



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

I. Gómez-Reino Rodríguez¹, I. Tolosa², G. Mestre Bach³

¹Psiquiatra, C.H.U. Ourense. Editor Asociado. ²Psicóloga HUD. Consejo de redacción.

³Psicóloga HUD. Universidad Internacional de la Rioja. Consejo de redacción.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa



TRASTORNOS DEL SUEÑO

EXPERIENCIA VITAL EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE NARCOLEPSIA

Bella Kilmartin & William Day

Journal of Health Psychology 2024

Palabras clave: narcolepsy, lived experience, sleep disorders, diagnostic delay.

Antecedentes: Existe una falta de conciencia social sobre cómo se experimenta la salud del sueño y los trastornos del sueño. Investigaciones anteriores han descubierto que

vivir con narcolepsia tiene un impacto debilitante en varias áreas de la vida de un individuo junto con importantes retrasos en el diagnóstico.

Métodos: Este estudio utiliza una metodología fenomenológica y cualitativa para explorar las experiencias de ser diagnosticado y vivir con narcolepsia. Seis mujeres con narcolepsia tipo 1 participaron en entrevistas semiestructuradas. Las transcripciones se analizaron mediante análisis fenomenológico interpretativo.

Resultados: Al capturar toda la experiencia de la enfermedad de la narcolepsia, el análisis categorizó tres temáticas diferenciales; "minimizar, descartar y restar importancia a los síntomas", "recorrer el sinuoso viaje hacia el diagnóstico" y "una forma de vida diferente".

Conclusiones: Mediante el análisis se puede demostrar el impacto afectivo que tiene la falta de conciencia sobre el



sueño y los trastornos del sueño; lo que genera importantes retrasos en el diagnóstico y una falta de apoyo posterior al diagnóstico.

Comentario: Se requiere una mayor conciencia social sobre los trastornos del sueño. Específicamente en el abordaje de la narcolepsia sería necesario evaluar el acompañamiento social que la persona tiene y realizar una intervención psicoeducativa con la familia para aumentar el apoyo social del individuo si así lo requiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bella Kilmartin & William Day (2024). 'It's like tumbleweeds everywhere': An Interpretative Phenomenological Analysis of the lived experience of being diagnosed with and living with narcolepsy. *Journal of Health Psychology* <https://doi.org/10.1177/13591053231221373>

Gemma Mestre Bach



GINECOLOGIA PSICOSOMÁTICA

EENDOMETRIOSIS: UN ACERCAMIENTO PSICOLÓGICO

Brydee Pickup, Daelin Coutts-Bain, Jemma Todd . Fear of progression, depression, and sleep difficulties in people experiencing endometriosis-pain: A cross-sectional study.

Journal of Psychosomatic Research. 2024

Palabras Clave: Depression, Endometriosis, Fatigue, Fear of progression, Insomnia, Pelvic pain.

Antecedentes: La endometriosis es una enfermedad crónica generalmente caracterizada por un dolor intenso. Hallazgos recientes demuestran tasas desproporcionadamente elevadas de insomnio y fatiga entre personas con endometriosis, particularmente entre aquellas con dolor asociado. Sin

embargo, hay poca comprensión de los factores psicológicos que podrían contribuir a estas dificultades relacionadas con el sueño y la fatiga. En este estudio se investiga sobre si el miedo a la progresión de la enfermedad y la depresión interactúan con el dolor para influir en la fatiga y el insomnio entre las personas con dolor relacionado con la endometriosis.

Métodos: Un total de 206 personas con endometriosis se incluyeron en esta encuesta transversal en línea en enero de 2022. Los participantes proporcionaron características demográficas y de endometriosis relevantes. Se utilizaron BPI-SF, FoP-Q-SF, DASS-21, CFS e ISI para evaluar la intensidad del dolor, el miedo a la progresión de la enfermedad, la depresión, la fatiga y los síntomas de insomnio, respectivamente. Las asociaciones entre variables clave se evaluaron con correlaciones. Un análisis de ruta determinó si las relaciones entre el dolor y la fatiga, y el dolor y el insomnio, dependían de los niveles de miedo a la progresión y la depresión.

Resultados: Controlando por edad, el miedo a la progresión se asoció únicamente con una peor fatiga ($\beta = 0,348$, $p < 0,001$) y el insomnio ($\beta = 0,389$, $p < 0,001$), y moderó la relación entre el dolor y la fatiga ($\beta = 0,155$, $p = .009$). Específicamente, al aumentar la intensidad del dolor, se exacerbaban los efectos del miedo a la progresión sobre la fatiga. La depresión se asoció únicamente con la fatiga ($\beta = 0,360$, $p < 0,001$), pero no provocó ningún efecto de moderación.

Conclusiones: Estos resultados resaltan el papel del miedo a la progresión y la depresión en la fatiga y el insomnio relacionados con la endometriosis, allanando el camino para que se prueben futuras intervenciones dirigidas a estos constructos.

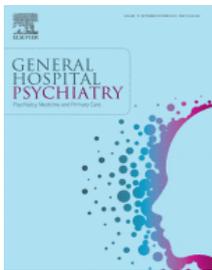
Comentario: Podemos observar una vez más como ciertos factores psicológicos se relacionan y correlacionan con síntomas y enfermedades. En conjunto, estos hallazgos nos dirigen cada vez más a intervenciones con un enfoque más holístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brydee Pickup, Daelin Coutts-Bain, Jemma Todd (2024). Fear of progression, depression, and sleep difficulties in people experiencing endometriosis-pain: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111595>



Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

CONSULTA PROACTIVA E INTEGRADA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE PARA PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS DE EDAD AVANZADA: UNA DESCRIPCIÓN DE MÉTODOS MIXTOS DE FORMACIÓN, ASISTENCIA Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL ESTUDIO HOME

Sharpe, M., Toynbee, M., van Niekerk, M., Solomons, L., Owens, C., Price, A., Yousif, M., Palmer, A., Clay, F., Berk, G., Burns, J., Hill, L., Harris, J., Bajorek, T., Sirois-Giguere, G., Magill, N., Aitken, P., Dickens, C., & Walker, J

General Hospital Psychiatry, 2024

Objetivos: Describir la experiencia práctica de ofrecer un programa de Interconsulta y enlace (C-L) proactivo e integrado (PICLP). Este programa, está diseñado para pacientes médicos hospitalizados de edad avanzada, siendo explícitamente biopsicosocial y centrado en el alta. En este artículo informamos: (a) observaciones sobre la formación de 15 médicos (siete seniors C-L psiquiatras y ocho médicos asistentes) para administrar PICLP; (b) la asistencia realizada a 1359 pacientes; (c) sus experiencias de trabajar de esta nueva manera.

Método: Estudio observacional de métodos mixtos que utiliza datos cuantitativos y cualitativos, recopilados de forma prospectiva durante dos años, como parte del estudio HOME (un ensayo aleatorio que compara PICLP con la atención habitual).

Resultados: Se formó a los médicos exitosamente, para administrar PICLP de acuerdo con el manual del programa. Se evaluó proactivamente a todos los pacientes, mostrando la mayoría, múltiples problemas biopsicosociales que impedían un alta hospitalaria en el momento adecuado. Se integraron con los equipos de sala, para proporcionar una variedad de intervenciones, dirigidas a abordar estos pro-

blemas. La administración de PICLP requirió una cantidad modesta de tiempo, y los médicos lo sintieron clínicamente valioso y profesionalmente gratificante.

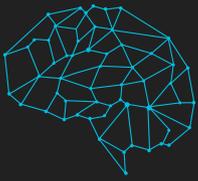
Conclusión: La experiencia de impartir PICLP, resalta el papel especial que pueden desempeñar los psiquiatras de C-L, que trabajan de forma proactiva e integrada, en la atención médica.

Comentario: Este es el segundo artículo que revisamos en relación con este tema (Ver número 22) y vuelve a demostrar la necesidad de realizar inversiones más importantes en la dotación y organización de estas unidades.

La introducción, señala como muchas de las recomendaciones del psiquiatra de enlace no son implementadas por los equipos solicitantes, tanto a nivel diagnóstico, de tratamiento o de alta. En nuestro centro casi en un 49% (año 2022) de los informes de alta no registran la intervención clínica (fundamentalmente en servicios quirúrgicos).

La integración de los equipos de Psiquiatría de enlace en las salas médico-quirúrgicas permite la detección de pacientes que en muchos casos pasarían desapercibidos. Los pacientes mayores de 65 años son el grupo de pacientes donde el concepto de complejidad aparece con mayor nitidez. El orientar el trabajo al alta desde el inicio del ingreso, teniendo en cuenta los factores biopsicosociales, es una manera de prevenir la prolongación de las estancias, con los consecuentes peores resultados de salud para pacientes y costes económicos para el sistema sanitario. El artículo permite acceder al manual con las indicaciones para la realización de los registros, así como las hojas de registro que se utilizan para cada paciente, facilitándonos una excelente oportunidad para mejorar nuestras propias evaluaciones del día a día.

PICLP se desarrolla en cuatro fases. En la primera, se realiza una evaluación bio-psicosocial proactiva al paciente mayor, poco después de su ingreso a la sala. El psiquiatra principal entrevista al paciente, mientras el clínico asistente recopila información de la familia, el equipo de sala y los registros médicos. Los resultados orientan hacia una lista completa de problemas del paciente, priorizando aquellos que podrían prolongar su estancia o causar una readmisión temprana. En esta etapa se utiliza una lista de verificación con 12 categorías de problemas biomédicos, psicológicos y sociales. Los clínicos registran la presencia de problemas y si afectaban el alta del paciente. En la **segunda etapa,** se formula un plan de acción para abordar los problemas prioritarios. **La tercera,** conlleva la implementación de inter-



venciones por parte de los clínicos de PICLP, trabajando de manera integrada con el equipo de sala, monitoreándose el progreso diariamente. **En la última etapa**, se comunica con los proveedores de atención fuera del hospital sobre problemas no resueltos, y recomendaciones al momento del alta. El objetivo fundamental es minimizar el tiempo de hospitalización innecesario del paciente. Las actividades principales desarrolladas en la fase 3 y 4 por los psiquiatras de enlace se listan en una tabla del artículo.

El trabajo se realiza en tres hospitales británicos del NHS y compara durante dos años el cuidado habitual frente a este nuevo modelo. El número de pacientes fue de 1359, los cuadros cardiorrespiratorios, las caídas y confusionales eran los motivos más frecuentes de ingreso. La edad media era de 82 años, casi el 50% eran hombres, tenían una media de cuatro problemas médicos y 10 medicaciones prescritas. El tiempo medio de atención desde el ingreso era dos días y la estancia media once. El tiempo medio de entrenamiento del personal para aplicar el modelo era de unos cuatro meses.

En los resultados, hay que destacar que el 90% tenían problemas en el área biomédica, siendo una enfermedad activa el principal factor. El 70% tenían problemas psicológicos, siendo el deterioro cognitivo el más frecuente y el 90% problemas sociales, siendo la dependencia de otras personas en las tareas diarias el más frecuente. Esto es un calco del día a día del trabajo en nuestros hospitales, sobre todo en el norte de España donde el porcentaje de pacientes mayores de 65 años en la población general se acerca al 30%. En concreto en nuestro centro el 60% de las interconsultas tienen más de 65 años y un 25% más de 80 en el año 2022.

La investigación demostró que hacía falta práctica para tratar de llevar a cabo el nuevo modelo, y sobre todo el modo de iniciar la consulta con los pacientes que no habían sido derivados por un problema psiquiátrico evidente. La realización de talleres, las listas de verificación y el juego de roles, fueron elementos muy útiles en el desarrollo del programa.

Un dato muy revelador es que el porcentaje de pacientes con problemas biomédicos o psicológicos que obstaculizaban el alta disminuyó con el tiempo en el hospital, pero el porcentaje con problemas sociales que impedían el alta no lo hizo como se puede apreciar en uno de los gráficos del artículo. La media de tiempo utilizado con cada pacientes fue de 71 mn para los psiquiatras y 75 para los asistentes (observar al paciente y a su familia, hablar con otros clínicos, asistir a rondas y reuniones en la sala, realizar llamadas

telefónicas, completar los cuadernos de trabajo de PICLP y otros registros clínicos). Es decir, sobre dos horas y media en una estancia media de 11 días. Observaron que las evaluaciones iniciales de la Etapa 1 requerían un alto nivel de habilidad, ya que los pacientes típicamente presentaban problemas biopsicosociales complejos y, por lo tanto, eran mejor realizados por un staff de psiquiatría con experiencia en C-L. A pesar de ello, con frecuencia se sentían frustrados al intentar lograr esto, debido a las actitudes del personal de la sala y a procesos burocráticos. En particular, observaron que muchos miembros del personal subestimaban los riesgos de estancias prolongadas en el hospital y sobreestimaban los riesgos de regresar a casa. Señalaron que la experiencia clínica y la autoridad de los psiquiatras principales eran importantes para desafiar estas percepciones.

El estudio tiene también limitaciones importantes, como la participación voluntaria de médicos de PICLP que puede no representar al personal de psiquiatría de C-L en su totalidad, la entrevista única a cada médico que puede no reflejar cambios a lo largo del tiempo, la realización del estudio como parte de un ensayo clínico con limitaciones en la administración de PICLP, la focalización en una forma específica de psiquiatría C-L proactiva e integrada en una población de pacientes hospitalizados de edad avanzada, la exclusión de algunos pacientes que podría haber afectado el perfil de los problemas identificados e intervenciones realizadas, el autorregistro de los datos sobre la atención brindada por los médicos de PICLP en lugar de observadores independientes, y la restricción geográfica a hospitales generales del NHS del Reino Unido, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otros hospitales y sistemas de atención médica.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Os dejo un enlace al artículo comentado en el número 22 de la revista.

An economic evaluation of a proactive consul-liaison psychiatry pilot as compared to usual psychiatric consultation on demand for hospital medicine. *J Acad Consult Psychiatry* 2022; 63(4):363–71.

<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/404339/498987>

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharpe, M., Toynbee, M., van Niekerk, M., Solomons, L., Owens, C., Price, A., Yousif, M., Palmer, A., Clay, F., Berk, G., Burns, J., Hill, L., Harris, J., Bajorek,



- T., Sirois-Giguere, G., Magill, N., Aitken, P., Dickens, C., & Walker, J. (2024). Proactive and integrated consultation-liaison psychiatry for older medical inpatients: A mixed methods description of training, care provided and clinician experience in the HOME study. *General Hospital Psychiatry*, 86, 108–117.
2. Walker, J., Burke, K., Toynbee, M. et al. The HOME Study: study protocol for a randomised controlled trial comparing the addition of Proactive Psychological Medicine to usual care, with usual care alone, on the time spent in hospital by older acute hospital inpatients. *Trials* 20, 483 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3502-5>

TRASTORNOS DEL SUEÑO



SESIÓN CLÍNICA INTERCONSULTA Y ENLACE: INSOMNIO

Aversa, V., Hawa, R., Lee, E. K., & Mak, M. S. B. (2023). C-L Case Conference: Insomnia Disorder

Journal of the Academy of Consultation-Liaison .2023

Palabras clave: insomnio disorder, sleep, sedative-hypnotic, CBT-I, cognitive behavioural therapy for insomnia, COMISA.

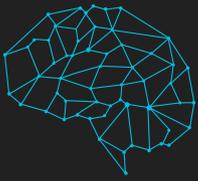
Resumen: Presentamos el caso de un varón de 67 años, con antecedentes de trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, tratamiento de hipertensión refractaria, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y alergias ambientales, que acude a urgencias tras una caída no presenciada. Posteriormente desarrolló síntomas de trastorno de insomnio. Expertos en psiquiatría de enlace y medicina del sueño proporcionan orientación para este escenario clínico, basándose en su experiencia y una revisión de la literatura actual, explorando la epidemiología del trastorno de insomnio y comorbilidades en relación con este caso. Además, se ofrece una revisión del tratamiento actual para el trastorno de insomnio, incluyendo métodos no farmacológicos como terapia cognitivo conductual y farmacoterapia.

Historia: Un hombre de 67 años con trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, hipertensión refractaria al tratamiento, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y alergias ambientales (no especifica si al polen, ácaros etc.) acude a urgencias del hospital tras una caída sin testigos, siendo

encontrado por sus hijos inconsciente. A la exploración física no presenta hallazgos neurológicos agudos, salvo inestabilidad. En la exploración cognitiva sabía su nombre y edad, pero estaba desorientado en relación con la fecha y día de la semana. El paciente fue ingresado para estudio. En los Antecedentes personales se trataba de un profesor de química de instituto jubilado, viudo desde hacía un año, tras un matrimonio de 30. Las imágenes por tomografía computarizada confirmaron un pequeño hematoma de tejido blando, pero sin evidencia de hemorragia aguda o isquemia. No había antecedentes de uso de sustancias, La prueba de drogas y alcohol fue negativa. Estaba a tratamiento con: Escitalopram 20 mg/día, Clonazepam 0,25 mg dos veces al día, Ramipril 10 mg OD, hidroclorotiazida 50 mg/día, amlodipino 10 mg/día, tamsulosina 0,4 mg/día, y difenhidramina 25 mg según fuera necesario.

De cara a prevenir un posible delirium y el riesgo de caídas, se suspendieron el Clonazepam y la Defenilhidramina. Se ordenó Ibuprofeno para control de dolor. En unos días, el estado mental del paciente mejora con una mayor capacidad para mantener la atención. Al mejorar su estado mental, el paciente pudo informar los acontecimientos que rodearon su caída. Mientras su estado de ánimo había mejorado desde los niveles previos al tratamiento, se había vuelto disfórico debido al próximo aniversario de la muerte de su esposa. En el PHQ-9 aplicado en ese momento se obtuvo una puntuación de 14, lo que refleja un estado de ánimo bajo. Negó tendencias suicidas. Durante los últimos 3 meses, se había acostado a medianoche con una latencia media del sueño de 1 hora. Tenía 2-3 despertares frecuentes en mitad de la noche, provocados por nicturia, durando al menos 1 hora cada noche. Se levantaba a las 7 am y su sueño se definía como no reparador. Para tratar su insomnio, el paciente había tomado 2 Clonazepam extras de 0,25 mg al acostarse. Con el empeoramiento estacional de la fiebre del heno, pensó en "matar dos pájaros de un tiro" y tomó difenhidramina adicional antes de acostarse para lograr mayor sedación nocturna.

El servicio de Psiquiatría de consulta-enlace, **realizó psicoeducación sobre los riesgos de la polifarmacia sedante, carga anticolinérgica y la inducción de caídas por la medicación.** El paciente fue instruido en conducta. intervenciones para la ansiedad, **incluida la respiración en la caja** (una técnica de relajación para ralentizar el ritmo de la respiración. que consiste en periodos de 4 segundos para inhalar, sostener la respiración, exhalación y pausa, en secuencia), y se obtuvo



alivio sintomático. **Clonazepam y difenhidramina no fueron reiniciados.** El paciente continuó padeciendo un insomnio sustancial, corroborado por enfermería. Se **inició trazodona** y se aumentó a 100 mg por noche, lo que redujo la latencia del sueño a un promedio de 30 minutos. Los **despertares nocturnos se redujeron después de optimizar tamsulosina a 0,8 mg**, lo que redujo la nicturia. El personal de enfermería notó que **Mientras mejoraba el insomnio, el paciente roncaba ruidosamente.** Se solicitó una prueba de sueño ambulatoria para descartar apnea obstructiva del sueño. (AOS) dadas sus comorbilidades cardiovasculares, ronquidos, e índice de masa corporal de 33 kg/m². **El paciente pasó una evaluación de caídas por parte del terapeuta ocupacional antes del alta. La polisomnografía a las 8 semanas del alta arrojó resultados AOS moderada-severa. No se observó movimiento periódico de las extremidades.** El seguimiento posterior arrojó una historia de tropiezos sin llegar a caerse en las etapas medias del sueño (Se refiere a casi caídas al levantarse de la cama o al caminar al baño por la noche, o sensación de inestabilidad al darse la vuelta en la cama). Se interpretó que esto podría estar relacionado con la medicación, debido a los riesgos de hipotensión ortostática con trazodona y/o tamsulosina. La trazodona fue reemplazada **por lemborexant**. Posteriormente no se observaron más casi-caídas. El paciente deseaba reducir el uso de hipnóticos, y fue remitido a terapia **cognitivo-conductual por insomnio (TCC-i)**. Después de 8 semanas de CBT-i, el paciente pudo suspender el lemborexant sin reaparición de síntomas. Los síntomas de depresión habían remitido con un PHQ-9 DE 2 al final de la terapia.

Comentario. El artículo repasa aprovechando esta historia tres objetivos de aprendizaje: **1.- El diagnóstico del insomnio, epidemiología y comorbilidades, 2.- TCC-I y tratamientos no farmacológicos, y 3.- El tratamiento Psicofarmacológico.**

Otros posibles elementos que nos permite repasar el artículo es la **utilización del PHQ-9**, insistir en la **psicoeducación** de los pacientes en relación con el uso de benzodiazepinas y su posible relación con las caídas, por último la técnica de **respiración de la caja** como elemento para ayudar a mitigar la ansiedad y estrés.

En el primero de los elementos de aprendizaje el Dr. Elliott K. Lee, nos recuerda **la definición de insomnio**, que es una alteración de tres meses de al menos 3 días semanales con sueño diurno y deterioro del funcionamiento. Los síntomas pueden ser episódicos (duran al menos un mes, pero no más de 3 meses) y persistentes si duran más de tres meses.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Entre el 33% y el 50% de los adultos se quejan de insomnio anualmente, mientras que **entre el 10% y 20% cumplen criterios de trastorno por insomnio**, con una **mayor prevalencia en mujeres.**

Uno de los elementos a destacar es que a pesar de la asociación a numerosos cuadros psiquiátricos y médicos, debemos considerar **el insomnio como una entidad independiente** con relación a su tratamiento y no como algo secundario. Los estudios recientes demuestran que no tratarlo afecta la evolución y favorece la recurrencia de las comorbilidades. Los pacientes con insomnio tienen más riesgo de desarrollo de trastornos cardiovasculares, obesidad, diabetes, y trastornos psiquiátricos. Por otra parte, el insomnio puede ser desencadenado por diferentes cuadros médicos y psiquiátricos como dolor, enfermedades neurodegenerativas, asma y enfermedades respiratorias.

El insomnio es muy frecuente en la interconsulta y casi siempre multifactorial (estrés, cuadros psiquiátricos y médicos, medicaciones y factores psicológicos). **Alrededor del 50% tienen cuadros ansiosos o depresivos**, pudiendo preceder al cuadro depresivo. Otro cuadro para tener en cuenta es **la apnea del sueño, que puede aparecer entre el 30 y 40% de los pacientes con insomnio.** Las nicturia e insomnio medio suelen ser síntomas de COMISA (apnea de sueño con insomnio). El artículo señala una investigación (aunque con solo 20 pacientes y sin grupo control), en el que se encuentra que pacientes con insomnio crónico y sin historia que orientase a patología respiratoria, presentan **hasta el 90% de este insomnio causado por los problemas respiratorios.**

En el segundo de los objetivos en relación con el tratamiento cognitivo conductual, el Dr. Raed destaca que, a pesar del éxito del tratamiento de su apnea del sueño, el cuadro de insomnio no acabó de desaparecer, por lo que considera adecuado el planteamiento de **terapia cognitivo conductual**. Esta se realiza bien en grupos o en sesiones por videoconferencia (entre 4 y 8 sesiones). Las estrategias incluyen **educación sobre el sueño, el control de estímulos, terapia de restricción de sueño, entrenamiento en relajación e higiene del sueño.** La terapia cognitiva se ha mostrado protectora sobre el desarrollo de la depresión y ha reducido en un 15% la severidad de la apnea cuando se asocia a insomnio. Es comparable con el tratamiento agudo de los sedantes hipnóticos y más efectiva a largo plazo (hasta 12 meses tras el tratamiento). **Siendo el tratamiento de elección en el trastorno de insomnio.** También señala la necesidad



de tener en cuenta las diferencias culturales sobre lo que es tener un problema de sueño.

Por último, la Dra. Vanessa Aversa, repasa las diferentes medicaciones asociadas al tratamiento del insomnio, aportando una tabla útil, para nuestra ya famosa libreta que nos acompaña en los paseos por el hospital. El primero de ellos son **los benzodicepinas**, que recuerda no se deben usar crónicamente por el riesgo de caídas, posible dependencia, los riesgos en la conducción, y los efectos cognitivos. **El grupo de los fármacos-Z**, tienen un menor riesgo de abuso, pero pueden producir, sedación, amnesia anterógrada, rebote de insomnio y ansiedad al suspenderlas, tolerancia, caídas y parasomnias. **Entre los antidepressivos**. La Doxepina (entre 3 y 6mg), la mirtazapina y la trazodona se pueden utilizar en el insomnio. La primera puede producir sedación diurna, la segunda aumento de peso, sedación, boca seca y constipación y yo añadiría pesadillas. Se usa para disminuir latencia de sueño y despertares frecuentes. Por último, la trazodona con los efectos típicos de los anticolinérgicos y el priapismo como efecto más específico. **Los antipsicóticos** son el siguiente grupo con la Quetiapina (de liberación inmediata) y la Olanzapina. Pero no se recomienda a no ser que haya comorbilidad psiquiátrica por sus alteraciones extrapiramidales, prolongación del QT e incremento de riesgo de muerte en pacientes con demencia. **Los agonistas de la melatonina** se pueden utilizar cuando hay un retraso o desfase del ciclo sueño vigilia y en autismo, pero no se recomienda como elección en el insomnio. La melatonina es bien tolerada y la sedación excesiva es el efecto secundario más frecuente. Por último **los antagonistas del receptor Orexina**. Son neuropéptidos producidos por el hipotálamo y actúan en el receptor de la orexina. Los datos sobre seguridad de este grupo siguen siendo limitados, aunque la evidencia actual sugiere que pueden estar asociados con un menor riesgo de dependencia, caídas, problemas de conducción, e insomnio de rebote después de la interrupción, en comparación con otros hipnóticos sedantes (benzodiazepinas, fármacos z). El efecto adverso más común informado es somnolencia. Otros efectos secundarios comunes incluyen dolores de cabeza, náuseas y mareos. Los efectos adversos destacables incluyen sueños anormales y parálisis del sueño y raramente, conductas complejas de sueño. Los efectos menos comunes pueden incluir ansiedad y síntomas depresivos.

Información adicional. Os dejo varios enlaces a temas que complementan este interesante artículo. **En primer lugar,**

el PHQ-9, que es una escala autoaplicada para la depresión, de amplio uso en la interconsulta y que presenta una variante que es la PHQ-2 que sirve de screening.

1. [Validación PHQ-9 en español para hospitales.](#)
2. [PHQ-9 Formato PDF](#)

En segundo lugar, un par de videos y explicaciones sobre la respiración en la caja (tanto andando como en reposo)

1. https://www.youtube.com/watch?v=Mh_6c5l4rM0 (En reposo)
2. <https://www.youtube.com/watch?v=tI8R-DH5km0> (Guía)
3. <https://www.healthline.com/health/es/respiracion-del-cuadrilatero> (explicación teórica)

En tercer lugar [También os dejo un enlace sobre terapia cognitivo-conductual para el insomnio](#) que os podéis bajar en PDF.

Por último, **Varios videos del instituto de psicofarmacología para completar el estudio del insomnio.**

1. [Consideraciones sobre el uso de benzodiazepinas y agonistas de los receptores de benzodiazepinas](#)
2. [Tratamientos farmacológicos para el insomnio](#)
3. [Como hablar de sueño con los pacientes](#)
4. [Etiología y diagnóstico del sueño](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. Aversa, V., Hawa, R., Lee, E. K., & Mak, M. S. B. (2023). C-L Case Conference: Insomnia Disorder. Journal of the Academy of Consultation-Liaison.

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



Os dejo un enlace sobre una institución ya comentada previamente. En esta ocasión la colección de videos, en que las diapositivas están en español, aunque la locución es en inglés. La página está en YouTube y me parece más fácil para navegar por ella pues están los videos solos y en un formato más accesible.

<https://www.youtube.com/@institutodepsicofarmacolog6933>



CURSOS Y JORNADAS

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



AXENCIA GALEGA
DE COÑECEMENTO
EN SAÚDE

Como ya os anunciamos en el número anterior, El 17 de noviembre del pasado año tuvieron lugar, las jornadas sobre Psiquiatría Psicosomática y de enlace, organizadas por la Axencia Galega de coñecemento en saúde, con la colaboración de la Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y enlace del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

El Prof. Antonio Lobo presentó y disertó sobre el libro Psiquiatría Psicosomática y de Enlace: La aportación desde la Psiquiatría al resto de la medicina. Recientemente publicado por el Grupo de trabajo de Psiquiatría psicosomática y enlace de la SEPSM. Os dejo el enlace al libro para que os lo bajéis si estáis interesados.

https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMA-GES_12/psiquiatría-psicosomática-y-de-enlace-web.pdf

El Dr. Jordi Blanch ofreció una exhaustiva disertación sobre los programas de enlace entre los servicios de psiquiatría y salud mental con la atención primaria, focalizando particularmente en la organización del área de Lleida, donde ejerce como responsable del servicio. Inició su exposición destacando los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España de 2020, subrayando la prevalencia de la ansiedad (5.84%) y la depresión (5.28%), así como el significativo consumo de ansiolíticos (10.86%) y antidepresivos (4.52%). Además, señaló que el 8.32% de las personas que acuden a centros de atención primaria en Cataluña, presentan problemas de salud mental. Posteriormente, abordó la evolución de la aproximación a la atención primaria desde finales de los años 90, cuando los especialistas de hospitales de referencia se desplazaban a la primaria, hasta la creación de equipos de salud mental y adicciones en primaria en 2000, y la posterior elaboración de rutas asistenciales según las fases evolutivas de la enfermedad entre 2011 y 2015. El Dr. Blanch presentó datos sobre los recursos para Centros de Salud Mental y Adicciones (CSMA) y Centros de Salud Mental

Infantil y Juvenil (CSMIJ) por cada 100,000 habitantes en su área, resaltando la importancia de los recursos desplazados a la primaria y los organizados dentro de los centros de salud mental que incluían programas relacionados con trastornos mentales graves y psicosis incipientes. Destacó las complejidades en el tratamiento psiquiátrico, donde factores psicosociales, personalidad, cronicidad, consumo de sustancias y comorbilidades modulan de manera significativa el camino entre el motivo de consulta y el tratamiento final. Propuso un modelo escalonado de intervención (stepped care model) que abarca desde la promoción y prevención en la comunidad hasta la atención especializada para casos graves y potencialmente discapacitantes.

El orador explicó, la presencia de los referentes de bienestar emocional y comunitario en Cataluña, describiendo sus funciones, centradas en la educación para la salud, la información sobre recursos comunitarios, la contribución a grupos informativos y psicoeducativos, la participación en la detección de signos de riesgo de sufrimiento mental y el abordaje del malestar emocional en personas con determinantes sociales adversos. También resaltó sus roles en el abordaje del malestar emocional de profesionales y la participación en actividades de formación e investigación. La presentación culminó con un debate sobre el modelo propuesto, discutiendo sus ventajas, desventajas, problemas y virtudes.

La Dra. Gemma Parramón, en su exposición, abordó la temática de la psiquiatría perinatal con un enfoque en la epidemiología de estos trastornos y subrayando la necesidad de establecer servicios especializados. Durante su presentación, delineó el protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña, destacando aspectos vinculados a la salud mental, como el cribado de ansiedad-depresión, la detección de violencia machista, el monitoreo del consumo de alcohol y drogas, así como el papel de la pareja. Asimismo, discutió el protocolo de atención durante el parto, el puerperio inmediato y tardío, que utiliza entre otros el cuestionario de depresión postnatal de Edimburgo y señaló los procedimientos de derivación en caso de resultados positivos. En una diapositiva posterior, realizó una interesante comparación entre la prevalencia de problemas de salud mental en Cataluña y Galicia, basándose en datos epidemiológicos de ambas comunidades. Se resaltó el modelo escalonado de atención a la salud mental perinatal, desde los centros de atención primaria hasta las unidades de hospitalización madre-bebé. Además, abordó temas como el suicidio en este periodo, la corresponsabi-



lidad de la pareja, el uso de valproato por los padres y su riesgo para el feto, así como la influencia del consumo de alcohol y la depresión postparto de los padres en el desarrollo emocional y conductual de los hijos. También trató la desigualdad global y su impacto en el acceso a la atención de la salud mental. En la última parte de la charla, se exploraron aspectos neurobiológicos, presentando el modelo biológico unificado de Levin G y Enin Dor T, recientemente publicado

en *Translational Psychiatry* en abril de 2023. Se mencionaron conceptos como microquimerismos fetales y sus posibles implicaciones en enfermedades relacionadas. En cuanto a los nuevos tratamientos, se abordó la salud digital y la telemedicina en el ámbito perinatal, así como nuevos fármacos para la depresión postparto, como la Brexanolona y la Zuranolona.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatr-num2811>