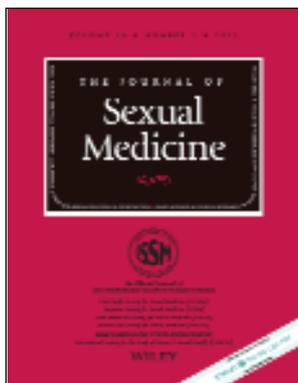
Sharon Haenen, Ivan Nykliček, Jenny van Son, Victor Pop, François Pouver *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 85, Junio 2016, 44-50.

doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.006>.

Existe una evidencia cada vez mayor de que las intervenciones basadas en Mindfulness reducen el malestar psicológico en distintas poblaciones médicas. No obstante, pocos estudios han explorado en mayor profundidad si dichos cambios están mediados por un aumento de la atención plena de los individuos que reciben los tratamientos. En el presente estudio, Haenen y colaboradores tratan de investigar los efectos mediadores de diversas facetas del Mindfulness sobre los efectos de una terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) en el estrés y estado de ánimo percibidos. El estudio se llevó a cabo con pacientes de diabetes tipos 1 y 2 que presentaban un bajo nivel de bienestar emocional.

Comparando los grupos (clínico y control) en sus medidas pre y post tratamiento, se observó cómo los aumentos en los niveles de la atención mediaban los efectos de la terapia cognitiva basada en Mindfulness en pacientes con diabetes. También se concluyó que las diferentes facetas del Mindfulness afectaban de manera distinta sobre el participante en función de si se trataba de cambios a corto plazo (justo después de la intervención) o a largo plazo (medida de seguimiento a los 6 meses). Dichos resultados resultan muy relevantes para la investigación y la validez de intervenciones basadas en Mindfulness, ya que muestran la evolución del paciente una vez el tratamiento ha finalizado y cómo afectan las aptitudes aprendidas en su bienestar emocional.

THE JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE



Asociación entre conflictos en la familia y en la pareja y la disfunción sexual masculina

Conflicts Within the Family and Within the Couple as Contextual Factors in the Determinism of Male Sexual Dysfunction

Valentina Boddi, Egidia Fanni, Giovanni Castellini, Alessandra Daphne Fisher, Giovanni Corona and Mario Maggi.

The Journal of Sexual Medicine. Volume 12, Issue 12, pages 2425–2435, December 2015.

Estudios recientes han asociado el deterioro de la relación de pareja al empeoramiento de la función sexual masculina. Además de la relación propia de una pareja distónica, otros factores estresantes pueden incidir negativamente en la intimidad diádica. Un factor etiopatogénico que no ha sido estudiado y que se hipotetiza que afecta a la sexualidad de la pareja es el *distress* ocasionado por los conflictos en el contexto familiar.

El presente estudio retrospectivo tuvo como objetivo evaluar las posibles asociaciones entre la disfunción sexual masculina y las relaciones conflictivas dentro de la pareja y la familia. La muestra estuvo compuesta por 3975 hombres que buscaron tratamiento ambulatorio para la disfunción sexual por primera vez. Los conflictos con la familia y la pareja se evaluaron utilizando preguntas clínicas. Asimismo, se estudiaron parámetros clínicos, bioquímicos y psicológicos mediante el Middlesex Hospital Questionnaire.

Entre los 3975 pacientes estudiados, se observó una elevada prevalencia de conflictos dentro de la familia y la pareja (32 % vs. 21,2 %). Los sujetos que reportaron ambos tipos de conflictos, mostraron una mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en comparación con el resto de la muestra. Los conflictos familiares y de pareja se asociaron significativamente a la ansiedad, los síntomas depresivos, y a un mayor riesgo de disfunción eréctil y deseo sexual hipoactivo subjetivo (percepción del paciente) y objetivo (velocidad sistólica máxima en la ecografía Doppler de pene <35 mm/s²).

Los autores concluyen que la presencia de conflictos en el contexto familiar y de pareja, a menudo inexplorados, puede representar un importante factor contextual asociado al riesgo de padecer disfunción sexual masculina.

Gracia Lasheras^{1,3}, Borja Farré-Sender^{2,3}, Liliana Ferraz⁴, Estel Gelabert⁴
Gemma Mestre^{2,5}, Ingrid Rovira⁶, Elena Serrano⁷

¹Psiquiatra. H. Universitario Dexeus (HUD). Coordinadora de la sección

²Psicólogo. HUD.

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

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

⁵Psicóloga. Consejo de Redacción. Colaboradora SSMPR.

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

⁷Psiquiatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

1. Patrones diurnos de cortisol salivar antes del embarazo predicen el peso del bebé al nacer.

Diurnal Salivary Cortisol Patterns Prior to Pregnancy Predict Infant Birth Weight.

Guardino CM, Schetter CD, Saxbe DE, Adam EK, Ramey SL, Shalowitz MU; Community Child Health Network.

Health Psychol. 2016 Feb 4.

El elevado estrés psicosocial materno durante el embarazo y los cambios hormonales que acompañan a los procesos de estrés, pueden contribuir al riesgo de resultados adversos como el bajo peso al nacer o la prematuridad en el parto. Así mismo, la investigación sobre programación fetal demuestra interesantes asociaciones entre los procesos de estrés materno durante el embarazo y los resultados en la descendencia, que se extienden hasta la edad adulta. El **objetivo** de este estudio fue probar si los patrones del eje hipotálamico-pituitario-adrenal (HPA) en las madres durante el periodo comprendido entre dos embarazos (es decir, el intervalo entre embarazos consecutivos) y durante el posterior embarazo, pueden predecir el peso del bebé al nacer.

La población a estudio fue de un total de 142 madres, de las que se tomaron muestras de cortisol en saliva antes y durante el embarazo.

Los **resultados** muestran que, mediante un modelo multinivel, una mayor concentración de cortisol diurno –en madres durante el intervalo entre un nacimiento y un embarazo posterior– predice un menor peso al nacer del subsiguiente bebé. Este patrón de cortisol entre embarazos en madres, también se correlacionó con intervalos entre embarazos significativamente más cortos, de tal manera que las mujeres con más niveles de cortisol tenían embarazos poco espaciados entre sí. Después de controlar variables demográficas como los ingresos económicos familiares, la convivencia con la pareja o el origen racial de la madre, estos resultados se mantuvieron sin cambios. Estos nuevos hallazgos sobre la función del eje HPA entre embarazos y los resultados en posteriores embarazos, apoyan los enfoques del curso de la salud y ponen de relieve la importancia de la fisiología del estrés materno inter-gestacional.

2. Mejora del screening de la depresión perinatal, su tratamiento y evolución a través de un programa obstétrico universal.

Improved Perinatal Depression Screening, Treatment, and Outcomes With a Universal Obstetric Program.

Avalos LA, Raine-Bennett T, Chen H, Adams AS, Flanagan T.

Obstet Gynecol, 127(5), 917-25 (2016).

El **objetivo** de este trabajo fue evaluar si la aplicación de un Programa Universal de Screening (cribado) en el embarazo y en el posparto temprano produce una mejora en la detección, la posterior intervención y los síntomas depresivos posparto.

Para ello se realizó un estudio de cohorte retrospectivo basado en una población de 97.678 embarazadas. El Programa Universal de *Screening* de Depresión Perinatal se desarrolló en tres fases (1. preimplantación, 2. despliegue, 3. totalmente implementado) durante los años 2007-2014. Las puntuaciones del *screening* de depresión (PHQ-9), el diagnóstico de depresión, las visitas de asesoramiento individual, las características demográficas y las dispensaciones de medicamentos fueron extraídas de los registros de salud electrónicos y las bases de datos de farmacia. El porcentaje de mujeres a las que se realizó el *screening*, los nuevos diagnósticos de depresión, y las mujeres con tratamiento se compararon en las tres fases (pruebas de tendencia). Se evaluaron los cambios en las puntuaciones de los síntomas depresivos hasta 6 meses después del parto.

Los resultados del estudio indicaron un aumento significativo del porcentaje de mujeres a las que se realizó el *screening* al implementarse el programa (1 % en la preimplementación vs 98 % con el programa completamente implementado; $P < 0,001$). La identificación de nuevos episodios depresivos también aumentó de forma significativa (8,2 % en la preimplantación vs 11,5 % con el programa completamente implementado; $P < 0,001$). Aunque se observó una disminución de las mujeres en tratamiento (60,9 % en la preimplantación vs el 47,1 % con el programa completamente implementado), se observó un aumento significativo en el porcentaje esperado de mujeres con tratamiento (42,6 % [preimplantación] al 47,1% [aplicado plenamente]; $P < .05$). Se observaron tendencias similares para las mujeres con mayor gravedad de síntomas depresivos (PHQ-9 ≥ 15), destacando un aumento en el porcentaje esperado de mujeres con tratamiento (5,9 % [preimplantación] a 81,9 % [completamente implementado]; $p < .05$). En la fase del programa en plena aplicación, se observaron mejorías en los síntomas depresivos hasta 6 meses después del parto.

Los autores **concluyeron** que estos datos aportan evidencia del beneficio que suponen los programas universales de monitoreo de la depresión perinatal para su identificación y para recibir tratamiento. También sugieren una mejora de los síntomas en las mujeres que forman parte de estos programas de cribado, especialmente en sistemas de salud integrados.

3. Influencia de la Depresión Perinatal en el miedo asociado al trabajo y la vinculación emocional con el niño, en embarazos de alto riesgo y en los primeros días después del parto.

Influence of Perinatal Depression on Labor-Associated Fear and Emotional Attachment to the Child in High-Risk Pregnancies and the First Days After Delivery.

Joanna Koss, Mariola Bidzan, Jerzy Smutek and Leszek Bidzan.

Med Sci Monit. 2016 Mar 29;22:1028-37.

El **objetivo** de este estudio fue analizar la influencia del nivel de la depresión perinatal en la intensidad de la ansiedad asociada al trabajo, la percepción de apoyo social, la relación de apego emocional

con el niño y la evaluación cualitativa de la relación de pareja en un muestra de mujeres polacas que con un embarazo de alto riesgo y en los primeros días después del parto. La muestra estuvo compuesta por 133 mujeres con edades comprendidas entre los 16 y 45 años. Se dividió en dos grupos, donde el primero incluyó a 63 mujeres embarazadas (edad media = 28.59, SD = 5,578) con un embarazo de alto riesgo (de origen materno, por ejemplo, trastornos cardiológicos o diabetes). El segundo grupo incluyó a 70 mujeres (edad media = 27.94, SD = 5.164) que estaban en los primeros días después del parto.

Se realizó un análisis de la documentación médica así como una entrevista clínica; También se administraron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), el Cuestionario de ansiedad asociada-Trabajo (KLP) y la Escala de apego materno-fetal (MFAS).

Los **resultados** reflejan que las mujeres después del parto muestran un mayor nivel de preocupación por la salud y la vida del recién nacido, en comparación con el grupo de embarazo de alto riesgo. Así mismo, las pruebas indicaron la aparición de un temor postnatal, relacionado con la percepción de la capacidad para desarrollar el rol materno; este temor fue menor antes del parto que en los días posteriores a él. También se observa una relación significativa entre la aparición de depresión y el grado de apego hacia el bebé: las mujeres con mayores niveles de depresión mostraron menor apego hacia su hijo frente a aquellas madres que no sufrían depresión.

4. Asociación entre los síntomas de depresión prenatal y el tratamiento antidepressivo, con el parto prematuro.

Association of antenatal depression symptoms and antidepressant treatment with preterm birth.

Venkatesh KK, Riley L, Castro VM, Perlis RH, Kaimal AJ.

Obstet Gynecol, 127(5), 926-33 (2016).

Los primeros datos disponibles han sugerido que existe una relación entre la depresión y el uso de antidepressivos durante el embarazo y el riesgo de parto pretérmino. Sin embargo, los resultados obtenidos en estudios de seguimiento son contradictorios, tal vez por diferencias en los instrumentos de evaluación, distintos momentos de evaluación, utilización de muestras pequeñas, falta de control de variables de confusión y la no consideración del efecto del tratamiento de la depresión. Los autores de este trabajo pretendieron superar estas deficiencias y se plantearon como **objetivo** evaluar la asociación entre los síntomas de depresión prenatal y diversos resultados obstétricos.

La **metodología** aplicada fue un estudio de cohorte observacional. Entre las mujeres que dieron a luz en la Unidad de Obstetricia del Hospital General de Massachusetts entre julio de 2010 y octubre de 2013, se seleccionaron aquellas cuyo parto tuvo lugar a las 20 semanas de gestación o más. Todas las mujeres habían completado un *screening* rutinario de depresión con el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) en su visita prenatal, entre la semana 24 y 28 de embarazo. El punto de corte utilizado para identificar sintomatología depresiva en el embarazo fue $EPDS \geq 10$. Los resultados obstétricos incluyeron parto prematuro (<37 semanas de gestación), parto muy prematuro (<32 semanas de gestación), parto extremadamente prematuro (<28 semanas de gestación), peso del neonato (gramos) y el diagnóstico de un neonato Pequeño para la Edad Gestacional (PEG, peso inferior al percentil 10 correspondiente a la edad gestacional). Otros resultados obstétricos evaluados incluyeron tipo de parto, edad gestacional y puntuación Apgar. Se calcularon modelos de regresión logística multivariante para evaluar la asociación entre el riesgo de depresión en el embarazo ($EPDS \geq 10$) y los resultados obstétricos, controlando por diversas variables de confusión: edad materna, raza, paridad, ingresos, índice de masa corporal, consumo de tabaco, antecedentes de depresión mayor y ansiedad, diabetes, hipertensión y preeclampsia. También se calcularon modelos de regresión considerando la exposición (o no) a los fármacos antidepressivos durante el embarazo.

Entre las 7267 mujeres evaluadas, 831 (11 %) obtuvieron un $EPDS \geq 10$ en su visita prenatal. Los

resultados del análisis multivariante, después de ajustar por las variables de confusión, indicaron que las mujeres con síntomas depresivos prenatales presentaban un mayor riesgo de parto prematuro (aOR= 1,27, IC95 %= 1,04-1,55), de parto muy prematuro (aOR=1,82, IC95 % 1.9-3.2), así como de tener un diagnóstico de un neonato PEG (aOR=1,28, IC95%= 1,04-1,58). Los resultados del análisis multivariante considerando la presencia/ausencia de tratamiento con antidepresivos durante el embarazo mostró que los síntomas depresivos también se asociaban a un parto prematuro (aOR=1,28, IC95 %=1,00-1,56), a un parto muy prematuro (aOR=2,01, IC95 %=1,18-3,42), así como a un diagnóstico de un neonato PEG (aOR=1,25, IC95 %=1,00-1,57) en las mujeres que no fueron tratadas. Sin embargo, las mujeres que recibieron tratamiento antidepresivo durante el embarazo (7 %), no mostraron un aumento en la probabilidad de ninguno de estos resultados obstétricos adversos.

A partir de estos resultados, los autores **concluyeron** que las mujeres con síntomas depresivos antes del parto tenían una mayor probabilidad de parto prematuro o muy prematuro, así como de tener un recién nacido con diagnóstico PEG. Este riesgo no era evidente entre las mujeres que fueron tratadas con fármacos antidepresivos.

5. La exposición gestacional a los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (IRSR) y trastornos psiquiátricos en la descendencia: un estudio nacional basado en registros

Gestational exposure to Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and offspring Psychiatric disorders: a national register-based study

Malm H, Brown AS, Gissler M, Gyllenberg D, Hinkka-Yli-Salomäki S, McKeague IW, Weissman M, Wickramaratne P, Artama M, Gingrich JA, Sourander A.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016 May;55(5):359-66.

El **objetivo** de esta investigación fue estudiar el impacto de la exposición a Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) durante la gestación, sobre el neurodesarrollo de la descendencia.

Se trata de un estudio de cohorte a partir de los datos nacionales del registro de Finlandia durante los años 1996 y 2010. Las mujeres embarazadas y sus hijos fueron categorizados en cuatro grupos: expuestos a ISRS (n= 15.729); expuestos a trastornos psiquiátricos, sin antidepresivos (n= 9.651); expuestos a ISRS sólo antes del embarazo (n= 7.980) y no expuestos a antidepresivos ni a trastornos psiquiátricos (n= 31.394). Los autores investigaron la incidencia acumulada en los hijos, de los diagnósticos de depresión, ansiedad, trastornos del espectro autista (TEA) y trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) en los cuatro grupos, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, ajustando variables de confusión.

La incidencia acumulada de depresión en la descendencia expuesta prenatalmente a ISRS era del 8,2 % (95 %IC= 3,1-13,3 %) a los 14,9 años de edad, comparado con el 1,9 % (95 %IC= 0,9-2,9 %) en los expuestos a trastorno psiquiátrico sin antidepresivos (ratio de azar ajustada [HR]= 1,78 %; 95 %IC= 1,12-2,82; p=0,02) y con el 2,8 % (95%IC= 1,4-4,3 % en el grupo discontinuo de ISRS (HR= 1,84; 95 %IC= 1,14-2,97; p=0.01). Las tasas de TEA y TDAH eran comparables con las tasas en la descendencia de madres con un trastorno psiquiátrico, pero sin medicación durante el embarazo. Comparando los expuestos y no expuestos a ISRS individualmente, los ratios de azar ajustadas fueron significativamente elevadas para cada uno de los resultados.

En **conclusión**, la exposición prenatal a ISRS se asoció a un incremento de las tasas de depresión en la adolescencia temprana, pero no con TEA y TDAH. Hasta que se confirme, estas conclusiones deben ser calibradas contra las consecuencias desfavorables de la depresión materna no tratada.

6. El uso de lamotrigina durante el embarazo y el riesgo de hendidura orofacial y otras anomalías congénitas.

Lamotrigine use in pregnancy and risk of orofacial cleft and other congenital anomalies.

H. Dolk, H. Wang, M. Loane, J. Morris, E. Garne, MC Addor, L. Arriola, M. Bakker & cols.

Neurology. 2016 May 3;86(18):1716-25.

La lamotrigina es comúnmente usada en la epilepsia y el trastorno bipolar, existiendo evidencia en el perfil de seguridad teratogénico respecto a otros fármacos antiepilépticos, por lo que se considera de bajo riesgo a malformativo, y se ha recomendado a muchas mujeres en épocas fértiles o embarazadas. Sin embargo, existen dudas acerca de la farmacocinética y la incautación de riesgo durante el embarazo, a parte de que no siempre resulta eficaz para algunas personas con epilepsia. Se ha señalado un riesgo específico de hendiduras orofaciales (HO) en la descendencia, asociado a la toma de lamotrigina durante la gestación, que se sitúa, según el registro norteamericano, en un riesgo seis veces mayor, específicamente de paladar hendido. Una serie de estudios han sido publicados desde entonces para apoyar un exceso de riesgo en esta variable.

El **objetivo** de los autores en este artículo era comprobar si existen indicios de riesgo a padecer hendidura orofacial (HO) y pie zambo con la exposición al antiepiléptico lamotrigina, así como investigar el riesgo de otras anomalías congénitas (AC). En 2008 demostraron un incremento en el riesgo de padecer HO con monoterapia de lamotrigina analizando datos de 19 registros de los periodos 1995-2005. En el actual artículo se proponen ajustar la precisión del riesgo relativo a padecer anomalías congénitas ampliando la población, a través de 21 registros del EUROCAT AC (anomalías congénitas) basándose en 10,1 millones de nacimientos (entre 1995-2011). Un total de 226.806 millones de bebés con AC incluido nacimientos vivos, muertos y embarazos a término seguidos del diagnóstico prenatal. La exposición durante el primer trimestre a la monoterapia de lamotrigina en los casos de AC y en los casos de pies zambos fue comparado con el grupo control: AC no cromosómicas. Las odds ratio (OR) se ajustaron por registro. Un análisis exploratorio comparó la proporción de cada subgrupo estándar del EUROCAT AC entre todos los bebés con AC no cromosómica expuestos a tratamiento único con lamotrigina respecto a embarazos no expuestos a ningún tipo de antiepiléptico.

Hubo 147 bebés expuestos a monoterapia de lamotrigina con AC no cromosómicas. Para todas las HO, la odds ratio ajustada (OR_{aj}) fue de 1,31 (95 %IC = 0,73-2,33), para la HO aislada fue de 1,45 (95 %IC= 0,80-2,63), para el paladar hendido aislado de 1,69 (95 %IC= 0,69-4,15). La OR_{aj} en general, para pies zambos fue de 1,83 (95 %IC= 1,01-3,31) y de 1,43 (95 %IC= 0,66-3,08) en la población de estudio independiente. No hubo otras AC específicas significativamente asociadas al tratamiento único con lamotrigina.

Las **conclusiones** fueron que, el riesgo a padecer HO asociada no era significativo y estimaron el exceso de riesgo de padecerla con una probabilidad menor de 1 para cada 550 bebés expuestos al tratamiento; no encontraron una fuerte evidencia de riesgo de padecer pie zambo en relación a su registro anterior. Y por lo tanto, su estudio no pudo evaluar el riesgo general de malformaciones entre los embarazos expuestos a la lamotrigina.

7. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Malformaciones Cardíacas Congénitas. Estudios de cohortes comparativos en mujeres tratadas antes y durante el embarazo y su descendencia.

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Congenital Heart Abnormalities. Comparative Cohort Studies on Women treated before and during pregnancy and their Children.

Petersen I, Evans SJ, Gilbert R, Marston L, Nazareth I.

J Clin Psychiatry. 2016 Jan;77(1):e36-42.

Las grandes bases de datos y los registros de población están permitiendo obtener cada vez más información acerca de los efectos en la descendencia de la exposición a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante el embarazo y en concreto acerca de las malformaciones congénitas cardíacas, pero pocos estudios han evaluado las características de las madres tratadas.

El **objetivo** de este trabajo fue, precisamente, examinar las características de las mujeres en tratamiento con ISRS durante el embarazo frente a las no expuestas, si existe una asociación del tratamiento con ISRS durante el embarazo con la presencia de malformaciones congénitas cardíacas en la descendencia, y comparar las características sociales y de estilo de vida de las mujeres en tratamiento con ISRS y en cuya descendencia aparecen malformaciones congénitas cardíacas con aquellas expuestas en las que la descendencia no presenta estas alteraciones.

Mediante la información recogida en la base de datos de atención primaria de Gran Bretaña (Health Improvement Network) entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de enero de 2011, se estableció un estudio comparativo incluyendo 4 cohortes de niños y mujeres con o sin exposición a diferentes anti-depresivos antes o durante el embarazo. Se incluyeron 5.154 mujeres en tratamiento con ISRS antes del embarazo y 2.776 durante el embarazo; 992 con otro antidepresivo y 200.213 que no tomaron ningún antidepresivo durante el embarazo. Como medida principal se examinó la presencia de malformaciones congénitas.

Respecto al **resultado**, en menos de un 1 % de la descendencia se registró la presencia de malformaciones congénitas cardíacas a los 5 años tras el nacimiento y no se encontraron diferencias significativas respecto a la exposición durante el embarazo a antidepresivos (sin exposición frente a exposición durante el primer trimestre; OR = 1.00; IC95%=0.65-1.52). Sin embargo, independientemente del tipo de antidepresivo, determinadas condiciones se asociaron con aumento del riesgo de que la descendencia presentara malformaciones congénitas cardíacas, entre ellas: diabetes (OR = 2.23; IC95 % = 1.79-2.77), edad elevada (OR= 1.01; IC=95 % 1.00-1.02), consumo perjudicial de alcohol (OR = 2.58; IC95 % = 1.55-4.29) y de drogas ilegales (OR=1.89; IC=95 % 1.09-3.25), y obesidad (OR=1.38; IC95 % = 1.13-1.69).

En **conclusión**, no se encontraron diferencias en la presencia de malformaciones congénitas cardíacas en niños nacidos de mujeres con exposiciones diferentes a antidepresivos o ausencia de exposición. Sin embargo, se confirma un aumento del riesgo en mujeres de mayor edad, con diabetes, índice de masa corporal superior a 30 kg/m² y antecedentes de consumo perjudicial de alcohol o de drogas ilícitas, independientemente de estar en tratamiento con antidepresivos y del tipo de antidepresivo. Por lo tanto, basándose en la evidencia actual, el riesgo de malformaciones congénitas cardíacas en la descendencia no sería un motivo para retirar el tratamiento antidepresivos durante el embarazo. Es importante que los factores anteriormente expuestos, que sí se han asociado con un mayor riesgo de malformaciones congénitas cardíacas, se incluyan como posibles factores de confusión en estudios futuros.

8. Suplementación con ácido fólico y ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga durante la gestación: efecto a largo plazo sobre la atención en los niños de 8.5 años. Estudio controlado aleatorizado.

Folate and long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation during pregnancy has long-term effects on the attention system of 8.5-y-old offspring: a randomized controlled trial.

Catena A, Muñoz-Machicao JA, Torres-Espínola FJ, Martínez-Zaldívar C, Díaz-Piedra C, Gil A, Haile G, Györei E, Molloy AM, Decsi T, Koletzko B, Campoy C.

Am J Clin Nutr. 2016 Jan;103(1):115-27.

Se trata de un estudio controlado aleatorizado en el que se incluyeron 136 niños nacidos de madres que participaban en la investigación NUHEAL (Nutraceuticals for a Healthy Life), y que recibieron ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de aceite de pescado (omega-3) y/o ácido fólico (AF) o placebo durante la gestación; estos niños fueron evaluados a los 8.5 años tras el nacimiento.

El **objetivo** planteado fue examinar el efecto a largo plazo de la suplementación con AF y/o omega-3 durante la gestación en el desarrollo del sistema de atención en la descendencia. Según el modelo teórico empleado por los autores, el sistema de atención constaría de tres redes: resolución de conflicto (control ejecutivo), alerta y orientación.

Para la valoración del funcionamiento del sistema de la atención, los niños realizaron tareas (Attention Network Test) que miden la capacidad de resolución de conflicto (en condiciones congruentes e incongruentes), el nivel de alerta y de orientación espacial. Además se utilizaron medidas de la actividad cerebral al realizar estos test, mediante la técnica de Potenciales Cognitivos Evocados con electroencefalografía (EEG), así como la técnica de neuroimagen cerebral tomografía electromagnética de cerebro de baja resolución o sLORETA.

Según los **resultados**, todos los niños presentaron un desarrollo normal de la atención para su edad a los 8.5 años; sin embargo, los niños nacidos de madre suplementadas sólo con AF/omega-3 resolvieron las pruebas de respuesta al conflicto más rápido que aquellos suplementados con placebo y AF+omega3 (todas las $p < 0.05$). Estas diferencias se observaron también en las amplitudes de los potenciales en el EEG correlativos a la tarea, y el análisis de las imágenes de sLORETA mostró una activación mayor en la corteza cingulada media derecha.

Los autores **concluyen** que la suplementación durante el embarazo con AF u omega-3, pero no administrados de forma conjunta, tiene efectos positivos sobre la atención en el niño a los 8.5 años: mejora las funciones ejecutivas (capacidad de resolución del conflicto), el nivel de alerta y la capacidad de orientación. Esta ventaja parece fundamentarse en una mayor activación de la corteza cingulada media derecha, lo que indicaría que la nutrición en etapas tempranas de la vida influye en el funcionamiento de áreas específicas del cerebro implicadas en las funciones ejecutivas. Por lo tanto, este estudio sugiere una relación entre la alimentación durante la gestación y el desarrollo cerebral de los niños a largo plazo (Early Nutrition Programming). Es importante destacar que la administración conjunta AF y omega-3 parece anular los efectos beneficiosos de la administración de cada uno por separado; en este sentido, sería de gran interés que en el futuro los estudios permitan establecer las dosis óptimas de suplementación en omega-3 y ácido fólico en los diferentes estadios del embarazo.

9. El suicidio en mujeres en periodo perinatal y no perinatal que han estado en contacto con los servicios psiquiátricos: 15 años de resultados a partir de una investigación nacional del Reino Unido.

Suicide in perinatal and nonperinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry.

Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM.

Lancet Psychiatry. 2016 Mar, 3 (3), 233-42.

A pesar de que el suicidio en mujeres embarazadas y en el posparto es una causa importante de muerte materna, los datos existentes que permiten investigar la prevención del suicidio en este grupo en particular son muy escasos. El **objetivo** de este estudio fue comparar la tendencia, la naturaleza, y los correlatos de suicidios en mujeres en periodo perinatal y no perinatal, y que han contactado con servicios de psiquiatría.

Método: Se han utilizado la base de datos de la Encuesta Confidencial Nacional del Reino Unido para Suicidios y Homicidios cometidos por personas con enfermedad mental. Esta base de datos incluye todos los suicidios cometidos por personas con edad ≥ 10 años que han estado en contacto con los servicios psiquiátricos en el año anterior. La muestra de estudio incluyó todas las mujeres fallecidas por suicidio durante el embarazo o en el primer año después del parto (suicidios perinatales), así como a todas las mujeres en el mismo rango de edad que murió por suicidio fuera de este periodo (suicidios no perinatales). Para el análisis estadístico se han utilizado modelos de regresión logística de imputación múltiple, donde se han comparado los suicidios entre mujeres en periodo perinatal y no perinatal.

Resultados: La muestra de estudio incluyó a 4785 mujeres de entre 16-50 años que murieron por suicidio, de los cuales 98 (2 %) ocurrieron en el periodo perinatal. De las 1485 mujeres con edades comprendidas entre 20-35 años, 74 (4 %) murieron en el periodo perinatal. Durante el transcurso del estudio, se registró una ligera tendencia a la disminución en el número medio de mujeres que fallecieron a causa de suicidio en el periodo no perinatal (-2.07 por año [SD 0.96]; $p=0.026$), pero no el periodo perinatal (-0.07 por año [0.37]; $p=0.58$). En comparación con las mujeres no perinatales, las mujeres que murieron por suicidio en el periodo perinatal eran más propensas a tener un diagnóstico de depresión (odds ratio [OR] 2.19 [95 % CI 1.43-3.34]; $p<0.001$) y menor probabilidad de estar recibiendo un tratamiento activo (0.46 [0.24-0.89]; $p=0.022$) en el momento de la muerte. Las mujeres perinatales que murieron por suicidio en comparación con mujeres fuera del periodo perinatal también eran más propensas a ser más jóvenes (OR -6.39 [95 % CI 0.15-8 a -4.62]; $p<0.0001$), a estar casadas (4.46 [2.93-6.80]; $p<0.0001$), con una duración de la enfermedad más corta (2.93 [1.88-4.56]; $p<0.001$) y a no tener antecedentes de abuso del alcohol (0.47 [0.24-0.92]; $p=0.027$). No se han encontrado diferencias en relación al contacto con el servicio de psiquiatría o respecto a la adhesión al tratamiento.

Conclusión: En mujeres que están en contacto con los servicios psiquiátricos, los suicidios en el periodo perinatal tienen una mayor probabilidad de ocurrir en las mujeres con un diagnóstico de depresión y sin ningún tratamiento activo en el momento de la muerte. Es necesario asegurar un correcto seguimiento y tratamiento a las mujeres que estén en periodo perinatal y en contacto con servicios de psiquiatría, a fin de abordar de forma más eficaz el riesgo de suicidio en esta población.

10. La lactancia materna en el siglo 21: epidemiología, mecanismos, y su efecto a lo largo de la vida.

Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.

Victora CG1, Bahl R2, Barros AJ3, França GV3, Horton S4, Krasevec J5, Murch S6, Sankar MJ7, Walker N8, Rollins NC2; Lancet Breastfeeding Series Group.

Lancet. 2016 Jan 30; 387 (10017): 475-90.

La importancia de la lactancia materna en los países con ingresos bajos y medianos está bien reconocida, pero parece existir menos consenso acerca de su importancia en los países con ingresos altos. En los países con ingresos bajos y medianos, se estima que sólo el 37 % de los niños menores de 6 meses de edad reciben de lactancia materna forma exclusiva. En la mayoría de los casos, en los países con ingresos altos la duración de la lactancia materna es más corta que en aquellos que con recursos más pobres o escasos.

El presente estudio elaboró una **metaanálisis** con el siguiente criterio de selección: se obtuvo información acerca de las asociaciones entre la lactancia materna y su impacto en los niños y/o madres, mediante 28 revisiones sistemáticas y meta-análisis, de los cuales 22 fueron seleccionados para este estudio. Se han revisado las siguientes variables relacionadas con la primera infancia: mortalidad infantil; incidencia de diarrea e ingreso hospitalario; incidencia, prevalencia e ingreso hospitalario por infecciones de las vías respiratorias inferiores; otitis media aguda; eczema; alergias alimentarias; rinitis alérgica; asma o sibilancias; crecimiento infantil (longitud, peso, índice de masa corporal); caries dental; y maloclusión. Para los niños mayores, adolescentes y adultos, se hicieron revisiones sistemáticas para las variables: presión arterial sistólica y diastólica; sobrepeso y obesidad; colesterol; diabetes tipo 2; e inteligencia. Con relación a las madres, se realizó una revisión sistemática para siguientes marcadores: amenorrea en la lactancia; cáncer de ovario y de mama; diabetes tipo 2; cambio de peso en el posparto; y osteoporosis. En cuanto a la interpretación de los **resultados**, los autores destacan los siguientes puntos: En *relación a los niños*, aquéllos que fueron amamantados durante períodos más largos, tienen una menor morbilidad infecciosa y menor mortalidad, así como tasas inferiores de maloclusión dental, y una inteligencia más alta que aquellos que son amamantados durante períodos más cortos, o no amamantados. Además, esta desigualdad parece ser duradera a lo largo de la vida. Cada vez más se aporta evidencia que sugiere que la lactancia materna podría proteger contra futuro sobrepeso y diabetes.

Con *relación a la madre*, la lactancia materna también la beneficia, pudiendo prevenir cáncer de mama, mejorar el espaciamiento entre nacimientos, y reducir el riesgo de la mujer a padecer diabetes y cáncer de ovario. En los países con ingresos altos, se observa una duración de la lactancia más corta; sin embargo, incluso en los países con ingresos bajos y medios, sólo el 37 % de los niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva.

Como **conclusión**, los autores destacan que se puede estimar que la ampliación del tiempo de lactancia materna podría prevenir 823.000 muertes infantiles y 20.000 muertes por cáncer de mama al año. Además, los resultados de estudios realizados mediante técnicas biológicas modernas sugieren nuevos mecanismos que definen la leche materna como una medicina personalizada para niños. Por último, destacan que promover la lactancia materna es de suma importancia, tanto en países ricos como los países pobres en igual medida, y que este hecho podría contribuir a alcanzar metas de desarrollo más sostenibles.

11. Diferencias de género en el efecto del trauma en la infancia sobre la expresión clínica de la psicosis temprana.

Sex differences in the effect of childhood trauma on the clinical expression of early psychosis.

Myriam Garcia, Itziar Montalvo, Marta Creus, Ángel Cabezas, Montse Solé, Maria José Algora, Irene Moreno, Alfonso Gutiérrez-Zotes, Javier Labad.

Comprehensive Psychiatry 68 (2016) 86–96.

El maltrato infantil puede generar anomalías en el desarrollo neurológico que acentúen la vulnerabilidad ante estímulos estresantes, uno de los factores propios de la esquizofrenia, además de las alteraciones cognitivas y la sintomatología psicótica positiva. Por tanto, el trauma infantil es un factor de riesgo de la psicosis, dado que se asocia a la expresión clínica de la enfermedad, incrementando la gravedad de los síntomas psicóticos y empobreciendo el rendimiento cognitivo.

El **objetivo** del presente estudio fue explorar la existencia de diferencias de género en la asociación entre el trauma infantil y la psicosis. La muestra estuvo compuesta por 79 sujetos que cumplieran criterios de trastorno psicótico de menos de 3 años de evolución y 59 controles sanos. Todos ellos fueron evaluados mediante la MATRICS Cognitive Consensus Cognitive Battery (MCCB), a fin de recoger datos sobre la cognición. Asimismo, se evaluaron los síntomas positivos y negativos, la sintomatología psicótica depresiva, y el funcionamiento global de cada participante. Para la valoración de la historia de trauma infantil, se utilizó el Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

Los **resultados** pusieron de manifiesto que, el grupo de pacientes reportaron una mayor historia de trauma en la infancia en todos los dominios del CTQ (abuso emocional, físico y sexual y negligencia física y emocional); asimismo, presentaron un rendimiento cognitivo más pobre en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se hallaron diferencias de género significativas en las puntuaciones del CTQ. Los autores encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones del CTQ y la sintomatología psicótica positiva y negativa, los síntomas depresivos y un peor funcionamiento global, pero solo en el caso de las mujeres. En referencia al trauma en la infancia, este se asoció a un empeoramiento de la cognición social, tanto en hombres como en mujeres. De todas las dimensiones del CTQ, la negligencia emocional y la física fueron las que se asociaron con mayor evidencia a un perfil psicopatológico y cognitivo de mayor severidad.

En **conclusión**, los resultados del presente estudio sugieren que el trauma en la infancia, sobre todo la negligencia tanto física como emocional, se asocia a la expresión clínica de la psicosis. Estos hallazgos apoyan la existencia de una vulnerabilidad, a los efectos del trauma en la infancia, distinta en mujeres y hombres. Se requieren estudios longitudinales a fin de profundizar en esta asociación y potenciar el desarrollo de intervenciones específicas que tengan en cuenta el género, a fin de evitar problemas psicopatológicos posteriores en sujetos que experimentaron eventos traumáticos en la infancia.

12. Intervenciones psicológicas y educativas en parejas subfértiles.

Psychological and educational interventions for subfertile men and women.

Verkuijlen JI, Verhaak C, Nelen WL, Wilkinson J, Farquhar C.

Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 31;3:CD011034.

Las parejas subfértiles que buscan un tratamiento de fertilidad, comúnmente presentan niveles clínicos de sintomatología depresiva y ansiosa, y es habitual que recurran a intervenciones educativas y psicológicas, cuya eficacia ha sido poco estudiada en los últimos años.

El presente estudio tuvo como **objetivo** evaluar los resultados de tratamiento psicológico y de fertilidad en parejas subfértiles, mediante una búsqueda bibliográfica en fuentes como Cochrane Ginecología y Fertilidad, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, EBSCO CINAHL, DARE, o PubMed, entre otras. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados, ensayos aleatorios y ensayos cruzados (en primera fase) que evaluaran la efectividad de las intervenciones psicológicas y educativas mediante el análisis de los resultados del tratamiento.

Finalmente se incluyeron 39 estudios con 4925 participantes que recibieron un tratamiento de reproducción asistida. Los estudios mostraron una elevada heterogeneidad con respecto a la naturaleza y la duración de las intervenciones, los participantes y los grupos de comparación. Consecuentemente, la puesta en común de resultados no permitió a los autores llevar a cabo una estimación del efecto del tratamiento clínicamente significativa. Asimismo, se hallaron defectos metodológicos sustanciales en los distintos estudios, considerándose todos ellos de alto riesgo de sesgo para uno o más dominios propios del proceso de evaluación de calidad.

Los autores **concluyeron** que los efectos de las intervenciones psicológicas y educativas en salud mental son inciertos, debido a la reducida calidad de las investigaciones. Los ensayos existentes acerca de las intervenciones psicológicas y educativas para la subfertilidad estuvieron mal diseñados y ejecutados, incrementando potencialmente el riesgo de sesgo y la inconsistencia de los resultados de los distintos estudios.

Se requieren, por tanto, estudios que empleen técnicas metodológicas apropiadas para investigar los beneficios de dichos tratamientos en esta población diana. Asimismo, deben plantearse investigaciones comparativas con un grupo control. Si no se abordan estas cuestiones, no será posible disponer de una base empírica válida para responder a las preguntas referentes a la eficacia de estas intervenciones.

Anais Orobítz¹

Psicóloga. Consejo de Redacción (SPMIJ)



Brain response to viewing others being harmed in children with conduct disorders symptoms

Kalina J. Michalska, Thomas A. Zeffiro and Jean Decety.

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2016.

Este estudio pretende precisar la respuesta neuronal asociada con la percepción del daño a otros en niños con sintomatología de Trastorno de conducta. Participaron un total de 107 niños de edades comprendidas entre 9 y 11 años. Los niños fueron evaluados con resonancia magnética funcional mientras se les proyectaban videos breves de personas que estaban siendo agredidas intencional o accidentalmente. Los resultados mostraron que los niños con mayor exposición de Trastorno de Conducta originaban una respuesta hemodinámica frente a la visualización de imágenes de agresiones a los demás, perjudicando la corteza insular, área que desempeña la empatía y la regulación emocional.



Developmental trajectories of Suicidal Thoughts and Behaviors from adolescence through adulthood

David B. Goldston, Alaattin Erkanli, Stephanie S. Daniel, Nicole Heilbron, Bridget E. Weller, Otima Doyle.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2016.

Actualmente, el suicidio es una de las primeras causas de muerte en adolescentes. El objetivo de esta investigación fue identificar las trayectorias de pensamientos y comportamientos suicidas desde la etapa de la adolescencia hasta la edad adulta. Se evaluaron, varias veces, 180 adolescentes de edades entre 12 y 18 años, y se evaluaron los pensamientos y comportamientos suicidas. En la evaluación se incluyeron covariantes como factores psiquiátricos de riesgo, factores de protección y resultados no suicidas. Este estudio concluyó que los adolescentes y los adultos jóvenes tienen trayectorias de desarrollo heterogéneas de los pensamientos y comportamientos suicidas. Las covariantes son buenas indicadores para predecir la conducta suicida y focalizar las intervenciones para las personas de riesgo de comportamiento suicida.

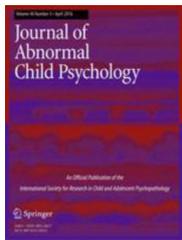


Prevention of Depression in At-Risk Adolescents: Predictors and Moderators of Acute Effects

V. Robin Weersing, Wael Shamseddeen, Judy Garber, Steven D. Hollon, Gregory N. Clarke, William R. Beardslee, Tracy R. Gladstone, Frances L. Lynch, Giovanna Porta, Satish Iyengar, David A. Brent.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2016.

Se trata de un ensayo que tiene como objetivo evaluar los factores predictivos y moderadores de un programa de prevención de orientación cognitivo-conductual dirigido a adolescentes de padres con depresión. Se examinó a un total de 310 adolescentes de padres con sintomatología depresiva. El efecto del programa disminuyó cuando los padres estaban deprimidos al inicio del estudio o tenían antecedentes de hipomanía. También cuando los adolescentes obtuvieron síntomas depresivos mayores, mayor ansiedad, mayor desesperanza o funcionamiento inferior al inicio del estudio. Se concluyó que el programa de prevención cognitivo-conductual era una buena herramienta para prevenir la depresión en los adolescentes, siendo más efectivos en los momentos de bienestar en familias de alto riesgo.



Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hiperactivity Disorder

Jutdith Wiener, Daniela Biondic, Teresa Grimbod, Monique Herbert.

Journal of Abnormal Child Psychology 2016.

El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de estrés de los padres de los adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La muestra fue de 138 adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años, y a 233 padres de estos adolescentes. Los resultados mostraron que, en relación a la conducta desafiante de su hijo, los padres de los adolescentes con TDAH presentaban más estrés que los padres de adolescentes sin TDAH. El elevado estrés de las madres de los adolescentes con TDAH también se relacionó con las restricciones de conducta, los sentimientos de alineación social, los conflictos con su pareja, los sentimientos de culpa e incompetencia y con la relación con sus hijos. El estrés de los padres se asoció con los niveles más altos de trastorno de oposición desafiante. Por último, los resultados aconsejan que se deba tener en cuenta factor de estrés parental en el abordaje de las intervenciones a las familias de los adolescentes con TDAH.

**Sección a cargo de Susana Giménez Murcia, Vega González
Bueso y Verónica Ferrer
Consejo de Redacción**

3º ICBA 2016 – INTERNATIONAL CONFERENCE ON BEHAVIORAL ADDICTIONS

El pasado mes de Marzo se celebró en Génova (Suiza) un interesante congreso en el que se presentaron y debatieron los avances más destacados tanto en el ámbito clínico como en investigación sobre las adicciones comportamentales (Juego Patológico, Adicción a los videojuegos, Adicción al sexo, Compra compulsiva y Adicción a la comida).

CREACIÓN DE SOCILEJ (SOCIEDAD IBERO-LATINOAMERICANA PARA EL ESTUDIO DEL JUEGO)

El 22 de abril, en la sede de la ONCE de Madrid y en el contexto del 25º aniversario de FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados), se celebró la primera asamblea de los socios fundadores de la recién creada SOCILEJ, entre los que el Hospital Universtiari de Bellvitge ha formado parte.

Facebook Role Play Addiction - A Comorbidity with Multiple Compulsive-Impulsive Spectrum Disorders

Nathan D¹, Shukla L¹, Kandasamy A¹, Benegal V¹.

¹National Institute of Mental Health and Neurosciences , Center for Addiction Medicine, Department of Psychiatry, Bangalore, India.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27156380

Background Problematic Internet use (PIU) is an emerging entity with varied contents. Behavioral addictions have high comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. Social networking site (SNS) addiction and role playing game (RPG) addiction are traditionally studied as separate entities. We present a case with excessive Internet use, with a particular focus on phenomenology and psychiatric comorbidities. Case presentation Fifteen-year-old girl with childhood onset attention deficit disorder, obsessive-compulsive disorder, adoles-

cent onset trichotillomania, and disturbed family environment presented with excessive Facebook use. Main online activity was creating profiles in names of mainstream fictional characters and assuming their identity (background, linguistic attributes, etc.). This was a group activity with significant socialization in the virtual world. Craving, salience, withdrawal, mood modification, and conflict were clearly elucidated and significant social and occupational dysfunction was evident. Discussion This case highlights various vulnerability and sociofamilial factors contributing to behavioral addiction. It also highlights the presence of untreated comorbidities in such cases. The difference from contemporary RPGs and uniqueness of role playing on SNS is discussed. SNS role playing as a separate genre of PIU and its potential to reach epidemic proportions are discussed. Conclusions Individuals with temperamental vulnerability are likely to develop behavioral addictions. Identification and management of comorbid conditions are important. The content of PIU continues to evolve and needs further study.

Impulsivity in Multiplayer Online Battle Arena Gamers: Preliminary Results on Experimental and Self-Report Measures

Nuyens F¹, Deleuze J¹, Maurage P¹, Griffiths MD², Kuss DJ², Billieux J¹.

Author information

¹Laboratory for Experimental Psychopathology, Psychological Science Research Institute, Université catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, Belgium.

²International Gaming Research Unit, Psychology Division, Nottingham Trent University, Burton Street, Nottingham, NG1 4BY, United Kingdom.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27156376

Background and aims Multiplayer Online Battle Arena (MOBA) games have become the most popular type of video games played worldwide, superseding the playing of Massively Multiplayer Online Role-Playing Games and First-Person Shooter games. However, empirical studies focusing on the use and abuse of MOBA games are still very limited, particularly regarding impulsivity, which is an indicator of addictive states but has not yet been explored in MOBA games. In this context, the objective of the present study is to explore the associations between impulsivity and symptoms of addictive use of MOBA games in a sample of highly involved League of Legends (LoL, currently the most popular MOBA game) gamers. Methods Thirty-six LoL gamers were recruited and completed both experimental (Single Key Impulsivity Paradigm) and self-reported impulsivity assessments (s-

UPPS-P Impulsive Behavior Scale, Barratt Impulsiveness Scale), in addition to an assessment of problematic video game use (Problematic Online Gaming Questionnaire). Results showed links between impulsivity-related constructs and signs of excessive MOBA game involvement. Findings indicated that impaired ability to postpone rewards in an experimental laboratory task was strongly related to problematic patterns of MOBA game involvement. Although less consistent, several associations were also found between self-reported impulsivity traits and signs of excessive MOBA game involvement. Conclusions Despite these results are preliminary and based upon a small (self-selected) sample, the present study highlights potential psychological factors related to the addictive use of MOBA games.

Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11

Grant JE¹, Chamberlain SR²

Author information

¹Department of Psychiatry & Behavioral Neuroscience, University of Chicago, Chicago, Illinois, USA.

²Department of Psychiatry, University of Cambridge, UK; and Cambridge and Peterborough NHS Foundation Trust (CPFT), Cambridge, UK.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27151528

While considerable efforts have been made to understand the neurobiological basis of substance addiction, the potentially "addictive" qualities of repetitive behaviors, and whether such behaviors constitute "behavioral addictions," is relatively neglected. It has been suggested that some conditions, such as gambling disorder, compulsive stealing, compulsive buying, compulsive sexual behavior, and problem Internet use, have phenomenological and neurobiological parallels with substance use disorders. This review considers how the issue of "behavioral addictions" has been handled by latest revisions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD), leading to somewhat divergent approaches. We also consider key areas for future research in order to address optimal diagnostic classification and treatments for such repetitive, debilitating behaviors.

Believing in food addiction: Helpful or counterproductive for eating behavior?

Ruddock HK¹, Christiansen P^{1,2}, Jones A^{1,2}, Robinson E^{1,2}, Field M^{1,2}, Hardman CA¹.

Author information

¹Department of Psychological Sciences, University of Liverpool, UK.

²UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies, UK.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146787

OBJECTIVE:

Obesity is often attributed to an addiction to food, and many people believe themselves to be "food addicts." However, little is known about how such beliefs may affect dietary control and weight management. The current research examined the impact of experimentally manipulating participants' personal food addiction beliefs on eating behavior.

METHODS:

In two studies, female participants (study 1: N = 64; study 2: N = 90) completed food-related computerized tasks and were given bogus feedback on their performance which indicated that they had high, low, or average food addiction tendencies. Food intake was then assessed in an ad libitum taste test. Dietary concern and time taken to complete the taste test were recorded in study 2.

RESULTS:

In study 1, participants in the high-addiction condition consumed fewer calories than those in the low-addiction condition, $F(1,60) = 7.61$, $P = 0.008$, $\eta^2_p = 0.11$. Study 2 replicated and extended this finding, showing that the effect of the high-addiction condition on food intake was mediated by increased dietary concern, which reduced the amount of time participants willingly spent exposed to the foods during the taste test, $b = -0.06$ (0.03), 95% confidence interval = -0.13 to -0.01.

CONCLUSIONS:

Believing oneself to be a food addict is associated with short-term dietary restriction. The longer-term effects on weight management now warrant attention.

Self-harm and its association with internet addiction and internet exposure to suicidal thought in adolescents

Liu HC¹, Liu SF², Tjung JJ³, Sun FJ⁴, Huang HC⁴, Fang CK⁵.

Author information

¹Department of Psychiatry, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan; MacKay Junior College of Medicine, Nursing, and Management, Taipei, Taiwan.

²Department of Psychiatry, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan; MacKay Junior College of Medicine, Nursing, and Management, Taipei, Taiwan; Department of Medical Research, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan; Department of Medicine, MacKay Medical College, Taipei, Taiwan. Electronic address: maryliu-yip@gmail.com.

³Department of Family Medicine, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan.

⁴MacKay Junior College of Medicine, Nursing, and Management, Taipei, Taiwan; Department of Medical Research, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan.

⁵Department of Psychiatry, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan; Department of Medical Research, MacKay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan; Department of Medicine, MacKay Medical College, Taipei, Taiwan; Department of Thanatology and Health Counseling, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taiwan.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146126

BACKGROUND/PURPOSE:

Self-harm (SH) is a risk factor for suicide. We aimed to determine whether internet addiction and internet exposure to confided suicidal ideation are associated with SH in adolescents.

METHODS:

This study was a cross-sectional survey of students who self-completed a series of online questionnaires including a sociodemographic information questionnaire, questionnaire for suicidality and SH, Chen Internet Addiction Scale (CIAS), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), multi-dimensional support scale (MDSS), Rosenberg self-esteem scale (RSES), Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C), and questionnaire for substance abuse.

RESULTS:

A total of 2479 students completed the questionnaires (response rate = 62.1 %). They had a mean age of 15.44 years (range 14-19 years; standard deviation 0.61), and were mostly female (n = 1494; 60.3 %). The prevalence of SH within the previous year was 10.1 % (n = 250). Among the participants, 17.1% had internet addiction (n = 425) and 3.3 % had been exposed to suicidal content on the internet (n = 82). In the hierarchical logistic regression analysis, internet addiction and internet exposure to suicidal thoughts were both significantly related to an increased risk of SH, after controlling for gender, family factors, exposure to suicidal thoughts in the real life, depression, alcohol/tobacco use, concurrent suicidality, and perceived social support. However, the association between internet addiction and SH weakened after adjusting for the level of self-esteem, while internet exposure to suicidal thoughts remained significantly related to an increased risk of SH (odds ratio = 1.96; 95 % confidence interval: 1.06-3.64).

CONCLUSION:

Online experiences are associated with SH in adolescents. Preventive strategies may include education to increase social awareness, to identify the youths most at risk, and to provide prompt help.

Stress psychobiology in the context of addiction medicine: from drugs of abuse to behavioral addictions

Lemieux A¹, al'Absi M².

Author information

¹University of Minnesota School of Medicine, Duluth, MN, USA.

²University of Minnesota School of Medicine, Duluth, MN, USA. Electronic address: malabsi@umn.edu.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806770

In this chapter, we briefly review the basic biology of psychological stress and the stress response. We propose that psychological stress and the neurobiology of the stress response play in substance use initiation, maintenance, and relapse. The proposed mechanisms for this include, on the one hand, the complex interactions between biological mediators of the stress response and the dopaminergic reward system and, on the other hand, mediators of the stress response and other systems crucial in moderating key addiction-related behaviors such as endogenous opioids, the sympathetic-adrenal-medullary system, and endocannabinoids. Exciting new avenues of study including genomics, sex as a moderator of the stress response, and behavioral addictions (gambling, hypersexuality, dysfunctional internet use, and food as an addictive substance) are also briefly presented within the context of stress as a moderator of the addictive process.

Hypersexuality, Paraphilic Behaviors, and Gender Dysphoria in Individuals with Klinefelter's Syndrome

Fisher AD¹, Castellini G^{1,2}, Casale H¹, Fanni E¹, Bandini E¹, Campone B², Ferruccio N², Maseroli E¹, Boddi V¹, Dèttore D³, Pizzocaro A⁴, Balercia G⁵, Oppo A⁶, Ricca V², Maggi M¹.

Author information

¹Department of Experimental, Clinical and Biomedical Sciences, Sexual Medicine and Andrology Unit, University of Florence, Florence, Italy.

²Psychiatry Unit, Department of Neurological and Psychiatric Sciences, University of Florence, Florence, Italy.

³Department of Health Sciences, University of Florence, Florence, Italy.

⁴Endocrinology Unit, IRCCS, Humanitas Research Hospital, Milan, Italy.

⁵Department of Clinical and Molecular Sciences, Endocrinology, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy.

⁶U.O.C. dell'Azienda Ospedaliero, Universitaria di Monserrato, Monserrato, Italy.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26612786

INTRODUCTION:

An increased risk of autistic traits in Klinefelter syndrome (KS) has been reported. In addition, some studies have shown an increased incidence of gender dysphoria (GD) and paraphilia in autism spectrum disorder.

AIM:

The aim of this study was to evaluate the presence of (i) paraphilic fantasies and behaviors; and (ii) GD symptomatology in KS.

METHODS AND MAIN OUTCOMES MEASURES:

A sample of 46 KS individuals and 43 healthy male controls (HC) were evaluated. Subjects were studied by means of several psychometric tests, such as Autism Spectrum Quotient (AQ) and Reading the Mind in the Eyes Revised (RME) to measure autistic traits, Gender Identity/GD questionnaire (GIDYQ-AA), and Sexual Addiction Screening Test (SAST). In addition, body uneasiness psychopathological symptoms were assessed using Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). The presence and frequency of any paraphilic fantasy and behavior was assessed by means of a clinical interview based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition criteria. Finally, all individuals included were assessed by Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised to evaluate intelligence quotient (IQ). Data from a subsample of a previous published series of male to female GD individuals, with the battery of psychological measures useful to provide a psychopathological explanation of GD in KS population available, was also considered.

RESULTS:

When compared with HC, KS reported significantly lower total, verbal and performance IQ scores and higher SCL-90 obsession-compulsive symptoms (all $P < 0.001$). In line with previously reported findings, KS showed higher autistic traits according with both RME and AQ tests ($P < 0.001$). With respect to sexuality, KS sho-

wed a significant higher frequency of voyeuristic fantasies during masturbation (52.2 % vs. 25.6 %) and higher SAST scores ($P = 0.012$). A mediation role of obsessive symptoms on the relationship between Klinefelter and SAST was confirmed (unstandardized estimate $b = 2.75$, standard error = 0.43 $P < 0.001$). Finally, KS individuals showed significantly higher gender dysphoric symptoms than HC ($P = 0.004$), which were mediated by the presence of autistic traits (Sobel's test; $P < 0.05$).

CONCLUSIONS:

KS is associated with hypersexuality, paraphilic behaviors, and GD, which were mediated by obsessive-compulsive and autistic traits.

De cibernícolas a ticópatas

Al cierre de este número, recibimos el libro *Cibernícolas. Vicios y virtudes de la vida veloz* (1) de Jesús J. de la Gándara, miembro activo y convencido de nuestro Consejo Editorial. Merecerá un comentario extenso en el próximo número, pero no queríamos dejar pasar el evento sin comunicárselo a nuestros lectores.

Partiendo de su propia experiencia –“Tengo un hijo cibernícola (...). Tengo otro viajero apurado...”–, el propio de la Gándara nos describe de forma precisa de lo que va su obra: “Un manual breve y veloz sobre los vicios y virtudes del estilo de vida hipermoderno, ese espacio-tiempo maravilloso y aventurado en el que habitamos seres que pasamos de cibernícolas a viajeros compulsivos, de hedonistas a solidarios, de estresados a relajados.”

Seguiremos, pero ya se pueden suponer nuestra prerrecomendación: cómprenlo velozmente y léanlo relajadamente.

(1) De la Gándara, J.J. (2016). *Cibernícolas. Vicios y virtudes de la vida veloz*. Barcelona: Plataforma actual.

De Ud. depende que la hora del almuerzo no sea la madre de todas las batallas

Los primeros años de la adolescencia son una etapa marcada por muchos cambios físicos, mentales, emocionales y sociales. Se trata de un período difícil, tanto para sus familias como para el mismo adolescente. Es importante que los padres tengan información sobre esta etapa para así poder entender mejor a su hijo, sus acciones y reacciones. Este momento de la vida también tiene un matiz insólito: los padres ven como su hijo, que antes era un niño, ahora está madurando para convertirse en adulto.

J. Amador Delgado Montoto crea una guía dirigida a padres cuyos hijos empiezan la etapa de la adolescencia o ya están en ella y que proporciona orientaciones para la eclosión en la enseñanza media y los años posteriores.

Las primeras páginas son un prefacio brillante dedicado a los nuevos cambios y, por tanto, a las adaptaciones que presuponen el paso del colegio al instituto. El autor especifica que la entrada a la enseñanza secundaria comporta nuevos horarios, más profesores, menos atención individualizada y sin una figura de referencia; más materias y nuevas normas. Al mismo tiempo, relaciona todos estos cambios que aparecen al abandonar el colegio y empezar una nueva etapa con los cambios físicos de un adolescente, de tal manera que refiere al adolescente desde distintas perspectivas y proporciona pautas a los padres.

La segunda parte del libro se estructura en 25 capítulos extremadamente oportunos destinados a presentar las 25 reglas para entender a un adolescente y solucionar su malestar, así como también las posibles conductas inadecuadas. Cada capítulo está ceñido a una regla clara y concisa, asociada a

casos prácticos y/o textos para entender el comportamiento del púber. Facilita consejos a los padres con el fin de mantener una buena relación y comunicación con sus hijos, y al mismo tiempo, comprender sus emociones y empatizar con ellas.

Delgado termina el libro cuestionando 7 temas de actualidad relacionados con el adolescente, proporcionando también pautas de actuación a los padres frente a temas tan recurrentes como el uso de Internet o el consumo de alcohol. El decálogo de reglas es preciso y recíprocamente reforzante.

La recomendación: *Una magnífica guía donde un profesional de la psicología dedicado a la orientación educativa en un instituto, ofrece pautas de actuación para su aplicación en el día a día y tomar conciencia de las emociones que desencadenan las relaciones padres-hijos, con la propuesta de competencias y destrezas. A recomendar con la confianza que da la solidez del proyecto.*

Anais Orobítg

Psicóloga

Coordinadora de la Sección de Psicología

Infanto-Juvenil

anais.orobitg@gmail.com

(1) Delgado Montoto, J. Amador. Mi hijo no estudia, no ayuda, no obedece. 25 reglas para solucionarlo y 7 cuestiones para pensar. Ediciones Pirámide: 2015.

XXXI Jornada de Terapia del Comportamiento y Medicina Conductual en la práctica clínica: la tozudez tiene premio

Treinta y un años han transcurrido desde la primera Jornada de Terapia del Comportamiento y Medicina Conductual en la práctica médica. Y si de algo estamos seguros, es que cuando algo es capaz de durar tantos años es porque marcha, porque tiene un sentido, y porque somos un sector altamente productivo que cada año que pasa, tenemos mucho que aportar a la comunidad científica. Treinta y un años exponiendo inquietudes, líneas de investigación, preguntas y, sobretodo, respuestas desde la docencia y la asistencia.

La Jornada arrancó con la ponencia-marco sobre depresión y conducta autolesiva en niños y adolescentes con M. Agulló, A. Orobitg y M. Sánchez como coordinadores. La doctora L. Lázaro –directora del servicio de psiquiatría y psicología infantil y juvenil del hospital Clínic de Barcelona– se encargó de la introducción y discusión de las ponencias. S. Romero, psiquiatra del mismo servicio, expuso las dificultades principales que acompañan al diagnóstico diferencial de depresión mayor, a lo que siguió J. Puntí con el cuestionamiento de los tratamientos y la funcionalidad de las autolesiones no suicidas, enfatizando en su propuesta de intervención mediante el hospital de día. F. Villar, del servicio de Psiquiatría y Psicología infantil y Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat, nos aproximó a las intervenciones en crisis llevadas a cabo ante las conductas suicidas en el ámbito hospitalario, exponiendo la importancia de la elaboración de un plan de seguridad y la implicación parental. Finalmente, C. Borràs, presidenta de la asociación “Después del Suicidio, Asociación de supervivientes”, hizo el contrapunto con la cara más próxima al suicidio, nos reveló y transfirió las emociones, cogniciones y actos desencadenados a partir del suceso y los errores de la sociedad actual al no abordar, comprender ni acompañar a los seres queridos que la persona deja atrás después de su suicidio.

La Mesa Debate tuvo el Trastorno Límite de la Personalidad como tema central. J.M. Peri, psicólogo del Hospital Clínic, fue el moderador y J. Soler, de Hospital Universitario de Sant Pau, el discusor. Se inició con D. Vega, que expuso el estudio con el que evaluaron los modos de procesamiento de errores de dicho TP. Aquí inició la unidad de TLP del Hospital Santa Creu i Sant Pau su doble intervención. Primeramente, C. Carmona expuso el estudio con el que abordaron la estabilidad de la personalidad a lo largo de 10 años en una muestra de pacientes con TLP, concluyendo que con la edad, más del 50 % de la muestra dejó de cumplir criterios diagnósticos pasados los 10 años y disminuyeron significativamente el disfuncionamiento socio-laboral. Seguidamente M. Elices, expuso los efectos del mindfulness en los trastornos psiquiátricos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana.

El resto de la Jornada fue, como ya es tradición, una gala de comunicaciones. Se inició la primera Mesa moderada por M.J. Martín, del Hospital Mutua de Terrassa y contando con J. A. Monreal, del Hospital Parc Taulí y coordinador de nuestro Consejo Editorial. C. Mercadé –Mútua Terrassa– abordó la personalidad en pacientes ingresados por intento autolítico, haciendo hincapié en la función de la personalidad y la dificultad de discriminación en los perfiles de las personas con un solo intento autolítico aislado de personas con intentos recurrentes. SG. Fidel, del Hospital Universitario de la Vall D’hebron, expuso un estudio comparativo de la unidad especializada de quemados en el que obtuvieron como perfil actual más prevalente el siguiente: hombres, sin pareja, con antecedentes psiquiátricos, sin vinculación laboral, con estudios elementales, y bajo nivel económico y en riesgo de exclusión social. A continuación, D. López-Mongay expuso el efecto del

abuso sexual infantil sobre el funcionamiento social en los trastornos del espectro de la Esquizofrenia, centrándose en la disminución de la calidad de vida global comparando aquellas personas que habían sufrido el abuso de los que no, el aumento en las dificultades de ajustes de roles y trabajo y de vulnerabilidad a la inestabilidad emocional. La mesa finalizó con D. Fuentes, del Hospital Universitari de Lleida, abordó los trastornos afectivos desde el modelo de personalidad de Eysenk que, como era de esperar, obteniendo mayores niveles de neuroticismo y psicoticismo y menores de extraversión en los trastornos depresivos y bipolares.

**

La siguiente Mesa contó con dos grandes profesionales del Hospital de Bellvitge, el doctor F. Fernández-Aranda como moderador y S. Jiménez-Murcia como discusora de la sección dedicada a la Conducta Alimentaria. Primeramente, C. Varela expuso su trabajo con el perfil psicológico diferencial en personas con normopeso, sobrepeso y obesidad. N. Mallorquí-Bagué –nuestra editora científica– presentó las diferencias en el proceso de toma de decisiones en obesidad, trastorno de juego y trastorno por consumo de sustancias. A. Costas mostró su estudio de la comorbilidad y las variables psicológicas relacionadas con la adicción al sexo y el juego patológico. Finalmente, V. Mangas cerró la mesa con la relación entre el consumo problemático de cannabis y la conducta antisocial en una muestra de estudiantes universitarios.

**

Con C. Saldaña, catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Barcelona como moderadora y G. Lasheras del Hospital Universitario Dexeus como discusora, se iniciaron las comunicaciones relativas a la Salud Mental Perinatal y el tratamiento crónico de Hemodiálisis. B. Farré-Sender presentó su estudio de la alteración del vínculo materno-infantil, enfatizando en la función de los factores previos al parto (de trastorno mental de la madre) en una muestra clínica. Este diseño longitudinal prospectivo llegó a la conclusión que los factores más influyentes eran la ansiedad estado, el trauma emocional en la infancia y los antecedentes psiquiátricos. Principalmente, la ansiedad llevaba a comportamientos de evitación y, a su vez, a mayores problemas de atención y mantenimiento de preocupación. Seguidamente, I Ridaura, de la Universidad Autónoma de Barcelona, presentó un estudio de duelo perinatal, en el que observaron cómo los síntomas depresivos presentes al mes posterior a la muerte disminuían en el tiempo sin necesidad de intervención terapéutica, y no encontraron diferencias entre muertes perinatales por interrupción médica y muertes inesperadas. La Mesa terminó con la comunicación de A. Masià, de la Universidad de Girona, expuso la relación entre los trastornos emocionales y la calidad de vida de pacientes en tratamiento crónico de hemodiálisis. En la muestra clínica observaron que un 19'6 % cumplían criterios de ansiedad a nivel clínico, y un 15'9 % de depresión.

En la última Mesa de comunicaciones B. Cejas, psiquiatra del Hospital Universitario Dexeus, fue la moderadora y A. Bados, de la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona, el discusor. Empezó M. Garriga con “verbal deescalation”, una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la agitación psicomotora, en la que toman dicha agitación como un continuum y con la que consiguieron reducir las contenciones mecánicas en un 43 % y las expresiones de agitación en un 58 %. C. Varo de la prestigiosa Unidad de Bipolares del Hospital Clínic (Dr. E. Vieta) tomó el relevo con la presentación de SIMPLe, una app para monitorizar y psicoeducar los pacientes bipolares. Mereció el 2º premio de comunicaciones. De esta herramienta, se destacaron como puntos fuertes la satisfacción global del usuario (86 %), la comodidad (82 %) y la discreción (92 %). Finalmente, A. Pérez, presentó la validación de dos entornos visuales para el tratamiento de

la agorafobia y el estudio de la Utilidad clínica de las OculusRift. Trabajo que mereció el primer premio de Comunicaciones.

En la sesión de Clausura, como es tradición, presidida por los profesores Dr. R. Torrubia y con la colaboración V. Ferrer-Olives, se entregó el diploma de Honor Institucional a la Unidad de TLP del Hospital de la Santa creu i St. Pau que coordina el **Dr. J. Soler** con glosa del Dr. D. Vega. La Jornada fue coordinada –como desde el primer día– por los Dres. Enric Álvarez (H.U. St. Pau) y J.M. Farré (H.U. Dexeus).

Miriam Sánchez Matas

Consejo de Redacción

miriamsanchezmatas@gmail.com

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
V Jornada de Salud Mental Perinatal	10 Junio 216	Tel.:93 546 01 11 Fax: 93 205 85 12 Website: www.psicodex.com E-mail: psiquiatria.dex@quiron.es	BARCELONA
8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies	22-25 Junio	Waldron Smith Management Tel.:+61 3 9645 6311 Fax: +61 3 9645 6322 Website: www.wcbct2016.com.au E-mail: wcbct2016@wsm.com.au	AUSTRALIA
IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica	17-20 Noviembre 2016	www.aepc.es	SANTANDER
7 th World Congress on Women's Mental Health	6-9 Marzo 2017	Web: www.iawmh2017.org Email: wcwmh2017@conference-partners.ie	DUBLIN
5th Annual Scientific Conference of The European Association of Psychosomatic Medicine. EAPM	28 Junio al 1 Julio 2017	www.eapm2017.com	BARCELONA
19 th ISPOG Congress 2019	9-11 Mayo 2019	Tel.:+82 2 2072 2387 Fax: +82 2 762 3599 Web: www.kspog.org E-mail: obgyhoon@gmail.com	SEOUL (KOREA)

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

Conflicto de intereses

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

AUTHOR GUIDELINES: CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conflict of interest

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

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

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

LETTERS TO THE EDITOR

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