

PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

www.psicosomaticaypsiquiatria.com

Revista indexada en



Lundbeck



31

AÑO 2024

OCTUBRE • NOVIEMBRE • DICIEMBRE



EDITORIAL

HUMANIZAR: LO ETERNO NO PIERDE EL TREN

HUMANIZE: THE ETERNAL DOES NOT MISS THE TRAIN

J.M. Farré

Editor

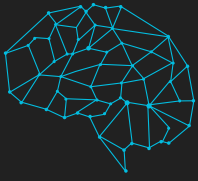
*Sonreídme, que voy
Adonde estáis vosotros los de siempre...
(Miguel Hernández)*

Palabras Clave: Humanización; Ámbitos sanitarios; Guías; UCI; Simposio

Keywords: Humanization; Health care settings; Guidelines; ICU; Symposium

Desde hace un tiempo, proliferan los programas de humanización en los procesos sanitarios y en diversas especialidades. Desde las propuestas de terapias complementarias en Salud Mental, alentadas en nuestro medio por Artal con la música, por quien firma esta editorial con la escultura o por Blanch con la pintura¹, hasta guías de intervención en demencia², en geriatría³ en el ámbito perinatal o en la UCI. Debe considerarse que el término pueda parecer polémico e incluso paradójico, por no decir discu-

tible en las especializaciones sanitarias, que se mueven en un terreno específicamente estructurado alrededor del potente contacto personal con los pacientes y su entorno. Es más, sería legítimo señalar las situaciones límite, algunas deplorables, a las que hemos llegado en el aspecto organizativo de la Sanidad con su progresivo deterioro – recursos limitados, demanda de mayor número de profesionales consultas colapsadas- como una de las posibles causas de esta vuelta de tuerca que en el fondo escondería una parte de la fatiga y el desgaste profesional, estrés y el plausible burnout de nuestra profesión. Algunos sospechan del apoyo de la organización sanitaria ante estos proyectos humanitarios, como de una cortina de humo que le permite una publicidad positiva, como si los médicos, enfermería y personal sanitario asociado, fueran almas cándidas: de hecho, estos proyectos se mueven, en parte, alrededor de los vientos inclementes de la situación preocupante que vivimos, pero solo en parte.



Lo cierto es que los propios profesionales, en un ejercicio de implicación tan esperable como loable, son los que han propuesto un concepto y una praxis interdisciplinar que no solamente fortalezca los lazos con familias, pacientes y entre ellos mismos, sino también los elementos organizacionales que permitan algo que aletea constantemente en nuestra praxis: la regulación emocional. En este sentido, el ejemplo del proyecto HU-CI, que fue debatido en el reciente Simposio, como propuesta de intervención e investigación en las UCI, ponencia que circuló con brillante acierto en la necesaria unificación de los conocimientos de referencia del trabajo interdisciplinar. Un paradigma que ya cuenta con una excelente monografía⁴ y que se mueve en varios tópicos imprescindibles como lo son, entre otros, la infraestructura humanizada, con espacios restauradores de la luz y de la información temporal, así como de la minimización de ruido, la participación programática y activa del personal sanitario y de los familiares. Procurando el bienestar global del paciente, tanto en situaciones de final de la vida, como de la correcta utilización farmacológica y psicológica o el seguimiento post UCI. Un programa en el que planea constantemente el modelo psicológico de intervención para conseguir reforzar y consolidar habilidades y actitudes de los sanitarios como lo son la empatía, la escucha activa, amén de otras pautas de comunicación y terapias complementarias (la música en la UCI ya es un clásico). Pero también la prevención y tratamiento del desgaste profesional y de las reacciones adaptativas o de otro nivel de salud mental en los familiares. Un programa que es el paradigma de lo que debería ser una de las funciones del enlace bien amueblado.

Es curioso que cuando se presentan este tipo de intervenciones, sobre todo las relacionadas directamente con la salud mental, a la sociedad civil, se considera muy positivamente el transmitir todas las reflexiones e intervenciones pertinentes (entre las que las complementarias se transforman en carta de naturaleza), no solamente de los profesionales sino también de los afectados bajo un lema central y definitorio. Así pasó recientemente en un acto celebrado en Santander: el proyecto se titula "Mírame de otra manera. Rompiendo

el estigma de la enfermedad mental". Por cierto, esta publicación se enorgullece de que, tanto en el Simposio como en la convención cántabra, intervinieran muy activamente miembros de nuestro Consejo Editorial como Luis Pintor, Jesús Artal y Jesús de la Gándara.

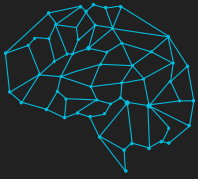
El VII Simposio de Psicología y Psiquiatría se celebró con su acostumbrado rigor y brillantez. Aparte la ponencia comentada dedicada a la UCI en la que intervinieron una intensivista (E. Amestoy de Dexeus, Barcelona), un Psiquiatra (L. Pintor del Clínic, BCN) y una Psicóloga (E. Baillès de la Vall d' Hebrón, BCN), brilló con luz propia la dedicada a la Anorexia y una visión longitudinal, con la escalada desde la etapa Infanto-juvenil hasta la cronicidad y las posibles opciones terapéuticas, conducido con la mano maestra del imprescindible experto, F. Fernández- Aranda (H.de Bellvitge) con la sólida compañía de los investigadores de la Mutua de Terrassa, O. Cabré i N. Garrido. Las comunicaciones orales fueron el reflejo del buen hacer de nuestros jóvenes clínicos que nos sumergieron en muy diversos tópicos del máximo interés; los pueden disfrutar en este mismo número, asociados a los seleccionados para publicación por el Comité Científico.

Si hubiera un museo de momentos, un inventario de instantes, un depósito de detalles, es evidente que todo lo que nos inspira este soberbio número 31 traspasaría todas las líneas de las fronteras del conocimiento y apartaría los biombo que nunca podrían ocultar la diversidad de su contenido. No se pierdan nada.

JM Farré Martí. Editor

BIBLIOGRAFÍA

1. Terapias Complementarias (2023). En Observatorio de Salud Mental (OSM). Psicología y Psiquiatría, 28, 52-60.
2. Giménez, S., Navarro, A.B., Bueno, B. (2023). Guía de intervención para cuidadores familiares de personas con Demencia. Ed. Pirámide. Madrid.
3. Consultar el OSM de este mismo número 31, dedicado a la Psicogeriatría.
4. Gálvez Herrero, M., Martínez López, P., Heras La Calle, G. (Coords). (2023) Manual de psicología en las unidades de cuidados intensivos. Ed. Pirámide. Madrid.



NOTA EDITORIAL

OBITUARIO, DR. JOSEP TORO

OBITUARY, JOSEP TORO MD, PHD

Farré, J.M., Agulló, M

Editores

Con profundo dolor hemos vivido la noticia del fallecimiento del Dr. Josep Toro Trallero, cofundador de esta revista, de la que era asesor de la sección de Psicología Infantil-Juvenil. Su entusiasmo, la nítida fortaleza de sus argumentos asociados a una lúcida inteligencia nos acompañó durante toda nuestra vida profesional. Al Dr. Toro le debemos en gran parte la fascinación por las teorías evidentes que revelaban los orígenes del comportamiento humano.

Por gentileza de la Societat Catalana de Psiquiatria, reproducimos el escrito enviado a sus socios

Con profunda tristeza, les comunicamos el fallecimiento del Dr. Josep Toro Trallero, figura clave en la Psiquiatria Infantil y Juvenil, que ha dejado una impronta imborrable en nuestra especialidad.

Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona (UB), fue jefe del Servicio de Psiquiatria y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínico de Barcelona, Profesor Titular de Psiquiatria y vicedecano de la Facultad de Medicina de la UB. Se formó en el dispensario de Medicina Psicopatológica del Hospital Clínico, liderado por el Dr. Santiago Montserrat Esteve, y posteriormente dirigió la sección de Psiquiatria

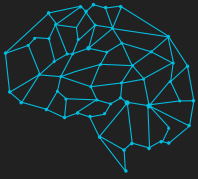
Infantil del propio hospital, siendo uno de los impulsores de la psiquiatria infantil en España.

El Dr. Toro destacó por su trayectoria docente y asistencial, formando generaciones de profesionales de la psiquiatria y de la psicología. Su trayectoria ha merecido numerosos reconocimientos. Era miembro de la Real Academia de Medicina de Barcelona, había recibido la medalla Josep Trueta en el mérito sanitario de la Generalitat, la insignia de oro del Hospital Clínico, el premio Jeroni de Moragas de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil-Juvenil y el Pavlov de la Societat Catalana de Investigación y Terapia de la Conducta, entre otros.

Con este mensaje queremos rendir homenaje a su figura, agradeciéndole profundamente su dedicación y su impacto en la psiquiatria infantil y juvenil. Su legado perdurará en nuestra práctica y en la formación de generaciones futuras.

Descanse en paz, Dr. Josep Toro.

*Junta Directiva de la Societat Catalana
de Psiquiatria i Salut Mental
(Escrito traducido del catalán)*



NOTA EDITORIAL

CUIDA TU SALUD MENTAL. VÍDEOS CORTOS ELABORADOS POR RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA DE SANTANDER

TAKE CARE OF YOUR MENTAL HEALTH. SHORT VIDEOS MADE BY PSYCHIATRY RESIDENTS AT THE MARQUÉS DE VALDECILLA UNIVERSITY HOSPITAL IN SANTANDER

Jesús Ángel Artal

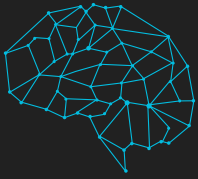
Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: Vídeos divulgativos, Salud mental, Hábitos de vida saludables.

Keywords: Educational videos, Mental health, Healthy lifestyle habits.

Presentamos una serie de videos, coordinados por el Dr. Jesús Artal, en los que médicos residentes de Psiquiatría del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander nos hablan de cómo mejorar la salud mental: una buena información es fundamental. En ellos se comenta la importancia de los hábitos de vida saludables, los prejuicios de vida saludables, el suicidio como grave problema de salud pública. Se anima a superar la frustración y a conocer la verdadera cara del cannabis.

Un magnífico ejemplo de divulgación de nuestras especialidades.



Cuida tu salud mental.

J. Ángel

Videos cortos elaborados por residentes de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

Cuida tu Salud Mental:

Encuentro con el Dr. JESÚS ARTAL y su equipo

 Colegio de Médicos de Cantabria



 Colegio de Médicos de Cantabria

Positividad tóxica



MARÍA POLO RESIDENTE DE 1º AÑO DE PSIQUIATRÍA EN HUARY



 Colegio de Médicos de Cantabria

Hábitos de vida saludables



MARÍA RUIZ RESIDENTE DE 1º AÑO DE PSIQUIATRÍA EN HUARY




 Colegio de Médicos de Cantabria

Prejuicios sobre los psicofármacos




MARTA DE LA FUENTE RESIDENTE DE 1º AÑO DE PSIQUIATRÍA EN HUARY




 Colegio de Médicos de Cantabria

Suicidio




PAULA HERNÁNDEZ RESIDENTE DE 1º AÑO DE PSIQUIATRÍA EN HUARY




 Colegio de Médicos de Cantabria

Inmediatez




PAULA LLANO RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA EN HUARY



 Colegio de Médicos de Cantabria

Problemas sociales



MARTA HOYUELOS RESIDENTE DE 1º AÑO DE PSIQUIATRÍA EN HUARY



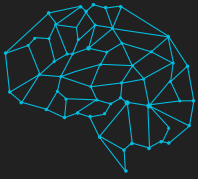
 Colegio de Médicos de Cantabria

Cannabis



RAQUEL OBESO RESIDENTE DE 1º AÑO DE PSIQUIATRÍA EN HUARY





ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 10/08/2024 Aceptado: 7/10/2024

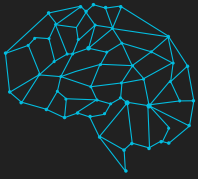
IMPACTO CLÍNICO Y ASISTENCIAL DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE (PAE-TPI) DE MIRADA COMUNITARIA EN COMPARACIÓN CON LA ASISTENCIA CONVENCIONAL

CLINICAL AND HEALTH CARE IMPACT OF A COMMUNITY-BASED SPECIFIC CARE PROGRAM FOR INCIPIENT PSYCHOTIC DISORDER (SCP-IPD) IN COMPARISON WITH CONVENTIONAL ASSISTANCE

J. Company Ortega¹, M. Teruel Romero²

Psiquiatra¹ y Trabajadora Social² en Fundación Sanitaria Mollet (FSM). Servicio de Salud Mental y Adicciones.
Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI)

Correspondencia: Ronda de Pinetons nº6, 08100, Mollet del Vallès, Barcelona.
E-mail de contacto: j.company@fsm.cat, m.teruel@fsm.cat



RESUMEN

La psicosis temprana no adquiere entidad clínica hasta finales del siglo XX en manos de diferentes unidades asistenciales internacionales que vislumbran la importancia de abordar los estadios iniciales de la psicosis de manera particular, multidisciplinar, flexible y exhaustiva. Pese a la trayectoria asistencial de más de treinta años en relación a la psicosis temprana, en España, y en nuestro caso concreto, Cataluña, el despliegue de los recursos para la creación de estos equipos, y pese a la evidencia concerniente a la mejora clínica, pronóstica y costo-efectiva que han mostrado, es muy heterogéneo, estando todavía nuestros dispositivos muy centrados en la asistencia de la enfermedad crónica y los trastornos mentales de larga evolución, bajo un marco eminentemente biomédico. El PAE-TPI de la Fundación Sanitaria Mollet (FSM) nace en 2021, erigiéndose como un proyecto de mirada comunitaria, de seguimiento intensivo, basado en las necesidades de las personas atendidas y en el vínculo con el equipo. Tras un tiempo recorrido, se evidencia un claro impacto en los indicadores asistenciales principales como el número de ingresos hospitalarios, el número de visitas a urgencias, el número de tentativas autolíticas, así como a nivel clínico y funcional, en contraposición a la atención convencional.

PALABRAS CLAVE: psicosis temprana; enfermedad crónica; mirada comunitaria; indicadores asistenciales; atención convencional.

ABSTRACT

Early psychosis did not become a clinical entity until the end of the 20th century in the hands of different international care units that envisioned the importance of addressing the initial stages of psychosis in a particular, multidisciplinary, flexible and comprehensive manner. Despite more than thirty years of experience in early psychosis care, in Spain, and in our specific case, Catalonia, the deployment of resources for the creation of these teams, and despite the evidence concerning the clinical, prognostic and cost-effective improvement they have shown, is very heterogeneous, and our devices are still very focused on the care of chronic disease and mental disorders of long evolution, under an eminently biomedical framework. The SCP-IPD of the Mollet Health Foundation (MHF) was born in 2021, establishing itself as a project with a community outlook, intensive follow-up, based on the needs of the people served and on the link with the team. After some time, a clear impact on the main care indicators such as the number of hospital admissions, the number of emergency room visits, the number of self-harm attempts, as well as at the clinical and functional level, as opposed to conventional care, is evident.

KEYWORDS: early psychosis, chronic illness, community approach, care indicators, conventional care.

INTRODUCCIÓN

REVISIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO PRIMER EPISODIO

En los primeros trabajos anglosajones sobre esta temática, el concepto *primer episodio*, aludía a un punto temprano de un periodo en el que se experimentaba una pérdida de contacto con la realidad común y se utilizaba de varias formas dependiendo del contexto al que nos refiriéramos. En algunos casos incluía una fase prodrómica; en muchos otros, tenía que ver con la sintomatología psicótica típica. También podía referirse al inicio de seguimiento de un individuo por los servicios de salud mental, donde se detectaría dicha sintomatología, o, aquellos que presentaban refractariedad a medicación neuroléptica. Dado que existía un desfase temporal entre el pródromo, el inicio de síntomas activos, las consultas sanitaria y la respuesta o no a medicación, todas estas definiciones se condensarían en el término *primer epi-*

*sodio*¹. A pesar de su omnipresencia, este concepto no había existido como tal en el campo de la psiquiatría². A principios del siglo XX tanto Kräpelin como Bleuler hacían referencia a los pródromos psicóticos (*formas atenuadas* o *casos latentes*, respectivamente)³; Harry Stack Sullivan habla de *casos incipientes*⁴ y D.E. Cameron de *esquizofrenia muy temprana*⁵, ambos previendo que la detección precoz de la enfermedad podría mejorar un deterioro a largo plazo. Aunque la temporalidad ha sido un factor relevante durante mucho tiempo a la hora de caracterizar los trastornos psicóticos, no existe algo con estatuto clínico propio hasta finales del siglo XX, apareciendo por primera vez en la literatura psiquiátrica en 1982 y diseminándose, a partir de entonces, en diferentes terminologías como *primer ingreso*, *primer inicio*, *esquizofrenia precoz*, *psicosis precoz*⁶. En 1986 el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH) designó la esquizofrenia como prioridad de investigación. A continuación, en 1988,



se articuló un plan para "la necesidad de obtener muestras de pacientes con trastorno psicótico incipiente para la investigación" y se denominó al grupo "pacientes de primer episodio"⁶. Con el tiempo se vio la importancia de elaborar una estrategia para producir una narrativa de la esquizofrenia que estuviera libre de la ambigüedad producida por la heterogeneidad del curso propio del trastorno psicótico y los efectos farmacológicos a largo plazo⁷.

DESARROLLO EN PAÍSES OCCIDENTALES, DENTRO Y FUERA DE EUROPA

La actividad clínica y de investigación en Australia y en Nueva Zelanda crecía simultáneamente, hasta surgir, con el tiempo, un grupo de investigadores y clínicos que liderarían la puesta en marcha y el desarrollo de la intervención temprana en psicosis⁸⁻⁹. La literatura generada en torno al *primer episodio* se dedicaba con frecuencia a definirlo como una entidad propia, defendiendo la idea de que la intervención precoz podría cambiar la trayectoria clínica. La importancia de la duración de la psicosis no tratada (*duration of untreated psychosis*, DUP) fue revisada por primera vez en el influyente artículo de Wyatt en 1991. Su relevancia fue inicialmente cuestionada, pero progresivamente se convirtió en el eje angular de la conceptualización de la intervención temprana en psicosis¹⁰. Hay otros estudios, sin embargo, que parecen apuntar en sentido contrario y no demuestran de manera tan clara que esto cambie el pronóstico a largo plazo¹¹⁻¹².

Progresivamente se fue recurriendo a experiencias clínicas de un amplio territorio geográfico de EEUU, Reino Unido y Australia, principalmente, para convencer a los lectores del valor de la intervención precoz en el campo de la psicosis. Gracias a estos estudios, inicialmente dispares y paulatinamente más coordinados, se crearon grupos de trabajo, políticas y se pusieron en marcha programas clínicos, creándose, en última instancia, una sociedad internacional (la IEPA, Asociación Internacional de Psicosis Tempranas, que recientemente ha cambiado su nombre a Intervención Temprana en Salud Mental) y una revista especializada que hacía referencia al término *primer episodio psicótico* (PEP) como término con estatuto propio¹³⁻¹⁴.

Tras toda esta evolución histórica en relación a la atención del PEP se han ido desplegando programas multidisciplinarios en diferentes países occidentales conformados por psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos. Los planes directores de

dichos programas contemplan un trabajo con baja carga de pacientes, hecho que permitiría al personal trabajar de manera cercana con cada paciente¹⁵. Los programas no solo abordan temas de salud de la persona, sino que también abordan problemas de la vida diaria, interpersonales, familiares, laborales, económicos y académicos¹⁵⁻¹⁶. Según estos estudios los programas de intervención temprana de psicosis difieren de los cuidados estándares en dos elementos: la detección temprana y el tratamiento específico en fases¹⁷. Las estrategias de intervención de estos servicios incluyen campañas formativas sobre síntomas psicóticos y su tratamiento dirigidas a la población general, y campañas de información dirigidas a médicos generales, trabajadores sociales y profesores¹⁸. Según los resultados del programa OPUS, implementado en Dinamarca, una intervención multidisciplinaria integradora (tratamiento asertivo, psicoterapéutico y habilidades sociales) a lo largo de los dos primeros años después de un primer episodio psicótico facilita una mayor recuperación tanto sintomática como funcional, así como una carga familiar menor¹⁹. Estos elementos de los programas de intervención temprana de psicosis han mostrado una mejor recuperación del paciente¹⁷ y un efecto positivo en el trastorno en el mediano y largo plazo²⁰. Los programas de intervención temprana de psicosis surgieron como servicios de atención de salud local y con una agenda principalmente de investigación de los PEP²¹. Posteriormente, respaldados por los estudios que mostraban su eficacia, estos programas se insertaron en los sistemas de salud de algunos países y lograr una cobertura nacional²¹. Por ejemplo, en Dinamarca, el parlamento creó fondos concursables con el objetivo de que las autoridades de salud regional puedan postular e implementar programas de intervención temprana de psicosis en diferentes regiones del país²². En Australia, el gobierno federal adoptó los programas de intervención temprana de psicosis como parte de los cuidados de salud de la población juvenil y financió la implementación de estos programas a escala nacional²¹. En Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Mental financió un programa de intervención temprana destinado a atender a pacientes con un primer episodio de psicosis en estados del país²³. Actualmente los programas de intervención temprana se han convertido en el tratamiento base para pacientes que sufren un PEP en muchos países¹⁷. En España, como más adelante se mencionará, pese a que el despliegue de estos equipos dista mucho de los mencionados en otros países occidentales, se ha realizado un



informe de evaluación que compara los resultados obtenidos desde programas de intervención temprana en psicosis sobre diferentes indicadores asistenciales como el número de hospitalizaciones, tentativas autolíticas, número de visitas a urgencias, entre otros, con la asistencia convencional, lográndose resultados significativos a favor de los programas de psicosis precoz con respecto a la asistencia convencional²⁴. No es menos importante resaltar que se disponen de estudios que demuestran que la intervención temprana en psicosis supone un ahorro de costes asociados tanto a corto como a largo plazo en comparación con el tratamiento estándar²⁵⁻²⁶.

SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA DE LA ITP

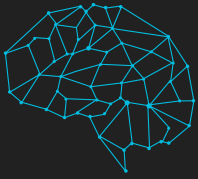
A pesar de los beneficios hasta ahora reportados, en España todavía no son frecuentes las medidas de atención temprana que ya funcionan en otros países. Nuestros servicios están sobre todo centrados a la asistencia de la enfermedad crónica y trastornos mentales de larga evolución²⁷.

La actividad preventiva es baja y los profesionales que más están en contacto con la población de riesgo de esquizofrenia y otras psicosis carecen de las herramientas o de un mayor apoyo para posibilitar la detección precoz. En algunas comunidades autónomas existen programas incipientes de detección precoz, con una desigual implementación²⁷. Dadas las transferencias de la organización sanitaria, las condiciones y los recursos de que se disponen varían enormemente entre las diferentes comunidades autónomas y hospitales de nuestro país, e incluso dentro de los distritos de una misma ciudad, dificultando también la implementación de estos programas. Existe en muchos casos un desconocimiento sobre las bondades de este programa entre los profesionales de la salud mental, posiblemente mediada en parte por falta de información sobre los resultados de estudios discutidos en este artículo, en que una intervención precoz puede ayudar significativamente al paciente con psicosis incipiente²⁷. Los servicios no responden a las necesidades de evolución y atención adecuadas. Por ejemplo, la reorganización de recursos no es apropiada: largas listas de espera y largos espacios de tiempo entre visitas. Además, se tienen en cuenta solamente recursos sanitarios y no psicosociales. En este sentido se apunta que, si bien, desde finales de los años sesenta del pasado siglo se encuadra la atención en salud mental en una perspectiva *biopsicosocial*, la realidad, es que, aún, la intervención es eminentemente biologicista, permaneciendo, en última instancia, los aspectos personales, cultu-

rales, familiares, sociales, laborales y económicos, invisibles tras un diagnóstico y tratamiento médicos²⁸. La intervención temprana en psicosis debería incidir en aspectos vocacionales y laborales, lo que no sucede en parte por la escasa coordinación de los servicios sanitarios con los sociales en las distintas comunidades autónomas. Tampoco se ofrece la intervención integral necesaria, ni se asegura una continuidad asistencial los tratamientos están fragmentados en servicios (asistenciales, de hospitalización, de toxicomanía, psicosociales, etc.)²⁷. En definitiva, los servicios no contemplan el uso de herramientas basadas en software para telefonía móvil o redes y plataformas sociales que son hoy en día puertas de acceso indispensable para esta población²⁹.

SITUACIÓN EN CATALUÑA DE LA ITP

En Cataluña en el año 2007 se realizaron varias recomendaciones del *Pla Director de Salut Mental i Addiccions* (PDSMiA) que culminaron en la implementación progresiva de 12 pruebas piloto conocidos como *Programas de Atención Específica a los Trastornos Psicóticos Incipientes* (PAE-TPI) en diferentes territorios de Catalunya (Barcelona, Cerdanyola, Segrià, Baix Camp, Terres de l'Ebre, Gironès i la Selva Marítima)³⁰. Paralelamente se constituyó la Comisión Pedagógica y de Seguimiento de los PAE-TPI integradas por miembros de diferentes programas piloto con la finalidad de promover una implantación homogénea de nuevos programas en diferentes territorios, facilitar la formación continuada y especializada de los profesionales de los programas y llevar a cabo el seguimiento del desarrollo de los programas y su evaluación. Tal y como se especifica, el Programa PAE-TPI es la propuesta de desarrollar un nuevo modelo organizativo y de integración territorial de dispositivos y servicios que defina los objetivos prioritarios, implemente programas comunitarios, promueva unidades funcionales y facilite actuaciones coordinadas con otros dispositivos. Los objetivos comunes de los programas del PAE-TPI son: la detección y la intervención precoz con la finalidad de disminuir la incidencia de los trastornos psicóticos; reducir el daño y mejorar el pronóstico³⁰. Pese a esta voluntad de despliegue completo y homogéneo del programa, la realidad es que en la mayoría de nuevos territorios se está todavía en una fase inicial de implementación de la contratación y distribución de profesionales, de la constitución de los equipos y establecimiento de los mecanismos de coordinación y seguimiento de las intervenciones, de la definición de los circuitos y formalización de criterios y me-



canismos de derivación entre servicios y, en definitiva, del programa PAE-TPI³¹.

EL PAE-TPI FSM

El PAE-TPI FSM nace en octubre de 2021. El programa está integrado por un médico psiquiatra (60% de la semana laboral) y una trabajadora social con la misma disposición. Por otro lado, éste contaría con el apoyo de los profesionales del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), como son los referentes de psicología o enfermería que dan atención en modalidad ambulatoria, así como referentes terapeutas del Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), pero a día de hoy no forman parte estrictamente del equipo PAE-TPI y sus intervenciones, por este motivo, todavía son puntuales y no continuas.

El programa se ha establecido como un proyecto de mirada comunitaria y de seguimiento intensivo, es decir, que se basa en función de las necesidades y/o situación personal de las personas atendidas. A saber, se dedica el tiempo, sobre todo, a identificar tanto atenuantes como agravantes de la clínica, a ahondar sobre las relaciones personales, el entorno familiar, la situación económica y académica, así como a esclarecer sucesos personales pasados. En definitiva, el PAE-TPI se interesa en conocer de forma exhaustiva a la persona y su contexto y no a sofocar la sintomatología con medicación sistemáticamente, algo que se menciona en un artículo sobre los dispositivos convencionales en salud mental³². Cabe señalar que se hace uso de tecnología y software convencional en jóvenes para que la comunicación sea más directa y flexible que con respecto de los modelos convencionales y que facilita, a la vez, el acercamiento y el vínculo a esta población, como se ha mencionado anteriormente²⁹.

Partiendo de este punto las visitas pueden realizarse en el centro de salud, en el domicilio o en el territorio de la persona a la que se acompaña. Del mismo modo, el tiempo entre las mismas puede cambiar según la situación concreta de la persona, variando de treinta minutos a dos horas si se considera necesario por la estabilidad y la evolución posterior del malestar. Las visitas pueden ser individuales o familiares si se acuerda con la persona atendida. Asimismo, la frecuencia de visitas no está definida, pero puede variar de una visita al mes o cada dos meses en caso de personas con buena evolución y con recuperación progresiva de su funcionalidad, como de varias veces a la semana en caso de una situación de urgencia donde se quiere prevenir el ingreso hospitalario.

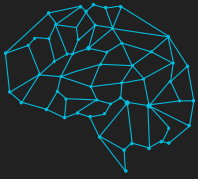
Un *momento crítico* o lo que se conoce como *descompensación* o *brote* es una situación donde el profesional está designado a responder de la manera más rápida y efectiva posible con el objetivo de minimizar el malestar de la persona. Por otro lado, representa un momento trascendente, ya que es, también, cuando emergen situaciones de las que normalmente la persona no habla o relaciones que en ese momento devienen relevantes y que juegan un papel clave en la clínica y en la vida de esa persona. Creemos que el abordaje de un momento crítico podría determinar, a largo plazo, la evolución del trastorno mental y, por tanto, la respuesta debería ser lo más exhaustiva y personalizada posible.

Las visitas se hacen prioritariamente en dupla, con el fin de favorecer el vínculo con ambos profesionales a la vez y de evitar fragmentación en la atención y/o en la información. Esta estrategia también facilita la continuidad asistencial cuando uno de los referentes está ausente, preservando así la confianza, la cual es un factor esencial y especialmente sensible en momentos críticos, cuyo abordaje, como ya hemos dicho, creemos que es un factor determinante en la evolución del trastorno mental. Se realizan coordinaciones con todas las unidades del servicio de salud mental que comparten atención con los pacientes en programa y forma parte del paraguas de atención comunitaria, compartiendo espacio mensual de reunión con los programas como el Programa de Soporte Intensivo (PSI), el SRC y la Unidad de hospitalización psiquiátrica domiciliaria (UHPAD). Son las llamadas coordinaciones *de proximidad*, las cuales tienen la duración de una hora semanal de coordinación junto al equipo específico de PAE-TPI.

Otra perspectiva de futuro es la creación de más espacios grupales de acompañamiento en la comunidad y la colaboración con otros estamentos de la comunidad que sirva de apoyo para estas personas. Es por ello que se ha considerado importante acercarnos como programa a los servicios que ya están trabajando con jóvenes y que pueden sinérgicamente con nosotros ofrecer un apoyo en sus propias especialidades.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

En definitiva, se hipotetiza que este acercamiento, definido como exhaustivo, de mirada comunitaria y, sobre todo, centrado en las necesidades de las personas, tendría un impacto determinante en los principales indicadores asistenciales como lo son el número de hospitalizaciones, número de visitas a urgencias, las tentativas autolíticas, así como



el funcionamiento general y el estado psicopatológico de la persona a la que acompañamos en comparación a la asistencia desde un servicio convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

ÁMBITO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Comarcal Mollet del Vallés en el Servicio de Salud Mental y Adicciones, entre 2021 y 2023, dentro del programa PAE-TPI FSM que atiende a una población potencial (el Bajo Vallés) de entre 18-35 años de 31500 personas.

Se empleó un diseño cuasi experimental con controles antes y después. Se realizaron dos mediciones, una previa a la intervención y otra posterior. Se evaluó un periodo comprendido entre octubre 2021 (momento en que se inaugura el programa y comienza a recibir pacientes) y 2023 (año completo). En este periodo se incluyen aquellos pacientes del programa que cumplen un año de seguimiento y que previamente habían realizado, como mínimo, un año de seguimiento en CSMA o CSMIJ (si entonces eran menores de edad). Durante el periodo preestablecido se han recopilado y determinado los parámetros sometidos a análisis: número de ingresos, número de visitas a urgencias, tentativas autolíticas y valores EAG, antes y después.

SUJETOS DEL ESTUDIO

La población diana se definió como aquellos pacientes que cumplían criterios PAE-TPI definidos en el Plan director de CatSalut³³ y que previo a la derivación a nuestro servicio habían realizado mínimo un año de seguimiento tanto en el CSMA (Tabla 1).

Los pacientes excluidos fueron aquellos que no cumplían criterios para el PAE-TPI o que aun cumpliéndolos, aún no completaban un año de seguimiento en CSMA y/o en PAE-TPI. Del total de 62 pacientes incluidos en el programa PAE-TPI a fecha del presente estudio, solo cumplían los mencionados criterios, 23 del total de pacientes (N=23).

VARIABLES

- **La variable independiente** elegida fue la asistencia del PAE-TPI FSM durante un año, descrita en la introducción del estudio, como una aproximación de mirada comunitaria donde es el dispositivo el que se adapta a las necesidades de la persona y no a la inversa. Se han cuantificado diversos parámetros que re-

Tabla 1. Pacientes entre 18 y 35 años que cumplan los siguientes criterios.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estados Mental de Alto Riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico. (EMAR)*	Patología orgánica diagnóstica relacionada con el inicio del cuadro
Primer Episodio Psicótico. (PEP)**	Edad inferior a 18 años o superior a 35 años
Personas en fase de recuperación durante el periodo crítico de cinco años posteriores a un primer episodio psicótico. (PC)	Discapacidad intelectual severa o trastornos del espectro autista sin sintomatología psicótica Psicosis por intoxicación aguda o por abstinencia, trastornos de la personalidad o trastornos del espectro neurótico

**Personas con sintomatología subumbral y familiar de primer grado diagnosticado de trastorno psicótico, personas con trastorno esquizotípico y declive funcional (>30 puntos EAG), personas con sintomatología breve, intermitente y limitada (brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS). **Personas que presentan por primera vez manifestaciones psicóticas francas que pueden ser compatibles con diferentes diagnósticos de psicosis afectiva y no afectiva: esquizofrenia, trastorno por ideas delirantes, trastorno psicótico agudo, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico no orgánico.*

flejarían indirectamente la intensidad y la flexibilidad del PAE-TPI FSM, en este caso, el número de visitas promedio y el porcentaje de comparecencias.

- **Las variables dependientes** fueron el número de hospitalizaciones, el número de visitas a urgencias, las tentativas autolíticas y el valor de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Dichas variables son cuantitativas discretas (Tabla 2).
- **Variables secundarias** fueron la edad, el sexo de los pacientes y nivel socio económico.

INTERVENCIÓN

Los instrumentos de compilación de datos que se emplearon para el estudio fueron Microsoft Excel versión 2016 y la EEAG.

En cuanto a los datos de hospitalización se recopilaban de forma encriptada de los registros de la historia clínica informatizada (HC3, desde el SAP) del año correspondiente anterior a la derivación del paciente al PAE-TPI. Los datos de hospitalización durante su seguimiento en nuestro programa se habían almacenado en una hoja de Excel, la cual se utilizó para su extracción cumplido un año de seguimiento. Acerca de los datos de las visitas al servicio de urgencia y para las conductas suicidas, se realizó el mismo procedimiento que para los datos de hospitalización. En el caso de las visitas a urgencias solo se contabilizaron aquellos episodios que se

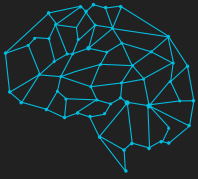


Tabla 2. Desglose datos variables dependientes.

Paciente	*H. CSMA	H. PAE-TPI	UCIAS CSMA	UCIAS PAE-TPI	**TA CSMA	TA PAE-TPI	EAG CSMA	EAG PAE-TPI
1	1	0	5	1	0	0	50	75
2	0	0	0	0	0	0	40	60
3	0	0	0	0	0	0	50	70
4	2	0	1	0	0	0	50	70
5	2	0	1	0	0	0	50	70
6	2	0	1	0	0	0	50	70
7	2	0	2	0	0	0	60	80
8	0	0	1	1	0	1	60	80
9	1	0	1	0	1	0	50	65
10	1	0	1	0	1	0	55	70
11	0	0	0	0	0	0	60	75
12	3	0	7	0	1	0	50	60
13	0	1	0	1	0	0	50	60
14	4	1	5	2	0	0	60	70
15	1	2	1	1	0	1	60	70
16	2	0	0	0	0	0	60	70
17	0	0	0	0	0	0	50	55
18	1	0	1	0	0	0	55	60
19	1	0	1	0	0	0	50	50
20	1	0	2	2	0	0	55	55
21	0	0	0	0	0	0	60	60
22	1	0	0	1	0	0	75	75
23	1	0	1	0	0	0	60	50
TOTAL	26	4	31	9	3	2	1260	1520
X	1.13	0.17	1.34	0.39	0.13	0.086	54.78	66.08
S	1,057	0,49	1,84	0,66	0,34	0,29	6,99	8,78
Var. %	-84.61%		-70.96%		-33,84%		+20.62%	

*hospitalizaciones, **tentativas autolíticas

resolvieron con alta desde el dispositivo de urgencias y no aquellos que concluyeron en ingreso hospitalario. De esta manera se diferenciaba claramente de las visitas a urgencias netas de las que, en último término, concluían con un ingreso hospitalario.

Finalmente, la Escala EAG se realizó a todos los pacientes en la primera visita de evaluación de nuestro programa y al cabo de un año de seguimiento.

Los cortes transversales para la recopilación de datos se hicieron tomando en consideración la fecha de valoración del

paciente en nuestro programa PAE-TPI y se calculó desde ese punto, un año anterior al mismo para definir el tiempo de seguimiento en CSMA. Desde la fecha de evaluación del paciente, se calculó un año para establecer el tiempo de seguimiento de PAE-TPI donde se compilarían los datos para, acto seguido, comparar con el tiempo de seguimiento en el CSMA.

Dado que consiste en usuarios que están en seguimiento en nuestro propio programa y en ningún caso nos desviamos de los objetivos ni del proceder habitual que marca el pro-

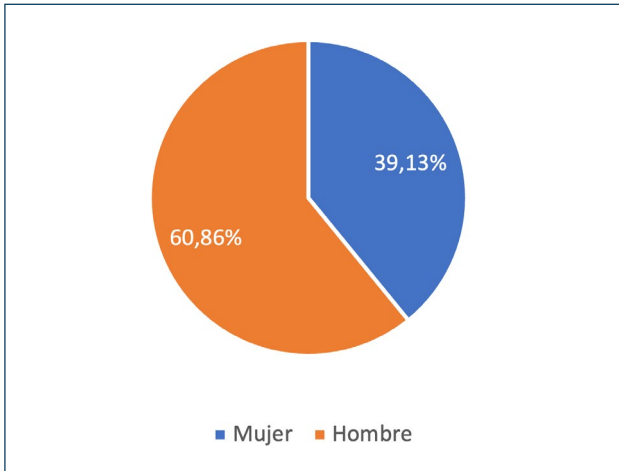
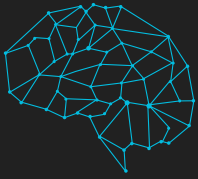


Figura 1. Porcentaje del sexo de la muestra.

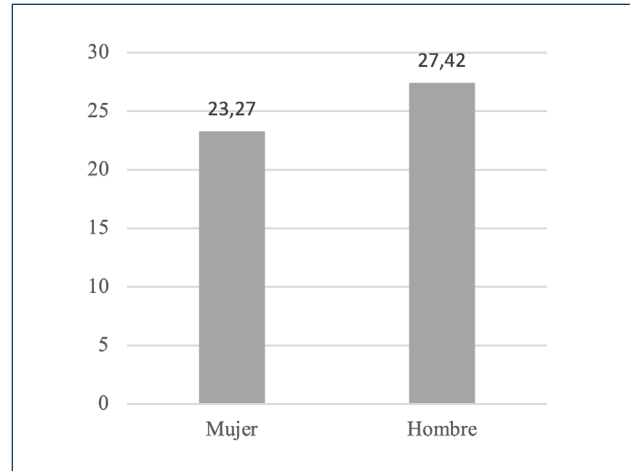


Figura 2. Edad media distribuida por sexos.

grama desde el principio y, el cual se acuerda verbalmente en la primera visita de valoración, no ha sido necesaria la aplicación de ningún consentimiento informado previo a la realización del presente estudio. Cabe añadir, por otro lado, que el trato de los datos que se exponen es totalmente anónimo.

Además, el estudio fue presentado ante el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Mollet del Vallés en septiembre de 2024 obteniendo la aprobación y la aceptación del mismo.

PLAN DE ANÁLISIS

Se trata de un análisis cuasi experimental, con la introducción de una intervención (PAE-TPI) que irrumpe en el seguimiento previo del paciente en el CSMA. Se trata de un estudio *pre-post*, con dos medidas en dos tiempos distintos, antes y después de la intervención.

Inicialmente se realizó una prueba de normalidad por cada variable dependiente, para determinar si la distribución de la muestra era normal o si, por el contrario, no lo era. Se escogió finalmente la prueba de *Shapiro Wilk* y no la de *Kolmogorov-Smirnov* dado que la $N < 50$. Resultó a la postre que el patrón distribucional no era normal para todas las variables dependientes, por ello, nos decantamos por el test estadístico de *Wilcoxon* en vez de la *t-student* para variables relacionadas. Así pues, desde el punto de vista estadístico para las tres primeras variables plantearemos la hipótesis nula como la mediana de las diferencias igual a cero ($H_0: Med = 0$) y la hipótesis alternativa como la mediana de las diferencias

menor que cero ($H_a: Med < 0$), es decir que hay un descenso tanto de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, como de tentativas autolíticas después de un año de asistencia en nuestro PAE-TPI; contrariamente, para la variable del valor EAG, plantearemos la hipótesis nula como la mediana de las diferencias igual a cero ($H_0: Med = 0$) y la hipótesis alternativa como la mediana de las diferencias mayor que cero ($H_a: Med > 0$), es decir que aumenta la diferencia entre las medianas del valor de la EAF tras la intervención de PAE-TPI. Por otro lado, se usó un nivel de significación del 0.05, para hallar el valor crítico de *W* (prueba unilateral o de una cola).

RESULTADOS

VARIABLES COMPLEMENTARIAS

Se han reclutado en el estudio un total de 23 sujetos. El 60.86% han sido hombres, mientras que el 39.13% han sido mujeres. La edad media de mujeres ha sido de 23,27 años y la de hombres de 27,42 años (Figuras 1 y 2)^{12a}

Del total un 30.43% tiene estudios de secundaria inacabados, un 43.47% acabó la secundaria, un 21.73% completó la formación profesional o bachillerato y solo un 4.34% de ellos tenía estudios superiores (Figura 3).

VARIABLES INDEPENDIENTES

En vistas de parametrizar la exhaustividad del programa se calculó y se comparó el número promedio de visitas anuales realizadas en uno y otro dispositivo. Se observa un

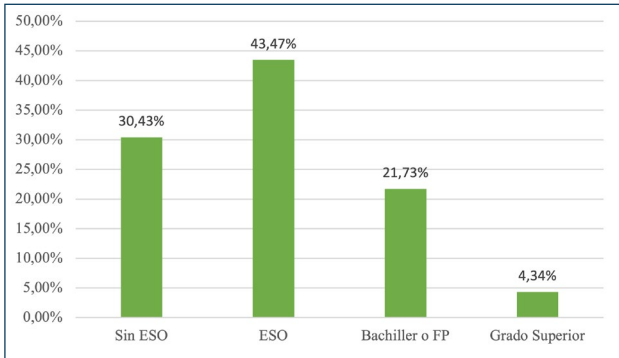
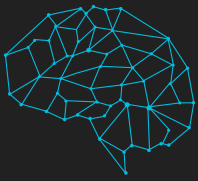


Figura 3. Porcentaje del nivel educativo.

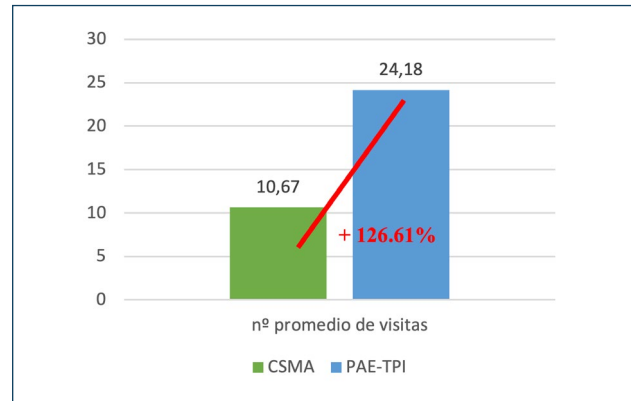


Figura 4. Comparativa del número promedio de visitas anuales

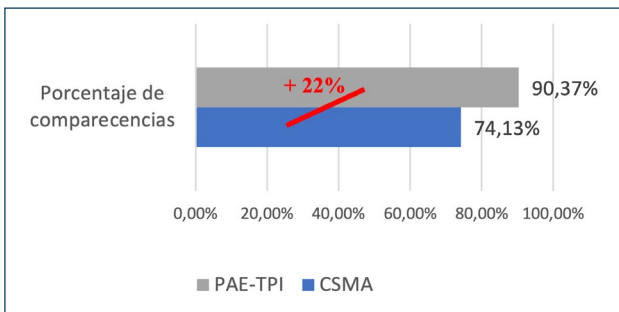


Figura 5. Comparativa del porcentaje de comparencias.

aumento significativo del promedio de visitas en cuanto al seguimiento usual previo, representando un incremento del +126,61% (Figura 4).

Para reflejar el grado de flexibilidad del programa, y de forma indirecta el efecto de la capacidad de despliegue a nivel comunitario y del vínculo con el programa, se comparó el número de comparencias con respecto del total de visitas programadas en uno y otro dispositivo. Resultó un aumento +22% de las comparencias relativo al seguimiento anterior (Figura 5).

VARIABLES DEPENDIENTES (TABLA 3)

En lo tocante a la comparativa de hospitalizaciones se puede advertir una importante disminución del número total de las mismas entre el año de seguimiento en CSMA y después de un año de seguimiento en el PAE-TPI. Disminuyeron de 26 a 4, es decir, una reducción del 84,61% (Figura 6).

Tabla 3. Parámetros estadísticos a partir de los resultados de la muestra.								
Paciente	H. CSMA	H. PAE-TPI	UCIAS CSMA	UCIAS PAE-TPI	TA CSMA	TA PAE-TPI	EAG CSMA	EAG PAE-TPI
TOTAL	26	4	31	9	3	2	1260	1520
Mediana	1	0	1	0	0	0	55	70
Moda	1	0	1	0	0	0	50	70
Σ ranking (+)	12		15		9		187	
Σ ranking (-)	141		90		6		3	
Población	23		23		23		23	
Distribución (p-valor)	0,00345	0,000000014	0,000009	0,000002	0,000000011	0,000000003	0,0023	0,08931
Valor W*	12		15		6		3	
V. crítico*	83		83		83		83	

*Valor crítico > Valor W → Significación estadística, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

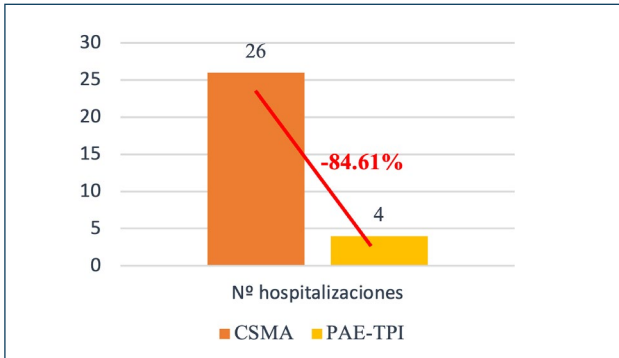
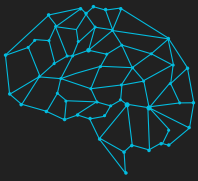


Figura 6. Comparativa del número de hospitalizaciones en-tre el seguimiento del CSMA y del PAE-TPI.

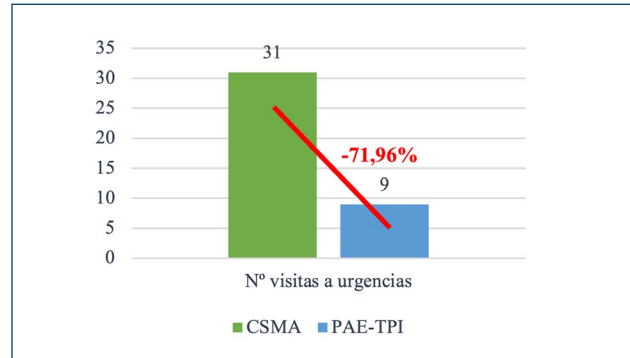


Figura 7. Comparativa número de visitas a urgencias entre el seguimiento en CSMA y en PAE-TPI.

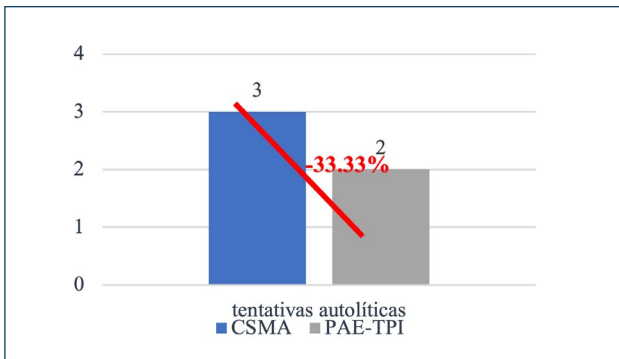


Figura 8. Comparativa número de visitas a urgencias entre el seguimiento en CSMA y en PAE-TPI.

Desde el punto de vista estadístico se realizó el test de *Wilcoxon* para muestras apareadas, habiendo comprobado previamente mediante el test de *Shapiro Wilk* que la distribución que seguía la muestra no era normal, para determinar la significancia estadística de los resultados obtenidos. De modo estadístico la hipótesis nula contempla que la mediana de las diferencias es igual a cero ($H_0: Med = 0$) y la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es menor que cero ($H_0: Med < 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula contempla que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención del PAE-TPI después de un año disminuye el número de hospitalizaciones de las personas en seguimiento previo en CSMA, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. Para tal determinación se halló el valor *W* y el valor crítico, siendo este último, mayor que el primero ($83 > 12$), por ende, se puede afirmar que la reducción de hospitalizaciones

acontecida después de nuestra asistencia en el PAE-TPI es estadísticamente significativa (Tabla 3).

En lo atinente a la frecuentación de visitas a urgencias, también se observa una caída sustancial, pasando de 31 a 9, es decir una reducción del 71,96% de las visitas a urgencias, durante el seguimiento de un año en nuestro programa PAE-TPI (Figura 7).

Sobre la relevancia estadísticas de los resultados, se operó de igual modo que la variable anterior, determinándose en primer lugar la normalidad de la distribución de la muestra. De igual manera, resultó una distribución no normal o variables no paramétricas, con lo cual se escogió de nuevo el test de *Wilcoxon* para muestras apareadas. Estadísticamente la hipótesis nula contempla que la mediana de las diferencias es igual a cero ($H_0: Med = 0$) y la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es menor que cero ($H_0: Med < 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula indica que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención de PAE-TPI después de un año disminuye el número de visitas a urgencias de las personas en seguimiento previo en CSMA, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. Para tal determinación se halló el valor *W* y el valor crítico, resultando este último, nuevamente, mayor que el primero ($83 > 15$), de forma que, se puede afirmar que la reducción de las visitas a urgencias tras de nuestra intervención en el PAE-TPI, es estadísticamente significativa (Tabla 3).

En lo correspondiente a las tentativas autolíticas se observa una ligera disminución de las mismas, recudiéndose de 3 a 2, es decir una reducción del -33,33%, durante el seguimiento de un año en nuestro programa PAE-TPI (Figura 8).

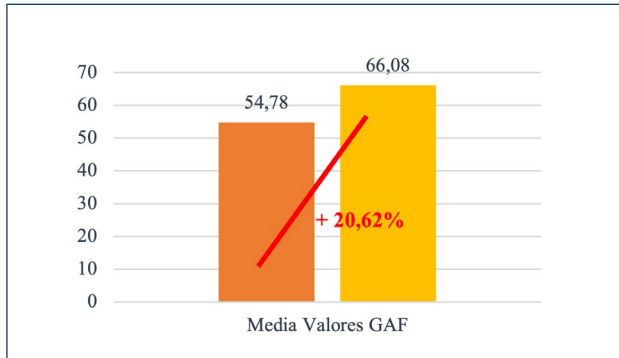
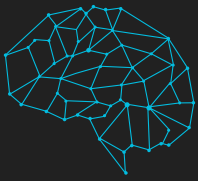


Figura 9. Comparativa de valores EAG en CSMA y después de un año en PAE-TPI.

En consideración a la relevancia estadísticas de los resultados, se operó de igual modo que la variable anterior, determinándose en primer lugar la normalidad de la distribución de la muestra. En esa misma línea, resultó una distribución no normal, por tanto, se escogió de nuevo el test de Wilcoxon para muestras apareadas. Formalmente la hipótesis nula contempla que la mediana de las diferencias es igual a cero ($H_0: Me_d = 0$) y la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es menor que cero ($H_0: Me_d < 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula indica que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención de PAE-TPI después de un año disminuye el número de tentativas autolíticas de las personas en seguimiento previo en CSMA, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. Para tal determinación se halló el valor W y el valor crítico, revelándose este último, de nuevo, mayor que el primero ($83 > 15$), por consiguiente, se puede afirmar que la reducción de las visitas a urgencias tras de nuestra intervención en el PAE-TPI, presenta relevancia estadística (Tabla 3).

Por último, los valores EG presentan un aumento también notorio, pasando de una media de 54,78 a una del 66,08, en otras palabras, aumenta hasta 20,62% la puntuación EAG media tras un año de seguimiento en el PAE-TPI FSM (Figura 9).

Para hallar nuevamente a la relevancia estadística de los resultados, se procedió de la misma forma que las dos variables anteriores, es decir, determinando la normalidad de la distribución de la muestra. Esta vez, reflejó que una de las series seguía una distribución normal, mientras que la otra resultó ser una variable no paramétrica. Cuando al menos hay una variable no paramétrica utilizaremos el test de Wilcoxon. Estadísticamente, la hipótesis nula contempla que la mediana

de las diferencias es igual a cero ($H_0: Med = 0$) y la hipótesis alternativa que la mediana de las diferencias es mayor que cero ($H_0: Med > 0$), o, extrapolado a nuestro estudio, la hipótesis nula indica que pese a los presentes hallazgos no hay evidencia suficiente para afirmar que la intervención de PAE-TPI después de un año aumenta los valores EAG, mientras que la hipótesis alternativa sí lo evidencia. De nuevo se determinó el valor W y el valor crítico, siendo este último, una vez más, mayor que el primero ($83 > 3$), por lo que, se puede ratificar un aumento estadísticamente significativo de los valores EAG tras nuestra intervención del PAE-TPI (Tabla 3).

DISCUSIÓN

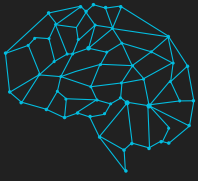
La población del estudio son pacientes de la zona básica del Hospital de Mollet del Vallés (Bajo Vallés), entre 18-35 años, que cumplían criterios clínicos y de tiempo de evolución para el PAE-TPI que habían realizado previamente un año mínimo de seguimiento en CSMA y habían cumplido un año de seguimiento en nuestro programa.

En la muestra se halló 1,5 veces más de hombres que de mujeres. La media de edad del grupo de mujeres ha sido de 23,27 años, mientras que de hombres ha sido algo superior con una media de 27,42 años.

Con respecto al nivel educativo, la mayoría de ellos había finalizado los estudios secundarios, un 40.47%, seguido de estudios de secundaria inacabados, un 30.43%, es decir, que más de un 70% de ellos, tiene a lo sumo los estudios de secundaria. Se puede extraer del gráfico que uno de cada tres personas de la muestra no ha completado los estudios secundarios y solo una persona de la muestra tenía estudios superiores (4.43%).

También se comprobó que había aumentado el número promedio de visitas por paciente hasta un +126.61%, sin tener en cuenta que la media de tiempo por visita en general es mayor en nuestro programa y que las visitas son en dupla, lo cual no aparece reflejado en el gráfico. Análogamente al incremento promedio de visitas por paciente, se vio que el nivel de comparecencias había aumentado en contraste con el seguimiento anterior un +22%. Todos estos resultados parecen designar un refuerzo importante y significativo del vínculo entre el paciente y el equipo, aunque no se haya aplicado ningún test estadístico para comprobarlo.

Otro aspecto importante es comentar la desviación estándar (s) de las variables dependientes analizadas, las cuales, en líneas generales, cuentan con poca dispersión,



sobre todo, hospitalizaciones, visitas a urgencias y tentativas autolíticas. Aparece más dispersión en los valores EAG analizados (Tabla 2).

Acerca del estudio de las variables dependientes que se analizaban, podemos observar una disminución clara tanto de las hospitalizaciones, de las visitas a urgencias, como de las tentativas autolíticas, -84,61%, -71,96% y -33,33% respectivamente, siendo todos estos valores estadísticamente significativos, Valor Crítico > Valor W (tabla 4, tabla 6 y 8 respectivamente).

Por otro lado, tras un año de seguimiento en el PAE-TPI se produjo un aumento de los valores EAG, +20,62%, resultando, una vez más, estadísticamente significativo, Valor crítico > Valor W.

CRÍTICAS

En primer lugar, se trata de una muestra pequeña, lo que es así debido a que el programa nace apenas hace tres años y, por otro lado, las personas que han hecho un recorrido previo de un año de seguimiento antes de su derivación al programa, es cada año menor, ya que cada vez más facultativos conocen la existencia de dicho servicio y derivan con más antelación.

Otra limitación que se podría objetar es que, si bien el análisis se ha revelado estadísticamente significativo, se ha realizado sobre un año de seguimiento solamente. Seguramente, los resultados cobrarían más relevancia estadística de mantenerse de modo similar a lo largo del tiempo, por ejemplo, realizar el corte a los tres o a los cinco años (duración máxima del programa). Posteriormente se podría seguir analizando, para comprobar si dichos resultados se sostienen, una vez las personas han sido dados de alta del programa.

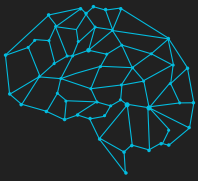
Por otra parte, consiste de un estudio cuasi experimental, es decir, que la selección de la muestra no es aleatoria y las variables no son independientes entre sí, de forma que, se podría plantear un estudio similar con un grupo control que cumpla criterios PAE-TPI y, sin embargo, haya realizado todo su seguimiento en CSMA, comparando los resultados de uno y otro grupo.

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados del presente estudio, se puede inferir que la intervención del PAE-TPI FSM, caracterizado por disponer de una mayor disposición (número de visitas y

duración de las mismas, flexibilidad en tiempo y espacio), de una respuesta más rápida e intensiva ante situaciones críticas, así como de una mayor priorización y la particularización del malestar, en relación a la atención convencional, tiene un impacto significativamente estadístico en los indicadores asistenciales propuestos, mejorando determinadamente los valores iniciales. Pese a que muchos estudios hacen énfasis a la importancia de la duración de la psicosis no *tratada*^{10,18}, dando a entender un tratamiento sobre todo psicofarmacológico, con miras a la evolución y al pronóstico, se colige del presente estudio y de las referencias estudiadas, que si bien es relevante la psicofarmacología y psicoeducación en los primeros estadios de las manifestaciones psicóticas, es igual o más importante si cabe una aproximación centrada en la persona y a los problemas particulares y contextuales de la misma, el tiempo de dedicación, así como el vínculo establecido con el equipo (multidisciplinar) referente^{15-17,20}. Por lo tanto, se podría afirmar, apoyándose en los parámetros estadísticos mostrados, que el enfoque asistencial del programa disminuye significativamente el número de ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias, así como las tentativas autolíticas, fomentando, así, una mejoría clínica y evolutiva del trastorno psicótico incipiente a largo plazo, lo cual ya es reseñado en artículos internacionales²⁰.

Los programas de intervención temprana en psicosis ofrecen un tratamiento coordinado y exhaustivo a personas con primeros síntomas psicóticos. En general, han demostrado ser más efectivos que los cuidados estándares desde el punto de vista clínico como el funcional, así como desde un punto de vista costo-efectivo^{24,25}. Pese a que se han implementado progresiva y homogéneamente en diferentes países occidentales, en España, y en concreto, en Cataluña, su desarrollo e implantación ha sido, hasta la fecha, lenta y desigual, y predominando, todavía, una asistencia de la enfermedad cronicada y los trastornos mentales de larga evolución²⁷ bajo un paradigma, además, predominantemente biomédico²⁸. Aun cuando los recursos y el tiempo de dedicación del PAE-TPI FSM son escasos y reflejan la renuencia en la implementación de este tipo de servicios en nuestro territorio, lo cual, dicho sea de paso, es opuesto a las recomendaciones de los planes directores internacionales¹⁵, se ha podido constatar, sin embargo, las mejoras tanto clínicas como costo-efectivas (deducido indirectamente de la mejora en las variables dependientes analizadas) del programa, hecho que, en sí mismo, ratificaría los resultados de otros



estudios ya publicados sobre esta materia^{20,24}. En este sentido, se revela, cuanto menos cuestionable, que, transcurridos 17 años de los programas piloto en territorio catalán, todavía su implementación sea escasa, heterogénea y no generalizada, considerándose, por tanto, de perentoria necesidad una mayor inversión en la creación de los programas de atención especializada en psicosis incipiente y/o en la mejora de los ya existentes.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

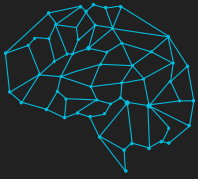
Financiación: No hay ninguna entidad que haya financiado el estudio.

Contribución: El autor Julio Company Ortega ha diseñado el estudio y recopilación de datos y el análisis estadístico; la autora Marta Teruel Romero contribuyó en el redactado y la revisión de todos los apartados.

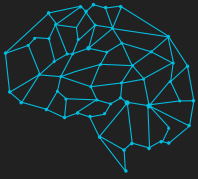
Conflicto de intereses: Los autores declaran la ausencia de potenciales conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berkohut SG. (2018). Paradigm shift? Purity, progress and the origins of first-episode psychosis. *Medical Humanities*; medhum-2017-011383. doi: 10.1136/medhum-2017-011383
2. Tekin S. 2016. Are Mental Disorders Kinds?: A Plea for a New Approach to Intervention in Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*; 23:147-163. doi: 10.1353/ppp.2016.0013
3. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Ruhmann S. (2008). Kräpelin and psychotic prodromal conditions. *Archivos Europeos de Psiquiatría y Neurociencia Clínica*; 258 Suppl 2:74-84. doi: 10.1007/s00406-008-2010-5
4. Sullivan HS. (1994) The onset of Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*; 151 (6 Suppl) 134-9. doi: 10.1176/ajp.151.6.134.
5. Cameron, D.E. (1938) Early schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 95:567-578
6. Keith SJ, Matthews SM, eds. (1988) A National Plan For Schizophrenia Research: Panel Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*;14(3):149-61. doi: 10.1093/schbul/14.3.439
7. Tohen M, Stoll AL, Strakowski SM, et al. (1992). The McLean First-Episode Psychosis Project: six-month recovery and recurrence outcome. *Schizophrenia Bulletin*; 18(2):273-82. doi: 10.1093/schbul/18.2.273.
8. Copolov DL, McGorry PD, Keks N, et al. (1989) Origins and establishment of the schizophrenia research programme at Royal Park Psychiatric Hospital. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 23(4):443-51. doi: 10.3109/00048678909062611.
9. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*; 22(2):305-26. doi: 10.1093/schbul/22.2.305.
10. Wyatt RJ. (1991) Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 17(2):325-351. doi: 10.1093/schbul/17.2.325.
11. Bosanac P, Patton GC, Castle DJ. (2010) Early intervention in psychotic disorders: faith before facts? *Psychol Med*;40(3):353-8. doi: 10.1017/s0033291709990341.
12. Anderson KK, Rodrigues M, Mann K, Voineskos A, Mulsant BH, George TP, et al. (2015) Minimal evidence that untreated psychosis damages brain structures: a systematic review. *Elsevier*;162(1-3):222-33. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.021.
13. Rapp R, Ginsberg F. (2001) Enabling Disability: Rewriting Kinship, Remaining Cotizenship. *Public Culture*; 13(3):533-556. doi:10.1215/08992363-13-3-533
14. McGorry P, Nordentoft M, Simonsen E. (2005). Introduction to "Early psychosis: abridage to the future". *BjPsych*;48:s1-s3. doi: 10.1192/bjp.187.48.s1.
15. Nordentoft M, Rasmussen JO, melau M, Hjørthoj GR, Thorup AAE. (2014). How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Curr Opin Psychiatry*; 27(3):167-72. doi: 10.1097/YCO.0000000000000052.
16. Marshall M, Lockwood A, Lewis S, Fiander M. (2004). Essential elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of experts clinicians. *BMC Psychiatry*;4(1):17. doi:10.1186/1471-244X-4-17
17. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. (2011). *Cochrane Database Syst Rev*;15(6): CD004718. doi: 10.1002/14651858.CD004718.pub3
18. Melle I, Haahr U, Friis S, Houstoft K, Johannessen JO, Larsen TK, et al. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effect on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*;61(2):143-50. doi: 10.1001/archpsyc.61.2.143.
19. Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen L, Thorup A, Christensen TO, et al. (2005). Improving 1 year outcome in first episode psychosis: OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl*; 48:s98-103. doi: 10.1192/bjp.187.48.s98.
20. Nordentoft M, Jeppesen P, Petersen L, Bertelsen M, Thorup A. (2009). The rationale for early intervention in schizophrenia and related disorders. *Early Interv Psychiatry*;3 Suppl 1:S3-7. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00123.x.
21. McGorry PD. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis*;203(5):310-8. doi: 10.1097/NMD.0000000000000284.
22. Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. (2015). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*;9(2):156-62. doi: 10.1111/eip.12108
23. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Gynn SM, et al. (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis: rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatr Serv Wash DC*;66(7):680-90. doi: 10.1176/appi.ps.201400413
24. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2023). Evaluación de los programas de intervención temprana en psicosis dirigidos a adolescentes y a adultos jóvenes.
25. Briblecombe N, Knapp M, Murguía S, Mbeah-Bankas H, Crane S, Harris A, et al. (2015). The role of youth mental health services in the treatment of young people with serious mental illness: 2 year outcomes and economic implications *Early Interv Psychiatry*;11(5):393-400. doi: 10.1111/eip.12261
26. McCrone P, Singh SP, Knapp M, Smith J, Clark M, Shiers D et al. (2013). The economic impact of early intervention in psychosis services for children and adolescents. *Early Interv Psychiatry*;7(4):368-73. doi: 10.1111/eip.12024
27. Arango C, Bernardo M et al. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*;10(2):78-86. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.01.001.



28. Ortiz Lobo, A., Huerta, R. (2018). *Críticas y alternativas en psiquiatría*, (pp. 128-129). Libros de la catarata. Madrid.
29. Alvarez-Jiménez M, Alcazar-Corcoles MA, Gonzalez-Blanch C, Bendall S, McGorry PD, Gleeson JF. (2015). Online social media: New data, new horizons in psychosis treatment. *Schizophr Res. Elsevier*;165(1):96-106. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.021
30. Pla director de Salut Mental i Addiccions, estratègies 2017-2020. (2018). *Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb trastorn psicòtic incipient*.
31. Movimiento Rethinking. (2018). *Libro blanco de la intervención temprana en psicosis*; 194-210
32. Martín López-Andrade, L. (2018). Manual de Instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *E-Átopos n°3*.



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE



Recibido: 15/03/2024. Aceptado: 30/07/2024

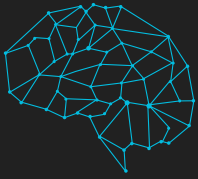
EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN A CARDIAC REHABILITATION PROGRAM

M. Moreno Monzó¹, A. Grau Peñas², A. Díaz Martínez³, J. Albero García⁴, D.A. Moreno Barragán⁵

¹Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Departamento de Salud València Clínica-La Malva-Rosa. ²Residente de Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. ³Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultat de Psicologia de la Universitat de València. ⁴Residente de Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. ⁵Facultativo Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

Correspondencia: María Moreno Monzó. Av. Blasco Ibáñez, nº 17, 46010, València.
E-mail de contacto: moreno_mariam@gva.es



RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva antes y después de la intervención psicológica llevada a cabo dentro de un Programa de Rehabilitación Cardiaca. La muestra estuvo compuesta por 315 participantes con cardiopatía isquémica que habían completado el Programa de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia) en el periodo que abarca desde junio de 2013 hasta junio de 2023. Los participantes complementaron una serie de cuestionarios al inicio y al final del programa con el fin de evaluar las variables de ansiedad y depresión. Tras la intervención, se produjo una disminución estadísticamente significativa en ambas variables. Según estos resultados, la intervención psicológica en Rehabilitación Cardiaca sería útil para mejorar la sintomatología ansiosa y depresiva.

Palabras Clave: Rehabilitación Cardiaca, intervención psicológica, ansiedad, depresión, sexo, edad.

ABSTRACT

The aim of the present study was to evaluate the anxious and depressive symptoms before and after the psychological intervention carried out within a Cardiac Rehabilitation Program. The sample was made up of 315 participants with ischemic heart disease who had completed the Cardiac Rehabilitation Program at the Doctor Peset University Hospital (Valencia) in the period from June 2013 to June 2023. The participants completed a series of questionnaires at the beginning and at the end of the program in order to evaluate the anxiety and depression variables. After the intervention, there was a statistically significant decrease in both variables. According to these results, psychological intervention in Cardiac Rehabilitation would be useful to decrease anxious and depressive symptoms.

Keywords: Cardiac Rehabilitation, psychological intervention, anxiety, depression, gender, age.

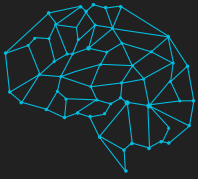
INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020, 2022), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte a nivel mundial desde hace más de 20 años. En 2019 murieron casi 18 millones de personas en el mundo por este motivo, suponiendo más del 31% del total de las muertes registradas (OMS, 2017, 2022). En España, según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, s.f., 2021, 2022), el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, entre las que se encuentran las ECV, también encabezan la primera causa de muerte, incluso en el año 2020 durante la pandemia COVID-19. En 2021 se registraron cerca de 120.000 muertes por enfermedades del sistema circulatorio, representando un 26.4% del total de fallecimientos. Del total de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, menos del 2% eran de personas menores de 50 años, mientras que alrededor del 94% correspondían a mayores de 60 años. Si atendemos al sexo, fueron la primera causa de muerte en mujeres (28.85%) y la segunda en hombres (24.16%). Los datos provisionales del año 2022 van en esta misma línea (INE, 2023).

Según el Ministerio de Sanidad (2022), en 2019 en España la prevalencia de las ECV era mayor en hombres (81.75%) que en mujeres (50.12%), excepto en el caso de la insuficiencia cardiaca. En las mujeres, la edad de aparición de las ECV

es superior a la de los hombres (de 5 a 10 años después). Datos de estudios clásicos internacionales como el estudio Framingham de Lerner y Kannel (1986) ya pusieron de manifiesto la mayor incidencia (el doble, aproximadamente) de la morbimortalidad de la enfermedad coronaria en hombres respecto a mujeres, aunque esta brecha tendía a disminuir conforme avanzaba la edad.

Los trastornos cardiovasculares son complejos y tienen una naturaleza multifactorial, ya que no existe un único factor responsable en su aparición y desarrollo (Fernández-Abascal et al., 2003), sino que son una serie de factores los que pueden interactuar unos con otros y dar lugar a la enfermedad. El estudio prospectivo PROCAM (Assmann, 2007; citado por Pereyra et al., 2011), que evaluó a más de 50.000 personas desde el año 1978 hasta el 2007, mostró que el sexo y la edad son los factores de riesgo más importantes. El sexo y la edad, junto con los factores genéticos y la historia familiar, forman parte de los llamados factores no modificables (Lobos Bejarano y Brotons Cuixart, 2011). Entre los factores de riesgo denominados modificables se encuentran los metabólicos (hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia u obesidad), los comportamentales (sedentarismo, dieta inadecuada y presencia de hábitos tóxicos como tabaquismo o consumo nocivo de alcohol) (OMS, 2017, 2022) y los psicosociales. Según Valls Lázaro (2021a), se distinguen cuatro tipos de



factores psicosociales: estresores ambientales, factores emocionales negativos (depresión, ansiedad e ira), factores de personalidad (Patrón de Conducta Tipo A y Patrón de Conducta Tipo D) y aspectos psicosociales como el apoyo social percibido o el afrontamiento centrado en el problema.

Según Bermúdez-Cubillo (2019), además de como factores de riesgo cardiovascular, los elementos psicológicos en la ECV se manifiestan también como respuesta a la misma. Es decir, experimentar problemas cardiovasculares conlleva una serie de reacciones emocionales como pueden ser la depresión o la ansiedad, y cambios en el estilo de vida que, a su vez, pueden llevar a un empeoramiento del estado de salud y, por tanto, a una disminución de la calidad de vida. En el estudio EPICA de Cerezo et al. (2018) sobre la prevalencia de la depresión y ansiedad en pacientes con ECV, se señaló que ambas son más elevadas en población con patología médica en comparación con la población general. La presencia de ambos trastornos, tanto de forma independiente como de manera conjunta, es frecuente en personas con problemas coronarios. Además, la presencia de depresión en el curso de un infarto de miocardio es un predictor de mortalidad.

Existe una correlación entre los factores de riesgo cardiovascular más relevantes y el reingreso hospitalario, que ocurre en un 8-20% en el primer año tras un infarto de miocardio (Ferreira-González, 2008; Fiscella et al., 2007; citados por Andrés et al., 2012). De esto se concluye la necesidad de mejorar la asistencia médica durante el ingreso e integrarla con los programas de prevención secundaria (Andrés et al., 2012). Para conseguir una disminución de los factores de riesgo cardiovascular surgen los llamados Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC), considerados un tipo de prevención secundaria enfocada a disminuir la morbimortalidad y el riesgo de nuevos episodios cardíacos. La OMS (1993) define la Rehabilitación Cardíaca como "el conjunto de actividades requeridas para que los pacientes con ECV alcancen las mejores condiciones físicas, mentales y sociales posibles, a fin de que puedan, por sus propios esfuerzos, reasumir y mantener un lugar lo más normal posible dentro de la comunidad" (p. 1).

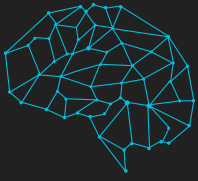
El objetivo principal de los PRC es conseguir un estilo de vida cardiosaludable en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular. Para ello, se trabaja desde un enfoque multidisciplinar, compuesto por profesionales del ámbito de la Cardiología, Rehabilitación, Medicina de familia, Enfermería, Fisioterapia y Psicología (Gómez-González et al., 2015).

Los PRC presentan cinco componentes principales (Kabboul et al., 2018): asesoramiento nutricional, modificación de factores de riesgo, manejo psicosocial, educación del paciente y entrenamiento físico, considerado la piedra angular del PRC (Gómez-González et al., 2015). Es importante dedicar especial atención al abordaje psicosocial (Boldó Alcaine, 2019). La intervención psicológica tiene como objetivos el manejo del estrés, el cambio de ciertas conductas y actitudes relacionadas con la salud, el abordaje de creencias desadaptativas y fortalecer el apoyo social para conseguir los cambios necesarios para proteger la salud de la persona, todo de forma coadyuvante al resto de la intervención (Bermúdez-Cubillo, 2019).

Desde la European Society Cardiology, tras recoger las últimas evidencias científicas en la Guía de 2021, se recomienda con un grado I la participación en un PRC con un nivel de evidencia A (Visseren et al., 2022). Algunos metaanálisis concluyen que la Rehabilitación Cardíaca disminuye la mortalidad cardiovascular y la recurrencia de infartos de miocardio, y que la interacción de forma sinérgica de los componentes nucleares se traduce en una disminución de la morbimortalidad (Ji et al., 2019; Kabboul et al., 2018). Según una revisión sistemática reciente sobre la efectividad de los PRC en España (Pujalte et al., 2022), tras la participación en estos programas se aprecian mejorías en mortalidad, variables fisiológicas y analíticas, hábitos de vida saludables, calidad de vida relacionada con la salud, percepción de los pacientes y satisfacción. En cambio, otros aspectos como la morbilidad, el estado de ánimo, el mantenimiento de hábitos saludables a largo plazo y la rentabilidad del programa muestran resultados dispares.

En el estudio ENHANCED de Blumenthal et al. (2016), donde se comparó el tratamiento tradicional (cuidados rutinarios y ejercicio físico) con la intervención conductual, se evidenciaron los beneficios de la intervención conductual, tanto en la disminución de eventos clínicos adversos (rehospitalizaciones, fallecimientos, etc.) como de ansiedad, depresión y percepción del estrés. Concretamente, en el metaanálisis de Reavell et al. (2018) se concluyó que la terapia cognitivo-conductual parece ser un tratamiento eficaz para reducir la depresión y la ansiedad en pacientes con ECV y debería considerarse parte de la atención clínica estándar.

En la revisión bibliográfica se buscaron estudios similares al presente trabajo en los que se evaluaran las variables psicológicas de pacientes con ECV antes y después de su



paso por un PRC que incluyera intervención psicológica. En la Tabla 1 se muestran los estudios encontrados. Se observa que, en general, hubo una mejoría en las variables psicológicas de los participantes tras la intervención. En el estudio de Peláez-Hernández et al. (2017), en el que se midieron parámetros distintos a los emocionales, se observó que, pacientes con insuficiencia cardiaca mejoraron su capacidad funcional (cansancio físico, nivel de esfuerzo, etc.) tras recibir intervención psicológica como parte del tratamiento integral. De esta forma, se aprecia que la importancia de los programas multicomponente radica en la interrelación entre los distintos factores de riesgo, y que la intervención en un aspecto concreto puede tener una repercusión positiva sobre el resto.

Cabe resaltar que en la mayoría de los estudios encontrados no se realizó un análisis de las diferencias entre sexos y por grupos de edad para comparar las medidas pre y post intervención. En otros trabajos como el de Alemán y Rueda (2019) se examinaron las diferencias de sexo en ira, depresión, ansiedad y calidad de vida, entre otros aspectos, en pacientes cardiovasculares. Las mujeres presentaron mayor ansiedad y depresión, así como menor ira y calidad de vida. Esto concuerda en gran parte con los resultados del estudio de Valls Lázaro et al. (2019), que encontró que las mujeres con cardiopatía superaban significativamente a los hombres en ansiedad y depresión, así como en peor gestión de la ira y calidad de vida (Tabla 1).

Tras todo lo anteriormente expuesto, el objetivo general del presente estudio fue evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva antes y después de la intervención psicológica llevada a cabo dentro de un PRC. Como objetivos secundarios, también se analizó dicha sintomatología en función tanto del sexo como de la edad.

MÉTODO

DISEÑO

Estudio de tipo cuasi-experimental con un grupo pre-test-posttest, sin grupo control.

PARTICIPANTES

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 315 pacientes, diagnosticados de cardiopatía isquémica y que habían completado el PRC del Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia). La mayoría de la muestra

eran hombres (83.80%; $n = 264$), habiendo solo un 16.20% de mujeres ($n = 51$). Las edades estaban comprendidas entre los 29 y los 81 años, siendo la media de edad de 59.68 ($DT = 9.179$). Analizando la edad según el sexo, la media de edad de los hombres era de 59.58 ($DT = 9.218$), siendo ligeramente superior en el caso de las mujeres ($M = 60.18$; $DT = 9.044$). Si se divide la muestra en grupos etarios tal y como se realizó en el estudio de Valls Lázaro (2021a), se observa la siguiente distribución: jóvenes (≤ 50 años): 18.41% ($n = 58$), media edad (51-60 años): 33.34% ($n = 105$), y maduros (≥ 61 años): 48.25% ($n = 152$). Como se puede apreciar, casi la mitad de los participantes del programa pertenecían al grupo de edad maduro.

En cuanto a su estado civil, la mayoría de los participantes estaban casados o en pareja ($n = 263$; 83.49%), 24 estaban solteros (7.61%), 21 estaban separados o divorciados (6.67%) y 7 de ellos eran viudos (2.23%). Respecto al número de hijos, la media era de 1.77 ($DT = 1.224$), siendo el rango de ningún hijo a 8 hijos. En relación a la situación laboral, algo más de la mitad de los participantes se encontraban en activo en el momento en el que sufrieron el evento cardiaco ($n = 169$, 53.65%). Del total de participantes, un 14.29% experimentaron un nuevo ataque cardiaco por el que tuvieron que ser hospitalizados una vez ya habían sido dados de alta del programa ($n = 45$) y más concretamente, en un 5.08% ($n = 16$) de los casos sucedió durante el año siguiente de haber finalizado el programa.

La muestra inicialmente estaba compuesta por 444 pacientes, de los cuales se excluyeron aquellos que no llegaron a realizar el programa completo ($n = 129$; 29.05%). Entre aquellos pacientes que no llegaron a realizar el programa completo, se encontraban aquellos que realizaron la evaluación inicial pero por diferentes motivos no llegaron a participar en las sesiones ($n = 21$; 16.28%), aquellos que abandonaron el programa antes de completar todas las sesiones ($n = 22$; 28.38%) y aquellos que no acudieron a la cita de revisión y no se les pudo administrar los cuestionarios de la medida post ($n = 86$; 66.67%).

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970; adaptado a la población española por Spielberger et al., 1982). Evalúa la sintomatología ansiosa en dos dimensiones: como estado (STAI-E, condición emocional transitoria) y como rasgo (STAI-R, propensión ansiosa rela-

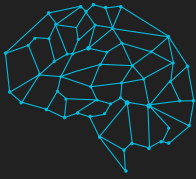


Tabla 1. Estudios españoles que evalúan la eficacia de los PRC con intervención psicológica

Autor y año	Muestra	Diseño	Variables (Instrumentos)	Resultados principales
Antón Menárguez, et al. (2019)	n = 33 (H: n = 30; M: n = 3) Edad: M = 57.5 (DT = 5.73)	Pre-post (tras 8 sesiones), sin GC	Ansiedad (HAD, STAI), Depresión (HAD), Ira, Adaptación, Estilos atribucionales, Afrontamiento, PCTA, PCTD	Disminuyeron todas las variables, aunque de forma estadísticamente sig. solo Ansiedad, Depresión e Ira (tamaño del efecto moderado).
Escolar-Gutiérrez et al. (2014)	n = 364 (H: n = 307; M: n = 57) Edad: M = 56.25 (DT = 10.49)	Pre-post (tras 8-12 semanas y a los 12 meses), sin GC	Depresión (BDI), Ansiedad (STAI), Percepción apoyo sanitario	Disminución estadísticamente sig. en Ansiedad en H y M, y en Depresión en H.
Garcés de los Fayos Ruiz et al. (2002)	n = 26 Edad: M = 59 GC: n = 13 GE: n = 13	Pre-post (tras 10 semanas), con GC	Actitud enfermedad, Ansiedad-Depresión (Escala de Leeds), Grado de control, PCTA, Hostilidad	GE mejoró en todas las variables, aunque de forma estadísticamente sig. solo en Hospitalización, Ansiedad y Depresión.
Martín Martín et al. (2015)	n = 31 (H: n = 22; M: n = 9) Edad: M = 55	Pre-post (tras nº de sesiones variable), sin GC	Depresión (BDI)	Diferencias estadísticamente sig.
Pintor Reverte et al. (2021)	n = 157 (H: n = 122; M: n = 35) GC: n = 44 Edad: M = 55 GE: n = 113 Edad: M = 56	Pre-post (tras 8 semanas y a los 12 meses), con GC	PCTA, PCTD, Apoyo social, Ira, Depresión (BDI-II), Ansiedad (SAS, Zung), Calidad de vida	GE mejoró de forma estadísticamente sig. en todas las variables excepto en Apoyo social (tamaño del efecto grande en PCTD, Depresión y Calidad de Vida).
Valls Lázaro (2021b)	n = 905 (H: n = 741; M: n = 164) GC: n = 212 Edad: M = 55.56 (DT = 7.20) GE: n = 693 Edad: M = 53.84 (DT = 8.75)	Pre-post (tras 7 semanas), con GC	PCTA, PCTD, Ira, Depresión, Ansiedad, Apoyo social, Calidad de vida	Ambos grupos mejoraron, pero el GE lo hizo de forma estadísticamente sig. en todas las variables y con un tamaño del efecto superior al GC.
Valls Lázaro (2023)	n = 905 (H: n = 741; M: n = 164) (Jóvenes: n = 237; Media edad: n = 434; Maduros: n = 234) Edad: M = 55.16	Pre-post (tras 7 semanas) de dos grupos (con y sin depresión), sin GC	Depresión (BDI-II), Ansiedad (SAS, Zung), Calidad de vida	Ambos grupos mejoraron de forma estadísticamente sig. en todas las variables, pero el grupo con depresión fue superior (tamaño del efecto grande).

Nota. H: Hombres; M: Mujeres; GC: Grupo Control; GE: Grupo Experimental; PCTA: Patrón de Conducta Tipo A; PCTD: Patrón de Conducta Tipo D.

tivamente estable). Es una escala autoaplicada compuesta por 40 ítems, divididos en dos subescalas de 20 ítems cada una, y que puntúan en una escala de respuesta de 0 (Nunca/Casi nunca) a 3 (Mucho/Casi siempre). La puntuación total de cada subescala se obtiene de la suma de la puntuación

de todos los ítems, y oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad según el baremo establecido. A mayor puntuación obtenida, mayor nivel de sintomatología ansiosa. El inventario presenta



una elevada consistencia interna en la versión de Spielberger et al. (1982) (entre $\alpha = .90$ y $\alpha = .93$ en STAI-E y entre $\alpha = .84$ y $\alpha = .87$ en STAI-R), al igual que en nuestra muestra, donde el alfa de Cronbach fue de .91 y de .90, respectivamente.

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1979; adaptado a la población española por Vázquez y Sanz, 1997). Evalúa la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. Es una escala autoaplicada compuesta por 21 ítems, que puntúan en una escala de respuesta de 0 a 3 según gravedad. La puntuación total se obtiene de la suma de la puntuación de todos los ítems, y oscila entre 0 y 63 puntos. Se han propuesto puntos de corte que permiten establecer las siguientes categorías de gravedad: no depresión (0-9), depresión leve (10-18), depresión moderada (19-29) y depresión grave (30-63). El inventario presenta una elevada consistencia interna en la versión de Vázquez y Sanz (1997), donde el alfa de Cronbach es de .83, al igual que en nuestra muestra, donde fue de .88.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se trata de un programa de enlace implantado en el Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia) desde el año 2006 y que sigue vigente en la actualidad. Está dirigido a la prevención y rehabilitación cardiovascular desde un abordaje multidisciplinar, entre los que se encuentran profesionales de Psicología Clínica. Los pacientes son valorados e incluidos en el programa si presentan un diagnóstico de cardiopatía isquémica y una estratificación de riesgo coronario bajo-moderado.

El equipo del programa realiza una valoración multidisciplinar inicial. La valoración inicial que realiza Psicología Clínica consiste en una entrevista clínica semiestructurada *ad-hoc* (en la que se recogen datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de salud mental, narrativa del suceso y afectación psicopatológica del mismo) y en la administración de una serie de cuestionarios (descritos en el apartado de *Instrumentos de medida*) con el fin de evaluar la sintomatología ansioso-depresiva previa a la incorporación a las sesiones.

La intervención tiene lugar en el hospital y dura 8 semanas. Los participantes reciben una atención integral e intensiva, ya que acuden semanalmente a la medición de los parámetros médicos, entrenamiento físico, charlas de educación sanitaria y terapia psicológica. La terapia psicológica consiste en 8 sesiones en formato grupal, con una frecuencia

Tabla 2. Contenido de las sesiones psicoterapéuticas

Sesión	Contenido
Estrés	Conceptualización del estrés como estímulo externo, como respuesta universal (Síndrome General de Adaptación de Selye, 1936) y como interacción (Modelo de Lazarus y Folkman, 1986) Relación del estrés mantenido en la salud cardiovascular Estrategias de afrontamiento del estrés (conductuales, cognitivas y emocionales)
Relajación	Conceptualización y descripción de la relajación Práctica adaptada de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (1929) a 7 grupos musculares Práctica de ejercicio de visualización
Factores de riesgo cardiovascular	Explicación y diferenciación de los factores de riesgo inherentes, tradicionales y principalmente emocionales Relaciones recíprocas entre todos ellos Ejercicio práctico: Detectar factores de riesgo de cada participante y buscar posibles soluciones
Reestructuración cognitiva	Breve explicación del modelo ABC de Ellis (1962) Ejercicio práctico para aprender a modificar los pensamientos disfuncionales mediante las técnicas de análisis de las probabilidades, evidencias y alternativas
Resolución de problemas	Explicación de la técnica de resolución de problemas de d'Zurilla y Goldfried (1971) Ejercicio práctico: Resolver un problema de forma conjunta
Promoción de la salud	Relación de ciertas conductas con nuestra calidad de vida Estrategias para mejorarla a través del modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1984) Breve abordaje del tabaquismo
Comunicación	Explicación de los principales estilos de comunicación (inhibido, asertivo y agresivo) Relación entre estilo comunicacional y salud cardiovascular Práctica de un ejercicio de asertividad
Mindfulness	Explicación del funcionamiento mental (procesos automáticos vs. procesos controlados) Introducción al mindfulness Práctica a través de meditaciones breves

semanal y una hora de duración. El grupo es abierto, es decir, el paciente se incorpora al grupo la semana posterior a la valoración inicial y su intervención finaliza una vez haya completado el ciclo de las 8 sesiones, independientemente de cuál fuera la sesión por la que empezara. El contenido de las sesiones es de corte cognitivo-conductual y está descrito en la tabla 2.

Posteriormente, una vez han transcurrido 4 meses desde que el paciente ha finalizado la intervención, se realiza una

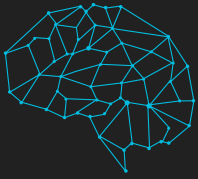


Tabla 3. Medias y desviaciones típicas, pruebas t de Student, significación estadística y tamaños del efecto antes y después de la intervención

	Pre M (DT)	Post M (DT)	t	p	d
Ansiedad estado	16.51 (9.589)	13.95 (8.711)	5.004	< .001	0.28
Ansiedad rasgo	18.00 (10.342)	15.60 (10.052)	5.054	< .001	0.24
Depresión	6.11 (6.158)	4.79 (5.830)	4.126	< .001	0.22

valoración final por parte de todo el equipo. La evaluación que realiza Psicología Clínica consiste en una breve entrevista y en la administración de las mismas pruebas psicométricas empleadas en la valoración inicial, con el fin de objetivar el mantenimiento de logros y la prevención de recaídas.

PROCEDIMIENTO

Los datos en los que se basó este estudio fueron recogidos en el período comprendido entre junio de 2013 y junio del 2023. Las variables sociodemográficas y clínicas del estudio se obtuvieron mediante dos formas: la historia clínica hospitalaria del paciente y las bases de datos en las que se registraban las puntuaciones de los cuestionarios administrados.

ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 28. Las variables cualitativas se han descrito mediante sus frecuencias y la distribución porcentual. Las variables cuantitativas se han descrito mediante los estadísticos de medida central y de dispersión. Para las comparaciones de puntuaciones en las que se basaron las hipótesis, se realizaron la prueba t de Student para muestras relacionadas, la prueba t de Student para muestras independientes y el ANOVA de un factor en los casos de 3 o más categorías. Las pruebas de hipótesis tienen un carácter bilateral y se aplicaron con un nivel de significación del 5%. Para calcular el tamaño del efecto, se utilizó la prueba d de Cohen.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación se presentó ante el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia) y se obtuvo el permiso correspondiente (código CEIm: 54.23), cumpliendo los preceptos éticos formulados en la declaración de Helsinki del 1975 según su

revisión en el 1983 y actualización de Taipei de 2016. Los datos fueron tratados con total confidencialidad durante todo el proceso del proyecto.

RESULTADOS

Para valorar la eficacia de la intervención, se analizaron las puntuaciones de los cuestionarios cumplimentados por los 315 participantes que completaron el PRC, obteniéndose así medidas tanto previas al tratamiento como posteriores. En primer lugar, se exploraron los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas, que pueden verse en la tabla 3.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, en el momento inicial los participantes se situaban en percentiles medio-bajos según los baremos del STAI, tanto en ansiedad estado (rango de 35 a 40; $M = 16.51$; $DT = 9.589$) como en ansiedad rasgo (rango de 30 a 45; $M = 18.00$; $DT = 10.342$). Tras la intervención, los participantes presentaban una menor sintomatología ansiosa, ubicándose en percentiles más bajos tanto en ansiedad estado (rango de 23 a 25; $M = 13.95$; $DT = 8.711$) como en ansiedad rasgo (rango de 20 a 35; $M = 15.60$; $DT = 10.052$).

Teniendo en cuenta la clasificación según el nivel de gravedad de la sintomatología depresiva del BDI, del total de participantes que conformaban la muestra ($n = 315$), la mayoría no presentaban sintomatología depresiva, ni antes de la intervención (78.09%; $n = 246$) ni después de la misma (86.03%; $n = 271$). Se aprecia que, tras la intervención, se produjo una disminución general de la sintomatología depresiva, ya que el grupo de participantes sin depresión aumentó en un 8%, y los grupos de depresión leve y moderada disminuyeron de un 17.46% ($n = 55$) a un 10.48% ($n = 33$), y de un 3.49% ($n = 11$) a un 2.22% ($n = 7$), respectivamente. No obstante, el grupo de depresión grave pasó de un 0.95% ($n = 3$) a un 1.27% ($n = 4$).

Por otro lado, se comprobó si existían diferencias en las puntuaciones de los participantes en ansiedad y depresión tras la intervención. En la tabla 3 se observa que hubo una disminución estadísticamente significativa en todas las variables evaluadas después de la intervención con respecto al inicio. Los tamaños del efecto encontrados fueron pequeños en todos los casos, aproximadamente un cuarto de la desviación típica.

En la tabla 4 se presentan las medias y las desviaciones típicas de hombres y mujeres antes y después de haber recibido tratamiento psicológico.

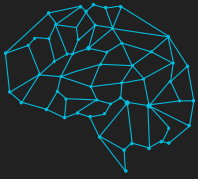


Tabla 4. Medias y desviaciones típicas antes y después de la intervención según sexo.

	Ansiedad estado		Ansiedad rasgo		Depresión	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)
Hombres (n = 264)	16.08 (9.600)	13.52 (8.646)	16.77 (9.850)	14.45 (9.570)	5.70 (6.011)	4.53 (5.903)
Mujeres (n = 51)	18.78 (9.294)	16.14 (8.802)	24.33 (10.607)	21.55 (10.472)	8.24 (6.523)	6.12 (5.290)

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas antes y después de la intervención según grupo de edad.

	Ansiedad estado		Ansiedad rasgo		Depresión	
	Pre M (DT)	Post M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)	Pre M (DT)	Post M (DT)
Jóvenes (n = 58)	18.14 (10.274)	13.88 (8.897)	20.05 (11.041)	16.48 (10.985)	7.34 (6.695)	4.34 (5.708)
Media edad (n = 105)	16.90 (9.433)	15.25 (10.349)	18.54 (10.067)	16.80 (10.610)	6.06 (5.891)	5.54 (7.067)
Maduros (n = 152)	15.63 (9.389)	13.07 (7.224)	16.84 (10.169)	14.43 (9.184)	5.67 (6.103)	4.44 (4.836)

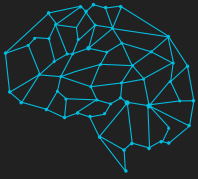
Se comprobó si existían diferencias en las puntuaciones de los participantes en ansiedad y depresión tras la intervención teniendo en cuenta el sexo. Por lo que respecta a los hombres, la comparación pre-post dio lugar a resultados altamente significativos a nivel estadístico en ansiedad estado ($t = 4.624$, $p < .001$; $d = 0.28$), en ansiedad rasgo ($t = 4.461$, $p < .001$; $d = 0.24$) y en depresión ($t = 3.528$, $p < .001$; $d = 0.20$), con un tamaño del efecto pequeño. En el caso de las mujeres se encontraron resultados significativos a nivel estadístico solo en ansiedad rasgo ($t = 2.403$, $p = .020$; $d = 0.26$) y depresión ($t = 2.137$, $p = .037$; $d = 0.36$), también con tamaños del efecto pequeño, siendo más alto el correspondiente a la depresión. La variable ansiedad estado no ha cambiado significativamente sus puntuaciones tras la intervención ($t = 1.912$, $p = .062$).

También se analizó si existían diferencias entre sexos en ansiedad y depresión antes y después de la intervención. En el periodo previo a la intervención se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en ansiedad rasgo ($t = -4.956$, $p < .001$; $d = 0.74$) como en depresión ($t = -2.722$, $p = .007$; $d = 0.40$), siendo las puntuaciones más altas en mujeres que en hombres. En la variable ansiedad estado no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($t = -1.854$, $p = 0.065$). Por otro lado, tras la intervención, sí se evidenciaron diferencias significativas a nivel estadístico en ansiedad estado ($t = -1.971$, $p = .050$; $d = 0.30$) y en ansiedad rasgo ($t = -4.777$, $p < .001$; $d = 0.71$), siendo también en este caso las puntuaciones más altas en mujeres que en hombres. Los tamaños del efecto han sido pequeño y moderado respectivamente. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas en la variable depresión ($t = 1.782$, $p = 0.76$).

Además de por sexo, también se dividió la muestra por grupos de edad: jóvenes (≤ 50 años), media edad (51-60 años) y maduros (≥ 61 años). Las medias y desviaciones típicas correspondientes se reflejan en la tabla 5.

Las puntuaciones previas a la intervención mostraron un patrón en el que los más jóvenes presentaron puntuaciones mayores en las tres variables estudiadas, el grupo medio se situó en una posición intermedia y el grupo maduro obtuvo las puntuaciones más bajas. Por otro lado, se analizó si existían diferencias en las puntuaciones de los participantes en ansiedad y depresión tras la intervención según el grupo de edad. En el grupo de jóvenes la comparación pre-post dio lugar a resultados altamente significativos a nivel estadístico en las tres variables evaluadas: ansiedad estado ($t = 3.538$, $p = .001$; $d = 0.44$), ansiedad rasgo ($t = 3.727$, $p < .001$; $d = 0.32$) y depresión ($t = 3.654$, $p = .001$; $d = 0.48$). Por el contrario, el grupo de media edad no presentó diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables: ansiedad estado ($t = 1.690$, $p = .094$), ansiedad rasgo ($t = 1.744$, $p = .079$) y depresión ($t = .867$, $p = .388$). En cambio, en el grupo maduro, igual que ocurrió en el grupo joven, también se dieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas: ansiedad estado ($t = 3.774$, $p < .001$; $d = 0.31$), ansiedad rasgo ($t = 3.933$, $p < .001$; $d = 0.25$) y depresión ($t = 3.031$, $p = .003$; $d = 0.22$). Los tamaños del efecto encontrados fueron pequeños en todos los casos.

Por último, se comprobó si existían diferencias entre los tres grupos de edad en ansiedad y depresión, antes y después de la intervención. Se observó que no se dieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres variables antes de la intervención: ansiedad estado [$F(2, 312) =$



1.58, $p = .208$], ansiedad rasgo [$F(2, 312) = 2.27, p = .105$] y depresión [$F(2, 312) = 1.56, p = .211$]. Tampoco se presentaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas tras la intervención en los tres grupos de edad: ansiedad estado [$F(2, 312) = 1.95, p = .144$], ansiedad rasgo [$F(2, 312) = 2.02, p = .135$] y depresión [$F(2, 312) = 1.320, p = .269$].

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva antes y después de la intervención psicológica llevada a cabo dentro de un PRC. A la vista de los resultados obtenidos, se podría afirmar que los participantes han mejorado tanto su sintomatología ansiosa como la depresiva tras la intervención psicológica. Estos resultados eran esperables si tenemos en cuenta otros estudios en los que los PRC que incluían intervención psicológica también se mostraron efectivos, como el de Antón Menárguez et al. (2019), Escolar-Gutiérrez et al. (2014), Garcés de los Fayos Ruiz et al. (2002), Martín Martín et al. (2015), Pintor Reverte et al. (2021) y Valls Lázaro (2021b, 2023). Teniendo en cuenta todo lo anterior, podríamos concluir que la intervención psicológica en Rehabilitación Cardiaca es útil para mejorar la sintomatología ansiosa y depresiva.

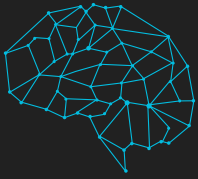
Si analizamos las características de la muestra, en este trabajo se describe una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica en hombres en comparación a las mujeres, resultando las cifras de este estudio similares en la proporción de sexo a las de los estudios de Escolar-Gutiérrez et al. (2014) y Valls Lázaro (2021b). Respecto a la edad de los participantes, la media de edad es ligeramente superior a la de otras investigaciones de características similares como la de Escolar-Gutiérrez et al. (2014), Martín Martín et al. (2015) y Pintor Reverte et al. (2021). En relación a la tasa de reingreso hospitalario tras el primer año del evento cardiaco, cabe destacar que en nuestro estudio fue de un 5.08%, siendo inferior al 8-20% que han mostrado otros estudios (Ferreira-González, 2008; Fiscella et al., 2007; citados por Andrés et al., 2012). Este dato es una muestra del beneficio a nivel cardiovascular que tiene el PRC en los pacientes que han participado en él.

Tras la intervención psicológica han disminuido las puntuaciones de los participantes en todas las variables. No obstante, los resultados se deberían interpretar con cautela ya que las diferencias obtenidas han sido estadísticamente significativas pero los tamaños del efecto han sido pequeños

en todas las variables. En líneas generales, los resultados obtenidos en ansiedad, tanto estado como rasgo, son similares a los observados en el estudio de Antón Menárguez et al. (2019), donde disminuyó de forma estadísticamente significativa tras la intervención psicológica. Respecto a la depresión, los datos del presente estudio también reflejan una reducción general de la misma de similares características a las de otros estudios como el de Martín Martín et al. (2015). Si bien la puntuación global de la muestra no indicaba niveles clínicos de depresión ni antes ni después del tratamiento, tras la intervención psicológica la puntuación fue aun menor. Si atendemos a la clasificación que el BDI ofrece según el nivel de gravedad de la sintomatología depresiva, el único grupo que no obtuvo mejoría fue el de depresión grave, que vio aumentado su número de participantes tras la intervención psicológica. Esto no ocurrió así en el estudio de Valls Lázaro (2023), donde fue el grupo de depresión grave el que obtuvo mayores beneficios tras el programa. La mejoría de los pacientes de menor gravedad en comparación con los más graves señala la necesidad que tienen estos últimos de un abordaje más específico e intensivo que complementa la intervención psicológica ofrecida desde nuestro PRC.

Si atendemos a las diferencias por sexo, las puntuaciones en ansiedad fueron mayores en las mujeres tanto antes como después de la intervención psicológica. Tras el tratamiento, se observó una disminución estadísticamente significativa en ansiedad rasgo en ambos sexos, y de ansiedad estado solo en el caso de los hombres. Aun así, cabe destacar que las puntuaciones posteriores de las mujeres continuaron siendo más altas que las puntuaciones previas de los hombres. Esto también sucedió en el estudio de Escolar-Gutiérrez et al. (2014). Por otro lado, las mujeres presentaron mayores puntuaciones en depresión previas y posteriores a la intervención psicológica. Tras el tratamiento, tanto hombres como mujeres tuvieron una disminución estadísticamente significativa en dicha variable. En cambio, en el trabajo de Escolar-Gutiérrez et al. (2014) la reducción clínicamente significativa se dio únicamente en los hombres.

En cuanto a los grupos de edad, previo a la intervención psicológica el grupo joven fue el que presentó mayor sintomatología ansiosa y el grupo más maduro, el que menos. Estos datos son congruentes con los aportados en las investigaciones de Cerezo et al. (2018) y de Valls Lázaro (2021a). Tras el tratamiento, el grupo más maduro siguió siendo el que menos puntuaba en ansiedad.



Por otro lado, antes de la intervención psicológica el grupo joven fue el que presentó mayor sintomatología depresiva. El grupo que menos puntuó en depresión fue el más maduro, como en el estudio de Valls Lázaro (2021a) pero en contraposición al de Cerezo et al. (2018), en el que la depresión era más prevalente en los participantes mayores de 60 años. Tras el tratamiento, tal y como sucedió en la variable ansiedad, en este caso también fue el grupo medio el que obtuvo mayores puntuaciones en ansiedad.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones que ha tenido este estudio podemos destacar, en primer lugar, la diferente proporción entre hombres y mujeres que conforman la muestra. No obstante, la proporción de sexo es similar a la de las muestras empleadas en los estudios de Escolar-Gutiérrez et al. (2014) y Valls Lázaro (2021b). En segundo lugar, la ausencia de un grupo control no permite atribuir el cambio en las puntuaciones en ansiedad y depresión exclusivamente a la eficacia de la intervención psicológica en lugar de al efecto de todos los componentes en conjunto del PRC o incluso del mero paso del tiempo, como sí se hizo en los estudios de Garcés de los Fayos Ruiz et al. (2002), Pintor Reverte et al. (2021) y Valls Lázaro (2021b). Por otro lado, habría sido interesante haber llevado a cabo un seguimiento a los 12 meses desde la finalización del programa como en el caso de Pintor Reverte et al. (2021) o Escolar-Gutiérrez et al. (2014), o incluso más extendido en el tiempo, que hubiera permitido monitorizar la sintomatología ansiosa y depresiva a medio y largo plazo.

Para futuros estudios, resultaría interesante medir otro tipo de variables relevantes en la Rehabilitación Cardiaca como, por ejemplo, la capacidad funcional, tal y como se hizo en el estudio de Peláez-Hernández et al. (2017). De esta forma podría comprobarse si también existe mejoría en las variables no puramente psicológicas. También sería recomendable ahondar en las diferencias de sexo en la cardiopatía isquémica por si fuera necesario adaptar las intervenciones según el sexo de la población con la que se trabaje ya que, como se ha explicado anteriormente, las mujeres parecen presentar un peor ajuste psicológico a la enfermedad. También podría ser útil plantearse distintos tipos de intervención según la edad, debido a que la forma de afrontar la enfermedad puede diferir según la etapa vital en la que se encuentre la persona y los estresores a los que tenga que enfrentarse propios de esa etapa.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

No financiado por ninguna entidad.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Diseño del estudio y redacción del protocolo: Autora A (Maria Moreno). Revisado por el autor E (David Moreno), incluyendo algunas modificaciones previas al envío.

Introducción: Autora A y autora B (Andrea Grau)

Recogida de datos: Autores B, D (Júlia Albero), E.

Material y método: Autora A

Creación y depuración de la base de datos: Autora A, autora B, autora D

Análisis estadístico: Autora C (Amelia Díaz)

Resultados: Autora A y Autora C (Amelia Díaz)

Discusión y conclusiones: Autora A y autora B

Revisión final previamente a ser enviado: Autores A, B, C, D y E.

APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

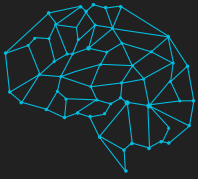
(está reflejado dentro del apartado de Material y método → Consideraciones éticas)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación se presentó ante el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia) y se obtuvo el permiso correspondiente (código CEIm: 54.23), cumpliendo los preceptos éticos formulados en la declaración de Helsinki del 1975 según su revisión en el 1983 y actualización de Taipei de 2016. Los datos fueron tratados con total confidencialidad durante todo el proceso del proyecto.

INTEGRACIÓN DEL ANÁLISIS DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN

Se ha tenido en cuenta en todo momento las diferencias de sexo/género de forma transversal a lo largo del proyecto. Se han tenido en cuenta las implicaciones entre los sexos recogidas en la literatura científica reflejadas en la primera parte del mismo. Se ha tenido en cuenta el sexo para realizar el análisis de los datos en grupos diferenciados, y por tanto, los resultados del estudio. Las conclusiones del proyecto van



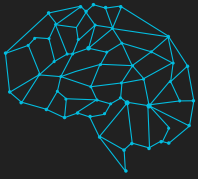
Eficacia de la intervención psicológica en un programa de rehabilitación cardíaca

M. Moreno y cols.

dirigidas (entre otros) a ahondar en las necesidades específicas entre hombres y mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alemán, J. F. y Rueda, B. (2019). Influencia del sexo sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Atención Primaria* 51 (9), 529-535.
2. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.003>
3. Andrés, E., Cordero, A., Magán, P., Alegría, E., León, M., Luengo, E., Magallón, R., García, L. y Casanovas, J. A. (2012). Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio, un estudio de seguimiento de ocho años. *Revista Española de Cardiología*, 65(5), 414-420.
4. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.09.009>
5. Antón Menárguez, V., Sempere Ripoll, J. M. y Martínez Amorós, R. (2019). Eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 45(5), 288-294. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.10.006>
6. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
7. Bermúdez-Cubillo, F. (2019). Psicocardiología: factores de riesgo asociados, impacto y modelos de abordaje. *Revista Cúpula*, 1(33), 54-56.
8. Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Smith, P.J., Watkins, L., Mabe, S., Kraus, W. E., Ingle, K., Miller, P. y Hinderliter, A. (2016). Enhancing Cardiac Rehabilitation with Stress Management Training. *Circulation*, 133(14), 1341-1345. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.115.018926>
9. Boldó Alcaíne, M. (2019, marzo). *Importancia actual y evidencia de los programas de rehabilitación cardíaca*. [Ponencia]. 18º Curso Teórico-Práctico SORECAR: Actualización en población cardíaca - Poblaciones especiales, Zaragoza, España.
10. Cerezo G. H., Vicario, A., Fernández, R. y Enders, J. (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA (Estudio sobre la Prevalencia de depresión en pacientes cardiovasculares). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 47(1), 26-31.
11. D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
12. <http://dx.doi.org/10.1037/h0031360>
13. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
14. Escolar-Gutiérrez, M., López-Moya, B., Portabales Barreiro, L., Carcedo-Robles C. y Alonso-Abolaña, A. (2014). Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca. *Proceedings of International Congress of Clinical Psychology*, 50-55.
15. Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.
16. Garcés de los Fayos Ruiz, E., Velandrino Nicolás, A., Conesa Sánchez, P. y Ortega Bernal, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1).
17. García M. (2018). Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y sexo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25 (1), 8-12.
18. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.021>
19. Gómez-González, A., Miranda-Calderín, G., Pleguezuelos-Cobos, E., Bravo-Escobar, R., López-Lozano, A., Expósito-Tirado, J., Heredia-Torres, A., Montiel-Trujillo, A. y Aguilera-Saborido, A. (2015). Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación*, 49(2), 102-124.
20. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2014.12.002>
21. INE, Instituto Nacional de Estadística (s.f.). *Defunciones según la Causa de Muerte*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
22. INE, Instituto Nacional de Estadística (2021, 10 de noviembre). *Notas de prensa: Defunciones según la causa de muerte*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf
23. INE, Instituto Nacional de Estadística (2022, 19 de diciembre). *Notas de prensa: Defunciones según la causa de muerte*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
24. INE, Instituto Nacional de Estadística (2023, 27 de junio). *Notas de prensa: Defunciones según la causa de muerte*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2022.pdf
25. Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press
26. Ji, H., Fang, L., Yuan, L. y Zhang, Q. (2019). Effects of exercise-based cardiac rehabilitation in patients with acute coronary syndrome: A meta-analysis. *Medical Science Monitor*, 25, 5015-5027. <https://doi.org/10.12659/MSM.917362>
27. Kabboul, N. N., Tomlinson, G., Francis, T. A., Grace, S. L., Chaves, G., Rac, V., Daou-Kabboul, T., Bielecki, J.M., Alter, D. A. y Krahn, M. (2018). Comparative effectiveness of the core components of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 7(12), 514. <https://doi.org/10.3390/jcm7120514>
28. Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
29. Lerner, D. y Kannel, W. (1986). Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26-year follow-up of the Framingham population. *American Heart Journal*, 111(2), 383-390.
30. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(86\)90155-9](https://doi.org/10.1016/0002-8703(86)90155-9)
31. Lobos Bejarano, J. M. y Brotons Cuixart, C. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención Primaria*, 43(12), 668-677. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.10.002>
32. Martín Martín, M. J., Vega Boada, M., Vázquez Laprea, M. J., García Ortun, F. y Álvarez Auñón, E. (2015). Programa de rehabilitación cardíaca: Estudio de la eficacia del tratamiento psicológico sobre el estado de ánimo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 114, 13-22.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud*.
34. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatía/CARDIOPATIA/opsc_est20.pdf
35. Ministerio de Sanidad (2022). *Análisis con perspectiva de sexo de los registros sobre la enfermedad cardiovascular contenidos en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria*.
36. https://sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Analisis_Persp_Genero_Cardiovascular_BDCAP.pdf
37. OMS, Organización Mundial de la Salud (1993). *Rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a países en vías de desarrollo* (OMS, Serie de Informes Técnicos, 831).
38. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41777>



39. OMS, Organización Mundial de la Salud (2017, 17 de mayo). *Enfermedades cardiovasculares*.
40. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-(cvds))
41. OMS, Organización Mundial de la Salud (2020, 9 de diciembre). *Las 10 principales causas de defunción*.
42. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
43. OMS, Organización Mundial de la Salud (2022, 16 de septiembre). *Enfermedades no transmisibles*.
44. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
45. Peix González, A. (2020). Enfermedad cardíaca isquémica en la mujer. Factores de riesgo tradicionales y específicos. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 26(4).
46. Peláez-Hernández, V., Orea-Tejeda, A., Domínguez-Trejo, B., Figueroa López, C. G., Alcocer Díaz-Barreiro, L., Pablo Santiago, R. y Martínez Rubio, C. I. (2017). Intervención psicológica como parte del tratamiento integral de pacientes con insuficiencia cardíaca: Efecto sobre la capacidad funcional. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 9(1), 53-61.
47. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.9105>
48. Pereyra Girardi, C. I., Milei, J. y Stefani, D. (2011). Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX(3), 221-229.
49. Pintor Reverte, R., Chabbar Boudeta, M. C., Valls Lázaro, E., Albarrán Martín, E., Untoria Agustín, C. y Garza Benito, F. (2021). Evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicológica en una Unidad de Rehabilitación Cardíaca tras un síndrome coronario agudo. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(5), 286-239.
50. Prochaska J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Dow Jones-Irwin.
51. Pujalte, M. F., Richart-Martínez, M. y Perpiñá-Galvañ, J. (2022). Análisis de la efectividad de la rehabilitación cardíaca en España: una revisión sistemática exploratoria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(1), e0991. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0991>
52. Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D. y Lane, D. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 80(8), 742-753. <https://doi.org/10.1097/PSY.0010000000000626>
53. Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 1-18. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.1.2002.3918>
54. Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
55. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
56. Spielberger C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. TEA Ediciones.
57. Valls Lázaro, E. I. (2021a). Prevalencia de factores psicosociales de riesgo cardíaco en cardiopatas en rehabilitación. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(1), 81-94. <https://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.707>
58. Valls Lázaro, E. I. (2021b). ¿Es útil la intervención psicológica en Unidades de Rehabilitación Cardíaca? *Análisis y Modificación de Conducta*, 175(47), 111-131. <https://doi.org/10.33776/amc.v47i175.4950>
59. Valls Lázaro, E. (2023). Evolución Emocional y en Calidad de Vida Percibida de Cardiopatas mediante Programa de Rehabilitación Cardíaca. *Psykhé*, 32(1), 1-16. <https://analesdearquitectura.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/44719>
60. Valls Lázaro, E., Serrano Ramiro, J., Untoria Agustín, M.C. y Mendoza Diloy, A. (2019, marzo). *Diferencias de sexo en factores psicosociales de riesgo en pacientes con cardiopatía incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca (prhc)*. [Comunicación]. 18º Curso Teórico-Práctico SORECAR: Actualización en población cardíaca - Poblaciones especiales, Zaragoza, España.
61. Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
62. Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y., Carballo, D., Konstantinos, C., Böck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J. M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Constantinos, H. D., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M.,... Grupo Documentos Científicos de la ESC. (2022). Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica: Con la contribución especial de la European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Revista Española de Cardiología* 75(5), 30. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.016>



ARTÍCULO ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 09/07/2024. Aceptado: 18/10/2024

MENSTRUAL PHASE AND COGNITION: INDIRECT EVIDENCE FOR OPPOSITE EFFECTS OF HIGHER LEVELS OF ESTROGENS AND PROGESTERONE ON EFFORTFUL PROCESSES

FASE MENSTRUAL Y COGNICIÓN: EVIDENCIA INDIRECTA DE EFECTOS OPUESTOS DE NIVELES MÁS ALTOS DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA EN PROCESOS QUE REQUIEREN ESFUERZO

**Sylwia Pająk^{a,b*}, MSc, Christian Stephan-Otto^{b,c,d*}, PhD, Susana Ochoa^{b,c,d}, PhD
Judith Usall^{b,c,d}, MD, Gildas Brébion^{b,c,d}, PhD**

^aJagiellonian University, Institute of Zoology and Biomedical Research, Department of Neuroanatomy, Krakow, Poland.

^bParc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Spain. ^cInstitut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Spain.

^dCentro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain.

*These authors have contributed equally to this work.

Correspondence: should be sent to Gildas Brébion, Unit of Research and Development, PSSJD, c\ Doctor Antoni Pujadas 42, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain. Email address: g.brebion@pssjd.org



RESUMEN

Antecedentes: Muchos estudios han demostrado efectos beneficiosos de los estrógenos sobre la eficiencia cognitiva en mujeres. En contraste, la progesterona puede afectar negativamente la cognición. Realizamos un análisis retrospectivo de las asociaciones entre niveles estimados más altos de estrógenos y progesterona y diversas medidas neurocognitivas que reflejan procesos profundos/esforzados frente a procesos más automáticos.

Método: Veinticuatro mujeres en ciclo menstrual, incluyendo mujeres sanas y pacientes con esquizofrenia, se sometieron a una batería de pruebas cognitivas y neuropsicológicas. Las participantes se dividieron en grupos de niveles altos y bajos de estrógenos y progesterona según la fase menstrual en el día de la prueba.

Resultados: Los análisis de regresión revelaron que niveles más altos de estrógenos se asociaron con mejores puntuaciones en diversos dominios cognitivos. Estas asociaciones se observaron principalmente en medidas que reflejan procesos profundos o esforzados. En contraste, niveles más altos de progesterona se asociaron con puntuaciones reducidas en diversas tareas de memoria, incluidas tareas de memoria verbal, visual y de trabajo, y las asociaciones se observaron específicamente con medidas que reflejan procesos profundos o esforzados de memoria verbal.

Conclusión: Los estrógenos y la progesterona pueden tener efectos opuestos en ciertos procesos de memoria que posiblemente dependen del lóbulo frontal.

Palabras Clave: Estrógenos; Progesterona; Ciclo menstrual; Cognición; Procesos ejecutivos.

ABSTRACT

Background: Many studies have demonstrated beneficial effects of estrogens on cognitive efficiency in women. In contrast, progesterone may adversely affect cognition. We conducted a retrospective analysis of the associations between estimated higher estrogen and progesterone levels and a variety of neurocognitive measures reflecting deep/effortful vs. more automatic processes.

Method: Twenty-four cycling women, including healthy women and patients with schizophrenia, were administered a battery of cognitive and neuropsychological tests. The participants were divided into higher and lower estrogen and progesterone groups according to the menstrual phase on the day of testing.

Results: Regression analyses revealed that higher estrogen levels were associated with better scores in diverse cognitive domains. These associations pertained mostly to measures that reflect deep or effortful processes. In contrast, higher progesterone levels were associated with decreased scores on various memory tasks, including verbal, visual, and working memory tasks, and associations were specifically observed with measures that reflect deep or effortful verbal memory processes.

Conclusion: Estrogens and progesterone may have opposite effects on certain memory processes that possibly rely on the frontal lobe.

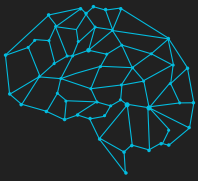
Keywords: Estrogens; Progesterone; Menstrual cycle; Cognition; Executive processes.

INTRODUCTION

Numerous studies have demonstrated beneficial effects of estrogens on cognitive efficiency in women. This was notably demonstrated by studies of circulating estrogens. Higher circulating estrogen levels have been found to be associated with better performance in verbal and visual memory, working memory, verbal fluency, and processing speed (Berent-Spillion et al., 2012; Hampson, 2018; Hampson & Morley, 2013; Hoff et al., 2001; Hu et al., 2017; Ko et al., 2006b; Maki et al., 2002; Rosenberg & Park, 2002; Ryan et al., 2012; Wolf & Kirschbaum, 2002), although negative results or even detrimental

effects of estrogens on cognitive performance have also been reported (Laughlin et al., 2010; Leeners et al., 2017; Sommer et al., 2018; Sundström Poromaa & Gingnell, 2014).

Studies of hormonal treatment to enhance cognition in post-menopausal women or in women with schizophrenia have similarly revealed beneficial effects of estrogen therapy on a number of cognitive functions, including reading abilities, language comprehension, verbal reasoning, verbal and visual memory, verbal and spatial working memory, source memory, verbal fluency, executive functions, and processing speed (Bergemann et al., 2008; Duff & Hampson, 2000; Huerta-Ra-



mos et al., 2014; Ko et al., 2006a; Maki & Sundermann, 2009; Rice et al., 2000; Shaywitz et al., 2003; Sherwin, 2012; Tierney et al., 2009; Wegesin & Stern, 2007; Weickert et al., 2015; Wroolie et al., 2015; Yonker et al., 2006). Beneficial effects of estrogen treatment on memory have also been observed in female rodents (Lymer et al., 2024). Nonetheless, certain studies of post-menopausal women have failed to reveal any beneficial effects of estrogen therapy on cognition in healthy women (Almeida et al., 2006; Espeland et al., 2013; Henderson et al., 2016; Hogervorst & Bandelow, 2010) and in women with schizophrenia (Huerta-Ramos et al., 2019).

In the same vein, our group investigated in a previous study whether high prenatal estrogen levels are associated with better cognitive abilities, similar to high circulating estrogen levels. We measured finger length in a mixed sample of healthy and schizophrenia-affected women, and observed that higher 2D:4D ratios, reflecting higher prenatal estrogen concentrations, were associated with greater semantic fluency (Paipa et al., 2018).

The effects of progesterone on cognitive functioning have been the subject of scanner investigations with conflicting results. A few studies of cycling women have found higher progesterone levels to be inversely associated with verbal memory (Freeman et al., 1992; Mordecai et al., 2008), visual memory (Halari et al., 2004; van Wingen et al., 2007), visuospatial working memory (Leeners et al., 2017), and processing speed (Freeman et al., 1992), whereas other studies have failed to reveal any association between progesterone levels and neuropsychological performance (Hampson & Morley, 2013; Ko et al., 2006b; Maki et al., 2002). Studies of post-menopausal women have reported higher levels of progesterone to be associated with greater verbal memory (Henderson et al., 2013) and verbal working memory (Berent-Spillson et al., 2015), and one study of cycling female patients with schizophrenia reported that these higher levels were associated with greater perceptual-motor speed (Hoff et al., 2001).

Inconsistent findings regarding the impact of estrogens and progesterone on cognition might partly stem from the fact that these hormones overlap in their levels, while they may have distinct or even opposite cognitive effects (Pletzer et al., 2019). Therefore, it would be more appropriate to study these two hormonal factors together using regression analyses to uncover the specific effects of each factor. Furthermore, the diversity of tasks used to assess cognitive

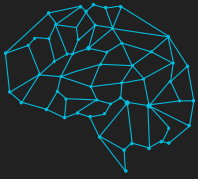
functioning is likely to have contributed to the heterogeneity of the results. Notably, the more or less effortful processes implemented to perform a task, regardless of the cognitive domain assessed, may be particularly relevant in this respect (Craik & Lockhart, 1972). Indeed, various factors have been shown to impact cognitive efficiency only insofar as effortful processes – assumed to rely on the frontal lobe – are involved (Brébio et al. 2013; Núñez et al. 2015).

We conducted a retrospective analysis of a database derived from a cognitive study of schizophrenia (Paipa et al., 2018). Only the cycling healthy and schizophrenia-affected women were included. Higher versus lower levels of estrogens and progesterone were estimated according to the menstrual phase on the day of testing. Regression analyses were used to investigate the impact of each of these hormones on a variety of neuropsychological and cognitive measures reflecting deep/effortful versus more superficial or automatic processes. In agreement with previous findings, we expected beneficial effects of higher estrogen levels on various functions across all cognitive domains. The potential adverse effects of higher progesterone levels were explored.

METHOD

PARTICIPANTS

In this retrospective analysis of a database comprising healthy participants and schizophrenia patients, we included all the women for whom data related to the menstrual cycle were available ($n = 24$; age: $m = 38.2$, $SD = 7.9$, range [22-52]; education level: median = 5 [1 = no studies; 2 = uncompleted primary studies; 3 = completed primary studies; 4 = uncompleted high school; 5 = completed high school; 6 = uncompleted undergraduate studies; 7 = bachelor's or master's degree; 8 = doctorate]; verbal IQ estimated from the score on the *Test de Acentuación de Palabras* (Gomar et al., 2011): $m = 94.1$, $SD = 6.8$). Thirteen of the participants were healthy women recruited from the community and 11 were patients with schizophrenia recruited from our network of mental health services in Spain. The inclusion criteria for the study were being a cycling woman, fluency in Spanish, and ability to provide informed consent. The exclusion criteria were current or recent alcohol or drug abuse (DSM-IV criteria), mental diseases other than schizophrenia, intellectual disability, history of brain injury, dementia, and current severe physical disease.



Ethical approval for the study was obtained from the research and ethics committee of the Parc Sanitari Sant Joan de Déu. All participants provided written informed consent after receiving full explanation of the study protocol.

HORMONAL LEVEL ESTIMATION

The number of days elapsed since the last menstrual period was computed on the day of the neuropsychological testing. The 24 women were first divided into subgroups of women with higher (≥ 350 pmol/L, days 10-26 [comprising the late follicular, LH peak, and mid luteal phases], $n = 8$) vs. lower (≤ 350 pmol/L, days 0-9 or 27-30, $n = 16$) estrogen levels, and then into subgroups of women with higher (≥ 5 nmol/L, days 16-27 [comprising the LH peak, its descent, and mid luteal phases], $n = 6$) vs. lower (≤ 5 nmol/L, days 0-15 or 28-31, $n = 18$) progesterone levels (Stricker et al., 2006).

NEUROPSYCHOLOGICAL AND COGNITIVE TESTING

Within each domain, measures of deep or effortful versus superficial or automatic processes were used.

VERBAL FLUENCY

Phonological fluency (to produce as many words as possible starting with the letter 'p' within one minute) and semantic fluency (to produce as many animal names as possible within one minute) were assessed. Semantic fluency allegedly involves deeper processing than phonological fluency does.

SHORT-TERM/WORKING MEMORY

We used the Forward Digit span (WAIS-III) for short-term memory (automatic) and the Backward Digit span (WAIS-III) for working memory (effortful).

PROCESSING SPEED

We used the Digit Copy Test (WAIS-III) for motor speed (automatic) and the Digit Symbol Substitution Test (DSST, WAIS-III) for cognitive speed (effortful).

VERBAL MEMORY

We assessed delayed free recall and recognition of three types of word lists (high-frequency, low-frequency, and semantically organizable). The measures were the number of correctly recalled words in each list and the number of semantic categories for which clustering was observed during the recall of the organizable list. The Pr index, which reflects

the ability to discriminate target items from distractors (hit rate minus false recognition rate), was computed for each list. The deep/effortful measures correspond to the memory of low-frequency and semantically organizable words.

VISUAL MEMORY

Immediate and delayed recognition of black-and-white (b/w) and color pictures was assessed (Pr index). The deeper measures correspond to the recognition of color pictures.

STATISTICAL ANALYSES

Statistical analyses were performed using SPSS version 26. The statistical significance level was set at $p < .05$, and results with a significance level of $.05 < p < .10$ are reported as trends. Linear regression analyses were conducted for all the neuropsychological and cognitive measures. The predictors were the estrogen (higher/lower) and progesterone (higher/lower) levels. We also entered socio-demographic variables that are known to influence cognition (age, verbal IQ, and education level) into the model to control for potential confounding effects. Finally, diagnosis (healthy women/schizophrenia patients) was entered to control for impaired cognition in patients. Given the small sample size, we used the backward method to eliminate predictors that did not contribute to the neurocognitive measure. In the event that trend or significant effects of estrogens and/or progesterone were observed in several steps, the statistical model that yielded the greatest significance for these effects was reported.

RESULTS

The results are presented in Table 1.

As expected, higher estrogen levels demonstrated trend or significant positive associations with a number of measures across all cognitive domains investigated. This includes measures of verbal fluency, working memory, processing speed, verbal memory, and visual memory. With respect to verbal fluency and processing speed, a highly significant association with the deep/effortful but not the superficial/automatic processing measure was observed. The only significant association observed in the memory domain concerns the deep processing measure of organized verbal recall.

Meanwhile, higher progesterone levels were unrelated to verbal fluency and processing speed, but they were significantly and inversely associated with several measures within the three memory domains investigated. In particular,

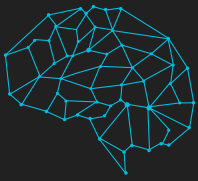


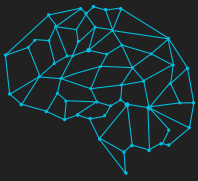
Table 1. Regression analyses in 24 women (backward method), including estrogen level (higher/lower), progesterone level (higher/lower), age, verbal IQ, education level, and diagnosis (healthy/schizophrenia) in the first model. Associations of estrogen and progesterone levels with each neuropsychological and cognitive measure (b coefficient), using the model that yielded the highest statistical significance for these effects.

		High/low estrogens	High/low progesterone	R2	F test	p value
Verbal fluency	Fluency letter P 1st model	-.09	.13	.33	1.4	ns
	Fluency animals 4th model, with age and IQ	.58***	-	.43	4.9	.01
Short-term/working memory	Forward digit span 1st model	.15	-.27	.11	.36	ns
	Backward digit span 2nd model, with age, education, and IQ	.49+	-.60*	.32	1.7	ns
Processing speed	Digit copy test 1st model	.47+	-.28	.52	3.1	.03
	Digit Symbol Substitution Test 3rd model, with age, education, and IQ	.62****	-	.67	9.4	.0001
Verbal memory	Recall high-frequency 1st model	.52+	-.25	.43	2.2	.10
	Recall low-frequency 1st model	.23	-.30	.36	1.6	ns
	Recall organizable 1st model	.43*	-.39*	.71	6.8	.001
	Number of recalled categories 3rd model, with age and IQ	.48+	-.66**	.36	2.7	.07
	Pr-high-frequency 1st model	.21	-.09	.35	1.5	ns
	Pr-low-frequency 2nd model, with age, education, and diagnosis	.12	-.41*	.66	6.8	.001
	Pr-organizable 2nd model, with age, IQ, and diagnosis	.21	-.48*	.50	3.6	.02
Visual memory	Pr-b/w immediate 1st model	.05	-.24	.14	.45	ns
	Pr-b/w delayed 3rd model, with IQ and diagnosis	.48+	-.64**	.41	3.3	.04
	Pr-color immediate 1st model	.25	-.27	.29	1.1	ns
	Pr-color delayed 1st model	.32	-.29	.53	3.1	.03

+ p < .10; * p < .05; ** p < .015; *** p < .005; **** p < .0001

higher progesterone levels were significantly associated with a decreased backward digit span –the effortful measure of working memory–, whereas no association with the more automatic forward digit span was observed. Significant inverse associations with four out of the five deep/effortful verbal memory measures (recall and recognition

of low-frequency and semantically organizable words) were also observed, whereas no association emerged for the recall or recognition of high-frequency words. In contrast, the only association observed with visual memory pertains to the memory of b/w pictures, which is more superficial than that of color pictures.



DISCUSSION

In this study we investigated the impact of estimated levels of estrogens and progesterone on cognition in cycling women. Results confirm the previously established beneficial effects of estrogens on a broad range of neurocognitive functions. In contrast, progesterone appears to be negatively associated with memory performance.

ESTROGENS

Research on the link between hormonal agents and behavioral outcomes suggests that estrogens have beneficial effects on cognitive functioning in women. In line with this, our data revealed trend or significant positive associations between higher levels of circulating estrogens—as estimated by the phase of the menstrual cycle—and a number of measures within a variety of cognitive domains. This includes semantic fluency, which requires a deep semantic search within the lexicon. Beneficial effects of estrogens on the more superficial phonological fluency have also been reported, though (Berent-Spillson et al., 2012; Huerta-Ramos et al., 2014; Maki et al., 2002; Yonker et al., 2006). Within the verbal memory domain, higher estrogen levels were significantly associated with greater recall of the semantically-organizable list of words—for which deep semantic processing is required—, corroborating certain studies (Huerta-Ramos et al., 2014; Tierney et al., 2009) randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 142 women aged 61-87, randomly assigned to receive 1 mg 17-beta estradiol daily and 0.35 mg norethindrone 3 days/week or daily placebo for 2 years. The primary outcome was short-delay verbal recall of the California Verbal Learning Test (CVLT. In addition, these higher levels tended to be associated with the number of categories for which semantic clustering was observed, an index of the extent to which words were semantically processed and organized. Similarly, Huerta-Ramos et al. (2014) reported an association between estrogen levels and the use of semantic strategies during learning. In our data, beneficial effects of higher estrogen levels also emerged for visual memory, although only as a trend. In this case, however, the measure involved in the association, namely the recognition of b/w pictures, did not reflect the deepest visual encoding processes, which pertain to the processing of color pictures.

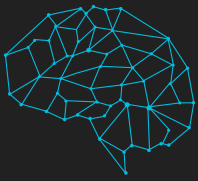
With respect to working memory, higher estrogen levels were associated, at a trend level, with the backward digit span, whereas no association was observed for the forward

digit span, which involves the retention of information without active manipulation. Similarly, Rosenberg and Park (2002) reported a beneficial effect of high estrogen levels on the verbal working memory span according to the menstrual phase. In line with our obtained pattern of associations, Duff and Hampson (2000) demonstrated significant beneficial effects of estrogen replacement therapy on verbal and spatial spans that involved working memory but not on those that required retention without any active manipulation.

Finally, within the processing speed domain, a highly significant association was observed for cognitive speed, whereas only a trend emerged for motor speed. Interestingly, Ko et al. (2006b) observed that high circulating estrogen levels in young women with schizophrenia were associated with greater cognitive speed but not motor speed.

Thus, the findings suggest that in most of the cognitive domains investigated, the measures that reflect the deepest or most effortful processes are particularly impacted by higher estrogen levels. This observation is compatible with the view that estrogens exert their beneficial effects by impacting the prefrontal cortex (Duff & Hampson, 2000; Pompili et al., 2012). Wegesin and Stern (2007) argued that these beneficial effects are mediated by the executive processes subserved by the frontal cortex. Various studies have revealed the beneficial effects of estrogens on executive functioning (Hampson, 2018; Hoff et al., 2001; Keenan et al., 2001; Ko et al., 2006b; Sundström Poromaa & Gingnell, 2014) presumed to be hippocampally mediated, may be secondary to executive dysfunction. We used a cross sectional design to compare the performance of nine menopausal women on hormone replacement therapy (HRT. Furthermore, neuroimaging studies have indicated that high estrogen levels are related to increased frontal activity during memory tasks (Berent-Spillson et al., 2015; Maki & Sundermann, 2009) age-related changes in cognition. METHODS We conducted a systematic review of randomized clinical trials of hormone therapy (i.e. oral, transdermal, i.m., suggesting a more efficient encoding.

As far as memory processes are concerned, the impairment related to low estrogen levels might be partly mediated by depressive symptoms induced by estrogen decrease (Gleason et al., 2015; Weber et al., 2014). Indeed, depression has been shown to affect effortful rather than automatic processes (Hartlage et al., 1993), notably those involved in semantic organization in verbal memory tasks (Brébion et al.



2001). With respect to visual memory, we previously observed in a female schizophrenia sample that depression severity significantly affected the recognition of b/w pictures, while leaving the recognition of those in color unaffected (Brébion et al., 2015). A mediating role of depression would explain why the effects of estrogens were observed selectively on b/w pictures.

PROGESTERONE

Fewer data related to the effect of progesterone on cognition are available, and the findings have been inconsistent (Henderson, 2018). Certain studies have suggested that progesterone adversely affects various memory functions in cycling women (Freeman et al., 1992; Halari et al., 2004; Leeners et al., 2017; Mordecai et al., 2008; van Wingen et al., 2007) a randomized, placebo-controlled study of 24 healthy females ages 18-24 years on low-dose oral contraceptives was conducted. 2. Subjects were admitted to the Clinical Research Center on four occasions and received single doses of oral P (300, 600, 1200 mg. Accordingly, our data revealed a negative association between higher progesterone levels and several cognitive measures. Contrary to the observed effects of estrogens, which seem to be pervasive across cognitive domains, the effects of progesterone appear to selectively pertain to memory functioning, including working memory span, memory for words, and picture recognition. The other functions investigated in our battery, namely, processing speed and verbal fluency, were not affected by the estimated levels of circulating progesterone.

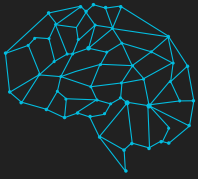
Inverse associations between high progesterone levels and recall of lists of words have been reported in other studies (Freeman et al., 1992; Mordecai et al., 2008). In our data, associations also emerged with word recognition, which suggests that, in contrast to estrogens, which seem to mostly impact retrieval strategies, progesterone also affects the encoding processes of verbal memory. Furthermore, our finding of an inverse association with picture recognition corroborates reports of adverse effects of progesterone on other aspects of visual memory, namely, face recognition (van Wingen et al., 2007) and design recall (Halari et al., 2004). With regard to working memory, our observed pattern of association with progesterone levels is compatible with that obtained by Leeners et al. (2017), who used a visuospatial memory task and reported that high progesterone levels were inversely associated with the backward, but not the forward, visuospatial span.

A brain imaging study of healthy young women concluded that the administration of progesterone selectively decreased the recruitment of cerebral regions involved in memory encoding and strategic retrieval (van Wingen et al., 2007).

Similar to what was observed for estrogens, the effects of progesterone in our data appear to be more marked for the deep/effortful processes than for the less demanding ones. Indeed, they were observed on working, but not short-term, verbal memory span, and on the recall or recognition of low-frequency and semantically-organizable, but not high-frequency, lists of words. Furthermore, the amount of semantic clustering in the recall of the organizable list was strongly affected by higher progesterone levels. Wegesin and Stern (2007) reported that the adjunctive use of progesterone in post-menopausal women appears to reverse the beneficial effects of estrogens on executive processes. Neuroimaging studies have demonstrated that the administration of progesterone is associated with decreased cerebral activity in the right prefrontal cortex during word encoding in menopausal women (Berent-Spillson et al., 2015) and in the left inferior frontal gyrus during a face recognition task in young women (van Wingen et al., 2007).

This adverse effect of progesterone on memory functioning might be related to emotional and affective manifestations –notably, increased depression and anxiety– which are associated with high progesterone levels (Ertman et al. 2011; Felmingham et al. 2012; Sherwin 1991; Sundström Poromaa and Gingnell 2014). As was the case with estrogens, a mediating role of depression would account for the selective impact of progesterone on deep/effortful verbal memory processes and on the recognition of b/w pictures in the visual task. Progesterone may also be associated with fatigue or decreased arousal (de Wit et al., 2001; Freeman et al., 1992).

Thus, several studies have suggested that progesterone may have an impact on memory efficiency opposite to that of estrogens. Failure to reveal significant effects of either hormone might partly stem from the lack of control of each other's opposite effect. Notably, the adverse effects of progesterone may contribute to explaining the lack of beneficial effects of estrogens in studies in which estrogens were administered in combination with progesterone (Binder et al., 2001; Hogervorst & Bandelow, 2010; Rice et al., 2000; Sherwin, 2012; Wegesin & Stern, 2007). Interestingly, estrogens and progesterone have been suggested to have opposite effects on neurotransmission in glutamatergic and GABA-ergic systems, which are involved



in memory and learning (Barth et al., 2015; Pletzer et al., 2019). Studies that have investigated the influence of the menstrual cycle on cognition merely by comparing the luteal and follicular phases without controlling progesterone levels have provided inconclusive results (Le et al., 2020). Our data further suggest that the negative findings may also be partly explained by the use of relatively undemanding tasks that do not allow for beneficial or detrimental effects of these hormones on deep or effortful processes to be disclosed.

STUDY STRENGTHS

To the best of our knowledge, this is the first study to involve estrogen and progesterone levels together in regression analyses, thereby enabling us to assess the specific impact of each hormone and to reveal their opposite associations with memory measures. Further, we assessed a broad range of neuropsychological functions, with superficial and deep measures available for each domain. This enabled us to disentangle the specific effects of progesterone on memory from the more pervasive effects of estrogens on neuropsychological functioning, and to demonstrate the role of cognitive effort in the observed associations.

STUDY LIMITATIONS

We must acknowledge two main limitations. First, the sample was small and heterogeneous. The conducting of regression analyses with a number of predictors on a small sample implies that some associations may have been missed owing to a lack of statistical power. Notably, several associations with estrogens emerged only at a trend level of significance while they may have been significant in a larger sample. In addition, a small sample is less likely to be representative of the target population. The inclusion of healthy and schizophrenia-affected women in our sample raises the possibility that the findings were mostly driven by one of these subgroups, and that the conclusions do not extend to a population of either healthy women or patients.

The second main limitation pertains to the manner in which hormonal levels were assessed. The division of participants into higher and lower estrogen and progesterone groups according to the menstrual cycle is a very approximate measure. Additionally, we did not control for certain hormonal factors that are likely to be relevant to this type of investigation, such as the regularity of the menstrual cycle (Gurvich et al., 2018) or the use of a contraceptive pill.

The distinction between groups with higher versus lower levels of hormones was blurred, and we observed only an approximation of the effects of estrogens and progesterone on cognition.

CONCLUSIONS

With these limitations in mind, our findings must be considered preliminary, and the conclusions are tentative. The results should be replicated in sizeable and homogeneous samples, using accurate measurements of circulating hormone levels. Although the beneficial effects of estrogens on cognition have been established in numerous studies, more work needs to be conducted to understand the effects of progesterone. Our data are compatible with those of a few studies that have demonstrated a detrimental effect of progesterone on memory. The results underline the relevance of two methodological points: 1) the cognitive demand imposed by the task should be considered to explain hormonal effects, and 2) the opposite effects of estrogens and progesterone should be controlled for the study of verbal and visual memory. If the opposite pattern of associations and the involvement of effortful processes are replicated in well-designed studies, future research should investigate the potential mediating role of executive functioning and depression in these associations. Our findings further point to the usefulness of considering the menstrual phase while assessing cognitive performance in women for research, clinical, or individual evaluation purposes.

FUNDING

This study was supported by a Miguel Servet contract (CP09/00292) and grant PI14/00047 from the Instituto de Salud Carlos III – Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación Sanitaria – co-funded by Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), both to GB.

AUTHORS CONTRIBUTION

Sylwia Pajak conducted the literature searches and contributed to analyzing the data and writing up the manuscript.

Christian Stephan-Otto designed the study and contributed to analyzing the data and discussing the results.

Susana Ochoa and Judith Usall participated in study design and discussion of the results.

Gildas Brébion designed the study, collected and analyzed the data, and wrote up the manuscript.



Menstrual phase and cognition..

S. Pajęka et al.

All authors have approved the final version of the manuscript.

CONFLICT OF INTEREST

None

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The database is available upon request to the corresponding author.

ETHICS COMMITTEE

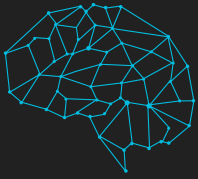
Approved by the Clinical Research Ethics Committee of the Fundació Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat, registration number CEIC PIC-30-09, on may 5 2009.

REFERENCES

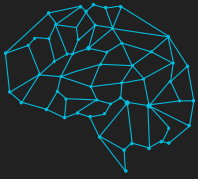
- Almeida, O. P., Lautenschlager, N. T., Vasikaran, S., Leedman, P., Gelavis, A., & Flicker, L. (2006). A 20-week randomized controlled trial of estradiol replacement therapy for women aged 70 years and older: effect on mood, cognition and quality of life. *Neurobiology of Aging*, 27(1), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2004.12.012>
- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015). Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in Neuroscience*, 9(37), 1–20.
- Berent-Spillion, A., Briceno, E., Pinsky, A., Simmen, A., Persad, C. C., Zubieta, J.-K., & Smith, Y. R. (2015). Distinct cognitive effects of estrogen and progesterone in menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 59, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.04.020>
- Berent-Spillion, A., Persad, C. C., Love, T., Sowers, M., Randolph, J. F., Zubieta, J.-K., & Smith, Y. R. (2012). Hormonal environment affects cognition independent of age during the menopause transition. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 97(9), E1686–94. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1365>
- Bergemann, N., Parzer, P., Jaggy, S., Auler, B., Mundt, C., & Maier-Braunleder, S. (2008). Estrogen and comprehension of metaphoric speech in women suffering from schizophrenia: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1172–1181. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm138>
- Binder, E. F., Schechtman, K. B., Birge, S. J., Williams, D. B., & Kohrt, W. M. (2001). Effects of hormone replacement therapy on cognitive performance in elderly women. *Maturitas*, 38(2), 137–146.
- Brébion, G., Bressan, R. A., Ohlson, R. I., & David, A. S. (2013). A model of memory impairment in schizophrenia: Cognitive and clinical factors associated with memory efficiency and memory errors. *Schizophrenia Research*, 151(1–3), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.09.009>
- Brébion, G., Gorman, J. M., Malaspina, D., Sharif, Z., & Amador, X. (2001). Clinical and cognitive factors associated with verbal memory task performance in patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 158(5), 758–764.
- Brébion, G., Stephan-Otto, C., Huerta-Ramos, E., Ochoa, S., Usall, J., Abellán-Vega, H., Roca, M., & Haro, J. M. (2015). Visual encoding impairment in patients with schizophrenia: contribution of reduced working memory span, decreased processing speed, and affective symptoms. *Neuropsychology*, 29(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/neu0000104>
- Craik, F. I. M., & Lockhart, R. S. (1972). Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11(6), 671–684. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(72\)80001-X](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(72)80001-X)
- de Wit, H., Schmitt, L., Purdy, R., & Hauger, R. (2001). Effects of acute progesterone administration in healthy postmenopausal women and normally-cycling women. *Psychoneuroendocrinology*, 26(7), 697–710.
- Duff, S. J., & Hampson, E. (2000). A Beneficial Effect of Estrogen on Working Memory in Postmenopausal Women Taking Hormone Replacement Therapy. *Hormones and Behavior*, 38(4), 262–276. <https://doi.org/10.1006/hbeh.2000.1625>
- Ertman, N., Andreano, J. M., & Cahill, L. (2011). Progesterone at encoding predicts subsequent emotional memory. *Learning & Memory (Cold Spring Harbor, N.Y.)*, 18(12), 759–763. <https://doi.org/10.1101/lm.023267.111>
- Espeland, M. A., Shumaker, S. A., Leng, I., Manson, J. E., Brown, C. M., LeBlanc, E. S., Vaughan, L., Robinson, J., Rapp, S. R., Goveas, J. S., Wactawski-Wende, J., Stefanick, M. L., Li, W., Resnick, S. M., & WHIMSY Study Group. (2013). Long-term effects on cognitive function of postmenopausal hormone therapy prescribed to women aged 50 to 55 years. *JAMA Internal Medicine*, 173(15), 1429–1436. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.7727>
- Felmingham, K. L., Fong, W. C., & Bryant, R. A. (2012). The impact of progesterone on memory consolidation of threatening images in women. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11), 1896–1900. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.026>
- Freeman, E. W., Weinstock, L., Rickels, K., Sondheimer, S. J., & Coutifaris, C. (1992). A placebo-controlled study of effects of oral progesterone on performance and mood. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 33(3), 293–298.
- Gleason, C. E., Dowling, N. M., Wharton, W., Manson, J. E., Miller, V. M., Atwood, C. S., Brinton, E. A., Cedars, M. I., Lobo, R. A., Merriam, G. R., Neal-Perry, G., Santoro, N. F., Taylor, H. S., Black, D. M., Budoff, M. J., Hodis, H. N., Naftolin, F., Harman, S. M., & Asthana, S. (2015). Effects of Hormone Therapy on Cognition and Mood in Recently Postmenopausal Women: Findings from the Randomized, Controlled KEEPS—Cognitive and Affective Study. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001833. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001833>
- Gomar, J. J., Ortiz-Gil, J., McKenna, P. J., Salvador, R., Sans-Sansa, B., Sarró, S., Guerrero, A., & Pomarol-Clotet, E. (2011). Validation of the Word Accentuation Test (TAP) as a means of estimating premorbid IQ in Spanish speakers. *Schizophrenia Research*, 128(1–3), 175–176. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.016>
- Gurvich, C., Gavrilidis, E., Worsley, R., Hudaib, A., Thomas, N., & Kulkarni, J. (2018). Menstrual cycle irregularity and menopause status influence cognition in women with schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 96, 173–178. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.06.022>
- Halari, R., Kumari, V., Mehrotra, R., Wheeler, M., Hines, M., & Sharma, T. (2004). The relationship of sex hormones and cortisol with cognitive functioning in Schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 18(3), 366–374. <https://doi.org/10.1177/026988110401800307>
- Hampson, E. (2018). Estrogens, Aging, and Working Memory. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 109. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0972-1>
- Hampson, E., & Morley, E. E. (2013). Estradiol concentrations and working memory performance in women of reproductive age. *Psychoneuroendocrinology*, 38(12), 2897–2904. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.07.020>
- Hartlage, S., Alloy, L. B., Vázquez, C., & Dykman, B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 113(2), 247–278. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.2.247>



24. Henderson, V. W. (2018). Progesterone and human cognition. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 21(4), 333–340. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1476484>
25. Henderson, V. W., St John, J. A., Hodis, H. N., McCleary, C. A., Stanczyk, F. Z., Karim, R., Shoupe, D., Kono, N., Dustin, L., Allayee, H., & Mack, W. J. (2013). Cognition, mood, and physiological concentrations of sex hormones in the early and late postmenopause. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(50), 20290–20295. <https://doi.org/10.1073/pnas.1312353110>
26. Henderson, V. W., St John, J. A., Hodis, H. N., McCleary, C. A., Stanczyk, F. Z., Shoupe, D., Kono, N., Dustin, L., Allayee, H., & Mack, W. J. (2016). Cognitive effects of estradiol after menopause: A randomized trial of the timing hypothesis. *Neurology*, 87(7), 699–708. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002980>
27. Hoff, A. L., Kremen, W. S., Wieneke, M. H., Lauriello, J., Blankfeld, H. M., Faustman, W. O., Csernansky, J. G., & Nordahl, T. E. (2001). Association of estrogen levels with neuropsychological performance in women with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1134–1139. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1134>
28. Hogervorst, E., & Bandelow, S. (2010). Sex steroids to maintain cognitive function in women after the menopause: a meta-analysis of treatment trials. *Maturitas*, 66(1), 56–71. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.02.005>
29. Hu, J., Chu, K., Song, Y., Chatooh, N. D., Ying, Q., Ma, L., Zhou, J., Qu, F., & Zhou, J. (2017). Higher level of circulating estradiol is associated with lower frequency of cognitive impairment in Southeast China. *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 33(11), 840–844. <https://doi.org/10.1080/0951359.2017.1320379>
30. Huerta-Ramos, E., Iniesta, R., Ochoa, S., Cobo, J., Miquel, E., Roca, M., Serrano-Blanco, A., Teba, F., & Usall, J. (2014). Effects of raloxifene on cognition in postmenopausal women with schizophrenia: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 24(2), 223–231. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.11.012>
31. Huerta-Ramos, E., Labad, J., Cobo, J., Núñez, C., Creus, M., García-Parés, G., Cuadras, D., Franco, J., Miquel, E., Reyes, J.-C., Marcó-García, S., RALOPSYCAT Group, J., & Usall, J. (2019). Effects of raloxifene on cognition in postmenopausal women with schizophrenia: a 24-week double-blind, randomized, parallel, placebo-controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01079-w>
32. Keenan, P. A., Ezzat, W. H., Ginsburg, K., & Moore, G. J. (2001). Prefrontal cortex as the site of estrogen's effect on cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 26(6), 577–590.
33. Ko, Y. H., Joe, S.-H., Cho, W., Park, J.-H., Lee, J.-J., Jung, I.-K., Kim, L., & Kim, S.-H. (2006a). Effect of hormone replacement therapy on cognitive function in women with chronic schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(2), 97–104. <https://doi.org/10.1080/13651500500526235>
34. Ko, Y. H., Joe, S. H., Cho, W., Park, J. H., Lee, J. J., Jung, I. K., Kim, L., & Kim, S. H. (2006b). Estrogen, cognitive function and negative symptoms in female schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 53(4), 169–175. <https://doi.org/10.1159/000093780>
35. Laughlin, G. A., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2010). Endogenous oestrogens predict 4-year decline in verbal fluency in postmenopausal women: the Rancho Bernardo Study. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 99–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03599.x>
36. Le, J., Thomas, N., & Gurvich, C. (2020). Cognition, the menstrual cycle, and premenstrual disorders: A review. *Brain Sciences*, 10(4), 1–14. <https://doi.org/10.3390/brainsci10040198>
37. Leeners, B., Kruger, T. H. C., Geraedts, K., Tronci, E., Mancini, T., Ille, F., Egli, M., Röblitz, S., Saleh, L., Spanaus, K., Schippert, C., Zhang, Y., & Hengartner, M. P. (2017). Lack of Associations between Female Hormone Levels and Visuospatial Working Memory, Divided Attention and Cognitive Bias across Two Consecutive Menstrual Cycles. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11, 120. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00120>
38. Lymer, J., Bergman, H., Yang, S., Mallick, R., Galea, L. A. M., Choleris, E., & Fergusson, D. (2024). The effects of estrogens on spatial learning and memory in female rodents – A systematic review and meta-analysis. *Hormones and Behavior*, 164, 105598. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2024.105598>
39. Maki, P. M., Rich, J. B., & Rosenbaum, R. S. (2002). Implicit memory varies across the menstrual cycle: estrogen effects in young women. *Neuropsychologia*, 40(5), 518–529.
40. Maki, P. M., & Sundermann, E. (2009). Hormone therapy and cognitive function. *Human Reproduction Update*, 15(6), 667–681. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp022>
41. Mordecai, K. L., Rubin, L. H., & Maki, P. M. (2008). Effects of menstrual cycle phase and oral contraceptive use on verbal memory. *Hormones and Behavior*, 54(2), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2008.03.006>
42. Núñez, C., Stephan-Otto, C., Cuevas-Esteban, J., María Haro, J., Huerta-Ramos, E., Ochoa, S., Usall, J., & Brébion, G. (2015). Effects of caffeine intake and smoking on neurocognition in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 230(3), 924–931. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.022>
43. Paipa, N., Stephan-Otto, C., Cuevas-Esteban, J., Núñez-Navarro, A., Usall, J., & Brébion, G. (2018). Second-to-fourth digit length ratio is associated with negative and affective symptoms in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 199, 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.037>
44. Pletzer, B., Harris, T., Scheuringer, A., & Hidalgo-Lopez, E. (2019). The cycling brain: menstrual cycle related fluctuations in hippocampal and fronto-striatal activation and connectivity during cognitive tasks. *Neuropsychopharmacology*, 44, 1867–1875. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41386-019-0435-3>
45. Pompili, A., Arnone, B., & Gasbarri, A. (2012). Estrogens and memory in physiological and neuropathological conditions. *Psychoneuroendocrinology*, 37(9), 1379–1396. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.01.007>
46. Rice, M. M., Graves, A. B., McCurry, S. M., Gibbons, L. E., Bowen, J. D., McCormick, W. C., & Larson, E. B. (2000). Postmenopausal Estrogen and Estrogen-Progestin Use and 2-Year Rate of Cognitive Change in a Cohort of Older Japanese American Women. *Archives of Internal Medicine*, 160(11), 1641. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.11.1641>
47. Rosenberg, L., & Park, S. (2002). Verbal and spatial functions across the menstrual cycle in healthy young women. *Psychoneuroendocrinology*, 27(7), 835–841.
48. Ryan, J., Stanczyk, F. Z., Dennerstein, L., Mack, W. J., Clark, M. S., Szoek, C., Kildea, D., & Henderson, V. W. (2012). Hormone levels and cognitive function in postmenopausal midlife women. *Neurobiology of Aging*, 33(7), 1138–1147. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2012.04.011>
49. Shaywitz, S. E., Naftolin, F., Zelterman, D., Marchione, K. E., Holahan, J. M., Palter, S. F., & Shaywitz, B. A. (2003). Better oral reading and short-term memory in midlife, postmenopausal women taking estrogen. *Menopause (New York, N.Y.)*, 10(5), 420–426. <https://doi.org/10.1097/01.GME.0000060241.02837.29>



50. Sherwin, B. (1991). The Impact of Different Doses of Estrogen and Progesterin on Mood and Sexual Behavior in Postmenopausal Women*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 72(2), 336–343. <https://doi.org/10.1210/jcem-72-2-336>
51. Sherwin, B. B. (2012). Estrogen and cognitive functioning in women: lessons we have learned. *Behavioral Neuroscience*, 126(1), 123–127. <https://doi.org/10.1037/a0025539>
52. Sommer, T., Richter, K., Singer, F., Derntl, B., Rune, G. M., Diekhof, E., & Bayer, J. (2018). Effects of the experimental administration of oral estrogen on prefrontal functions in healthy young women. *Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5061-y>
53. Stricker, R., Eberhart, R., Chevailler, M.-C., Quinn, F. A., Bischof, P., & Stricker, R. (2006). Establishment of detailed reference values for luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, estradiol, and progesterone during different phases of the menstrual cycle on the Abbott ARCHITECT analyzer. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 44(7), 883–887. <https://doi.org/10.1515/CCLM.2006.160>
54. Sundström Poromaa, I., & Gingnell, M. (2014). Menstrual cycle influence on cognitive function and emotion processing—from a reproductive perspective. *Frontiers in Neuroscience*, 8, 380. <https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00380>
55. Tierney, M. C., Oh, P., Moineddin, R., Greenblatt, E. M., Snow, W. G., Fisher, R. H., Iazzetta, J., Hyslop, P. S. G., & MacLusky, N. J. (2009). A randomized double-blind trial of the effects of hormone therapy on delayed verbal recall in older women. *Psychoneuroendocrinology*, 34(7), 1065–1074. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.02.009>
56. van Wingen, G., van Broekhoven, F., Verkes, R. J., Petersson, K. M., Bäckström, T., Buitelaar, J., & Fernández, G. (2007). How progesterone impairs memory for biologically salient stimuli in healthy young women. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 27(42), 11416–11423. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1715-07.2007>
57. Weber, M. T., Maki, P. M., & McDermott, M. P. (2014). Cognition and mood in perimenopause: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 142, 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2013.06.001>
58. Wegesin, D. J., & Stern, Y. (2007). Effects of Hormone Replacement Therapy and Aging on Cognition: Evidence for Executive Dysfunction. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 14(3), 301–328. <https://doi.org/10.1080/13825580600802893>
59. Weickert, T. W., Weinberg, D., Lenroot, R., Catts, S. V., Wells, R., Vercammen, A., O'Donnell, M., Galletly, C., Liu, D., Balzan, R., Short, B., Pellen, D., Curtis, J., Carr, V. J., Kulkarni, J., Schofield, P. R., & Weickert, C. S. (2015). Adjunctive raloxifene treatment improves attention and memory in men and women with schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 20(6), 685–694. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.11>
60. Wolf, O. T., & Kirschbaum, C. (2002). Endogenous estradiol and testosterone levels are associated with cognitive performance in older women and men. *Hormones and Behavior*, 41(3), 259–266. <https://doi.org/10.1006/hbeh.2002.1770>
61. Wroolie, T. E., Kenna, H. A., Williams, K. E., & Rasgon, N. L. (2015). Cognitive Effects of Hormone Therapy Continuation or Discontinuation in a Sample of Women at Risk for Alzheimer Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1117–1126. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.05.009>
62. Yonker, J. E., Adolfsson, R., Eriksson, E., Hellstrand, M., Nilsson, L.-G., & Herlitz, A. (2006). Verified hormone therapy improves episodic memory performance in healthy postmenopausal women. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition*, 13(3–4), 291–307. <https://doi.org/10.1080/138255890968655>



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 09/08/2024. Aceptado: 07/11/2024

THE ROLE OF TOUCH IN COMMUNICATION, EMOTION, AND SOCIAL LEARNING IN INFANTS

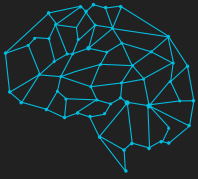
O PAPEL DO TOQUE NA COMUNICAÇÃO, EMOÇÃO
E APRENDIZAGEM SOCIAL EM BEBÉS

EL PAPEL DEL TACTO EN LA COMUNICACIÓN, LAS EMOCIONES
Y EL APRENDIZAJE SOCIAL EN LOS BEBÉS

A.R. Figueiredo¹, P. Moniz², M. Laureano³

¹Pedopsychiatry Service, Pediatrics Department, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Faculty of Medicine at the University of Coimbra. ² Psychiatry Department, Centro Hospitalar do Médio Ave. ³ Pedopsychiatry Service, Pediatrics Department, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Faculty of Medicine at the University of Coimbra

Corresponding author: Ana Raquel Figueiredo. Pedopsychiatry Service, Pediatrics Department, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Avenida Dr. Afonso Romão, 3000-602 Coimbra, Portugal.
Email address: arjfigueiredo@hotmail.com



ABSTRACT

Introduction. Touch is one of infants most important modalities for interacting with people and the world by birth. This sense is strongly interlinked with communication, emotion, and social learning.

Methods. A non-systematic review on this topic was conducted using the PubMed database on May 24, 2023, with the following combination of keywords: 'infant,' 'touch,' 'contact,' 'tactile,' 'communication,' 'emotion,' and 'social learning.' 28 studies were included in this review based on the analysis of their abstracts and their relevance to the objective of the investigation.

Results and Discussion. The primary research findings suggest that children are responsive to specific qualities of touch and that caregivers can elicit emotions and behaviors in their child through a communicational paradigm prevalent when words are still not developed. Touch serves a synchronizing role between the infant and the caregiver, modulating the infant's physiological and emotional states to facilitate internal regulation in pursuit of homeostasis.

Conclusion. Tactile stimulation facilitates the regulation of emotional responses, thereby fostering the child's capacity to participate in social interactions. Tactile contact is among the most primal and genuine communication, thus deserving commensurate focus and consideration.

Keywords: Neonatal; Touch; Emotion; Communication; Social.

RESUMO

Introdução. O toque é uma das modalidades mais importantes que os recém-nascidos utilizam para se conectar com as pessoas e o mundo desde o nascimento. Esse sentido está fortemente relacionado com a comunicação, emoção e aprendizagem social.

Métodos. Uma revisão não sistemática sobre este tema foi realizada utilizando a base de dados PubMed em 24 de maio de 2023, com a seguinte combinação de palavras-chave: "infante", "toque", "contato", "tátil", "comunicação", "emoção" e "aprendizagem social". 28 estudos foram incluídos nesta revisão com base na análise de seus resumos e na sua relevância para o objetivo da investigação.

Resultados e Discussão. Os principais resultados da pesquisa sugerem que as crianças são sensíveis a qualidades de toque específicas, e que os cuidadores podem evocar emoções e comportamentos nos seus bebês por meio de paradigma comunicacional predominante, enquanto as palavras ainda não são acessíveis à criança. O toque desempenha um papel de sincronização entre o bebê e o cuidador modulando estados fisiológicos e emocionais da criança para facilitar a sua regulação interna em busca da homeostase.

Conclusão. A estimulação tátil facilita a regulação das respostas emocionais, promovendo assim a capacidade da criança de participar nas interações sociais. O contato tátil está entre os meios mais primordiais e genuínos de comunicação, merecendo foco e consideração proporcionais.

Palavras-chave: Neonatal; Toque; Emoção; Comunicação; Social.

RESUMEN

Introducción. El tacto es una de las modalidades más importantes que utilizan los recién nacidos para conectarse con las personas y el mundo desde que nacen. Este sentido está fuertemente relacionado con la comunicación, la emoción y el aprendizaje social.

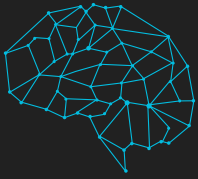
Métodos. Una revisión no sistemática sobre este tema fue realizada utilizando la base de datos PubMed el 24 de mayo de 2023, con la siguiente combinación de palabras clave: "infante", "contacto", "táctil", "comunicación", "emoción" y "aprendizaje social". 28 estudios fueron incluidos en esta revisión basándose en el análisis de sus resúmenes y en la relevancia para el objetivo de la investigación.

Resultados y Discusión. Los principales hallazgos de la investigación sugieren que los bebés son sensibles a cualidades

específicas del tacto y que los cuidadores pueden evocar emociones y comportamientos en sus bebés a través del paradigma comunicacional predominante, mientras que las palabras aún no son accesibles para el niño. El tacto juega un papel sincronizador entre el bebé y el cuidador, modulando los estados fisiológicos y emocionales del niño para facilitar su regulación interna en busca de la homeostasis.

Conclusión. La estimulación táctil facilita la regulación de las respuestas emocionales, promoviendo así la capacidad del niño para participar en interacciones sociales. El contacto táctil es uno de los medios de comunicación más primordiales y genuinos y merece atención y consideración proporcionales.

Palabras clave: Neonatal; Tacto; Emoción; Comunicación; Social.



INTRODUCTION

After birth, babies and caregivers introduce themselves to each other in a reciprocal process through the tactile system, drawing a communicational pattern (Rubin, 1963). Interaction between caregivers and newborns has many modalities, the most recognized being visual, vocal, and physical interactions. Caregivers join the child through eye contact, verbal speech, behavioral and rhythm synchrony, providing feedback built on sensitiveness, responsiveness, and attunement.

Tactile perception emerges as a fundamental sensory mechanism facilitating infants engagement with humans and the environment from the onset of birth. Tactile interaction represents infants initial linguistic domain and potentially underpins subsequent forms of communication development (Cascio, 2010; Ferber et al., 2008; Hertenstein, Verkamp et al., 2006; Montagu, 1971). Children acquire knowledge of human constructs through tactile communication, constituting a precocious sensory experience (Narvaez et al., 2019). If adults use touch to convey information to their infants, it is also true that infants use touch to communicate with their caregivers (Hertenstein, 2002). Newborns depend on sensory experiences to bond and interact with the caregiver and the world (Mammen et al., 2016).

Furthermore, there may be a link between tactile stimulation and infants emotion-regulatory capacities (Weller & Feldman, 2003). Tactile interaction represents a potent mode of communication, particularly in emotional expression (Campos et al., 1994; Hertenstein, 2002). Infants exhibit sensitivity to subtle variations in the quality of tactile stimulation they experience, facilitating the communication of various emotions (Hertenstein, Verkamp et al., 2006).

Being touched is not limited to physical sensations. It also implies the conceptualization of the action and the cognitive representation. Montagu asserts that tactile interchange with the caregiver introduces infants to socialization with other humans, so the absence of early positive touch experiences may negatively affect the child's relational field (Montagu, 1971). An association readily evoked is made with the concept of *hospitalism* introduced by Spitz concerning the negative impact of emotional and physical deprivation in infants, underscoring the pivotal role of touch and affectionate human interaction (Spitz, 1945).

METHODS

A non-systematic review was conducted to assess the

relevance of touch in infancy for communication, emotion, and social learning. The literature review was conducted on the PubMed database on May 24, 2023 using the following keywords: 'infant,' 'touch,' 'contact,' 'tactile,' 'communication,' 'emotion,' and 'social learning'. We opted not to include "baby" or "newborn" since "infant" is a broader term.

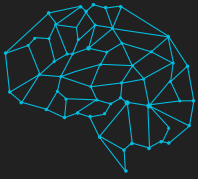
The aim of this review is to establish a conceptual framework that focuses on the relevance of articles relating touch to emotion, communication, and social learning. This is a non-systematic review; therefore, it did not adhere to predefined criteria, and the selection was based on the individual analysis of the researchers. The search strategy encompassed all types of scientific articles published in English, irrespective of their country of origin, with no defined publication time frame. No specific age range was established, and studies addressing primary early childhood were included. An initial pre-analysis of titles and abstracts was conducted to determine their pertinence to the topic of this study.

RESULTS AND DISCUSSION

In this review, a total of 28 articles were selected, focusing on touch, emotion, communication, and social learning, with a primary emphasis on early childhood. Some articles also addressed touch in older age groups, highlighting the ongoing significance of tactile interaction beyond infancy. The results will be presented alongside a comprehensive discussion of the topic, organized according to the following structure: first, an analysis of the term "touch" and its associated classification and analytical criteria; second, the relationship between touch and communication; third, the association between touch and emotion; and finally, the interconnection of these constructs with social learning.

Touch, by definition, is a dissociable phenomenon: it introduces the action of touch, as well as the state of being touched (receptive perception by the tactile sensory system) (Hertenstein, Verkamp et al., 2006). It encompasses a bidirectional communicative function, eliciting alterations in the touched person's perception, emotions, thoughts, and behaviors while also inducing inherent perceptions in the sensory system of the individual that actively touched (Hertenstein, 2002). In this article, authors use words such as touch, tactile stimulation, and contact with similar meanings that cluster these phenomena together.

In the context of interactions between an infant and a caregiver, the sense of touch encompasses two distinct



aspects: the former concerns the tactile sensations directly felt on the skin, while the second involves broader sensory experiences that extend beyond mere physical contact (Hertenstein, 2002). These experiences entail more intricate neural processing beyond simple tactile stimulation and fall under sensory registration, which entails processing sensory information by higher cognitive functions (Hertenstein, 2002).

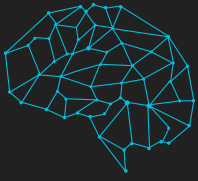
The tactile system comprises several cutaneous competencies: pressure, temperature, nociception (i.e., pain), and proprioception (i.e., sense of position and movement). The qualitative parameters of touch account for duration, location, descriptive action, intensity, frequency, and feeling (Weiss, 1979). From the review our team led, we considered classifying touch into different types: firm touch (e.g., massage), proprioceptive stimulations (e.g., flexion, extension of the limbs), vestibular stimulation (e.g., lifting the baby), affectionate touch (e.g., hug, kiss, caress), purposeful utilitarian (e.g., wipe), and unintentional touch (e.g., bumping) (Feldman et al., 2003; Polan & Ward, 1994). In the neonatal period, Jung and Fouts divided touch into four types: active social-affectionate, passive social-affectionate, caregiving, and overall touch (Jung & Fouts, 2011). Active social-affectionate touch refers to physical contact that occurs as mutual expressions of affect (e.g., physical play, kissing, hugging, poking, tickling), passive social-affectionate touch encompasses physical contact without an individual-oriented exchange (e.g., holding, laying, sitting), caregiving touch is a functional physical contact that refers to the act of actively nursing the infant (e.g., feeding, cleaning), and overall touch is a neutral variable of contact trying to address the physical component of all other interactions (Jung & Fouts, 2011). Gentle human touch is described as tactile stimulation with slight pressure, performed with slow circular moves involving tender caressing (Can & Kaya, 2022). In the perinatal field, physical contact with an infant's trunk represents a closeness degree of proximity, and it takes time after birth for mothers to reach this level of comfort (Weiss, 1979). Babies actively absorb and derive meaning from every instance of touch, both from its presence and absence.

Even if there is little empirical research on perinatal touch, it is primarily recognized that touch has a particular role in the infant-caregiver communication paradigm (Hertenstein, 2002). For Field, touch is the most primitive and powerful tool of communication (Field, 2001). Hertenstein acknowledges contact communication as a tactile *gestalt* with an

orchestrated set of components (Hertenstein, 2002). When considering touch as a communication tool, the sending and the receiver should be considered. The infant-caregiver communication system develops relying upon the principles of relational bidirectionality since one cannot touch without being touched, both intervenients have a non-passive role, and in this dynamic project, there is a substrate of mutual regulation with upcoming effects in individual conceptualization (Hertenstein, 2002; Tronick, 1989). Depending on the infant's response to the touch, the caregiver could be more or less likely to repeat the action depending on his feelings of accomplishment.

In his work about the communicative functioning of touch in infancy, Hertenstein developed a model of tactile communication, decomposing the process into three parcels: the stimulus array, the mechanism of meaning, and communicative effects (Hertenstein, 2002). The act of touching the baby defines a stimulus array that can be observed based on general parameters (location, frequency, duration, extent of the touched surface area) and quality (action, intensity, velocity, abruptness, temperature) (Hertenstein, 2002). In the communicational process of touch, context is crucial. Touch and context are given meaning by three mechanisms: direct perception, learning (classical conditioning, operating conditioning, observation learning), and cognitive processes (discrepancy, memory, appreciation of contextual cues, attention) of the infant (Hertenstein, 2002). Hertenstein defines three primary communicative functions of touch: valence emotion (positive and negative), discrete emotions (joy, fear, sadness, anger, surprise, and disgust), and specific information (Hertenstein, 2002). There is also a contribution of biological influences in touch communication: the nervous system's state of development, temperament, and neonatal factors (birth weight, term of birth) are the most critical variables in this process (Hertenstein, 2002). Infants have different thresholds for touch stimulation; for example, preterm infants seem to have a weaker capacity to regulate their perception of tactile stimulations (Bröring et al., 2017).

The caregiver's touch influences the infant's perceptions, thoughts, feelings, and behaviors. However, the caregiver's perception, thoughts or feelings are not directly disclosed to the infant (Hertenstein, 2002). For example, the caregiver may be angry, but the state he elicited in the infant could be anger or other (Hertenstein, 2002). There is little to say about the act of touch because it lacks meaning without an environmen-



tal context and incorporation in the prior individual cognitive schema (Hertenstein, 2002). A pattern of touch could perpetuate a cycle of negative or positive interpretations (Hertenstein, 2002). An action holds minimal significance if it is novel within the infant's repertoire of experiences. However, it can be critical (positively or negatively) if markedly divergent from the infant's existing knowledge.

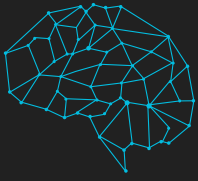
Since an emotion intended to be communicated by the parents to the infant is not directly transmitted, there exists an opportunity to encourage caregivers to adopt congruent and moderated communication patterns while also assisting the child in learning boundaries of the *self*. The first involves direct work with parents to teach them that the caregiver's state can be tailored before reaching the infant (Hertenstein, 2002). The second one involves the child learning that in emotional exchange with someone, affect flow is bidirectionally, but the inner characteristics of each one can be shielded. Interventions promoting physical contact have proven cognitive, social, and emotional positive effects. These interventions are presumed to be cost-effective strategies.

Touch is a powerful way of communication, especially regarding emotional significance, which was previously understudied (Campos et al., 1994; Hertenstein, 2002). Affect and emotion encompass a continuum that can be categorized along a spectrum with positive and negative poles (Fotopoulou et al., 2022). Emotion can be expressed through behavior as a tendency to approach or avoid a given issue (a person, an object, or thoughts) (Fotopoulou et al., 2022). This tendency is apparent in physiological alterations, such as changes in skin texture, temperature and movement patterns which the recipient perceives through his tactile system, ultimately evoking emotions (Hertenstein, 2002). Tactile stimulation is paramount in positive valence emotions, but negative ones could also be communicated (Hertenstein, 2002; Hertenstein, Verkamp et al., 2006; Hertenstein & Campos, 2001). Specifically, touch seems to generate positive and negative emotions and modulate negative ones (Hertenstein, Verkamp et al., 2006; Stack, 2001). Positive touch seems to facilitate engagement with others and stimulate empathy, and negative touch is related to poor social engagement and high rates of internalizing and externalizing psychopathology (Narvaez et al., 2019). Research has shown that even in cases where the mother experiences depression, infants exhibit increased positive emotions when receiving tactile contact, compared to infants of non-depressed mothers who receive very scar-

ce physical contact. (Hertenstein, 2002; Pelaez-Nogueras et al., 1996). Few studies focus on negative emotionality, but between the existent experiments, for example, in low-birth-weight infants, harsh touch at three months old is related to more aggressive behaviors at the age of two (Weiss et al., 2001). For the child's development, avoiding negative touch is more important than providing positive one (Narvaez et al., 2019). In conclusion, the predominant literature suggests that children are sensitive to particular attributes of tactile stimulation, and caregivers possess the ability to evoke emotions and behaviors in their children through touch (Hertenstein, 2002). As the child grows up, words take place in the expression of affection and emotions, and the importance of touch seems to fade slightly (Narvaez et al., 2019).

Touch is considered a regulatory system. Hofer's studies with puppies in the 1990s demonstrated that the presence or absence of the mother, along with particularities of the somatosensory components (including tactile contact, temperature, pressure, position, movement, and vibration), generate signal transmission with regulatory effects (either excitatory or inhibitory) on the behavioral and biological systems of offspring (Hofer, 1996). Caregiver presence has been recognized as an essential regulatory tool in recent years (Feldman, 2009). Touch serves a synchronizing role between the caregiver and infant, encompassing aspects of thermoregulation and cardiorespiratory functions. Caregiving touch plays a pivotal role in developing multisensory, autonomic, and motor functions in infants, facilitating their adjustment to the external environment (Fotopoulou et al., 2022). Tactile interaction aids the caregiver in acknowledging the infant's fundamental requirements and modulate the infant's physiological and emotional states by supporting the newborn in regulating internal processes pursuing homeostasis (Fotopoulou et al., 2022).

The ability for emotion regulation is markedly shaped by interpersonal dynamics rather than by individual factors, and notably, it serves a community purpose. The synchronicity between parent and infant is partly contingent upon physiological mechanisms, as the release of oxytocin is associated with positive tactile interactions (Feldman, 2007). Oxytocin, induced by affectionate touch and skin-to-skin contact, contributes to the establishment of social bonding, particularly in the parent-infant relationship, as it exerts a calming effect on both individuals within the dyad (Feldman, 2012; Feldman et al., 2010; Narvaez et al., 2019; Uvnäs-Moberg, 1997). The



specific environmental characteristics settled by close physical proximity between infant-caregiver provide conditions that facilitate speech development, enhanced mother-child reciprocity, and emotional attunement (Norholt, 2020). Affectionate touch occurs mainly during parent-infant mutual gaze, eliciting touch's role in mutual engagement, sharing, and regulation (Feldman et al., 2003). Emotion regulation concerns the ability to pursue emotional homeostasis, wherein the intensity of a reaction is regulated through two distinct mechanisms: a higher-order cognitive process or an embodied process (embodied processes, as defined, encompass any social interaction mediated through the body that does not involve explicit communication, whether verbal or representational) (Fotopoulou et al., 2022). Early tactile interactions with caregivers contribute to emotion regulation and subsequent formation of social attachments. Moreover, it is acknowledged that group synchrony also exerts a regulatory influence on emotions (Fotopoulou et al., 2022). Touch is one of the fundamentals of the caregiver-infant co-regulatory system in the interactional social domain (Field, 2014).

Tactile stimulation facilitates emotion regulation, enabling the child to interact with others (Beckes & Coan, 2011; Fotopoulou et al., 2022). The social baseline theory posits that social proximity serves the purpose of conserving energy through the social regulation of emotions, thereby enabling the maintenance of a baseline state of calmness that is achievable uniquely through social interactions (Beckes & Coan, 2011). Touch stimulates and establishes foundational elements for bidirectional emotional exchanges, helping infants delineate interactions with others. Positive touch (affectionate) is related in early months to self-regulation and later to a child's social competencies (Narvaez et al., 2019). Touch has a role in early childhood and the development of psychosocial functioning and sociomoral outcomes in preschool and adulthood (Narvaez et al., 2019). Prosocial emotions like gratitude, love, sympathy, and compassion lead individuals to engage in cooperative interaction patterns (Hertenstein, Keltner, et al., 2006). Nonverbal communication, such as touch, holds a unique significance in fostering prosocial emotions, particularly gratitude, as there exists a connection between the pleasure derived from touch and the inherent importance of expressing gratitude (Hertenstein, Keltner, et al., 2006).

Early tactile experiences play a key role in shaping social skills, with social learning beginning through the mastery of self-body representation (Meltzoff & Marshall, 2020; Narvaez

et al., 2019). Grasping how these early interactions influence development is essential as the baby learns about the world and himself in the first years of life. The activation of identical brain maps occurs when an individual experiences touch or performs a movement when they observe another individual being touched or moving (Meltzoff et al., 2018; Meltzoff & Marshall, 2020). Newborns initiate an understanding of their bodies by acquiring knowledge of their parents' bodies. (Meltzoff & Marshall, 2020). They learn they are similar to their parents if they have the opportunity and tools to do it. The idea that the *self* is similar to others is a crucial pillar of empathy (Meltzoff & Marshall, 2020). Alternatively, touch plays a vital role in the mentalization process, as it facilitates multisensory, autonomic, and motor learning inputs, allowing the infants to develop their internal representation while also learning to distinguish themselves from others (Fotopoulou et al., 2022).

The tactile system has historically received less emphasis than vocal and visual interactions, with limited research focusing exclusively on touch in the context of the caregiver-infant relationship. The reason is probably the fact that tactile stimulations are not only difficult to access but also complex to measure. Regarding the interpretation of tactile gestalt by infants, the task is even more complex and increases in specificity and differentiation along with the infant developmental period (Hertenstein, 2002). Adding to the complexity of studying touch, understanding the infant's interpretation of being touched is an intricate task.

CONCLUSION

Communication through tactile modalities occurs even without conscious awareness of touch, indicating that communication can exceed intentionality. Each tactile interaction between caregiver and infant conveys a message, typically representing the purest and most genuine communication between the two partners. Touch is a primary mode of communication, constituting a fundamental aspect of infant-caregiver interaction and facilitating other forms of communication, such as verbal communication.

This investigation highlights the importance of tactile sensory input and interpersonal bonding in fostering optimal psychosocial and physiological development during infancy. Touch, regarded as an intrinsic mode of communication and manifestation of affection, significantly contributes to development encompassing children's emotional, social, and physical domains.



Tactile interaction plays a significant role in emotion regulation, the sense of affiliation (e.g., attachment bond), regulatory mechanisms, physical and psychological development, and human communication. The positive correlation between positive touch and behavioral regulation becomes more pronounced between 18 and 30 months. Touch should always be considered a multimodal communicative process, bidirectionally implicated in the relational dynamic between infant and caregiver. Touch elicits perceptions, thoughts, behaviors, and emotions, thus supporting the theory that touch is a communicational tool.

Even so, the study of tactile communication has been neglected for a long time. Beyond merely a bidirectional communication system, touch represents a complex network of significance within the dyadic system and the broader context, with implications for social functioning at the community level.

The present review highlights the pivotal role of tactile interactions in early infant development, emphasizing touch as a foundational form of communication that shapes emotional regulation, social skills, and self-awareness. It classifies different types of touch and explores their influence on cognitive and emotional processes, underscoring the bidirectional nature of infant-caregiver touch. The review also points to the practical benefits of promoting physical contact as a cost-effective strategy for enhancing early developmental outcomes, ultimately offering valuable insights into how touch supports the infant's understanding of both the world and themselves.

It is crucial to understand and also be able to classify and measure how tactile communication operates between caregivers and infants. Given the conceived significance of touch in communication, the collective set of the following parameters appears crucial: readiness, abruptness, availability, sensitivity, intensity, pressure, location, frequency, duration, surface touched, velocity, pattern (stroking, holding, kissing, tickling, rhythmic, poking), sameness. Evaluating the intricate nature of each touch parameter poses considerable challenges.

A limitation of this study is that the non-systematic nature of the literature review may introduce biases in the selection and interpretation of articles. Furthermore, the complexity of measuring tactile experiences presents challenges in quantifying their effects on emotional and social development. Future investigations should employ a systematic approach to

explore the multifaceted dimensions of touch, incorporating diverse methodologies to assess its impact comprehensively. Additionally, clinical practice should emphasize training caregivers to recognize and utilize tactile communication effectively, promoting strategies that enhance positive touch interactions. Such initiatives could significantly improve developmental outcomes, emphasizing the need for a more robust understanding of tactile communication in both research and therapeutic settings.

Touch has a communication perspective that discloses information about the relationship between caregiver and infant, which is purer than gaze and vocalizations. Tactile interaction represents one of the most primordial and genuine forms of communication, warranting commensurate attention. Even in the absence of words, communication occurs, as the body carries a message that is almost impossible to restrain, mainly in a non-conscious state. Touch is more than a singular action; it constitutes a means of preserving the human legacy.

CONFLICTS OF INTERESTS

All authors report no competing interests.

FINANCIAL SUPPORT

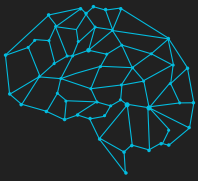
The authors declare that there were no external sources of study for the performance of this article.

AUTHORS' CONTRIBUTION

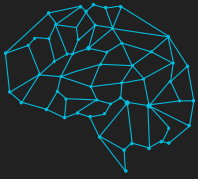
Ana Raquel Figueiredo was the main writer. Pedro Moniz contributed to writing, editing and review of the manuscript. Maria Laureano was the final reviewer.

REFERENCES

1. Beckes, L., & Coan, J. A. (2011). Social Baseline Theory: The Role of Social Proximity in Emotion and Economy of Action. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(12), 976–988. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00400.x>
2. Bröring, T., Oostrom, K. J., Lafeber, H. N., Jansma, E. P., & Oosterlaan, J. (2017). Sensory modulation in preterm children: Theoretical perspective and systematic review. *PLOS ONE*, 12(2), e0170828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170828>
3. Campos, J. J., Mumme, D. L., Kermoian, R., & Campos, R. G. (1994). A Functionalist Perspective on the Nature of Emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 284. <https://doi.org/10.2307/1166150>
4. Can, Ş., & Kaya, H. (2022). The effects of yakson or gentle human touch training given to mothers with preterm babies on attachment levels and



- the responses of the baby: a randomized controlled trial. *Health Care for Women International*, 43(5), 479–498. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1958817>
5. Cascio, C. J. (2010). Somatosensory processing in neurodevelopmental disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(2), 62–69. <https://doi.org/10.1007/s11689-010-9046-3>
 6. Feldman, R. (2007). Parent–Infant Synchrony: biological foundations and developmental outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 340–345. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00532.x>
 7. Feldman, R. (2009). The Development of Regulatory Functions From Birth to 5 Years: Insights From Premature Infants. *Child Development*, 80(2), 544–561. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01278.x>
 8. Feldman, R. (2012). Oxytocin and social affiliation in humans. *Hormones and Behavior*, 61(3), 380–391. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2012.01.008>
 9. Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weisman, O., & Zagoory-Sharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent–infant contact. *Psychoneuroendocrinology*, 35(8), 1133–1141. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.01.013>
 10. Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother–infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 17(1), 94–107.
 11. Ferber, S. G., Feldman, R., & Makhoul, I. R. (2008). The development of maternal touch across the first year of life. *Early Human Development*, 84(6), 363–370. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.09.019>
 12. Field, T. M. (Ed.). (2014). *Touch in Early Development*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315806112>
 13. Fotopoulou, A., von Mohr, M., & Krahé, C. (2022). Affective regulation through touch: homeostatic and allostatic mechanisms. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 43, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.08.008>
 14. Hertenstein, M. J. (2002). Touch: Its Communicative Functions in Infancy. *Human Development*, 45(2), 70–94. <https://doi.org/10.1159/000048154>
 15. Hertenstein, M. J., & Campos, J. J. (2001). Emotion Regulation Via Maternal Touch. *Infancy*, 2(4), 549–566. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0204_09
 16. Hertenstein, M. J., Keltner, D., App, B., Bulleit, B. A., & Jaskolka, A. R. (2006). Touch communicates distinct emotions. *Emotion*, 6(3), 528–533. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.528>
 17. Hertenstein, M. J., Verkamp, J. M., Kerestes, A. M., & Holmes, R. M. (2006). The Communicative Functions of Touch in Humans, Nonhuman Primates, and Rats: A Review and Synthesis of the Empirical Research. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 132(1), 5–94. <https://doi.org/10.3200/MONO.132.1.5-94>
 18. Hofer, M. A. (1996). On the Nature and Consequences of Early Loss. *Psychosomatic Medicine*, 58(6), 570–581. <https://doi.org/10.1097/00006842-199611000-00005>
 19. Jung, M.-J., & Fouts, H. N. (2011). Multiple caregivers' touch interactions with young children among the Bofi foragers in Central Africa. *International Journal of Psychology*, 46(1), 24–32. <https://doi.org/10.1080/00207594.2010.507766>
 20. Mammen, M. A., Moore, G. A., Scaramella, L. V., Reiss, D., Shaw, D. S., Leve, L. D., & Neiderhiser, J. M. (2016). Infant patterns of reactivity to tactile stimulation during parent–child interaction. *Infant Behavior & Development*, 44, 121–132. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.004>
 21. Meltzoff, A. N., & Marshall, P. J. (2020). *Importance of body representations in social-cognitive development: New insights from infant brain science* (pp. 25–48). <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2020.07.009>
 22. Meltzoff, A. N., Ramírez, R. R., Saby, J. N., Larson, E., Taulu, S., & Marshall, P. J. (2018). Infant brain responses to felt and observed touch of hands and feet: an MEG study. *Developmental Science*, 21(5). <https://doi.org/10.1111/desc.12651>
 23. Montagu, A. (1971). *Touching: The Human Significance of the Skin* (2nd ed.). Columbia University Press.
 24. Narvaez, D., Wang, L., Cheng, A., Gleason, T. R., Woodbury, R., Kurth, A., & Lefever, J. B. (2019). The importance of early life touch for psychosocial and moral development. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0129-0>
 25. Norholt, H. (2020). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 60, 101441. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101441>
 26. Pelaez-Nogueras, M., Field, T. M., Hossain, Z., & Pickens, J. (1996). Depressed Mothers' Touching Increases Infants' Positive Affect and Attention in Still-Face Interactions. *Child Development*, 67(4), 1780. <https://doi.org/10.2307/1131731>
 27. Polan, H. J., & Ward, M. J. (1994). Role of the Mother's Touch in Failure to Thrive: A Preliminary Investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1098–1105. <https://doi.org/10.1097/00004583-199410000-00005>
 28. Rubin, R. (1963). Maternal touch. *Nursing Outlook*, 11, 828–829.
 29. Spitz, R. A. (1945). Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53–74. <https://doi.org/10.1080/00797308.1945.11823126>
 30. Stack, D. M. (2001). The Salience of Touch and Physical Contact During Infancy: Unraveling Some of the Mysteries of the Somesthetic Sense. In *Blackwell Handbook of Infant Development* (pp. 351–378). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470996348.ch13>
 31. Field, T. (2001). *Touch*. MIT Press.
 32. Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
 33. Uvnäs-Moberg, K. (1997). Physiological and Endocrine Effects of Social Contact. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807(1 Integrative N), 146–163. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb51917.x>
 34. Weiss, S. J. (1979). The language of touch. *Nursing Research*, 28(2), 76–80.
 35. Weiss, S. J., Wilson, P., Seed, M. St. J., & Paul, S. M. (2001). Early tactile experience of low birth weight children: links to later mental health and social adaptation. *Infant and Child Development*, 10(3), 93–115. <https://doi.org/10.1002/icd.236>
 36. Weller, A., & Feldman, R. (2003). Emotion regulation and touch in infants: the role of cholecystokinin and opioids. *Peptides*, 24(5), 779–788. [https://doi.org/10.1016/S0196-9781\(03\)00118-9](https://doi.org/10.1016/S0196-9781(03)00118-9)



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DEFINITIONS AND CONCEPTS

Recibido: 14/08/24. Aceptado: 19/11/24

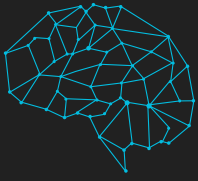
¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL PERINATAL?

¿WHAT IS PERINATAL MENTAL HEALTH?

Gabby Santaella¹, Jesus Cobo²

¹Presidenta de la Asociación Mexicana de Salud Mental Perinatal.

²Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí - I3PT - CIBERSAM (Sabadell, España). Departament de Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona (Bellaterra, España). Actual Presidente de la Sociedad Marcé Española de Salud Mental perinatal (MARES).



RESUMEN

El artículo realiza una definición comprensible de la salud mental perinatal (SMP) incluyendo los caracteres genéricos y diferenciales del concepto mediante acercamiento multidimensional.

La salud mental perinatal es el estado de bienestar emocional, psicológico y social de las madres durante el embarazo y al menos el primer año después del parto. Incluye tanto el mantenimiento de un equilibrio emocional positivo y adaptativo, como la gestión de trastornos mentales sobrevenidos o bien previos, y los trastornos mentales específicos de este período. Este concepto abarca el impacto en el desarrollo del bebé, la necesidad de un enfoque multidisciplinario para la prevención y tratamiento, y la consideración de factores culturales y contextuales que pueden influir en la salud mental de la madre. Un cuidado integral y el apoyo adecuado son fundamentales para promover una experiencia perinatal saludable para la madre, el bebé, el padre o pareja y su familia.

Palabras Clave: Salud Mental; Perinatal; Depresión postparto; Planificación; Madre; Padre; Maternidad; 1000 días de vida.

ABSTRACT

In order to provide a comprehensible definition of perinatal mental health (PMH), we will try to set out as clearly and accurately as possible the generic and differential characteristics of the concept, with a multidimensional approach.

Perinatal mental health is the state of emotional, psychological and social well-being of mothers during pregnancy and at least the first year after childbirth. It includes both the maintenance of a positive and adaptive emotional balance, and the management of existing or pre-existing mental disorders, and mental disorders specific to this period. This concept encompasses the impact on the baby's development, the need for a multidisciplinary approach to prevention and treatment, and consideration of cultural and contextual factors that may influence the mother's mental health. Comprehensive care and appropriate support are essential to promote a healthy perinatal experience for the mother, the baby, the father or partner and their family.

Keywords: Mental Health; Perinatal; Postpartum Depression; Planification; Mother; Father; Maternity; First 1000 days of live.

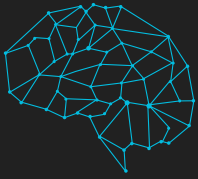
Para poder realizar una definición comprensible de la salud mental perinatal (SMP) intentaremos exponer con la mayor claridad y exactitud posible los caracteres genéricos y diferenciales del concepto. Para ello, realizaremos un acercamiento multidimensional desde diferentes parámetros, preguntas, o ejes. Por un lado, realizaremos un breve acercamiento histórico (¿por qué estamos aquí?), por otro, un acercamiento conceptual (¿qué es?), un acercamiento temporal (¿qué periodo de la vida humana incluye?) y finalmente, un acercamiento de contenido, de elementos (¿qué incluye?). Paralelamente, realizaremos una demarcación básica respecto de otros conceptos sinónimos o relacionados. Y finalmente nuestra propuesta.

Los orígenes de la salud mental perinatal (SMP) se han de encontrar en las definiciones clásicas de los trastornos mentales del puerperio, reflejados por múltiples reseñas de libros clásicos y especialmente en la obra del francés Louise Víctor Marcé¹. Sin embargo, como tal, la salud mental perinatal se inició en Inglaterra poco antes de la década de los 80 del siglo XX, a través de las reuniones de varios clínicos e investigadores, incluidos fundamentalmente Channi Kumar, Ian Brockington y James Hamilton. Todos ellos provenían de

diferentes disciplinas y profesiones y tuvieron la idea de crear una sociedad científica destinada a mejorar la comprensión, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales relacionados con la maternidad²⁻⁴. Esta Sociedad es la que se conoce hoy en día como la *International Marcé Society for Perinatal Mental Health*⁵.

La SMP es aquella disciplina que atiende y se ocupa de los problemas de salud mental perinatal, y no únicamente de las enfermedades. A nivel temporal, el período perinatal se refiere tradicionalmente (en las décadas de finales del siglo XX y principios del XXI) a la duración del embarazo y el año posterior al nacimiento⁶. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Salud británico (INH) y otros sistemas de salud y organizaciones locales y mundiales, los problemas de salud mental perinatal (SPM) son aquellos que se producen durante el embarazo o en el primer año tras el nacimiento de un hijo⁶⁻⁹.

Sin embargo, los problemas de salud mental durante el período perinatal pueden aparecer durante el período perinatal (*de novo*), o bien representar una descompensación de un proceso o problemática existente⁹. Por lo tanto, las intervenciones específicas o especializadas también se dirigen



a mujeres y personas gestantes con presencia de síntomas sobrevenidos y aquellas con antecedentes de problemas de salud mental y/o tratamientos⁶.

Posteriormente el concepto se ha extendido a nivel temporal, ya que en el Reino Unido y en otros países con sistemas públicos de salud y planes de SMP financiados, se incluyen períodos postparto más extensos, hasta los 24 meses postparto¹⁰⁻¹² e incluso en algunos aspectos puede incluir los dos a tres años postparto¹³. Además, también se incluyen en la SMP los períodos previos al embarazo, como el período pre-concepcional¹², especialmente en todas las mujeres con potencial deseo o posibilidad de embarazo que tengan un problema nuevo o pre-existente de salud mental^{9, 12}.

En algunos sistemas sanitarios y guías, como en Estados Unidos de Norteamérica (USA), a nivel de salud mental, se atiende sobre todo al periodo posparto, que se define también como el periodo comprendido entre el nacimiento y el primer año de vida¹⁴ pero en la mayoría de guías modernas ya se incluye el embarazo y hasta el segundo año de vida¹⁵. Además, se considera en algunas guías y protocolos que los términos "salud mental perinatal" ("Perinatal Mental Health") y "salud mental materna" ("Maternal mental health") son sinónimos^{14, 15}.

En castellano, según la Real Academia de la Lengua española (RAE), el término perinatal (del latín *peri-* y *-natal*) se refiere a lo que precede o sigue inmediatamente al nacimiento¹⁶, mientras que postparto o posparto /es sinónimo de puerperio, del latín *puerperium* o parto¹⁷. El puerperio es el período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación, sin especificar la RAE los tiempos concretos¹⁸. Es interesante tomar en cuenta que recientes autores estudiosos del estado emocional de madres y bebés en interrelación después del nacimiento, diferencian el posparto emocional como un periodo de duración poco precisa y que está determinado por la dependencia emocional entre la madre y su hijo¹⁹.

Algunos autores destacan como en inglés, el término perinatal, que proviene del latín ("*peri*" significa alrededor y "*natal*" se refiere al nacimiento), refieren, a veces se confunde con prenatal, que significa "antes" del nacimiento (o durante el embarazo)¹⁴.

En inglés, técnicamente el período perinatal es el periodo que va desde el inicio del parto hasta el restablecimiento de la normalidad del útero y los anexos maternos tras el alumbramiento del bebé²⁰, o bien se considera el término 'perinatal'

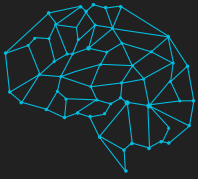
en medicina (un adjetivo) como 'el tiempo inmediatamente antes y después del nacimiento adjetivo de medicina relacionado con el tiempo, usualmente un número determinado de semanas, inmediatamente antes y después del nacimiento²¹. También se especifica en ocasiones como el adjetivo relacionado con el parto, o siendo el período alrededor del parto²²,²³, antes o pronto después²⁴ especialmente los cinco meses antes y un mes después del nacimiento²². Según O'Hara y Wisner, en inglés, el primer uso conocido del adjetivo perinatal fue en la década de los 40²⁵.

A efectos estadísticos, el cálculo de las tasas de mortalidad perinatal, se define como el total de muertes fetales tardías más las defunciones de menores de un año con menos de 7 días cumplidos de vida, de madres pertenecientes a un determinado ámbito por cada 1.000 nacidos (nacidos vivos más muertes fetales tardías) en dicho ámbito [26]. En inglés, también se denomina así al periodo de mortalidad perinatal que abarca desde la semana 28 de embarazo hasta el final de la primera semana de vida del recién nacido²⁰.

En general, y a nivel conceptual a veces hay cierta confusión del término perinatal con prenatal, postparto, postpartum, puerperal y postnatal. En inglés, el puerperio es el periodo de adaptación tras el parto durante el cual el sistema reproductor de la madre vuelve a su estado normal anterior al embarazo. Suele durar de seis a ocho semanas y finaliza con la primera ovulación y el retorno de la menstruación normal²⁷. Según la OMS, el período posnatal, definido aquí como el período que comienza inmediatamente después del nacimiento del bebé y se extiende hasta las seis semanas posteriores (42 días)²⁸. En castellano, el puerperio a nivel popular se denomina también "cuarentena" y es posible distinguir diferentes etapas. Sin embargo, se ha de diferenciar claramente el período puerperal (hasta las 6 u 8 semanas después del parto), del perinatal (antes y después del parto).

Igualmente, se ha de destacar que en diferentes guías y protocolos, por enfermedad mental perinatal ("**Perinatal mental ill-health**") se entiende un concepto más amplio, que incluye no solo las enfermedades mentales, sino cualquier trastorno de salud mental que afecte al estado de ánimo, el comportamiento, el bienestar emocional, social y mental general o las funciones cotidianas de una madre¹⁴ o una madre y un padre²⁹.

En este sentido, se ha de destacar como la mayoría de las guías más actuales han extendido la SMP desde únicamente atender a la madre (ej. 14), a tener en cuenta todo lo que



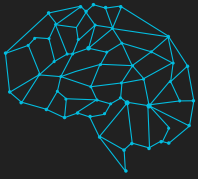
significa la SMP de la madre para la íntima, decisiva relación biológica y emocional con el bebé (y sus consecuencias para la Neonatología), pero también a su pareja co-parental¹². De hecho, hoy en día se considera que los servicios de SMP han de ofertar atención no sólo a la madre o futura madre, sino también a los padres y/o parejas^{8,10,12}. Así, la Marcé Society International ha desarrollado un Grupo de especial interés en los aspectos de la Salud Mental Perinatal de los Padres³⁰, y se aboga por la inclusión y desarrollo de la SMP de los padres ("Paternal Mental Health") dentro de la SMP en general³¹. Igualmente, desde la Marcé Society International, el Grupo de Interés Especial de Minorías Sexuales y de Género³² aboga por la inclusión de las minorías sexuales y de género en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales perinatales. De hecho, una visión más amplia aboga por una SMP de la familia, de todo el conjunto que representa la familia, mujeres, hombres, padres y madres diversos, hermanos y el contexto familiar. Como refiere la Dra. Payne, una SMP inclusiva y diversa, tanto en lo que respecta a la definición de a quién se aplica el periodo perinatal como a la definición de "familia", reuniendo diversos puntos de vista desde perspectivas culturales y geográficas³³. Todo lo anterior teniendo en consideración inicial principal y central a la madre y su hijo; entendiendo al resto de los implicados como parte de su contexto, el cual influirá de manera determinante en cómo se viva la maternidad, con sus propias características y necesidades. Por tanto la Salud Mental del entorno se considera de gran importancia e influencia, por lo que habría que abordarla para una atención integradora.

En esta dirección, un término relacionado de origen francés ("psyperinatalité"), es "Psiperinatal"^{34,35}, que también hace mención de la forma en que ha evolucionado la atención perinatal, que pasa de ocuparse de la parturienta y del bebé, a la mujer embarazada, al futuro padre, a la diada madre bebé y después a la triada, hasta llegar actualmente a la terapia de la familia entera estando aún el bebé in útero. En este sentido, Darchis (2020)³⁴ describe tres niveles de atención: un Primer nivel, de consideración del espacio psíquico del sujeto, en el que el interés recaía principalmente sobre los trastornos puerperales maternos después del nacimiento del bebé; un Segundo nivel, de acompañamiento de los vínculos, un Tercer nivel, de escucha de la crisis psíquica en la familia. El espacio intersubjetivo de los vínculos precoces había ido llamando la atención de los profesionales de la perinatalidad psíquica³⁴. De este modo, algunos precursores van a

desarrollar terapias conjuntas madre-bebé, y la escucha de la crisis psíquica en la familia³⁵.

La SMP Incluye a diferentes disciplinas y profesionales. Como disciplinas, especializaciones o supra-especializaciones, fundamentalmente incluye la psiquiatría (Psiquiatría Perinatal y la Psiquiatría Reproductiva) y la Psicología (Psicología Perinatal), pero como profesionales también incluye profesionales de otras ramas de la enfermería fundamentalmente de la enfermería obstétrica (matronas, parteras) y de la medicina (obstetras). También incluye profesionales desde las ciencias sociales, incluidos los profesionales del Trabajo Social, la Terapia ocupacional, o desde las psicoterapias, terapias mente-cuerpo y otras terapias. A nivel más especializado, incluye también la Salud Mental Reproductiva (ligada a las Técnicas de Reproducción Asistida) y la Psicofarmacología Perinatal. La ya citada Psiquiatría Reproductiva es un concepto también relacionado, pero no exactamente coincidente con el de SMP³⁶. La Psicología Perinatal también es un campo muy relevante³⁷. Desde sus comienzos, la SMP ha sido una disciplina eminentemente clínica, práctica, pero también ha tenido una vertiente investigadora y desde el activismo por los derechos sexuales y reproductivos de las madres y sus bebés.

Los componentes o "enfermedades" incluidas en el ámbito de acción de la SMP han ido también evolucionando (ampliándose) con el tiempo. Desde las primeras descripciones de las "psicosis puerperales" clásicas hasta las actuales clasificaciones internacionales. En general, las enfermedades mentales perinatales incluyen ("Perinatal mental illness") incluyen las más prevalentes durante el embarazo y el primer año postparto, como la depresión perinatal y los trastornos de ansiedad en el periodo perinatal, que incluyen una amplia gama de trastornos, entre ellos la ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos de pánico y de ansiedad social. También incluyen la grave psicosis posparto, muy relacionada con las complicaciones del trastorno bipolar perinatal ("postpartum mania"), y el famoso "Postpartum blues", "Baby blues" o tristeza posparto, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de personalidad ("borderline") o los trastornos por uso de sustancias durante el periodo perinatal y el suicidio (o riesgo de suicidio) perinatal^{25,38,39}. El duelo perinatal, especialmente el duelo complicado⁴⁰, así como los trastornos del vínculo perinatal⁴¹ también son una parte muy importante de los problemas de salud que atendemos en SMP.



Finalmente, a nivel conceptual hemos de considerar también la SMP como un concepto que incluya no sólo los aspectos de la salud desde un punto de vista negativo (ausencia de salud o enfermedad), como desde un punto de vista positivo, como bienestar mental. Hay un impulso reciente para redefinir la salud mental como una experiencia humana positiva, en la línea de la pionera Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), que define la "salud" como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"⁴². Esta definición vincula claramente el concepto de "salud" con el de "bienestar", destacando la importancia de examinar tanto los aspectos positivos como los negativos. Este marco conceptual se aleja del modelo biomédico que se centra fundamentalmente en los trastornos psiquiátricos, y reconoce todo el espectro de experiencias y emociones inherentes a la vida [9]. En este sentido, reconoce la salud mental perinatal como un estado de bienestar que permite a las personas conseguir todo su máximo potencial. También liga el concepto de la SMP a todo lo que constituyen los condicionantes sociales de la salud (y la enfermedad) y a las dimensiones sociales, espirituales y, por qué no decirlo, organizativas y políticas dentro de los sistemas de salud.

Los atributos que se ha utilizado para describir el "bienestar perinatal" son similares al de la SMP: (a) el periodo de tiempo que va desde antes y después del parto; (b) los elementos multidimensionales que incluyen: físicos, psicológicos, sociales, espirituales, económicos y ecológicos; y (c) una autoevaluación subjetiva cognitiva y/o afectiva de la vida. En todo caso, como destacan diversos autores, el concepto de "bienestar perinatal" es complejo y no necesariamente sin problemas, e implica la autoevaluación de varias dimensiones vitales interrelacionadas durante el periodo perinatal^{43, 44}.

Así, es de suma importancia incluir el término Matrescencia como componente fundamental de la Salud mental perinatal que se utiliza para describir el proceso físico, emocional, psicológico y social que experimenta una mujer al convertirse en madre, similar al proceso de transición que ocurre durante la adolescencia⁴⁵. El término Matrescencia tiene cuatro grandes sustentos científicos:

- La psicología y las neurociencias, a través de la reconfiguración cerebral, ya que diversos estudios neurocientíficos han demos-

trado que el cerebro de las madres experimenta cambios significativos durante el embarazo y el posparto⁴⁶.

- La transformación hormonal, ya que durante el embarazo y después del parto, las mujeres experimentan cambios hormonales drásticos, incluyendo fluctuaciones en el estrógeno, la progesterona, la oxitocina y la prolactina. Estos cambios influyen no solo en el cuerpo, sino también en la regulación emocional y la vinculación madre-bebé⁴⁷.
- La psicología evolutiva, en virtud de que muchas madres describen una sensación de pérdida de la identidad previa, acompañada de una reconstrucción gradual de quiénes son como personas y madres.
- Y por último la Antropología, ya que la experiencia de la maternidad es influenciada tanto por factores biológicos como por contextos culturales y sociales. El grado en que una mujer recibe apoyo, tanto emocional como comunitario, afecta significativamente su experiencia de esta transición.

La salud mental perinatal está intrínsecamente ligada a la salud física y es una parte fundamental para poder vivir plenamente y poder ejercer autónomamente todos nuestros derechos y capacidades diversas. Una visión positiva de la SMP es también un paso crucial para replantear la narrativa y re-orientar las inversiones necesarias para alcanzar los objetivos globales de bienestar, seguridad y crecimiento de las personas durante el embarazo y después del nacimiento⁹, en una perspectiva global mundial.

Con la intención de capturar los aspectos clave de la Salud Mental Perinatal antes mencionados y proporcionar un marco comprensivo para su entendimiento y abordaje; proponemos la siguiente definición:

"La salud mental perinatal es el estado de bienestar emocional, psicológico y social de las madres durante el embarazo y al menos el primer año después del parto. Incluye tanto el mantenimiento de un equilibrio emocional positivo y adaptativo, como la gestión de trastornos mentales sobrevenidos o bien previos, y los trastornos mentales específicos de este periodo. Este concepto abarca el impacto en el desarrollo del bebé, la necesidad de un enfoque multidisciplinario para la prevención y tratamiento, y la consideración de factores culturales y contextuales que pueden influir en la salud mental de la madre. Un cuidado integral y el apoyo adecuado son fundamentales para promover una experiencia perinatal saludable para la madre, el bebé, el padre o pareja y su familia".



¿WHAT IS PERINATAL MENTAL HEALTH?

In order to provide a comprehensible definition of perinatal mental health (PMH), we will try to set out as clearly and accurately as possible the generic and differential characteristics of the concept. To this end, we will take a multidimensional approach based on different parameters, questions or axes. On the one hand, we will make a brief historical approach (why are we here?), on the other, a conceptual approach (what is it?), a temporal approach (what period of human life does it include?) and finally, an approach of content, of elements (what does it include?). In parallel, we will make a basic demarcation with respect to other synonymous or related concepts. And finally our proposal.

The origins of perinatal mental health (PMH) are to be found in the classic definitions of puerperal mental disorders, reflected by multiple reviews of classic books and especially in the work of the French Louise Victor Marcé¹. However, as such, perinatal mental health began in England shortly before the 1980s, through the meetings of several clinicians and researchers, including notably Channi Kumar, Ian Brockington and James Hamilton. They all came from different disciplines and professions and came up with the idea of creating a scientific society aimed at improving the understanding, prevention and treatment of maternity-related mental disorders²⁻⁴. This Society is what is known today as the *International Marcé Society for Perinatal Mental Health*⁵.

PMH is the discipline that addresses and deals with perinatal mental health problems, and not only with illnesses. At the temporal level, the perinatal period traditionally refers (in the late 20th and early 21st century) to the duration of pregnancy and the year after birth⁶. According to the World Health Organisation (WHO), the British National Institute of Health (NIH) and other local and global health systems and organisations, perinatal mental health problems (PMH) are those that occur during pregnancy or in the first year after the birth of a child⁶⁻⁹.

However, mental health problems during the perinatal period may appear during the perinatal period (de novo), or represent a decompensation of an existing process or problem⁹. Therefore, specific or specialised interventions are also targeted at women and pregnant women with the presence of supervening symptoms and those with a history of mental health problems and/or treatment⁶.

Subsequently the concept has been extended in time, as in the UK and other countries with public health systems and funded PMS schemes, longer postpartum periods are included, up to 24 months postpartum¹⁰⁻¹² and in some respects may even include 2 to 3 years postpartum¹³. In addition, pre-pregnancy periods, such as the pre-conception period, are also included in PMH¹², especially in all women with a potential desire or possibility of pregnancy who have a new or pre-existing mental health problem^{9,12}.

In some health systems and guidelines, such as in the United States of America (USA), mental health is primarily concerned with the postpartum period, which is also defined as the period between birth and the first year of life¹⁴, but most modern guidelines now include pregnancy and up to the second year of life¹⁵. In addition, the terms 'perinatal mental health' and 'maternal mental health' are considered synonymous in some guidelines and protocols^{14,15}.

In Spanish, according to the Royal Academy of the Spanish Language (RAE), the term perinatal (from the Latin peri- and -natal) refers to what immediately precedes or follows birth¹⁶, while postpartum or postpartum / is synonymous with puerperium, from the Latin puerperium or childbirth¹⁷. The puerperium is the period from delivery until the woman returns to her ordinary pre-pregnancy state, without the RAE specifying specific times¹⁸. It is interesting to note that recent authors who have studied the emotional state of mothers and babies in interrelation after birth, differentiate the emotional postpartum as a period of uncertain duration and which is determined by the emotional dependence between mother and child¹⁹.

Some authors note how in English, the term perinatal, which comes from Latin ('peri' means around and 'natal' refers to birth), is sometimes confused with prenatal, which means 'before' birth (or during pregnancy)¹⁴.

In English, technically the perinatal period is the period from the onset of labour to the restoration of the uterus and maternal adnexa to normal after delivery of the baby²⁰, or the term 'perinatal' in medicine (an adjective) is considered to be 'the time immediately before and after birth adjective in medicine relating to the time, usually a specified number of weeks, immediately before and after birth²¹. It is also sometimes specified as the adjective related to childbirth, or being the period around childbirth^{22,23}, before or soon after²⁴ especially the five months before and one month after birth²². According to O'Hara and Wisner, in English, the first known use of the adjective perinatal was in the 1940s²⁵.



For statistical purposes, the calculation of perinatal mortality rates is defined as the total number of late foetal deaths plus deaths of infants less than 7 days old of mothers in a given setting per 1,000 births (live births plus late foetal deaths) in that setting²⁶. The period of perinatal mortality from the 28th week of pregnancy to the end of the first week of life of the newborn is also referred to as perinatal mortality²⁰.

In general, and at a conceptual level, there is sometimes some confusion of the term perinatal with prenatal, postpartum, postpartum, puerperal and postnatal. In English, the puerperium is the period of adjustment after childbirth during which the mother's reproductive system returns to its normal pre-pregnancy state. It usually lasts six to eight weeks and ends with the first ovulation and the return of normal menstruation²⁷. According to the WHO, the postnatal period, defined here as the period beginning immediately after the birth of the baby and extending up to six weeks thereafter (42 days) [28]. In English, the puerperium is also popularly referred to as 'quarantine' and different stages can be distinguished. However, the puerperal period (up to 6-8 weeks after birth) must be clearly differentiated from the perinatal period (before and after birth).

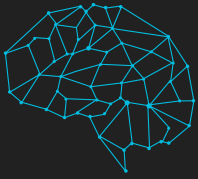
It should also be noted that in different guidelines and protocols, perinatal mental ill-health is understood as a broader concept, which includes not only mental illness, but any mental health disorder that affects the mood, behaviour, general emotional, social and mental well-being or daily functioning of a mother¹⁴ or a mother and father²⁹.

In this sense, it has been highlighted how most current guidelines have extended PMH from only attending the mother (e.g. 14), to take into account all that the mother's PMH means for the intimate, decisive biological and emotional relationship with the baby (and its consequences for Neonatology), but also for her co-parental partner¹². In fact, it is nowadays considered that PMH services should offer care not only to the mother or mother-to-be, but also to the fathers and/or partners^{8,10,12}. In fact, the Marcé Society International has developed a Special Interest Group on aspects of Perinatal Parental Mental Health [30], and advocates the inclusion and development of Paternal Mental Health within PMH in general³¹. Similarly, from the Marcé Society International, the Sexual and Gender Minorities Special Interest Group³² advocates for the inclusion of sexual and gender minorities in the study and treatment of perinatal mental illness. Indeed, a broader view advocates for an PMH of the family, of the whole

family, women, men, diverse fathers and mothers, siblings and the family context. As Dr. Payne refers, an inclusive and diverse PMH, both in terms of the definition of who the perinatal period applies to and the definition of 'family', bringing together diverse viewpoints from cultural and geographical perspectives³³. All of the above, with the mother and her child as the main and central initial consideration; understanding the rest of those involved as part of their context, which will have a determining influence on how motherhood is experienced, with its own characteristics and needs. Therefore, the mental health of the environment is considered to be of great importance and influence, which is why it should be addressed in order to provide integrated care.

In this direction, a related term of French origin ('psyperinatalité'), is 'Psiperinatal'^{34,35}, which also refers to the way in which perinatal care has evolved, from dealing with the parturient and the baby, to the pregnant woman, the future father, the mother-baby dyad and then the triad, to nowadays the therapy of the whole family while the baby is still in utero. In this sense, Darchis (2020)³⁴ describes three levels of care: a first level of consideration of the psychic space of the subject, in which the focus was mainly on maternal puerperal disorders after the birth of the baby; a second level of support for bonds; a third level of listening to the psychic crisis in the family. The intersubjective space of early bonds had been attracting the attention of professionals in the field of psychic perinatal care³⁴. Thus, some precursors developed joint mother-baby therapies, and listening to the psychic crisis in the family³⁵.

The PMH includes different disciplines and professionals. As disciplines, specialisations or supra-specialisations, it mainly includes psychiatry (Perinatal Psychiatry and Reproductive Psychiatry) and Psychology (Perinatal Psychology), but as professionals it also includes professionals from other branches of nursing, mainly obstetric nursing (midwives, midwives) and medicine (obstetricians). It also includes professionals from the social sciences, including professionals from social work, occupational therapy, psychotherapies, mind-body therapies and other therapies. At a more specialised level, it also includes Reproductive Mental Health (linked to Assisted Reproduction Techniques) and Perinatal Psychopharmacology. The aforementioned Reproductive Psychiatry is a concept also related to, but not exactly coinciding with, that of PMH³⁶. Perinatal Psychology is also a very relevant field³⁷. From its beginnings, PMH has



been an eminently clinical, practical discipline, but it has also had a research and activist aspect in favour of the sexual and reproductive rights of mothers and their babies.

The components or 'illnesses' within the scope of the PMH have also evolved (expanded) over time. From the early descriptions of classical 'puerperal psychoses' to the current international classifications. In general, perinatal mental illnesses include those most prevalent during pregnancy and the first postpartum year, such as perinatal depression and anxiety disorders in the perinatal period [38]. These perinatal anxiety disorders include a wide range of disorders, including generalised anxiety, obsessive-compulsive disorders, panic disorders and social anxiety disorders. They also include severe postpartum psychosis, closely related to the complications of perinatal bipolar disorder ('postpartum mania'), and the famous 'postpartum blues', 'baby blues' or postpartum sadness, post-traumatic stress disorder, borderline personality disorder or substance use disorders during the perinatal period and perinatal suicide (or suicide risk)^{25,38,39}. Perinatal bereavement, especially complicated bereavement⁴⁰, as well as perinatal attachment disorders⁴¹ are also a very important part of the health problems we care for in PMH.

Finally, at a conceptual level we also need to consider PMH as a concept that includes not only aspects of health from a negative point of view (absence of health or illness), but also from a positive point of view, as mental well-being. There is a recent push to redefine mental health as a positive human experience, along the lines of the pioneering Constitution of the World Health Organisation (1946), which defines 'health' as 'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'⁴². This definition clearly links the concept of 'health' with that of 'well-being', emphasising the importance of examining both positive and negative aspects. This conceptual framework moves away from the biomedical model that focuses primarily on psychiatric disorders, and recognises the full spectrum of experiences and emotions inherent in life⁹. In this sense, it recognises perinatal mental health as a state of well-being that enables people to achieve their full potential. It also links the concept of PMH to all that constitutes the social determinants of health (and illness) and to the social, spiritual and, why not, organisational and political dimensions within health systems.

The attributes that have been used to describe 'perinatal well-being' are similar to those of the PMH: (a) the time

period before and after birth; (b) multidimensional elements including: physical, psychological, social, spiritual, economic and ecological; and (c) a subjective cognitive and/or affective self-assessment of life. In any case, as highlighted by several authors, the concept of 'perinatal well-being' is complex and not necessarily unproblematic, and involves the self-assessment of several interrelated life dimensions during the perinatal period^{43,44}.

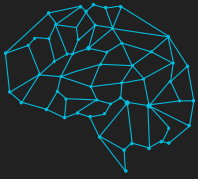
Thus, it is of utmost importance to include the term Matrescence as a fundamental component of Perinatal Mental Health that is used to describe the physical, emotional, psychological and social process that a woman experiences when becoming a mother, similar to the transition process that occurs during adolescence⁴⁵. The term Matrescence has four main scientific underpinnings:

- Psychology and neuroscience, through brain rewiring, as several neuroscientific studies have shown that mothers' brains undergo significant changes during pregnancy and postpartum⁴⁶.
- Hormonal transformation, as during pregnancy and after childbirth, women experience dramatic hormonal changes, including fluctuations in oestrogen, progesterone, oxytocin and prolactin. These changes influence not only the body, but also emotional regulation and mother-baby bonding⁴⁷.
- Developmental psychology, in that many mothers describe a sense of loss of previous identity, accompanied by a gradual reconstruction of who they are as people and mothers.
- And finally anthropology, as the experience of motherhood is influenced by biological factors as well as cultural and social contexts. The degree to which a woman receives support, both emotional and communal, significantly affects her experience of this transition.

Perinatal mental health is intrinsically linked to physical health and is a fundamental part of being able to live fully and autonomously exercise all our rights and diverse capacities. A positive view of PMH is also a crucial step in reframing the narrative and refocusing the investments needed to achieve the global goals of well-being, safety and growth of people during pregnancy and after birth⁹, in a global, worldwide perspective.

In order to capture the key aspects of Perinatal Mental Health mentioned above and to provide a comprehensive framework for understanding and addressing it, we propose the following definition:

'Perinatal mental health is the state of emotional, psychological and social well-being of mothers during pregnancy



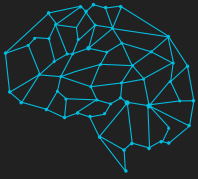
¿Qué es la Salud Mental Perinatal?

G. Santaella, J. Cobo

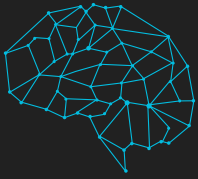
and at least the first year after childbirth. It includes both the maintenance of a positive and adaptive emotional balance, and the management of existing or pre-existing mental disorders, and mental disorders specific to this period. This concept encompasses the impact on the baby's development, the need for a multidisciplinary approach to prevention and treatment, and consideration of cultural and contextual factors that may influence the mother's mental health. Comprehensive care and appropriate support are essential to promote a healthy perinatal experience for the mother, the baby, the father or partner and their family'.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcé, L.V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris: JB Baillière et fils; 1858, 394 pp. Recuperado el 03/08/24 de: <https://archive.org/details/traitedelafoli00marc/page/348/mode/2up>
2. Glangeaud-Freudenthal, N.C. (2016). *History of the Marcé Society (1980-2016)*, update 2016 by Nine Glangeaud. Recuperado el 02/08/24 de: https://marcesociety.com/wp-content/uploads/2013/11/Marce-Society-History-1980-2016_nine_1September2016.pdf
3. Glangeaud-Freudenthal, N.C. (2003). Channi Kumar and the History of the Marcé Society. *Arch Womens Ment Health* 6 (Suppl 2), s79–s82. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0002-z>
4. Segre, L.S. (2021). Fortieth anniversary of the International Marcé Society for Perinatal Mental Health: innovations in research, policy, and clinical care. *Arch Womens Ment Health* 24, 797. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01168-7>
5. <https://marcesociety.com/>
6. World Health Organization (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization. Recuperado el 03/08/24 de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf?sequence=1>
7. National Health System. *Perinatal Mental Health*. Recuperado el 02/08/24 de: [https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/#:~:text=Perinatal%20mental%20health%20\(PMH\)%20problems,a%20wide%20range%20of%20conditions.](https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/#:~:text=Perinatal%20mental%20health%20(PMH)%20problems,a%20wide%20range%20of%20conditions.)
8. Centre of Perinatal Excellence (COPE) (2017). *Mental Health Care in the Perinatal Period*. Australian Clinical Practice Guideline October 2017. Recuperado el 03/08/24 de: <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>
9. Pla de Salut Mental Perinatal (2024). *Generalitat de Catalunya*. Pendiente de publicación.
10. NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24, July 2019. Recuperado el 02/08/24 de: <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf>
11. <https://stpsupport.nice.org.uk/perinatal-mental-health/index.html>
12. NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* Clinical guideline Published: 17 December 2014. Last updated: 11 February 2020. Recuperada el 03/08/24 de: www.nice.org.uk/guidance/cg192
13. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. *Perinatal mental health services*. Recuperado el 03/08/24 de: <https://www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/perinatal-mental-health-services>
14. The Policy Center for Maternal Mental Health. Recuperado el 03/08/24 de: <https://www.2020mom.org/mmh-disorders#:~:text=Maternal%20mental%20health%20refers%20to,and%20for%20the%20postpartum%20period.>
15. Maternal Mental Health Alliance. Recuperado el 03/08/24 de: <https://maternalmentalhealthalliance.org/about-maternal-mental-health/>
16. Real Academia Española de la Lengua. Recuperado el 03/08/24 de: <https://dle.rae.es/perinatal?m=form>
17. Real Academia Española de la Lengua. Recuperado el 03/08/24 de: <https://dle.rae.es/posparto?m=form>
18. Real Academia Española de la Lengua. Recuperado el 03/08/24 de: <https://dle.rae.es/puerperio>
19. Ramírez Matos, E. (2020). *Psicología del Postparto*. Madrid, Editorial Síntesis.
20. *A Dictionary of Public Health*. Oxford University Press, Oxford, 2007.
21. *Oxford Dictionary of English*. Oxford University Press, Oxford, 2010.
22. *The American Heritage Dictionary of the English Language*, 2022. Recuperado el 03/08/24 de: <https://www.ahdictionary.com/word/search.html?q=perinatal>
23. Merriam-Webster.com Dictionary. Recuperado el 03/08/24 de: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/perinatal>.
24. *Cambridge Advanced Learner's Dictionary*. Recuperado el 03/08/24 de: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/perinatal>
25. O'Hara, M.W., & Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):3-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002.
26. Instituto Nacional de Estadística (2023). *Indicadores Demográficos Básicos. Metodología*. Madrid, noviembre 2023. Recuperado el 14/08/24 de: https://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf
27. *Encyclopædia Britannica* (2024). Recuperado el 03/08/24 de: <https://www.britannica.com/science/puerperium>
28. *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2022. Recuperado el 03/08/24 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589456/#:~:text=El%20per%C3%ADodo%20posnatal%2C%20definido%20aqu%C3%AD,los%20cuidadores%20y%20las%20familias.>
29. PANDA - Perinatal Anxiety & Depression Australia. Recuperado el 03/08/24 de: <https://panda.org.au/articles/what-is-perinatal-mental-ill-health/>
30. The Fathers Special Interest Group. Recuperado el 04/08/24 de: <https://marcesociety.com/fathers-sig/>
31. Fisher, S. D., Cobo, J., Figueiredo, B., Fletcher, R., Garfield, C. F., Hanley, J., ... & Singley, D. B. (2021). Expanding the international conversation with fathers' mental health: Toward an era of inclusion in perinatal research and practice. *Archives of Women's Mental Health*, 24(5), 841-848. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-021-01171-y>
32. The Sexual and Gender Minorities Special Interest Group. Recuperado el 04/08/24 de: <https://marcesociety.com/home-2/sexual-and-gender-minorities/>
33. Payne, J. (2024). <https://marceconference2024.com/index.html#Intro>
34. Darchis E. (2020). *Évolution des pratiques dans l'histoire d'un réseau en psiperinatalité, des années 1970 à nos jours*. En: Collomb N, Dugnat M,



- Poinso F, directores. Soigner ensemble en psyperinatalité. Montfaver-Avignon, France: En acte(s). p. 45-64. Disponible en: <https://arip.fr/wp-content/uploads/Soigner-Ensemble-en-Psyperinatalite%CC%81-nume%C-C%81rique-De%CC%81but-1.pdf>
35. Palau Subiela, P. (2021) Las Unidades Madre-Bebé / Padres-Bebé en Europa y las Redes Psiperinatales. *Naciendo: Revista Española de Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil*, 1(1), 177-191.
 36. Payne, J. L. (2019). Reproductive psychiatry: giving birth to a new subspecialty. *International Review of Psychiatry*, 31(3), 207-209. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1579991>
 37. Wenzel, Amy (ed.). *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*, Oxford Library of Psychology (2016; online edn, Oxford Academic, 13 Jan. 2014). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199778072.001.0001>, accessed 4 Aug. 2024.
 38. Mental Health Technology Transfer Center (MHTTC) Network. Recuperado el 04/08/24 de: <https://mhttcnetwork.org/perinatal-mental-health/>
 39. American College of Obstetricians and Gynecologists. Summary of Perinatal Mental Health Conditions. Recuperado el 04/08/24 de: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/forms/perinatal-mental-health-toolkit/summary-of-perinatal-mental-health-conditions.pdf>
 40. Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2): 187-194. doi: 10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting
 41. Klier, C.M., & Muzik, M. (2004). Mother-infant bonding disorders and use of Parental Bonding Questionnaire in clinical practice. *World Psychiatry*, 3(2): 102-103.
 42. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100), and entered into force on 7 April 1948. Amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies (resolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23) came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005 respectively and are incorporated in the present text. Recuperado el 04/08/24 de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
 43. Allan, C., Carrick-Sen, D., & Martin, C. R. (2013). What is perinatal well-being? A concept analysis and review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(4), 381-398. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791920>
 44. Wadehul, F., Glover, L., & Jomeen, J. (2020). Conceptualising women's perinatal well-being: A systematic review of theoretical discussions. *Midwifery*. 2020 Feb;81:102598. doi: 10.1016/j.midw.2019.102598.
 45. Athan, A.M. (2024). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1364845>
 46. Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J.C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E.A., Ballesteros, A., Carmona, S., Vilarroya, O. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci*. 2017 Feb;20(2):287-296. doi: 10.1038/nn.4458. Epub 2016 Dec 19.
 47. Feldman, R., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2017). Oxytocin: A parenting hormone. *Current Opinion in Psychology*, 15, 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.02.011>



ABSTRACTS DE SIMPOSIOS Y CONGRESOS

RECOPIACIÓN DE ABSTRACTS DE LAS COMUNICACIONES DEL VII SIMPOSIO DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA, 2024

VII SYMPOSIUM ON PSYCHOSOMATICS AND PSYCHIATRY 2024. COMMUNICATION / ABSTRACTS

PRESENTACIÓN

Laura Ros

Secretaría científica; Psiquiatra. Hospital Universitari Mutua de Terrassa

El Simposio fue organizado por Sociedad Española de Medicina Psicosomática, la Societat Catalana de Psiquiatria y la Sociedad Española de Salud Mental Perinatal y coordinado por J.M. Farré, J.A. Monreal y G. Parramon.

Como en ediciones anteriores, un componente muy importante del VII Simposio de Psicosomática y Psiquiatria que se celebró el pasado 11 de octubre del 2024, fueron las comunicaciones orales presentadas y la elevada calidad de las mismas.

El Comité Científico compuesto por Jesús Artal, Jordi Blanch, Ricardo Campos, Carlos Chiclana, Ignacio Gómez Reino, Francisco Gotor, Gracia Lasheras, Juan Carlos Marco, Fernando Martínez Pintor, Antonio Serrano, se vio en la siempre difícil tarea de seleccionar las comunicaciones que

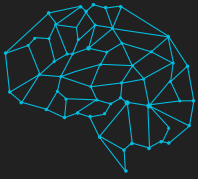
se presentarían y que se publicarían en la próxima edición de la revista de Psicosomática y Psiquiatria.

Somos conscientes de la dificultad actual que existe para compatibilizar la actividad diaria con la investigación y agradecemos enormemente la colaboración de los investigadores ya que sin ellos el Simposio perdería una parte importante de su esencia.

Las comunicaciones orales fueron valoradas por un jurado compuesto por: Javier Labad (presidente), Miquel Agulló (vicepresidente), Rosa Ayesa, Eva Bailles, Gemma Español, D Esther Gómez y Laura Torres como vocales y Laura Ros (secretaria).

Se evaluó la metodología, interés y novedad de cada trabajo, así como la presentación oral de cada uno de ellos. Al final de la jornada, se otorgaron premios a las tres mejores comunicaciones orales:

1er premio Premio Antonio Colodrón: Proyecto VR-Avatar para el tratamiento de alucinaciones resistentes en per-



sonas con esquizofrenia: impacto en la cognición, cognición social y metacognición. M. Peniza y colaboradores. Grupo MERITT, Instituto de Investigación Sant Joan de Déu, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

2º premio Premio Santiago Montserrat Esteve: Caracterización de la conducta agresiva en la cohorte ABCD. B. Solé y colaboradores. 1 Institut de Neurociències, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España, 2 Departament de Psicobiologia i Metodologia de Ciències de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, 3 Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España, 4 Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i d'Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Es, 5 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España, 6 Departament de Salut Mental, Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, España.

3er premio: Estudio multicéntrico; Variación de parámetros inflamatorios en pacientes con patología psiquiátrica por covid persistente después de tratamiento antidepressivo. M. Menendez y colaboradores. Complejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Psiquiatría.

A continuación, se encuentran los resúmenes de las comunicaciones orales y escritas seleccionadas para esta edición del Simposio.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310900>

PROYECTO VR-AVATAR PARA EL TRATAMIENTO DE ALUCINACIONES RESISTENTES EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: IMPACTO EN LA COGNICIÓN, COGNICIÓN SOCIAL Y METACOGNICIÓN

Peniza, M.^{1,2}; Diaz-Cutraró, L.^{1,2}; Birulés, I.²; Cardona, G.²; Jané, C.²; Pelaez, T.²; Ochoa, S.^{1,2,3}

1Grupo MERITT, Instituto de Investigación Sant Joan de Déu; 2Parc Sanitari Sant Joan de Déu; 3Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

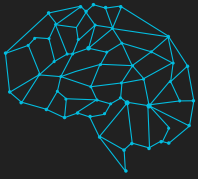
La terapia VR-Avatar, que combina realidad virtual e intervenciones psicoterapéuticas, emerge como un tratamiento innovador para personas con alucinaciones auditivas resistentes. Permite a los pacientes dialogar con un avatar que personifica sus voces, reduciendo el malestar emocional y mejorando su afrontamiento. El estudio evalúa el impacto en las alucinaciones, cognición, metacognición y cognición social, así como el papel del trauma en la vulnerabilidad y el mantenimiento de síntomas psicóticos, evaluando su relación con la respuesta al tratamiento.

Objetivos: Evaluar la eficacia de VR-Avatar en la reducción de la frecuencia e intensidad de las alucinaciones, y explorar las relaciones con los eventos traumáticos, la cognición, metacognición y cognición social.

Metodología: Este estudio multicéntrico de dos años, con participación de España, Hungría y Polonia, es pionero en incluir personas de habla hispana. Utiliza un diseño controlado por lista de espera, con siete sesiones dirigidas por psicoterapeutas formadas en la intervención. Las evaluaciones incluirán escalas que midan alucinaciones, metacognición, cognición y trauma.

Resultados esperados: Se espera una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de las alucinaciones, siendo más significativas en pacientes con vivencias traumáticas, junto con mejoras en cognición, metacognición y cognición social. Además, se prevé una correlación positiva entre estas mejoras y el bienestar de los participantes.

Conclusión: Es el primer estudio aplicado a personas de habla hispana y catalana y uno de los pocos multicéntricos a nivel mundial. Su innovación en el enfoque y población lo convierte en un aporte valioso para el avance de tratamientos para la esquizofrenia resistente.



A esta presentación se le otorgó el 1º premio "Antonio Colodrón" de las Comunicaciones Libres del VII Simposio de Psicología y Psiquiatría AÑO 2024

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicomPsiquiatrium310902>

CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA AGRESIVA EN LA COHORTE ABCD

Bernat Soley Mateu^{1,3,5}; Anastasya Ivanova Serokhivostova^{1,3}; Albert Bonillo Martín^{1,2}; Silvia Fuentes García^{1,2}; David Quevedo Barber^{1,2,3}; Sebastián Fernández Ortiz^{1,2,3}; Eva Penelo Werner²; Montserrat Pamias Massana^{3,5,6}; Diego José Palao Vidal^{3,5,6}; Antonio Armario García^{1,4,5}; Beatriz Molinuevo Alonso^{1,3}; Roser Nadal Alemany^{1,2,5}

¹Institut de Neurociències, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España; ²Departament de Psicobiologia i Metodologia de Ciències de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona; ³Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España; ⁴Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i d'Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Es; ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España; ⁶Departament de Salut Mental, Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, España

La conducta agresiva (CA) infantil se ha visto asociada a problemas sociales y académicos, así como a distintas psicopatologías y rasgos temperamentales desadaptativos. Aun así, los datos en población infantil general teniendo en cuenta las diferencias de género son escasos. A través de una muestra de 852 niños y niñas que cursan 1º de primaria que pertenecen a la cohorte ABCD, hemos estudiado: a) los niveles de agresividad (reactiva (AgR) i proactiva (AgP)) en población general, b) las diferencias de sexo en dichas variables, c) los perfiles latentes en base a las puntuaciones de CA mediante un análisis de clases latentes (LPA), y d) cómo estos subgrupos difieren en otros aspectos demográficos y de bienestar emocional. Las diferencias de medias muestran que los niños obtienen puntuaciones más altas que las niñas en AgR, según ambos informantes (progenitores/as y profesorado). Los niños también presentan mayor AgP que las niñas según los progenitores, pero no según el profesorado. En ambos sexos se seleccionó el modelo LPA de 3 clases latentes: agresividad general baja, moderada y alta,

sin existir diferencias según el tipo de CA. El ser niño y que sus progenitores tengan menos estudios se asocia a mayor puntuación de CA. Las clases con más CA también muestran más rasgos psicopáticos, síntomas emocionales, problemas de conducta y problemas con los iguales, a la vez que una disminución de la conducta prosocial. La caracterización de tipologías de CA nos permitirá diseñar estrategias preventivas y terapéuticas más individualizadas.

A esta presentación se le otorgó el 2º premio "Santiago Montserrat Esteve" de las Comunicaciones Libres del VII Simposio de Psicología y Psiquiatría año 2024

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicomPsiquiatrium310920>

VARIACIÓN DE PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA POR COVID PERSISTENTE DESPUÉS DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Maria Menéndez Muñoz¹; Antonio Serrano García¹; Elsa López Bardón¹; Pedro Fernández Perea¹; Yeray Barrera García¹

¹Complejo Asistencial Universitario de León, Servicio de Psiquiatría

El NLR, PLR y el índice de inmunidad-inflamación (IIS) pueden indicar la gravedad en pacientes con COVID, depresión o trastorno bipolar maníaco.

Este estudio retrospectivo examinó cómo estos parámetros se relacionan con la evolución de los síntomas del COVID persistente y si su disminución está vinculada a características epidemiológicas o puntuaciones en escalas clínicas. Recogimos el sexo, nivel académico, hospitalización, situación laboral, IMC y edad de 47 pacientes. Calculamos los valores de NLR, PLR e IIS antes y tres meses (+/- 1 mes) después de iniciar tratamiento antidepresivo. Los pacientes también completaron escalas como TAS-20, Depresión de ZUNG, SCI (inventario de sensibilización central), EuroQoL-5D y una escala de síntomas de COVID persistente.

Los valores medios y desviaciones estándar de NLR, PLR e IIS antes del tratamiento fueron 1.68 ±0.64, 110.95 ±30.58 y 378,929.40 ±136,829.74, respectivamente, y a los tres meses fueron 1.70 ±0.75, 112.79±33.35 y 398,330.28 ±188,154.58.



La escala de depresión Zung indicó depresión grave, y el SCI mostró niveles extremos. Se encontró una correlación positiva significativa entre IIS y SCI ($p=0.008$), así como entre SCI y NLR ($p=0.011$). El IIS mostró una disminución significativa ($p=0.045$) en los pacientes con mejoría clínica.

La correlación entre el índice de sensibilización central y el IIS sugiere que este último podría usarse para monitorizar la respuesta al tratamiento. La disminución del índice en pacientes que mejoran clínicamente apoya su uso en el seguimiento del tratamiento.

A esta presentación se le otorgó el 3r premio de las Comunicaciones Libres del VII Simposio de Psicología y Psiquiatría año 2024.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicomPsiquiarnum310904>

EVALUACIÓN DEL ESTADO METABÓLICO-NUTRICIONAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA Y BAJO PESO CORPORAL

Marina Adrados Pérez¹; Alba Navarrete Briansó¹; Noemí Prieto Borrull¹; Mar Vidal Casado¹; Amaya García Domínguez¹; Albert Feliu Rovira²; Vanessa Sánchez Gistau¹; Núria Amigó⁵; José Manuel Siurana³; Paula Sol Ventura³

¹Hospital Universitari Institut Pere Mata; ²Hospital Universitari Sant Joan de Reus; ³Hospital HM Nens de Barcelona; ⁴Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón; ⁵Laboratorio Biosfer Tesla

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la Anorexia Nerviosa (AN), son afecciones psiquiátricas que pueden tener graves repercusiones en la salud, afectando sistemas como el cardiovascular y el endocrino. Los pacientes con AN suelen tener un perfil metabólico alterado, con niveles elevados de colesterol que aumentan el riesgo cardiovascular. Hay escasos estudios que analicen el perfil de lipoproteínas y aminoácidos en estos pacientes, a pesar de su relevancia en la salud metabólica y la síntesis de neurotransmisores.

Objetivo: El objetivo del estudio es evaluar el perfil metabólico-nutricional en adolescentes con AN y bajo peso comparado con aquellos con normopeso y obesidad, utilizando

un análisis de lípidos y aminoácidos. Se busca determinar la relación entre el perfil metabólico-nutricional y la afectación cardíaca, así como los cambios en el estado metabólico durante el seguimiento para comprender mejor el impacto de la desnutrición y la dieta restrictiva en la salud cardiovascular, para mejorar su diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos: Estudio multicéntrico iniciado en 2018 con un grupo de adolescentes con obesidad severa y controles sanos con normopeso y continua desde 2023 con datos de adolescentes con AN y bajo peso y la ampliación del grupo control. La duración estimada es de 2 años. Los estudios realizados son: anamnesis, examen físico, recogida de datos antropométricos; análisis de sangre; ecocardiografía-doppler color estructural y funcional; pruebas de función vascular.

Resultados y conclusiones: Se trata de un estudio en fase de recogida de muestra por lo que todavía no se han obtenido resultados.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicomPsiquiarnum310901>

MEJORA DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA (FR) A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN INMERSIVA EN REALIDAD VIRTUAL (RV): ES IMPORTANTE EL GÉNERO?

Miquel Alabèrnia-Segura^{1,2}; Sonia Lorente Sánchez²; Danielle Mullins²; Alba Garcia i Monzó²; Guillem Feixas²

¹Hospital Universitari Vall d'Hebrón; ²Universitat de Barcelona

Introducción: La FR es clave en la mentalización, permitiendo reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos, y es fundamental en intervenciones preventivas para la salud mental. También se ha planteado como diana terapéutica, por ejemplo, en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Objetivo: Evaluar los efectos de una intervención basada en RV sobre la mejora de la FR en jóvenes sanos y explorar posibles diferencias de género.

Métodos: Más de 50 participantes realizaron una intervención inmersiva para explorar la identidad personal mediante la técnica de rejilla, visualizada en RV. La FR se midió con la escala FR-8 ($\alpha = 0.76$) antes y después de la inter-



vinción. Se realizaron pruebas T para muestras apareadas, evaluando diferencias globales y de género.

Resultados: La FR disminuyó sin alcanzar significación estadística en la muestra global, con una media pre-intervención de 27.6 (SD = 8.2) y post-intervención de 26.1 (SD = 8.5). En mujeres, la reducción fue significativa ($p < 0.01$), pasando de 28.2 (SD = 7.0) a 25.7 (SD = 8.2), con un tamaño del efecto moderado ($d = -0.52$). En hombres, no se encontraron cambios significativos ($d = 0.04$).

Conclusión: Los resultados sugieren que la intervención inmersiva en RV es prometedora para mejorar la FR, especialmente en mujeres. Las diferencias entre géneros subrayan la necesidad de explorar los factores que influyen en la respuesta a este tipo de intervenciones, abriendo nuevas vías para desarrollar enfoques personalizados.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum310915>

AFECTACIÓ DEL DESENVOLUPAMENT SOCIAL DE LES NENES I ELS NENS QUE PRESENTEN PROBLEMES EMOCIONALS O CONDUCTUALS A LA COHORT ABCD.

Aparicio Muñoz, Mariona¹; Anastasya Ivanova-Serokhivostova²; Sebastián Fernández-Ortiz³; David Quevedo-Barber⁴; Bernat Soley Mateu⁵; Albert Bonillo Martín⁶; Sílvia Fuentes García⁷; Eva Penelo Werner⁸; Montserrat Pàmias Massana⁹; Roser Nadal Alemany¹⁰; Beatriz Molinuevo Alonso¹¹

¹Department of Psychiatry and Forensic Medicine (UAB). Institut de Neurociències (INc, UAB). Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. CIBERSAM; ²Department of Psychiatry and Forensic Medicine. INc. UAB. Cerdanyola del Vallès, Spain; ³Department of Psychiatry and Forensic Medicine. (UAB). Cerdanyola del Vallès, Spain.; ⁴Department of Psychiatry and Forensic Medicine. Department of Clinical and Health Psychology. INc,UAB; ⁵Department of Psychiatry and Forensic Medicine. INc,UAB. CIBERSAM; ⁶Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences. INc,UAB. Cerdanyola del Vallès, Spain; ⁷Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences. INc,UAB. Cerdanyola del Vallès, Spain; ⁸Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences. UAB, Cerdanyola del Vallès, Spain; ⁹Cap de Salut Mental Infanto-juvenil. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí; ¹⁰Department of Psychobiology and Methodology of Health Sciences, INc,UAB. CIBERSAM.; ¹¹Department of Psychiatry and Forensic Medicine. INc,UAB. Cerdanyola del Vallès, Spain.

Introducció: Les relacions amb els iguals són fonamentals per al desenvolupament social i emocional dels infants. Tanmateix, algunes situacions de salut, com els problemes emocionals i conductuals, poden limitar aquest desenvolupament i situar als infants en risc de patir dificultats en les seves relacions socials. Els estudis recents indiquen una relació significativa entre psicopatologia i competència social, evidenciant la necessitat d'explorar aquesta dinàmica per promoure intervencions preventives eficaces.

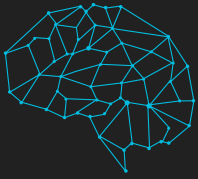
Objectiu: Estudiar la relació entre els problemes emocionals o conductuals i la qualitat de les relacions amb els iguals a la cohort ABCD de nenes i nens de primer de primària des d'una perspectiva multiinformant i de sexe.

Mètode: La mostra inclou 415 nenes i 427 nens (N=842) de primer de primària de 52 escoles de Sabadell. Les dades van ser obtingudes a partir dels principals cuidadors i docents mitjançant el Qüestionari de Fortaleses i Dificultats (SDQ).

Resultats: S'observa que a més problemàtica emocional o conductual, major afectació de les relacions amb els iguals, tant en nenes com en nens, obtenint significació estadística en ambdós grups i tant per als problemes conductuals com emocionals ($p < 0.05$).

Conclusions: Aquestes dades subratllen la importància d'abordar els problemes emocionals i conductuals durant la infantesa per tal de millorar la qualitat de les relacions amb els iguals i afavorir un desenvolupament socioemocional saludable. Els resultats obtinguts suggereixen la necessitat de promoure programes preventius comunitaris i fomentar la detecció precoç per tal de millorar el benestar general dels infants i reduir complicacions futures.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum310922>



VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL CRÓNICO Y COMPLEJO

Enric Blanch Mumbrú¹; María Dolores Martín Jurado¹; Elena Rubio Villarubia¹; Jesús V. Cobo Gómez¹; Cristina Giménez Muniesa¹; Albert Granero Lázaro¹

¹Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell (BCN)

Palabras clave: Deseo gestacional; Enfermedad mental; Salud sexual y reproductiva.

Objetivos: El objetivo principal de este análisis es conocer el grado de violencia sexual que han sufrido personas hospitalizadas con trastorno mental grave / patología mental crónica y compleja dentro de un estudio más amplio sobre salud sexual y reproductiva.

Metodología: Estudio piloto transversal y retrospectivo. Población: Mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave / patología mental crónica y compleja ingresadas en nuestra unidad psiquiátrica de agudos. Escalas de evaluación: La información será obtenida a través de entrevista directa y las escalas Desire to Avoid Pregnancy Scale (DAP), la Escala WAST de Violencia de Género, la Escala de Maltrato infantil (CPQ) y el Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (SALSEX). Análisis estadístico: Descriptivo y bivariado.

Resultados: Los resultados iniciales de nuestra muestra muestran hasta un 40% de violencia sexual a lo largo de su vida, con un inicio muy precoz de las violencias, muchas veces en la edad infantil/adolescencia. Conclusiones: Nuestra población de mujeres hospitalizadas con trastorno mental severo / PCC ha sufrido un alto grado de violencia sexual con importante repercusión en su salud mental pero también en su salud sexual y reproductiva.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310917>

EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN MADRES CON PSICOSIS Y SUS HIJOS/AS ADOLESCENTES: PROTOCOLO DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

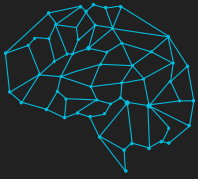
Lin Chen^{3,4}; Victoria Espinosa^{1,3,4}; Alfonso Gutiérrez-Zotes^{2,5}; Carolina Palma-Sevillano^{6,7}; Francesc Casanovas^{2,8}; Ana Aznar⁹; Miriam Salas-Sender¹⁰; Rosa Ayesa-Arriola^{2,11}; Esther Pousa^{2,12}; Manuel Canal-Rivero¹³; Clara Montserrat⁸; Laura Muñoz-Lorenzo¹⁴; The Spanish Metacognition Group⁴; Marina Peniza^{3,4}; Josep Oriol Comas^{3,4}; Susana Ochoa¹⁻⁴

¹Parc Sanitari Sant Joan de Dèu; ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Instituto de Salud Carlos III; ³Fundació Sant Joan de Dèu; ⁴Etiopatogènia i tractament dels trastorns mentals greus (MERITT), Institut de Recerca SJD; ⁵Hospital Universitari Institut Pere Mata, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili -CERCA, URV; ⁶Department of Psychology, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull; ⁷Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme; ⁸Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM) of Barcelona, UAB; ⁹Centre d'Higiene Mental, Les Corts; ¹⁰Fundació Vidal i Barraquer; ¹¹Department of Psychiatry, IDIVAL, University of Cantabria; ¹²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Institut d'Investigació Biomèdica (IIB-Sant Pau); ¹³Virgen del Rocio University, CIBERSAM, IBiS, Red PEPSur, University of Seville; ¹⁴Departamento de Psiquiatría, IIS-Fundación Jiménez Díaz

Introducción: Más de la mitad de las mujeres¹ con psicosis cuidan de sus hijos/as pese a las dificultades asociadas al diagnóstico. Además, estos menores tienen mayor riesgo de padecer un trastorno mental, sin embargo, no existen intervenciones específicas para cubrir estas necesidades. El entrenamiento metacognitivo (EMC) es una intervención psicológica que ha demostrado ser eficaz para mejorar el funcionamiento cognitivo, el manejo de los síntomas y la cognición social en personas con psicosis. No obstante, no ha sido adaptado a un contexto familiar.

Objetivos: Adaptar y evaluar la eficacia del EMC para madres con psicosis y sus hijos/as adolescentes en un contexto on-line y grupal (EMCf).

Materiales y métodos: Se llevará a cabo un diseño cuasi-experimental formado por 48 madres con psicosis y sus hijos/as, que actuarán a la vez como su propio control. Las evaluaciones en diferentes momentos (once semanas antes de la intervención, al inicio y después de la misma) permitirán explorar cambios en variables como insight cognitivo; dominios metacognitivos y de cognición social; funcionamiento familiar y social; o estigma autopercebido.



Resultados: Se espera mejoras significativas tras el tratamiento en las variables exploradas, así como altos niveles de factibilidad y aceptabilidad tanto en las madres como en los/as adolescentes.

Discusión: Esta intervención innovadora y basada en la evidencia puede contribuir a mejorar el funcionamiento familiar, los síntomas en las madres y actuar como efecto protector y preventivo en los/as adolescentes.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum310914>

DIFERENCIAS DE SEXO EN LA EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO (EMC) EN VARIABLES NEUROCOGNITIVAS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

Comas, J.O.^{1,2}; Verdager-Rodríguez, M.^{1,2,3}; López-Carrilero, R.^{1,2}; Barajas, A.^{3,16}; Lorente-Rovira, E.⁴; Pousa, E.^{6,7}; Barrigón, M.L.^{1,2}; Chen, L.^{1,2}; Peniza, M.^{1,2}; Grasa, E.^{3,6,7}; Ruiz-Delgado, I.^{1,2}; González-Higueras, F.¹³; Cid, J.¹⁴; The Spanish Metacognition Study Group¹; Ochoa, S.^{1,2,6}; * autoría compartida

¹Grup MERITT, Institut de Recerca Sant Joan de Déu; ²Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Spain; ³ Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès; ⁴Department of Child and Adolescent Psychiatry Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ⁵Psychology Department, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, 08022 Barcelona, Spain; ⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), ISCIII, Madrid, Spain; ⁷Department of Mental Health, Institut d'Investigació Biomèdica-Sant Pau (IIB-Sant Pau), Hospital de; ⁸Salut Mental Parc Taulí. Sabadell, Hospital Universitari, UAB Universitat Autònoma de Barcelona, Sab; ⁹Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar. IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute); ¹⁰Psychiatry Service, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, Spain; ¹¹Social and Quantitative Psychology Department, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ¹²Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga Norte, UGC Salud Mental Carlos Haya, Servicio Andaluz de S; ¹³Hospital Universitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, Spain; ¹⁴Mental Health Addiction Research Group, IdIBGi—Institut d'Assistència Sanitària, Girona, Spain; ¹⁵Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV), CERCA; Hospital Universitari Institut Pere M; ¹⁶Serra Hünter Programme, Generalitat de Catalunya, Barcelona, Spain.

Objetivo: Explorar diferencias de sexo en la eficacia del EMC en neurocognición en pacientes con un primer episodio psicótico (PEP). **Métodos:** Se realizó un ensayo clínico

multicéntrico, incluyendo 122 pacientes con PEP. Un grupo realizó EMC y el otro psicoeducación, ambas intervenciones de 8 sesiones de frecuencia semanal. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y al finalizar el tratamiento. Para evaluar los dominios neurocognitivos, se utilizó una batería neuropsicológica formada por el TAVEC, Test de Stroop, CPT, TMT y WCST. Se realizó un modelo de regresión para medidas repetidas por sexo.

Resultados: Independientemente de la intervención recibida, el uso de la estrategia serial en memoria verbal aumentó en hombres y disminuyó en mujeres ($p=.005$), los hombres mejoraron en la recuperación con claves a corto plazo ($p=.030$) y disminuyeron las intrusiones ($p=.025$), mientras que aumentaron en las mujeres. Tanto hombres como mujeres mejoraron en atención ($p=.044$) y procesamiento de la información ($p=.029$) en el EMC, mientras que empeoraron en el grupo psicoeducativo, y mejoraron más en interferencia del Stroop en el EMC ($p=.031$). No se encontraron diferencias significativas en otros dominios neurocognitivos.

Conclusiones: Los resultados sugieren que, en PEP, las dos intervenciones favorecen la ejecución en memoria verbal en hombres, mientras que no serían adecuadas para entrenar sus estrategias de codificación. En mujeres no se observaría este efecto. El EMC sería adecuado para mejorar la atención, el procesamiento de la información y la interferencia en ambos sexos.

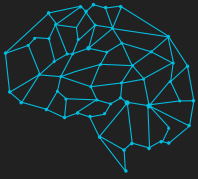
DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum310911>

COMORBILIDAD NEUROLÓGICA EN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA). A PROPÓSITO DE UN CASO

Clara Duque Casas¹; Laura Gómez Rausell¹; Elena González Rodríguez²; Claudia Bareas Bueno¹; Eduardo Delgado Parada¹

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Objetivos. Revisión de un caso clínico con intervención por parte del equipo de psiquiatría de enlace durante el ingreso de la paciente en medicina interna. Su complejidad requirió un abordaje multidisciplinar, en el que además de



plantearse varias opciones diagnósticas reflexionamos sobre el sesgo al que se ven sometidos en muchas ocasiones nuestros pacientes.

Material y métodos. Realizamos una revisión retrospectiva de la historia clínica de la paciente en nuestro hospital. Mujer de 46 años anoréxica y ex consumidora de alcohol, abstinenta desde hace 4 años. Presenta un cuadro de 4 meses de evolución consistente en distonía cervical y parkinsonismo, unido a bradipsiquia, pobreza del lenguaje y afectación de memoria anterógrada. En tratamiento antidepressivo y ansiolítico.

Resultados. Afebril. Tóxicos en orina negativos. Analítica de sangre con hiponatremia de 104 y potasio de 2.6 con electrocardiograma sin alteraciones. Escáner y resonancia magnética cerebral normal. Se trata con restricción hídrica y suplementos de potasio. Neurología plantea parkinsonismo farmacológico, por lo que optimizamos psicofármacos. La punción lumbar muestra proteinorraquia.

Conclusiones. La paciente presentaba una potomanía en relación con su TCA, con ingestas hídricas de hasta 4 litros al día que explican las alteraciones analíticas. No obstante, el resto de los síntomas descritos no parecen estar en relación con la patología psiquiátrica o los psicofármacos sino con una enfermedad neurológica subyacente.

Finalmente fue tratada con inmunoterapia intramuscular mejorando el cuadro clínico, orientándose el diagnóstico hacia una encefalitis autoinmune.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310905>

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL EN UN HOSPITAL GENERAL

Núria Estrada Zambrano^{1,2}; Osane Gómez Trício^{1,2}; Patricia Martí Nieto¹

¹Hospital Universitari Institut Pere Mata; ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivo. Estudiar las interconsultas perinatales recibidas en el Hospital Joan XXIII de Tarragona en los últimos dos años.

Material y método. Se analizaron las interconsultas de pacientes hospitalizados al equipo de psiquiatría y psicología

clínica que implicaran el período del embarazo y hasta el primer año postparto. Se analizaron según género, servicio derivador y motivo principal de consulta. No se incluyeron las intervenciones en el servicio de urgencias.

Resultados. Se recibieron 165 interconsultas. 69 las realizó un servicio de adultos (63 obstetricia y 6 ginecología) y 96 uno pediátrico (82 neonatología, 10 UCI Pediátrica y 4 planta de pediatría). Se trata de 69 madres, 37 hijas y 59 hijos. 9 de los niños fallecieron durante la hospitalización. Los motivos de interconsulta fueron la prematuridad (72), amenaza de parto prematuro (28), aborto (24), complicaciones neonatales en nacidos a término (17), complicaciones en el primer año (9), antecedentes psiquiátricos de la madre (7), dificultades en el vínculo (3), depresión postparto (2), sospecha de maltrato (1), parto traumático (1) y enfermedad propia durante el embarazo (1).

Conclusiones. El período perinatal, y en especial ante complicaciones médicas, es conocido por el riesgo de aparición o exacerbación psicopatológica. La hospitalización perinatal es una buena oportunidad para detectar e intervenir. El bajo porcentaje de interconsultas relacionadas con trastornos del ánimo, de conocida elevada prevalencia, puede estar relacionado con la brevedad de los ingresos por parto. Creemos recomendable incluir equipos de salud mental en los servicios perinatales para mejorar la detección y el abordaje.

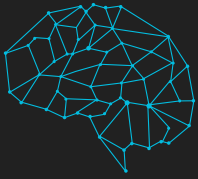
DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310909>

SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Fernández de Romarategui Urresti; Sara Lakis; Josep Tarragó

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet (BCN)

Introducción. El síndrome serotoninérgico es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal del tratamiento con agentes serotoninérgicos, con gran heterogeneidad en las manifestaciones clínicas y en gravedad. Se desconoce su incidencia exacta por ser una entidad in-



fradiagnosticada. La polifarmacia y la sobredosis de agentes serotoninérgicos se relacionan con su aparición.

Objetivo. Exponer un caso clínico orientado como síndrome serotoninérgico, y su abordaje por equipo de psiquiatría de enlace.

Descripción del caso. Mujer de 65 años con antecedente de TDMr. Tras descompensación de patología de base, inicia estrategia de combinación antidepressiva. Además, la paciente realiza abuso de benzodiazepinas. Acude a urgencias por cuadro clínico caracterizado por ataxia, amnesia, desorientación, inatención y fluctuación del nivel de consciencia. Analíticamente presenta niveles tóxicos de antidepressivos tricíclicos. Descartada causa somática, ingresa en unidad de agudos de Psiquiatría, orientándose como un episodio maniforme. Tras empeoramiento con crisis hipertensivas y comiciales, ingresa en medicina interna. Se realiza manejo interdisciplinario, planteando retos en el diagnóstico diferencial y manejo con otros especialistas, evolucionando favorablemente.

Diagnóstico y tratamiento. Los cambios recientes de tratamiento y el cuadro presentado son compatibles con el diagnóstico de síndrome serotoninérgico (temblor, hiperreflexia, rigidez, sudoración, taquicardia, hipertensión). Los episodios de origen epiléptico responderían a una privación por suspensión brusca de benzodiazepinas.

Se suspende tratamiento con antidepressivos, iniciándose tratamiento con benzodiazepinas, resolviéndose el cuadro.

Conclusiones. La literatura describe dificultades en la identificación del síndrome serotoninérgico, con sus potenciales complicaciones. Resulta importante mejorar su detección, realizar un adecuado diagnóstico diferencial para un adecuado manejo multidisciplinario y tratamiento.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum310908>

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO (SDRC) Y SU ABORDAJE A TRAVÉS DEL EQUIPO DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE INFANTOJUVENIL.

Beatriz Fernández Durán¹; Joan García Gil¹; Susana Pilar González Díaz¹; Clara Duque Casas¹; Simona Sciacchitano¹; Alba María Pozo Prados¹; Ana María Magaz Muñoz²; Carolina Fajardo Vicente-Ortega¹; Juan José Carballo Belloso²

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; ²Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos. Presentar el papel del equipo de Psiquiatría de Enlace Infantojuvenil en el caso de una paciente de 13 años diagnosticada de SDRC con mala evolución a pesar de diferentes tratamientos farmacológicos e intervención por parte de diferentes profesionales (pediatría, anestesia, unidad del dolor, rehabilitación...).

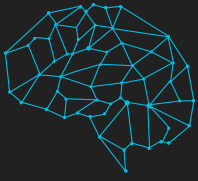
Material y métodos. La paciente presentó un esguince de tobillo y semanas después aparece alodinia con el roce, impotencia funcional, disautonomía, y cambios tróficos (aumento de volumen, miembro frío, sudoroso, cianótico...). Esto condicionó un deterioro funcional progresivo, resultando imposible la deambulación (utiliza silla de ruedas), aislamiento en domicilio, dificultades en la relación con iguales e importantes interferencias a nivel escolar. El equipo de Psiquiatría de Enlace Infantojuvenil realiza un primer contacto con la paciente a raíz de su primer ingreso hospitalario, solicitan valoración con el fin de brindar un enfoque integrador en el manejo del dolor.

Resultados. Se evidencia en la paciente un discurso racionalizador centrado en el dolor, destaca dificultad para la identificación y expresión emocional. Se objetiva una relación simbiótica con su madre, con elevada dependencia y sobreprotección.

Se inicia un tratamiento farmacológico con antidepressivos y benzodiazepinas, también se trabaja la expresión emocional, habilidades de afrontamiento del dolor y se abordan las dinámicas relacionales familiares.

Conclusiones. El SDRC es una condición crónica y multifactorial que puede llevar a una significativa discapacidad y deterioro funcional. Incorporar la psiquiatría y psicología de enlace en el equipo de tratamiento ayuda a optimizar el enfoque terapéutico global resultando en la implementación de tratamientos más efectivos y personalizados.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum310906>



A PROPÓSITO DE UN CASO: SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA Y PATOLOGÍA ORGÁNICA. PSICOPATOLOGÍA Y CEREBRO

Laura Gómez Rausell; Clara Duque Casas; María Elena González Rodríguez; Eduardo Delgado Parada

Hospital Universitario La Princesa, Madrid

Objetivos. Papel del Equipo de Psiquiatría de Enlace (EPE) en el diagnóstico diferencial en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Material y métodos. Presentamos el caso de una mujer de 72 años valorada por el EPE en la UCI ingresada por sospecha de meningitis (fiebre y bajo nivel de conciencia) y antecedentes de trastorno por uso de alcohol y hematoma subdural tras caída de hace un mes.

Se realiza una neuroimagen cerebral tipo TAC que descarta un resangrado y una punción lumbar que se informa como normal. Se pone el foco en el consumo de alcohol y, además de fluidoterapia y vitaminoterapia, se reorienta el caso como una dudosa encefalopatía de Wernicke. La evolución en lo psicopatológico era poco congruente, presentando a lo largo de 72 horas un estado mental caracterizado por pararrespuestas, una clínica perceptiva florida (cenestopatías, alucinaciones auditivas y visuales) y una narrativa basada en interpretaciones caleidoscópicas contingentes. Mantuvo en todo momento la orientación temporo-espacial, el nivel atencional y el relato del proceso. A los tres días, de modo espontáneo, vuelve a su estado basal.

Resultados. Se realiza una Resonancia Magnética Craneal tras la resolución de la sintomatología en la que se objetivan lesiones isquémicas agudas en cápsula externa derecha y corteza insular ipsilateral.

Conclusiones. Las lesiones agudas en ciertas áreas cerebrales pueden generar cuadros sintomáticos complejos que difuminan las líneas entre lo orgánico y lo psicopatológico.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310916>

RECUPERANDO LA VIDA: CASO CLÍNICO DE CATATONIA MALIGNA TRATADA CON TEC

Mario Andrés Londoño¹; Sara Lakis¹; Cinto Segalás^{1,2,3}

¹Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari de Bellvitge-Institut Català de la Salut (ICS), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona; ²Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); ³Departament de Ciències Clíniques, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona (UB), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivo: Exponer un caso clínico de catatonía maligna y su abordaje por un equipo de psiquiatría de enlace.

Material y Método: Descripción del caso clínico y revisión narrativa de la literatura sobre el tratamiento de la catatonía maligna.

Resultados: Se presenta el caso de una mujer de 60 años con múltiples comorbilidades somáticas y trastorno bipolar, con síntomas compatibles con un cuadro catatónico maligno. Requiere estancia en UCI debido a la elevada necesidad de cuidados. Este caso ilustra la importancia de un enfoque multidisciplinar en el manejo de pacientes con catatonía severa.

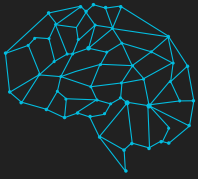
Presentación del caso: Paciente con antecedentes de trastorno bipolar de larga evolución. Ingresó por un episodio de catatonía severa, precedido por deterioro psicomotor y desorganización conductual. Se sospecha inicialmente síndrome neuroléptico maligno. La paciente presenta fiebre persistente, rigidez muscular y alteraciones cognitivas graves que requieren estancia prolongada en UCI. Los estudios de laboratorio y de imagen no muestran hallazgos concluyentes.

Se realiza terapia electroconvulsiva (TEC) ante la falta de respuesta a benzodiazepinas. Se programan sesiones semanales con ajustes en dosis de anestesia y parámetros de estimulación, presentando mejoría gradual hasta lograr remisión clínica.

Discusión: La combinación de TEC y manejo intensivo de las comorbilidades somáticas fue clave para la favorable evolución de la paciente. Este caso resalta la importancia de una coordinación multidisciplinar en casos complejos.

Conclusión: Este caso muestra cómo la TEC es esencial en el manejo de la catatonía resistente, especialmente en casos con comorbilidades severas.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310924>



TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO POSTPARTO

Evelyn Lopez; Eva Aguilar; Cristina Giménez Muniesa;
Jesús V. Cobo Gómez

Corporació Sanitària Parc Tauli (Sabadell)

Palabras clave: Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Postparto; Progesterona; Estrógenos

Objetivos: realizar una aproximación al Trastorno Obsesivo-Compulsivo Perinatal a través de un caso clínico que se re-inició inmediatamente después del parto.

Metodología: Estudio de caso con revisión literaria.

Descripción: Mujer ingresada en el postparto con antecedentes de diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo resistente de inicio en el embarazo. Previo al segundo embarazo, totalmente asintomática y sin tratamiento.

Conclusiones: Nuestra población de mujeres hospitalizadas en el postparto con antecedentes de trastorno mental severo y TOC presentan un alto riesgo de recaída.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310923>

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Elsa López Bardón; María Menéndez Muñoz; Paula García Vázquez; Yeray Barrera García; Pedro Fernández Perea; Álvaro Flórez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

Objetivos. Valorar la actuación en el siguiente caso clínico

Material y métodos. Varón de 13 años con sospecha de TDAH y trastorno del control de los impulsos. Durante la entrevista importante autoexigencia, rasgos anancásticos y elevada ansiedad. Repasando su historia vital, múltiples episodios de somatización: cefalea, que no cede con tratamientos pautados por diferentes especialistas, lesiones dérmicas similares a quemaduras tras ducharse que desaparecen al limpiar los filtros con lejía y vértigos tras discutir con un compañero.

Resultados. Se realizan múltiples exámenes y pruebas complementarias sin resultado.

A la exploración psicopatológica base de pensamiento rígida, ideas rumiativas sin compulsión compensatoria. Ideas recurrentes banales en torno a una interminable consideración de alternativas imponderables, dificultad para tomar decisiones. El paciente califica estos pensamientos intrusivos como molestos. Se evidencia relación particularmente estrecha entre el trastorno obsesivo y la sintomatología somática.

Se realiza diagnóstico diferencial entre un Trastorno Obsesivo Compulsivo y un Trastorno por Somatización, descartándonos por este último ante la ausencia de compulsiones y la evidencia de lesiones coincidentes en el tiempo con alteraciones emocionales. Se pauta tratamiento con Sertralina 50 mg.

Tras un mes y medio de tratamiento con ISRS y Terapia Cognitivo Conductual, se vuelve a citar al paciente objetivándose desaparición de somatizaciones y ansiedad.

Conclusiones. La clínica aparentemente anodina en la población adolescente puede encubrir alteraciones afectivas que requieran tratamiento.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310903>

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UNA PACIENTE CON MUTACIÓN BRCA2: MANEJO DE ANSIEDAD Y TOMA DE DECISIONES SOBRE SALUD Y MATERNIDAD

Ines Martin Villalba

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Introducción: Este estudio de caso se centra en una mujer de 35 años con una mutación patogénica en el gen BRCA2, quien experimenta ansiedad significativa relacionada con su riesgo hereditario de cáncer. Esta condición plantea desafíos emocionales y decisiones críticas sobre su salud y maternidad.

Objetivos: Evaluar el impacto de la intervención psicológica en la gestión de la ansiedad de la paciente y su capacidad para tomar decisiones informadas respecto a la mastectomía



profiláctica y la reproducción asistida.

Método: Se implementó un enfoque de terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptado a las necesidades de la paciente. A través de sesiones estructuradas, se abordaron sus miedos y preocupaciones, mejorando sus estrategias de afrontamiento y empoderándola en la toma de decisiones.

Conclusiones: La intervención psicológica fue eficaz en la reducción de la ansiedad de la paciente y facilitó una toma de decisiones informada sobre su salud. Este caso resalta la importancia de incluir el apoyo psicológico en la atención clínica de pacientes con predisposición hereditaria al cáncer, destacando el papel fundamental de la salud mental en la calidad de vida y el bienestar del paciente.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum310919>

EN URGENCIAS DÍA SÍ, Y DÍA TAMBIÉN POR ¿ANSIEDAD?

Teresa Martínez Alarcón¹; María Dolores Díaz Piñero¹; María Romo Castillo¹; Alberto Cubero Jimeno¹; Alvaro De Santiago Sanchez¹; María Antonia Nogales Raedo¹; Angela Osorio Guzmán¹; Jaime Bernárdez Rubio²

¹Hospital Universitario de Burgos;

²Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro

Mujer 75 años con patología osteomuscular y sintomatología ansiosa desde 2013. En 2021 consulta en Salud Mental tras operación de cadera, en tratamiento con opiáceos, que a la retirada, experimenta cuadro de abstinencia vivido con gran angustia y sensación de amenaza, reexperimentada desde entonces frecuentemente.

Recogemos información de historia clínica previo consentimiento, y se constatan en 2022 y 2023 más de 100 visitas a urgencias por ansiedad y más de 50 consultas en equipo de salud mental. No tenemos acceso a consultas de atención primaria, siendo habituales a diario.

En las consultas se evidencia que cuando siente ansiedad, reexperimenta lo vivido durante la abstinencia a opiáceos, y solo siente seguridad si lo maneja en el hospital. Debido a esto, es derivada al centro de rehabilitación, para trabajar multidisciplinariamente el manejo de estos síntomas. También diagnosticada de fibrilación auricular, coincidente con

las crisis de ansiedad, y mala tolerancia a las sensaciones físicas, con ansiedad posterior. Esto se trabaja también en la unidad, y tras el alta, el número de visitas en 2024 es de 20.

Finalmente, queremos recalcar la necesidad del despistaje de sintomatología somática en salud mental, y tener en cuenta las vivencias del paciente durante las enfermedades, ya que pueden ser disparadores de patología mental, y así trabajar sobre las sensaciones físicas para una recuperación global de la salud física y mental.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum3109022>

PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO EN NIÑOS AFECTOS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

Laura Martorell Ménsua; Gemma Español Martín; Werner Gianmarco Vidal Cachay; Xico Alberto Acosta Villalobos; Cristina Padrós Fornieles; Ana Felipe Rucián; Ignacio Delgado Álvarez

Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona

Los trastornos del neurodesarrollo (TND), se inician en edades tempranas y afectan al desarrollo normal del niño/a, provocando retrasos en aspectos sociales, emocionales, lingüísticos, cognitivos y/o en hitos del movimiento (Gräf et al., 2019). Son el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuentes en edad pediátrica e incluyen: discapacidad intelectual, trastornos de comunicación, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje y trastornos motores (Thapar et al., 2017).

La encefalopatía hepática en el cerebro en desarrollo (EHCD) está poco descrita, pero se relaciona, en pacientes con enfermedad crónica hepática con deterioro, alteraciones neurocognitivas graves y con la presencia de TND (Dibbits MHJ et al., 2023).

Nuestro objetivo es crear un programa de intervención para detectar y describir el impacto de la EHCD en el neurodesarrollo de los niños y adolescentes afectados de enfermedad hepática grave (hipertensión portal y/o shunts portosistémicos) que realizan seguimiento en el Hospital Universitari



Vall d'Hebrón. Para la detección de EHCD se realizará una exploración física, psiquiátrica, neuropsicológica, análisis sanguíneo, RM cerebral y electroencefalograma (Conklin LS et al., 2009; Press CA et al., 2017) en el momento del diagnóstico y al año de seguimiento

Este estudio permitirá detectar la existencia de TND en los niños y adolescentes afectados de EHCD y el impacto, la gravedad y progresión de la EHCD. Se podrán establecer criterios clínicos y neuropsicológicos que ayuden a la detección temprana de EHCD y la posibilidad de realizar un tratamiento precoz para prevenir efectos secundarios neurocognitivos en estos pacientes.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum310913>

EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INTERCONSULTAS PSIQUIÁTRICAS

Laia Molinero Romera; Cristina Campos Saurat; Ruth Plana Queralt; Ruth Voltà Solerdelcoll; Josep Maria Farré Martí; María Gracia Lasheras Pérez

Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicopatológica del Hospital Universitario Dexeus, Barcelona.

Este estudio analiza la evolución de la demanda de interconsultas en salud mental en el Hospital Universitario Dexeus de Barcelona entre 2020 y 2023. Se revisaron las interconsultas emitidas al servicio de psiquiatría y psicología utilizando datos informatizados, extrayendo información sobre el número de ingresos, interconsultas, edad media de los pacientes y los servicios solicitantes. Los datos fueron analizados según año, género, edad y servicio consultor. El estudio mostró una variabilidad en el número de interconsultas a lo largo de los años. En 2020, se registraron 110 interconsultas (0,89% de los ingresos), aumentando a 1060 en 2021 (3,32%). En 2022, el número descendió a 396 (3,10%) y en 2023 se registraron 211 (2,43%). Los servicios que más solicitaron interconsultas también variaron. En 2020, medicina interna lideró con un 42%, mientras que en 2023 oncología (34,6%) y obstetricia (11,37%) ganaron relevancia. El análisis sugiere una evolución variable en la demanda de interconsultas, con un incremento notable tras la pandemia de COVID-19 y una posterior disminución en

2022 y 2023. Estos resultados indican la necesidad de ajustar la dotación de los equipos de interconsulta según las tendencias de cada especialidad y la creciente importancia de estructurar unidades de enlace específicas para abordar estas necesidades.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum310910>

ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA OBESIDAD DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON

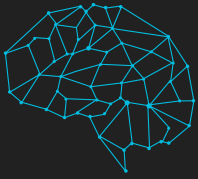
Víctor Suárez Aragonès; Sonsoles Cepeda Diez; Elina Vidal Moreso; Anna Juan Peiró; Anna Prats Pérez; María Pérez Prieto; Vanesa Paola Flores Escobar; Enzamaría Fidilio Meli; Alba Rojano Toimil; Miquel Alabèrnia Segura; Andreea Ciudin Mihai

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducción: La obesidad es una enfermedad multifactorial crónica vinculada a múltiples comorbilidades orgánicas y psíquicas. Su manejo requiere un enfoque holístico. La Unidad de Tratamiento Integral de la Obesidad (UTIO) del Hospital Vall d'Hebron aborda estos desafíos de manera multidisciplinaria.

Objetivos: La UTIO ofrece un tratamiento que aborda los aspectos físicos y psicológicos de la obesidad, mejorando el control del peso y fomentando hábitos saludables mediante el trabajo colaborativo de profesionales de diferentes disciplinas: endocrinología, nutrición y dietética, enfermería, psiquiatría y psicología.

Material y Métodos: El área de endocrinología supervisa las comorbilidades, ajusta tratamientos farmacológicos y prescribe medicación para el control del peso. El equipo de nutrición y dietética realiza análisis fisiológicos y antropométricos, y lleva a cabo el control de las pautas nutricionales de los usuarios. Desde enfermería se asiste en el cuidado integral a los pacientes, apoyando los tratamientos prescritos. Los profesionales de la salud mental ofrecen intervenciones psiquiátricas y psicológicas tanto individuales como grupales para mejorar el control del peso y la adopción de hábitos saludables.



Resultados: La UTIO atiende a centenares de pacientes de la provincia de Barcelona, mejorando tanto el control del peso como su bienestar psicológico mediante intervenciones psicológicas, dietéticas, farmacológicas y quirúrgicas. La unidad recoge variables relacionadas con el peso y factores asociados para mejorar los servicios y contribuir al avance científico.

Conclusiones: El enfoque multidisciplinario de la UTIO pretende ser de utilidad para el tratamiento de la obesidad, mejorando la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida de los pacientes.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310921>

LA EXPERIENCIA DE DOLOR EN LOS PACIENTES CON RIESGO SUICIDA

Otto Weingartner; Isabel Martín Ruiz; Paula Martires; Marina Ruiz Lambea; Marta Villalba; Irene Trota Ochoa; Maravillas Lorca Cava; Meritxell Antón Soler; Maite Castellón Espezel

Hospital de Mataró

Objetivos. El presente estudio pretende explorar la relación entre la experiencia crónica de dolor y el riesgo suicida en una muestra de pacientes (N=228) atendidos por el programa de Atención Continuada del CSDM, que da respuesta al *Codi Risc Suicidi* (CRS).

Planteamos tres objetivos: Observar si la prevalencia en la muestra es mayor que la esperada por los datos de la población general, hecho que permitiría considerar el dolor crónico como un factor de riesgo.

Comparar variables sociodemográficas en pacientes CRS con/sin dolor para valorar si son muestras procedentes de poblaciones con aspectos diferenciales.

Contrastar la efectividad del programa de psicoterapia que aplicamos en ambas muestras.

Material y métodos. Con variables clínicas recogidas y los resultados en la escala MINI, se analizan los datos en las dos muestras de pacientes con y sin dolor crónico diagnosticados.

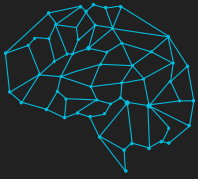
Resultados. Respecto al primer objetivo, observamos unos resultados inversos a los esperados y significativos, encontrando tan sólo un 11% de pacientes con dolor crónico frente al 20% descrito en los estudios epidemiológicos en población general.

En segundo lugar, observamos diferencias significativas tanto en género y edad, con una muestra predominantemente femenina (96%) y de mayor edad (59 años).

Finalmente, el grupo con dolor mejoró de forma más discreta que el grupo sin dolor (reducción 7 puntos vs 10 en la escala MINI), si bien sin diferencias significativas.

Conclusiones. Muchos pacientes atendidos por CRS presentan dolor crónico y, en algunos aspectos, se diferencian de la muestra general, hecho que podría ser relevante en el tratamiento.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310918>



OBSERVATORIO DE LA PSICOGERIATRÍA

LA PSICOGERIATRÍA EN EL NUEVO MILENIO

PSYCHOGERIATRICS IN THE NEW MILLENNIUM

Luís Agüera¹, Diana Molina², Jesús Artal³, Jordi Blanch⁴, Josep M Farré⁵

¹Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Translacional del Área de Neurociencias del Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²Psicóloga. Grup TLP. Barcelona; ³Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander; ⁴Psiquiatra. Instituto de Neurociencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic. Barcelona / Serveis de Salut Mental i Addiccions. Hospital Sta. Maria de Lleida; ⁵Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Dexeus.

RESUMEN

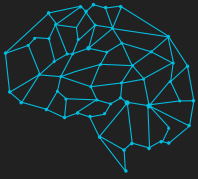
En la presente edición del Observatorio se establece un coloquio sobre la psicogeriatría, su definición, su campo de actuación, incluyendo el debate de diferentes posibles modelos de intervención a partir de experiencias en diferentes países. Se introducen los principales objetivos y focos de intervención y la colaboración con las diferentes especialidades. Todo ello dirigido por el Dr. Luís Agüera, psiquiatra que dirige un centro de intervención en psicogeriatría.

Palabras clave: Geriatría, Psicogeriatría, Enfermedades neurodegenerativas, Modelos de intervención en diferentes países, Trastornos más frecuentes, Síntomas psicológicos y conductuales, Tratamientos.

ABSTRACT

This year's edition of the Observatory will host a colloquium on psychogeriatrics, its definition, its field of action, including the debate of different possible intervention models based on experiences in different countries. The main objectives and focuses of intervention are introduced, as well as collaboration with different specialties. All of this is directed by Dr. Luís Agüera, a psychiatrist who runs a center for intervention in psychogeriatrics.

Keywords: Geriatrics, Psychogeriatrics, Neurodegenerative diseases, Intervention models in different countries, Most frequent disorders, Psychological and behavioral symptoms, Treatments



CUESTIONAMIENTO GENERAL

- La paradoja de la (psico)geriatría
- La proximidad a la neurología y a la geriatría
- ¿Son poblaciones tan diferentes?
- ¿Cuánto grado de especialización sería conveniente?
- ¿Qué ocurre en otros países?
- ¿Cómo estamos en España?

Luís Agüera: muchas gracias por invitarme a compartir estas reflexiones en vuestra tertulia, yo he preparado una pequeña presentación más un guion que otra cosa, sobre algunos aspectos específicos de la atención a las personas mayores. Y quería empezar por una paradoja, la paradoja que es común a la geriatría y a la psicogeriatría que siempre se dice, y es verdad: es un hecho epidemiológico que la población está envejeciendo, la composición de la sociedad ha cambiado radicalmente. De hecho, hacia 2030 o 2040 habrá probablemente más personas de más de 60 años que personas de menos de 60 años.

Este es el futuro, que ya tenemos aquí, pero el interés de la medicina por la geriatría no se ha incrementado al ritmo que sería deseable y tampoco el interés de los psiquiatras por la psicogeriatría. Yo empecé con esto hace casi 40 años y en aquellos entonces ya eran muy pocos. Algunos nos fuimos a formar al extranjero y volvimos con la idea de implantar la geriatría y psicogeriatría. No hemos tenido mucho éxito, tampoco la geriatría en general. Ni siquiera hay grandes servicios de geriatría en todos los hospitales, empezando por el mío y el número de residentes que se inclina por la geriatría se ha mantenido relativamente estable. Por lo tanto, esto es una reflexión que hay que hacer respecto al interés que tienen los médicos y la medicina por los temas de las personas mayores, a pesar de que todo el mundo que trabaja en medicina es un poco geriatra y todo el que trabaja en psiquiatría es psicogeriatra por la composición de la consulta, que cada vez es mayor, cada vez más se depende de personas mayores. La especificidad también manda en esa frontera y próximos a la neurología con la que afortunadamente cada vez nos llevamos mejor, hay muchos campos en común, fundamentalmente en las enfermedades neurodegenerativas y por supuesto también con la geriatría, donde siempre nos hemos llevado muy bien y hay intercambios muy fructíferos. Tenemos maneras de pensar bastante parecidas, aunque es verdad que la geriatría, al menos en la geriatría académica, se basa mucho en lo que ellos denominan grandes síndromes

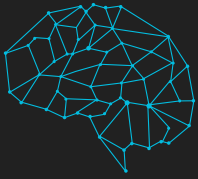
geriátricos, que son 8 o 10, y hay un par de ellos que sí que están en contacto con la psiquiatría como la depresión, ellos consideran que es uno de sus grandes síndromes y también la demencia y el deterioro cognitivo.

Y con toda esta reflexión viene también la idea de si la psiquiatría de las personas mayores es tan diferente a la psiquiatría de las personas más jóvenes, es decir, si son poblaciones tan diferentes, Y eso viene de la mano también de cuánto grado de especialización sería conveniente para atender de una manera adecuada a las personas mayores.

¿Qué es lo que ocurre en otros países? La cuna de la geriatría fue el Reino Unido y la de la psicogeriatría, en buena medida, también. De hecho, en el Reino Unido se constituyen 2 redes paralelas y tú eres o psiquiatra o psicogeriatra. Marcan una división alrededor de los 60 años, bastante temprana, pero eres una cosa o la otra; está la red de psiquiatras de adultos y la red de psiquiatría geriátrica, hasta recientemente en el que hay un movimiento de reunificar de nuevo las 2 especialidades y, sobre todo, las dos formas de atenderlo y las 2 redes asistenciales para optimizar recursos, probablemente porque es más barato hacerlo de esta forma.

Yo me formé en Suiza, en Ginebra y allí también existe una red paralela de psicogeriatría, respecto a la red de adultos, fundamentalmente a nivel hospitalario, también ambulatorio y estos eran en aquellos tiempos los 2 grandes núcleos de la psicogeriatría europea. También la psicogeriatría francesa que también tiene su definición específica y aunque no tiene redes paralelas, pero sí que existe una formación específica en psicogeriatría. Y luego hay otros países que en los que la psicogeriatría está bastante menos desarrollada, países tan potentes como, por ejemplo, Alemania o los países nórdicos en los que la especificidad es muy escasa y en Estados Unidos pues el asunto es también parecido allí, no hay redes paralelas.

¿Y cómo estamos en España? Hay que decir que estamos como estábamos hace años y aún la atención psicogeriatrica (después podemos volver sobre ello) depende mucho más de las iniciativas individuales que de que exista una programación a la hora de desarrollar planes específicos. Si que es verdad que cada autonomía o cada región tiene sus planes de salud mental, pero, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid yo he formado parte de los redactores de los planes de salud mental en lo referente a la psicogeriatría. De los 3 o 4 planes que se han desarrollados los últimos 15-20 años, solamente en el último y por un empeño personal en conseguir que fuese exitoso, existe una línea directriz específica de psicogeriatría.



Antes lo que había eran menciones, en las que se comentaba, se centraban aspectos, pero no una línea que tuviese la misma consideración como han tenido otras como la psiquiatría infantil, la atención al autismo o al trastorno mental grave.

Por lo tanto, la situación en España no ha variado mucho y hay áreas o zonas o regiones donde estaba más desarrollado, insisto por más por la iniciativa personal que ha conseguido el apoyo de las gerencias que porque existan planes de desarrollo de asistencia psicogeriatrica específica, aunque solo sea a tiempo parcial.

Mirad esto es una cuestión muy clínica. En la última edición del texto de Psiquiatría Geriátrica que publicamos, parece muy académica pero para que no se olvidara nada, pudimos estructurar todo lo que considerábamos necesario elaborar y recopilar como la información cuando se está formulando un caso psicogeriatrico y lo nuestro por qué cualquier psiquiatra lo va a compartir, no solamente para las personas mayores sino para, para cualquier edad, pero, sí que el peso que tienen algunos de estos 7 ejes o áreas que resaltamos en esta tercera edición del texto, pues puede también darnos un poquito la idea de en qué hacemos más hincapié cuando hablamos de psicogeriatría.

FORMULACIÓN EN 7 EJES DEL CASO PSICOGERIÁTRICO. ESPECIFICIDADES

- Eje 1. Psicopatología y diagnóstico psiquiátrico
- Eje 2. Estado cognitivo
- Eje 3. Personalidad
- Eje 4. Estado de salud
- Eje 5. Acontecimientos vitales
- Eje 6. Funcionalidad. Grado de autonomía y dependencia
- Eje 7. Estructura familiar y social

Está claro que la *psicopatología*, el diagnóstico psiquiátrico no es diferente, nos seguimos guiando por los mismos métodos de clasificación con la misma sintomatología, usos CIE o usos DSM. No se ha conseguido a lo largo de las distintas ediciones que se hagan especificadores de enfermedad que son más típicas de las personas mayores, como luego veremos, por ejemplo, de la esquizofrenia tardía o de algún otro tipo de problemas. Por lo tanto, lo que tenemos es lo que se infiere de los sistemas de clasificación generales.

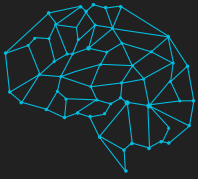
El estado *cognitivo* es algo que a lo que le prestamos especial atención, no solamente cuándo estamos diagnos-

ticando al paciente sino de forma evolutiva y también para tener una línea de base a la hora de evaluar prospectivamente a nuestro paciente, porque sabemos que nuestros pacientes no solamente es que vayan a tener una demencia, sino que pueden sufrir un episodio depresivo, etc. La condición es importante.

La *personalidad* es quizás el área a la que se le presta menos atención pero que tiene una importancia notable cuando la edad avanza; determinadas actitudes pueden influir mucho o muchísimo en los cuidados que puedan necesitar ese paciente o en su capacidad o disposición de aceptarlos o rechazarlos.

Por supuesto que a las *enfermedades físicas* también les prestamos una atención muy preferente y a veces resulta que es el psiquiatra el que descubre problemas médicos o pone un poco de orden y hace de director de orquesta en ese concierto de especialistas: el paciente nos viene con todas las prescripciones y sin que nadie que esté coordinando este *pool* de profesionales.

Acontecimientos vitales: es común para toda la psiquiatría, pero insistir que acontecimientos vitales muy remotos como los de la infancia siguen teniendo un papel muy importante, 70 u 80 años más tarde; los recientes también: pérdida, cambios económicos, etc., asociados a aquellos que pueden parecer remotos. Todo esto nos sirve para valorar el grado de funcionalidad y el de autonomía y dependencia y esto, salvo en la persona que agrega trastorno mentales graves, en los adultos tiene menor importancia, pero nosotros sí que necesitamos siempre valorar, un ejemplo es si puede vivir solo o no, si tiene que ir a una residencia, pronto o más tarde, qué es lo que le podemos dejar hacer, qué no le podemos dejar hacer, tiene que dejar de conducir, puede seguir conduciendo... entre este tipo de preguntas tan difíciles de contestar nos movemos, porque muchas veces es como que se nos solicita clarividencia y saber lo que va a pasar en el futuro, lo que es algo importante en nuestra labor. Hay una estructura familiar y social en la que el paciente vive: los que viven solo con su pareja, con los hijos o en residencias y todos estos cambios que ocurren cuando se requieren cuidados a una persona mayor con trastorno grave, ya sea físico o sea mental, tienen un impacto muy importante en los cuidados y las dinámicas familiares con las que siempre estamos trabajando. Eso se trabaja mucho, por supuesto, en psiquiatría infantil, con menos frecuencia en la psiquiatría del adulto, pero vuelve a ser muy importante en la psiquiatría geriátrica.



- **Demencia o trastornos neurocognitivos**
 - El diagnóstico: de la neuropsicología a la neuroimagen
 - Los síntomas psicológicos y conductuales
 - El tratamiento
- **Trastornos psicóticos**
 - De inicio tardío
 - De inicio juvenil
- **Trastornos afectivos**
 - Depresión
 - T Bipolar
 - Suicidio

Ahora quería darles un cierto repaso a los grandes grupos de enfermedades para transmitir dónde estamos, en el desarrollo y en la investigación. Comencemos con la *demencia* o los trastornos *neurocognitivos*; aquí el diagnóstico, está empezando a experimentar una revolución importante. La revolución es que fundamentalmente nos apoyábamos en la neuropsicología y en la pasación de los test cognitivos más breves o más largos o baterías enteras, pero todo lo que tiene que ver con biomarcadores y también con neuro-imagen se va a imponer en lo en los próximos años y se está imponiendo ya. El test de amiloide para saber si un paciente tiene una carga que pueda permitirle diagnosticar la enfermedad o también para la demencia el frontotemporal, también para buscar la proteína tau, las determinaciones que ahora de momento hacen del líquido cefalorraquídeo del balance entre betamiloide y tau en líquido cefalorraquídeo que obliga a una punción lumbar; los neurólogos lo están haciendo con más frecuencia y se van a imponer pronto con suficiente capacidad predictiva en sangre o en saliva.

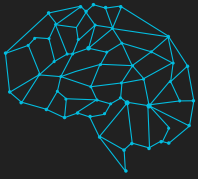
Claro, eso no diagnostica demencia, lo que diagnostica es la carga de proteína amiloide o de proteínas anormales, que nos pueden ayudar a etiquetar el diagnóstico de la enfermedad. El papel de la neuropsicología, en screening por supuesto, preveo que va a considerarse de menor trascendencia frente a este otro tipo de diagnósticos más sofisticados.

Y eso es importante también porque la otra revolución es la del tratamiento. Hay que decir que el tratamiento de la demencia ha sido el gran fracaso de la medicina, no de la psiquiatría ni de la neurología, de la medicina en general en los últimos 30 años. Hace veintitantos años que no sale un nuevo fármaco para una enfermedad tan grave, tan extendida y tan importante como la enfermedad de Alzheimer, ¡veintitantos años! Eso no ha pasado en ninguna rama de la medicina y

ahora después de muchísimos fracasos se empieza a ver, se están empezando a introducir los anticuerpos monoclonales, pero que todavía la historia tiene que cambiar bastante porque desde luego, los tratamientos que hay ahora disminuyen la progresión de la enfermedad y la suavizan, pero no son curativos en absoluto, los nuevos tampoco, aunque sí que entran dentro de ese capítulo de fármacos modificadores de la enfermedad, pero eso ya no va a ser una pastilla que se toma por la boca o un parche que se pone en la piel, son fármacos que se asemejan muchísimo a la quimioterapia, que son intravenosos, se tienen que dar una o dos veces al mes y requieren seguimiento de resonancia magnética porque pueden provocar sangrados y microsangrados y eso hay que seguirlo y la única manera es con resonancias, lo cual unido al enorme precio de los fármacos, al menos lo que se están empezando a utilizar en Estados Unidos (en Europa todavía no se hace) supone un gasto muy extraordinario, que está por ver si los países lo van a asumir en los sistemas sanitarios y si lo hacen será con que restricciones. Por ahí transcurren los nuevos tratamientos, que sobre todo se suministran a pacientes en estadios leves, bastante leves o moderados.

El caballo de batalla de la psiquiatría aquí son los síntomas psicológicos y conductuales, para esto si nos requieren, nos piden nuestra opinión y nuestros tratamientos, pues ahí desde luego somos claramente los expertos. Hay bastante investigación biológica en este sentido también, yo formo parte del comité ejecutivo del grupo de trabajo de trastornos conductuales de la Asociación de Alzheimer International y realmente se está empezando a publicar sobre la neurobiología de los trastornos conductuales lo que se supone que terminará ayudando al desarrollo de nuevos fármacos, si bien por ahora los que tenemos son los que utilizamos para otras indicaciones, con problemas de seguridad, esa espada de Damocles, fundamentalmente por los fármacos antipsicóticos.

Los trastornos psicóticos los podemos dividir en los de inicio tardío y los de inicio juvenil. La esquizofrenia de inicio tardío generó mucha investigación hasta el año 2000. En una conferencia de consenso en la que yo tuve la ocasión de asistir, se definieron los textos, los criterios diagnósticos y se puso en claro la situación. Luego en 15-20 años no ha habido demasiados avances y, por otra parte, tampoco estos criterios diagnósticos han pasado a formar parte de 2 ediciones tanto del DSM como de la CIE, por lo cual está avanzando lentamente en los casos de psicosis o psicosis de tipo esquizofrénico de inicio tardío.



Y por supuesto que la esquizofrenia de inicio juvenil en esos pacientes que envejecen. Ahora muchos están en la comunidad y sobre todo en el socio-sanitario, en las residencias de ancianos. Han recibido atención psiquiátrica especializada durante toda la larga vida de su enfermedad, pero cuando cumplen 65 años muchas veces pasan a la residencia de ancianos donde, con suerte, los ve el médico de la residencia y con muchísima fortuna, de vez en cuando, un psiquiatra. Esa atención, creo que se desvanece bastante: son pacientes que siguen necesitando mucha atención, aunque está demostrado que el pronóstico de la esquizofrenia de inicio juvenil, a largo plazo, es bastante más benigno de lo que se pensaba.

Respecto a los trastornos afectivos, la depresión mayor es el gran caballo de batalla, más grave o menos grave, y muchas veces lo que echamos en falta son ensayos clínicos que incluyan a ancianos. Los nuevos fármacos que van apareciendo, no desde el principio, incluyen ancianos y tenemos muchos datos. Aunque se han publicado un par de estudios recientemente bastante potentes sobre las estrategias más adecuadas en los ancianos, tampoco se ha definido sobre cuál es la mejor estrategia de potenciación o de combinación en la población mayor. Luego está el acceso a nuevos tratamientos; la esketamina tiene un tope de edad que es de 75 años en nuestro país. Gracias a Dios que no se quedó en 65, pero tenemos pacientes de 76 y de 80 años con trastornos depresivos muy graves que se podrían beneficiar de tratamientos como la esketamina y no es posible porque están fuera del rango que se ha aprobado.

El trastorno bipolar resulta que, al contrario que la esquizofrenia, conforme avanza la edad los pacientes se ponen peor y hay más fases, fundamentalmente depresivas. Produce mayor deterioro y sobre todo deterioro cognitivo, por lo tanto, es otro gran caballo de batalla en la psicogeriatría, porque la evolución del trastorno bipolar a largo plazo no es buena en muchos pacientes. Un ejemplo, es que empiezan a tener problemas renales o temblor con lo que deben abandonar el litio y eso supone también un rasgo evolutivo importante.

Una pincelada respecto al suicidio: la edad avanzada es la que padece más suicidios consumados, una situación a la que hay que prestarle atención. Muchas veces las campañas- se están haciendo buenas campañas – excluyen del foco a las personas mayores cuando son justamente las que sufren más letalidad autolítica.

LAS ENFERMEDADES

- T de ansiedad
- T adaptativos y duelo
- T somatomorfos y otras manifestaciones somáticas
- Complicaciones psiquiátricas de enfermedades médicas
- Otros trastornos: sueño, sexualidad, personalidad
- Adicciones

También está presente el duelo y la relación con la depresión, si bien puede haber duelo sin depresión. Todo lo que tiene que ver con los trastornos somatomorfos y las otras manifestaciones somáticas, son frecuentes, pero quizás menos estudiadas en las personas mayores que las más jóvenes. Prestar atención también a las complicaciones psiquiátricas de las enfermedades médicas, que las hay y son también importantes. Están también presentes otros trastornos que exhiben peculiaridades como los trastornos del sueño, los de la sexualidad y también los de la personalidad en la edad avanzada. Y se van considerando las adicciones, aunque notan suficientemente cómo sería deseable. Hasta ahora, se nos hablaba de adicciones fundamentalmente ligadas al alcohol y a fármacos como las benzodiazepinas. De hecho, la generación que se drogaba con veintitantos años, empieza a ingresar en la edad avanzada, si no han fallecido

LOS TRATAMIENTOS Y LA ASISTENCIA

- Psicofármacos
- Terapias biológicas no farmacológicas
- Psicoterapias
- Asistencia psicogeriatría según el setting

Alguna pincelada, para terminar, sobre los tratamientos y la asistencia. Deberían incluirse más pacientes ancianos en los estudios terapéuticos ya que son los que abundan más en la consulta. Tanto en la investigación en terapia biológica farmacológica, como de otros aspectos como el TEC, o la estimulación magnética transcraneal. Incluyo otras posibilidades terapéuticas y una más amplia aplicación de psicoterapias de las personas mayores, de las que, bueno, el amigo Freud expresaba bastantes dudas, y desde entonces padecemos esa cojera respecto a la duda de la eficacia de la aplicabilidad de las psicoterapias en las personas mayores, sin que esto no obvie todos los estudios controlados que sean necesarios.

Es verdad que aquí también tiene que ver mucho el interés de los profesionales por trabajar con personas mayores. Los



psiquiatras no lo tienen mucho en general y en psicoterapia geriátrica tampoco, pero nuestros compañeros los psicólogos son muy entusiastas tampoco.

Y finalmente alguna reflexión respecto al setting donde se realiza la psicogeriatría, que son los clásicos: la psicogeriatría en el hospital, la psicogeriatría ambulatoria. Amén de todos los sistemas de consulta o interconsulta con la atención primaria y con las residencias de ancianos. Un problema que está sin resolver es dónde tienen que ingresar las personas mayores cuando concierne a la psiquiatría ¿En la planta de psiquiatría junto con los enfermos graves más jóvenes? ¿Dónde reciben buena atención psiquiátrica, pero no settings especiales? ¿En las plantas de geriatría donde sí que están adaptados a su edad, pero las posibilidades y las necesidades de los pacientes con problemas mentales no son las mismas? Unidades específicas de psicogeriatría con cama hay muy pocas, hay algunas, en España, pero muy pocas. Ese problema está sin resolver.

Todo lo que tiene que ver con la psiquiatría de enlace que tiene un buen desarrollo, los psiquiatras de enlace, en general, cuentan con correcta experiencia con personas mayores, que están en buenas manos cuando se requiere su servicio.

La psicogeriatría ambulatoria, vuelvo a insistir, depende mucho de las iniciativas individuales. Nosotros proponemos que cada centro de salud mental posea una persona con experiencia, que sea, no necesariamente el que vea todas las personas mayores, pero que sirva de referencia y de foco y caja de resonancia sobre estas maneras diferentes de hacer las cosas y de acercarse a las personas mayores y eso creo que mejoraría muchísimo la atención ambulatoria.

REFLEXIONES FINALES

¿QUO VADIS PSICOGERIATRÍA?

Las reflexiones finales quizás las vamos a hacer entre todos. Hace 4 años publiqué en "Medicina Clínica", un artículo que se llamaba "¿Quo vadis Alois?" (DOI: 10.1016/j.medcli.2020.06.028), donde hago una reflexión respecto a la asistencia a la Enfermedad de Alzheimer, que se podría extender a toda la Psicogeriatría, ¿Dónde va la psicogeriatría?

¿Cuántos recursos queremos poner en todo esto? ¿Cómo vamos a formar a nuestros futuros psiquiatras? De hecho,

ya hay una iniciativa, ya que sí por fin se ha conseguido la psiquiatría infantil, no se trataría de estructurar una especialidad, eso quizá sería demasiado ambicioso, pero sí un área de conocimiento. Vamos a empezar a trabajar desde la Sociedad Española de Psicogeriatría y desde la de Psiquiatría y Salud Mental en apoyar esta iniciativa. Eso también tendrá éxito si conseguimos hacerla atractiva a los nuevos residentes y entender que, en el fondo psicogeriatras, de una manera u otra, vamos a ser todos y desde luego viejos y personas mayores también lo vamos a ser.

Así que termino. Si queréis, empezamos el debate.

Diana Molina: ¿A nivel de edad, cuando comienza la psicogeriatría? ¿Cuándo las personas tienen 70 años?

Luís Agüera: Es verdad que el tema de los 65 años es una frontera totalmente ficticia que tuvo, que tiene ver con la edad de la jubilación y que la edad de la jubilación a los 65 años la puso el mariscal von Bismarck en la Prusia de 1800 y pico para empezar a conceder una pensión por primera vez en la vida a los ciudadanos alemanes que llegaban a esa propecta edad, con la idea de que había muy pocos que llegaban y, por lo tanto, había muy poca pensión que pagar. Si hablamos de salud física, los geriatras dicen que la edad cronológica les da igual, que para ellos no es importante. ¿Hay algo importante?: la carga de patología y sobre todo el grado de dependencia. Por eso, yo creo que la psicogeriatría debería de atender a una persona de 60 años con una demencia, con un trastorno conductual importante y con una discapacidad importante. Y, por el otro lado, pues una persona que ha estado bien, estable, con un trastorno bipolar, bien cuidado por su psiquiatra habitual, pues no pasa nada.

Jesús Artal: yo creo en el concepto de fragilidad asociada a la edad, creo que es lo que marca mucho la necesidad de ir a profesionales.

Luís Agüera: ...y el grado de dependencia.

Jesús Artal: Y luego tenemos un tipo de fragilidad dependiente que es gente joven que ha sufrido un traumatismo con graves daños cerebrales y consecuencias de dependencia; sus necesidades son prácticamente, superponibles a las de los ancianos frágiles. A nosotros, los circuitos que existen para psicogeriatría, que no son nunca los necesarios, ahora sufrimos una presión por parte del servicio de neurocirugía para intentar que derivemos a personas más jóvenes. Tienen razón, porque la edad no debería ser una barrera. Pero, sin embargo, les complican un poco la vida. Es un campo que también ha crecido.



Otra reflexión que quería hacer es, como bien decías Luís, en la ley General de Sanidad, en el mismo párrafo donde determinaban que había que tomar medidas urgentes para la población infanto-juvenil, en el mismo párrafo hablan de la población geriátrica y, sin embargo, es verdad, el desarrollo tan importante por muchas razones que ha disfrutado la salud mental infantil, contrasta con la psicogeriatría o la geriatría se han quedado ahí atascadas. Es un tema que del que desconozco la razón, pero si yo fuera político procuraría más llevarme bien con los geriatras y con los jueces que con los pediatras.

Luís Agüera: pues es así, no es simplemente contar el número de pacientes, no se trata de competir, pero tampoco de quedarse tan atrás, no es solo uno o lo otro. Probablemente, tampoco se requieren tantísimos recursos, quiero decir que quizá formar una persona en psicogeriatría requiere un esfuerzo menor que formarla en psiquiatría infantil, porque no está tan absolutamente alejado por sus conocimientos. Sí, hay determinar cosas, hay que aprenderlas bien, pero yo creo que no es tan complejo, el poder formar bien a la gente y que hagan las cosas bien en esta franja de edad.

Jesús Artal: cómo sabéis, Jordi Blanch y yo hemos estado en la Comisión Nacional, y el requisito de contar con unidades o programas de psicogeriatría se convirtió en obligatorio y yo creo que de lo que más hemos devuelto en propuestas de acreditación era por la falta de proveerse en psicogeriatría lo que se puede disfrazar de muchas maneras.

Luís Agüera: lo llaman Unidad de psicogeriatría y es un almacén ¿No?

Jesús Artal: con este truco hemos visto que las comunidades autónomas no tenemos, o no teníamos esos dispositivos y sigue siendo llamativo, verdad.

Jordi Blanch: gracias por la presentación, supersuggerente y muy interesante. Discreparía un poco con Jesús al comparar el traumatismo craneoencefálico con los procesos de las personas que nos hacemos mayores y segundo, una pregunta ¿Qué queremos más psicogeriatras o un gerontopsiquiatras? Es decir, ¿Qué nos interesa más, tener buenos geriatras (y cada vez más, porque creo que faltan y desgraciadamente, son las plazas que menos se escogen en el MIR) que sepan manejar los problemas que has descrito -muy frecuentes, sobre todo de depresión y otros trastornos- o psiquiatras poco motivados por la edad avanzada? no deja de ser el mismo símil que acontece con la atención médica y la psiquiatría que, también es positivo que los médicos de

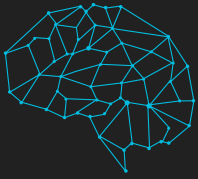
atención primaria sepan manejar los problemas de salud mental y no que no todo quede en la psiquiatría porque justamente es la más prevalente no son trastornos mentales graves. Simplemente, y a modo de reflexión, creo que preferiría ser tratado por un gerontopsiquiatra, por un geriatra con experiencia en salud mental, que por un psiquiatra poco motivado por visitar a una persona mayor.

Y luego una pregunta. He seguido algunas veces también la propuesta de estos centros de ingreso específicos para personas mayores que no son hospitales convencionales, y donde la puerta de entrada no es la misma, una atención también diferente en cuanto usa personas más frágiles en general, donde también se debe incluir, creo, la salud-mental. Ahora estoy imaginando estos hospitales donde el entorno es importante, donde haya una atención multisistémica, a las patologías no graves, pero sí que afectan a todos los sistemas y órganos y esto quizás no lo cubren bien los hospitales tan punteros donde hay hiperespecialización y el paciente convencional multipatológico, desgraciadamente pasa desapercibido.

He hecho 3 preguntas; en cuanto al comentario de Jesús, a ver qué opinas sobre la discrepancia entre traumatológico respecto al geriátrico, el segundo es sí queremos gerontopsiquiatras o nuevos psiquiatras y el tercero sobre los centros de ingreso, si deberían ser así o un poco más freeling de cara a las personas mayores.

Luís Agüera: respecto a la primera pregunta, hay algunos pacientes muy superponibles, pero muy recientemente hemos atendido un caso en el que se ha estado reflexionando, que es una persona que tiene una enfermedad mental grave, no es un traumatismo, con una situación física muy mala y nos decían que podía entrar en una residencia de personas mayores, a partir de la edad de 55 años, pero solamente si tenía deterioro cognitivo. ¿Deterioro cognitivo, pero qué deterioro cognitivo, el de la demencia o vale con el deterioro cognitivo de la esquizofrenia de mala evolución en un paciente que realmente será enormemente dependiente? Pues aquí igual. En ese caso, nosotros estamos intentando que ese paciente recibiera atención geriátrica, a pesar de tener 55 años.

Y, en lo que decía Jesús Artal, yo creo que igual, porque los otros pacientes (con traumatismos craneales) que además tienen otras patologías asociadas, probablemente el "know how", el "expertise" de estas unidades le va a ser más beneficioso que otra cosa.



Respecto a los geriatras sabiendo psiquiatría o a los psiquiatras sabiendo geriatría. Pues mira, yo que siempre he estado bastante cerca también a nivel de la formación de los geriatras, te diría que la mayoría tienen una gran sensibilidad y quieren aprender y saben y se interesan por rotar con psiquiatría en un tiempo razonable. Hacen cursos de formación, en la sociedad de psicogeriatría tenemos geriatras ahora. Creo que la mayoría están suficientemente bien formados, y los que no lo están, demandan esa formación. Pero es un nivel dos: luego claramente hay los trastornos mentales graves que indudablemente requieren de un psiquiatra. Otra cosa es la escasa formación de los psiquiatras en las patologías de las personas mayores. Y ya no digo en las demencias, que hay gente que considera que eso no va con ellos, pero si hablo de cómo manejar el litio en una persona mayor y que no se les pongan los pelos de punta cuando de pronto decimos: vamos a iniciar un tratamiento con litio con esta persona que no lo ha tomado nunca. ¡Pero si tiene 80 años! Sí, pero lo necesita. Entonces, ese tipo de cuestiones sí que requieren una formación.

Josep M Farré: yo estoy de acuerdo con Jordi Blanch; a veces me da la sensación de que los llamados geriatras, esos que decías que tenían además mucho interés en formación, son bastante fiables. Esto, por una parte...

Luis Agüera: hablo de los geriatras que han hecho la residencia de geriatría, no los médicos que están en las residencias, que eso ya es otro nivel.

Josep M Farré: es otro nivel y además a algunos les cuesta mucho, cómo tú sabes. Lo que hay una certidumbre que tú has dicho, y es que deberíamos estar preparados todos los psiquiatras y los no psiquiatras también, por todas las interacciones, por la cantidad de fármacos que se toman en estas edades. Pero bueno, es cuestión de nuestra seriedad para hacerlo. Pero yo estoy muy interesado por una cuestión que has citado, la psicoterapia. Has manifestado que la psicoterapia no es tan fácil por las características y yo también pienso esto. Es que gran parte de los trastornos adaptativos que estas personas pueden tener, incluso sin ser enfermos mentales, propias de la época, de su edad, de sus enfermedades y de sus pérdidas, porque muchos han perdido personas queridas. ¿Cómo plantear la psicoterapia ante un déficit cognitivo, ante la cronicidad, ante esas pérdidas, ante la accesibilidad a veces difícil, ante el entorno social que tienen muchas de estas personas mayores? A mí me agobia la clara dificultad que para esos pacientes representa la psicoterapia. ¿Qué te parece a ti?

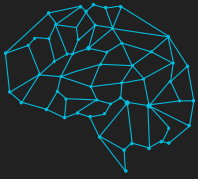
Luis Agüera: sí, la cuestión es una formación y otra la disponibilidad para llevarlo a cabo, porque de otro lado hay terapias de tercera generación, por ejemplo, la de aceptación y compromiso que realmente exhiben un desarrollo teórico de aplicación en los ancianos y que se están administrando con bastante eficacia, pero no hay interés en formarse en ello y en aplicarlo luego. Eso me pareció también especialmente penoso, porque muchas veces estos pacientes podrían beneficiarse de ello, por parte de los 2 grupos de profesionales, de los psiquiatras y de los psicólogos.

Josep M Farré: y la siguiente pregunta es algo también que ha sido muy periférico, pero que pienso que es interesante y que habéis hablado un momento de ello, que es el tema de la personalidad. Creo que es una cuestión que presenta mucha dificultad, primero porque los datos longitudinales se pierden, pero en segundo lugar porque quizá los instrumentos en esta edad podían ser distintos a los clásicos que manejamos, por lo que los trastornos de personalidad se pierden en un río sin un claro final.

Luis Agüera: ¿Cómo era antes, ¿no?

Josep M Farré: pues sería así, seguramente y persiste. Creo que este es un tema olvidado, pero que es importante tenerlo en cuenta. Creo que en el trastorno de la personalidad hay dificultades, quizá también en el deterioro cognitivo, no lo sé, pero parece como si fuera un gran olvido de estos grandes temas que evidentemente son más importantes que deterioran más que preocupan.

Luis Agüera: sí, es lo mismo, igual que si se trabaja poco y se estudia poco en la eficacia de la psicoterapia pues también de los trastornos de personalidad. Es como si fuese más fácil o más accesible la investigación biológica y más inaccesible, por lo tanto, se hace menos la investigación más "psi" y la investigación más "psi" pues sería la psicoterapia, pero también todo lo que tiene que ver con los trastornos de personalidad. Nosotros hicimos un inicio de estudio que luego no se pudo continuar por otras razones, en el que intentamos correlacionar la personalidad previa del paciente y, en el desarrollo de una demencia, que tipo de trastornos conductuales reportaba. Eso luego no se replicó, pero veíamos algunas cosas interesantes, como lo era que rasgos más extrovertidos se correlacionaban cuando el paciente padece una demencia más grave, con más estado de agitación e inquietud. Esto podría reportar incluso unas características preventivas, pero este tipo de estudios están por hacerse.



Jordi Blanch: yo quería volver a preguntar sobre una de las cuestiones que he planteado antes sobre los centros de ingreso, ¿Cómo verías estos dispositivos sean un poco más específicos para hacer ingresos de personas mayores?

Luís Agüera: sí, a mí eso me parece ideal si convencemos a quien los tiene que montar de que eso sea operativo y no solamente lo mejor, sino más probablemente de coste efectivo, a mejor. Probablemente para las personas mayores los de más utilidad sean servicios más transversales, que puedan incluir a varias especialidades. Cuando estaba en Suiza, allí tenían mucho dinero y había hospitales de día psico geriátricos. En Madrid yo conocía alguno y ya no creo que haya ninguno. Un hospital de día sería muy útil para pacientes con un trastorno mental, aunque no tuviesen ese componente tan médico; me estoy refiriendo a estos hospitales de día o centros de día que manejan pacientes graves con patologías importantes y quizás sea la manera de desatascar la situación ya que serían centros más transversales que no fuesen solo psicogeriátricos o solo geriátricos en sí

Jordi Blanch: no, me refiero a la persona que tiene que ingresar, acude a urgencias, y la puerta de entrada ya no es la de urgencias normal sino una puerta de acceso de urgencias específicas, de personas frágiles... y una vez ingresa también está en un entorno con diferentes especialidades, pero sin la gravedad quizás de un hospital general.

Luís Agüera: parecen ser áreas de ingreso a tiempo total o áreas de ingreso a tiempo parcial, ¿No?

Jordi Blanch: Sí, lo que hiciera falta, hay personas a las que conviene porque se les dispensa un tratamiento en sede, psicológico u otro que tienen que estar en supervisión. Esto es, pueden volver en seguida a su casa. Sería un entorno muy diferente al hospital general, incluso adaptar espacios de movilidad, de la misma forma que los adaptamos en algunos hospitales en el caso de población infantojuvenil.

Luís Agüera: esto te iba a decir justamente, que la pintura de las paredes, las puertas, las salas de espera, todo eso en las unidades de infantil, son diferentes.

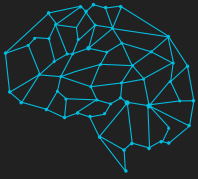
Diana Molina: yo tengo 2 preguntas, una es ciñéndome a la presentación, que por cierto muchas gracias, doctor por su tiempo, pero a mí me ha surgido pensarlo una vez que hablaba del papel de la neuroimagen, el TAC como forma de diagnóstico. Desconozco esto, no sé qué ventajas tiene, que inconvenientes tiene, si es que permite intervenir antes.

La segunda pregunta sería cómo surgió en usted el interés por la psicogeriatría. Tengo una curiosidad sana por saberlo.

Luís Agüera: la neuroimagen permite un diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia cada vez con más precisión, y además es útil en esos estadios precoces, en los que el paciente tiene pequeños problemas de memoria y existe una duda razonable. De hecho, esta mañana he estado visitando una paciente que era joven, que tiene ahora sesenta y tantos y que efectivamente la neuroimagen ha confirmado que padece una demencia en un estadio precoz, pero que es bastante joven cómo para tenerla y eso va a ayudar muchísimo, sobre todo al diagnóstico temprano en los casos dudosos.

¿Cómo fue mi interés por la psicogeriatría? Yo te lo voy a explicar de una manera muy simpática. Cuando yo estaba haciendo la residencia, yo soy del sur, yo estaba en un hospital en Málaga, aunque yo soy de Córdoba, y me trasladé a un hospital de Madrid a practicar algunas rotaciones que no había en mi hospital, o no estaban bien desarrolladas y que me interesaban; sabía de un buen hospital de día muy pionero de psiquiatría infantil que en los años 80, no la había prácticamente en ningún hospital, y a mí me interesaba mucho. Y al mes y pico, me di cuenta que me aburría bastante y que aquello no me gustaba tanto como había pensado y que pensaba que eso iba a ser a lo mejor un futuro profesional, pero no me convenció en absoluto. Pero dio justo la casualidad que ese hospital contaba con una pequeña unidad de psicogeriatría dirigido por una de las escasas personas que había en psicogeriatría en aquellos entonces y que se había formado en Suiza. Y le dije al jefe de servicio: "mira, yo me estoy aburriendo un poco con esto, te importa que deje psiquiatría infantil y haga psicogeriatría". Y me dijo: "pues mira, ahora mismo no hay ningún residente rotando por ahí por si te interesa..." Lo hice por "así tomo experiencia, hay esto que no lo hay en otros muchos sitios". Y ahí que eso motivó, me gustó, me gustó mucho, me sentí muy cómodo y cuando terminé la residencia había que irse al extranjero a formarse, me fui a Ginebra y allí estuve un año... y esa es un poco la intrahistoria de cómo nos trajimos algunos la psicogeriatría del extranjero a aquí. Aprendí mucho y me gustó y lo que aprendía entonces me ha servido hasta ahora.

Josep M Farré: Dr. Luís Agüera, creo que hemos llegado al final. Muchísimas gracias por tus aportaciones y tu inmenso saber en ese conocimiento en el que todos deberíamos profundizar.



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

I. Gómez-Reino Rodríguez¹, I. Tolosa², G. Mestre Bach³, F. Gotor⁴, D. Simón Lorda⁵,
J. Gomez-Reino López⁶, A. Lobo Satué⁷

Asesor: 7 Catedrático emérito de Psiquiatría. UNIZAR.

Editor Asociado: 1 psiquiatra. C.H.U. Ourense.

Consejo de Redacción: 2 Psicóloga. Hospital Universitario Dexeus; 3 Psicóloga Hospital Universitario Dexeus. Universidad Internacional de la Rioja;
4 Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. 5 Psiquiatra. C. Hospitalario Universitario Ourense.
6 MIR Psiquiatría. Hospital Universitario de la Rivera (Alcira-Valencia).

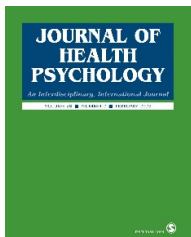
RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa

Journal of Health Psychology 2024

Palabras Clave: cáncer, conciencia emocional

ONCOLOGÍA



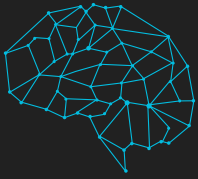
CONSCIENCIA EMOCIONAL Y CÁNCER DE MAMA

EMOTIONAL AWARENESS
AMPLIFIES AFFECTIVE
SENSITIVITY TO SOCIAL
SUPPORT FOR WOMEN WITH
BREAST CANCER

RESUMEN

Antecedentes: La conciencia emocional (CE) se considera un facilitador de la salud psicológica, ya que ayuda en la regulación emocional personal y en la obtención de apoyo social. Este estudio investiga las relaciones entre la CE, el apoyo social y la salud mental en mujeres diagnosticadas recientemente con cáncer de mama.

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue evaluar cómo la CE modera la relación entre el apoyo social y el estrés en la aparición de síntomas afectivos y el bienestar en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.



Métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal durante un año con 460 mujeres (edad media de 56.4 años, rango de 23 a 91 años) diagnosticadas con cáncer de mama en los últimos cuatro meses. Las participantes completaron medidas de CE, apoyo social, estrés social, síntomas afectivos y bienestar. Se utilizaron modelos lineales para analizar la CE como moderador en la relación entre el apoyo social y el estrés sobre los síntomas afectivos y el bienestar.

Resultados: Los resultados mostraron que, en las mujeres con alta CE, un bajo apoyo social estaba asociado con mayores niveles de depresión y menor optimismo. Además, se encontró evidencia de que una CE más alta predecía mayor depresión en el inicio del estudio, pero menor depresión a los nueve meses de seguimiento.

Conclusiones: Estos hallazgos apoyan la idea de que la CE aumenta la sensibilidad al apoyo social disponible y facilita la adaptación emocional con el tiempo. Se sugiere que la evaluación de la CE podría ayudar a los clínicos a identificar a aquellas pacientes en mayor riesgo de resultados adversos en la salud mental.

Comentario: El estudio sobre la CE en mujeres diagnosticadas recientemente con cáncer de mama resalta su papel crucial en la adaptación emocional y la regulación del estado de ánimo. Aunque una CE más alta se asocia inicialmente con mayor depresión, también facilita una mejor adaptación y un uso más efectivo del apoyo social a lo largo del tiempo. Esto sugiere que evaluar la CE podría ser fundamental para identificar a aquellas pacientes en mayor riesgo de problemas de salud mental, permitiendo así intervenciones más efectivas y personalizadas. En general, el estudio subraya la importancia de la CE en el cuidado psicológico de pacientes con cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldman CM, Chuning AE, Lane RD, Smith R, Weihs KL. Emotional awareness amplifies affective sensitivity to social support for women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*. 2024;0(0). doi:10.1177/13591053241291018

Gemma Mestre Bach

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES



TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

PREVALENCE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AFTER STROKE: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Journal of Psychosomatic Research. 2024

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, accidentes cerebrovasculares

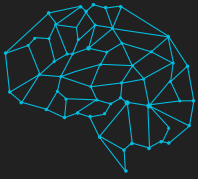
RESUMEN

Antecedentes: El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se ha relacionado con peores resultados funcionales en personas que han sufrido un accidente cerebrovascular.

Objetivos: Este artículo realiza una revisión sistemática para proporcionar una visión completa de la prevalencia de TEPT tras un accidente cerebrovascular, explorar diferencias en la prevalencia según el origen patológico y la ubicación de la lesión, y examinar diferencias según el método de evaluación del TEPT.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura de estudios que informaran sobre el TEPT post-accidente cerebrovascular. Se evaluó el riesgo de sesgo utilizando una versión adaptada de la herramienta de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs.

Resultados: Se incluyeron 30 estudios que reportaron datos de 4,320 individuos. La prevalencia media ponderada de TEPT fue del 17.5% (rango: 2.9%-71.4%). Se observó un 13.8% en accidentes cerebrovasculares isquémicos, 4.6% en ataques isquémicos transitorios, 6.5% en hemorragias intracerebrales y 37.1% en hemorragias subaracnoideas. La prevalencia media ponderada según cuestionarios de autoevaluación fue del 17.8% (rango: 3.7%-71.4%), mientras que



según entrevistas de TEPT fue del 4.0% (rango: 2.9%-32.8%). A los tres y más de 12 meses post-accidente cerebrovascular, la prevalencia media ponderada fue del 24.7% y 17.8%, respectivamente.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el TEPT es común después de un accidente cerebrovascular, especialmente tras una hemorragia subaracnoidea. Esto subraya la importancia de la concienciación y el screening para el TEPT post-accidente cerebrovascular, incluso más allá del primer año tras el evento.

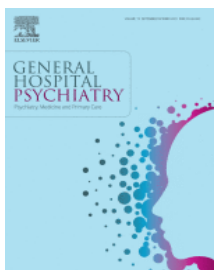
Comentario: Este artículo destaca la elevada prevalencia del TEPT en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, lo que resalta la necesidad de una mayor atención a la salud mental en esta población. Los hallazgos son especialmente preocupantes en el caso de las hemorragias subaracnoideas, donde la prevalencia es notablemente más alta. La revisión sistemática proporciona evidencia valiosa que puede guiar las prácticas clínicas hacia la identificación y tratamiento del TEPT en pacientes post-accidente cerebrovascular, enfatizando la necesidad de realizar un seguimiento y evaluación continua de la salud mental en este grupo vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Janssen, E. P. J., et al. "Prevalence of posttraumatic stress disorder after stroke: A systematic literature review." *Journal of Psychosomatic Research* (2024): 111914.

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

NEUROPSIQUIATRÍA. CATATONIA



ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CATATONIA

RECEPTOR ANTAGONISTS FOR TREATMENT OF CATATONIA IN ADULTS: NARRATIVE REVIEW

Jeong Hoo Lee, Joji Suzuki, N-methyl-D-aspartate (NMDA)

General Hospital Psychiatry (2024),

Palabras clave Antagonista del receptor NMDA; Catatonía; Amantadina; Memantina; Ketamina, Esketamina

Objetivo: Si bien la mayoría de los pacientes con catatonía responden completamente a las benzodiazepinas o la TEC, algunos tienen una respuesta parcial o nula. Las benzodiazepinas pueden estar contraindicadas, por ejemplo, cuando coexiste delirium. Esta revisión analiza la utilidad de los antagonistas del receptor NMDA como alternativas a las benzodiazepinas en el tratamiento de la catatonía en adultos.

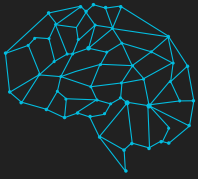
Métodos: Se realizó una búsqueda en PubMed siguiendo las pautas PRISMA de artículos sobre antagonistas del receptor NMDA en el tratamiento de la catatonía.

Resultados: Se identificaron treinta y siete artículos, incluidos informes de casos y series de casos. La Amantadina (27 casos en 13 artículos) y la Memantina (20 casos en 14 artículos) fueron los agentes señalados con mayor frecuencia. La **Amantadina**, típicamente se utiliza en monoterapia o terapia complementaria con benzodiazepinas, mostró unas respuestas rápidas. **Memantina**, utilizado solo o con Lorazepam, demostró respuestas rápidas. Un pequeño número de casos (5 casos en 4 artículos) informaron el uso exitoso de **ketamina y esketamina**, destacando su papel potencial en el tratamiento de la catatonía.

Conclusión:

A pesar de las limitaciones, los antagonistas del receptor NMDA pueden ser opciones viables cuando la respuesta del paciente es parcial o no responde a las benzodiazepinas, la TEC no está disponible o no es bien tolerada o existe preocupación por la comorbilidad con delirium, en el que las benzodiazepinas pueden estar contraindicadas. Se necesita más investigación.

Comentario: Este artículo señala alternativas a los tratamientos tradicionales de la catatonía, centrándose fundamentalmente en la amantadina y la memantina. Estos fármacos bloquean la acción del glutamato, un neurotransmisor excitatorio, y tendrían un lugar en la terapia sobre todo cuando se muestran resistentes a otros tratamientos. Durante el artículo se hace referencia a la posibilidad de usar la amantadina en pacientes con riesgo de estatus, o que la epilepsia es la propia causa de la catatonía y la administración de la TEC se puede convertir en un riesgo de producir un status epiléptico. Las dosis de memantina variaban entre 100 y 600mg en los distintos artículos y se



asoció en la mayoría de los casos al Lorazepam. De extraordinario interés y recomiendo leerlo con profundidad es el artículo del instituto de Neurología de México (artículo 32 en la bibliografía) *Catatonía in Neurologic and Psychiatric Patients at a Tertiary Neurological Center*, que describe las características de 68 pacientes diagnosticados de catatonía y sus tratamientos. Hace referencia a la utilización de los neurolepticos en pacientes catatónicos, tanto de origen neurológico porque estaban agitados (catatonía excitada) o bien en psiquiátricos porque tras la resolución de la clínica catatónica persistía la clínica psicótica. Señalan que la utilización de Lorazepam como coadyuvante podría disminuir las complicaciones que los neurolepticos pueden causar en los pacientes con catatonía. Los autores también señalan que no se administró neurolepticos a los pacientes con CPK elevadas. Otro interesante apunte clínico, es que encuentran que todos, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, menos uno tenía EEG NORMAL, lo que sugiere que esta prueba puede tener cierto interés en el diagnóstico, beneficiándose de una exploración neurológica y una punción lumbar en los que salga alterada. La ausencia de Lorazepam endovenoso o intramuscular, hace que las respuestas tan espectaculares que se describen en la literatura no se manifiesten en la muestra. Esto podría deberse a que el Lorazepam endovenoso tiene una mayor tendencia a unirse con receptores GABA que el oral o el Valium intravenoso. La memantina también se ha utilizado a dosis de 20mg y en combinación con el Lorazepam. Describe un caso en que las dosis alta de Lorazepam producía alteraciones respiratorias por lo que se añadió memantina. EL artículo hace también referencia a la utilización de ketamina como anestésico en un paciente con TEC y la esketamina en casos aislados, así como dos casos con minociclina y uno con dextrometorfano/quinidina

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee JH, Suzuki J. N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor antagonists for treatment of catatonía in adults: Narrative review. Vol. 91, General Hospital Psychiatry. Elsevier Inc.; 2024. p. 60–5.

INFORMACIÓN ADICIONAL

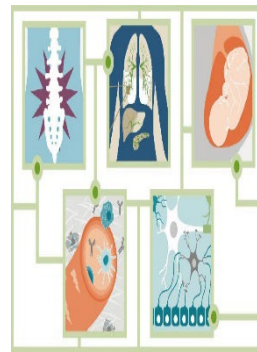
El artículo que se señala a continuación, referenciado en la bibliografía como el 32, me parece que es de gran utilidad y con numerosas perlas clínicas a tener en cuenta.

Espinola-Nadurille M, Ramirez-Bermudez J, Fricchione GL, Ojeda-López MC, Pérez-González AF, Aguilar-Venegas LC.

Catatonía in neurologic and psychiatric patients at a tertiary neurological center.

Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 2016 Mar 1;28(2):124–30.

NEUROPSIQUIATRÍA. CATATONIA



CATATONIA

Hirjak D, Rogers JP, Wolf RC, Kubera KM, Fritze S, Wilson JE, et al. Catatonía.

Nat Rev Dis Primers. 2024

nature reviews disease primers

RESUMEN

La catatonía es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por signos motores, afectivos y cognitivo-conductuales, que dura desde horas hasta días. La intensa investigación durante las últimas dos décadas ha llevado a que la catatonía sea reconocida como un diagnóstico independiente en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11) desde 2022. La catatonía se encuentra en el 5-18% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y en el 3,3% de los pacientes hospitalizados en unidades médicas. Sin embargo, en un número desconocido de pacientes, la catatonía no se reconoce y estos pacientes están en riesgo de complicaciones potencialmente mortales. Por lo tanto, reconocer los síntomas de la catatonía temprana es crucial para iniciar el tratamiento adecuado y lograr un resultado favorable. Las benzodiazepinas como el Lorazepam y el diazepam, la terapia electroconvulsiva y los antagonistas del N-metil-D-aspartato como la amantadina y la memantina, son los pilares de la terapia de la catatonía. Además, los antipsicóticos de segunda generación que modulan la dopamina (por ejemplo, la clozapina y el aripiprazol) son efectivos en algunas poblaciones de pacientes. El tratamiento temprano y



adecuado, combinado con nuevas evaluaciones de detección, tiene el potencial de reducir la alta morbilidad y mortalidad asociadas con la catatonía en entornos psiquiátricos y no psiquiátricos.

Comentario. Artículo muy útil desde todos los puntos de vista. Por una parte, hace una pormenorizada puesta al día de un cuadro que cada vez con más frecuencia se ve en las interconsultas de los psiquiatras de enlace. En la parte inicial del artículo tenemos la tabla 1 que nos da una visión general del artículo desde la epidemiología al tratamiento. La catatonía tiene una incidencia global de 10 por cada 100.000 personas-año y a menudo no se diagnostica correctamente, lo que representa un desafío para los clínicos. Según el DSM-5-TR, la catatonía se considera principalmente una manifestación secundaria de diversos trastornos psiquiátricos o médicos. **Para la CIE-11:** La catatonía se conceptualiza como un **síndrome psicomotor autónomo**, que puede tener múltiples causas o etiologías, tanto psiquiátricas como médicas, pero que se considera en sí mismo como un fenómeno clínico con cierta independencia, lo que orientaría a que la catatonía presenta características comunes que podrían responder a tratamientos similares, independientemente de su causa. Ambos exigen tres síntomas de una lista que es más amplia en la CIE-11 (ver la caja 1 del artículo). Puede presentarse en una amplia variedad de condiciones médicas, neurológicas y psiquiátricas, aunque durante gran parte del siglo XX se consideró un subtipo de esquizofrenia. Hace referencia a las escalas diagnósticas señalando como la BFCRS es la más utilizada en la literatura científica. Sin embargo, las escalas de evaluación difieren sustancialmente en el número y la definición de signos, lo que indica que los límites de la catatonía y el consenso entre los expertos sobre lo que específicamente constituye una manifestación catatónica aún no están claros. Describe a continuación la posible patofisiología donde se incluyen factores neuroinflamatorios, psicofarmacológicos y genéticos. Desde el punto de vista bioquímico, la catatonía se asocia con alteraciones en varios sistemas de neurotransmisores (como GABA, dopamina y glutamato), los cuales son cruciales para la regulación del movimiento y el ánimo. Señala luego el artículo los distintos subtipos de catatonía, recordándonos las tres formas como la catatonía periódica la maligna y el síndrome neuroléptico maligno, dejando de lado al Síndrome serotoninérgico que según algunos autores también se podría incluir en estos subtipos. Hace una muy útil referencia a la catatonía en distintas etapas del ciclo vital

como pediátrica, perinatal y geriátrica, destacando la necesidad en esta última de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial la Demencia Fronto-Temporal y el delirium. Hay que recordar que en la DSM el delirium es un excluyente del diagnóstico de catatonía, aunque hay numerosos trabajos que señalan una comorbilidad entre ambos, con las dificultades que para el tratamiento esto puede traer. Las tablas 2 y 3 se centran en el diagnóstico diferencial y en la comparación con el delirium y sin duda debemos guardarlas, en la ya abultada libreta que a estas alturas que llevaremos en el bolsillo de nuestra bata.

La catatonía requiere un manejo integral que aborda el síndrome en sí, las condiciones subyacentes y las complicaciones médicas que pueden surgir. Las directrices internacionales coinciden en que el tratamiento de la catatonía debe comenzar con la administración de benzodiazepinas y, si no hay respuesta, debe considerarse la Terapia electroconvulsiva (TEC). Los antipsicóticos se reservan para casos específicos y se administran con precaución, ya que el riesgo de complicaciones graves es significativo en ciertos pacientes. Este enfoque multimodal, que incluye la valoración del trastorno subyacente, previene complicaciones médicas y permite un tratamiento más integral del paciente catatónico. Recomendamos dos nuevas tablas la 4 con las indicaciones terapéuticas específicas en función de las características clínicas de la catatonía. Es También de gran interés la figura 3 que describe un algoritmo de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hirjak D, Rogers JP, Wolf RC, Kubera KM, Fritze S, Wilson JE, et al. Catatonía. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Dec 1;10(1). . <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00534-w>

INFORMACIÓN ADICIONAL

Os dejo este enlace de la academia de Psiquiatría de interconsulta y enlace al documento de catatonía que complementa este artículo de revisión. <https://www.clpsychiatry.org/wp-content/uploads/ACLP-How-To-Guide-Catatonía-2020.pdf>

Este otro enlace es una página muy interesante con videos y tablas muy claras sobre la exploración de la catatonía de la universidad de Londres. <https://www.ucl.ac.uk/mental-health/research/catatonía>



Jorge Gómez-Reino López

GESTIÓN

COSTO EFECTIVIDAD DE LA PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE PROACTIVA E INTEGRADA



PROACTIVE INTEGRATED CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY AND TIME SPENT IN HOSPITAL BY OLDER MEDICAL INPATIENTS IN ENGLAND (THE HOME STUDY)

The Lancet Psychiatry. 2024

RESUMEN

Antecedentes: Las personas de edad avanzada que ingresan a través de los servicios de urgencias suelen presentar estancias prolongadas debido a la complejidad biopsicosocial de sus problemas, tales como la pérdida cognitiva, la depresión, ansiedad o la dependencia funcional. Estas condiciones suelen extender la hospitalización, reduciendo la eficacia de los tratamientos, incrementando los costos sanitarios, limitando la disponibilidad de camas y dificultando los cuidados al alta.

Para tratar esta complejidad se diseñó el programa "Proactive integrated consultation – liaison psychiatry" (PICLP) para un abordaje biopsicosocial de esta clase de pacientes.

Objetivos: Se llevó a cabo un ensayo controlado y aleatorizado para observar los beneficios del programa PICLP, tanto en términos de costo efectividad como de mejora clínica del paciente y de la calidad percibida por él y su entorno, en comparación con una atención estándar.

Métodos: Este ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado incluyó pacientes de 3 hospitales generales en Inglaterra, abarcando un total de 24 unidades de hospitalización. Los pacientes debían ser mayores de 65 años y

haber ingresado a través del servicio de urgencias con una estancia mínima de 2 días.

Se generaron dos grupos: el primero recibió el abordaje basado en PICLP, mientras que el segundo recibió una atención estándar. Los pacientes fueron asignados de manera aleatoria con una proporción de 1:1 y se estratificaron según hospital, edad y sexo.

Para evaluar los resultados se consideraron variables como el tiempo de ingreso durante los 30 días post aleatorización además de la tasa de alta hospitalaria y su destino, el número de readmisiones en urgencias, la tasa de mortalidad en el año posterior a la asignación al grupo y la calidad percibida del trato. También se analizaron mejoras en problemas específicos (ansiedad, depresión, función cognitiva, dependencia funcional y calidad de vida) mediante escalas estandarizadas.

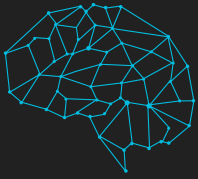
Resultados: Se incluyó un total de 2744 pacientes (1399 [51%] hombres y 1345 [49%] mujeres) aleatorizados entre el 2 de mayo de 2018 y el 5 de marzo de 2020. La edad media se situó en los 82,3 años con una desviación típica de 8,2 y el 93,5% de los participantes (2565) se identificaron como de raza blanca. En comparación con el manejo estándar, el grupo de PICLP mostró una modesta mejora del coste-efectividad durante el primer y tercer mes sin que se mantuviera la misma a los 12 meses. Aunque no mostraron diferencias significativas en el resto de las mediciones los pacientes y sus familiares en el grupo PICLP reportaron una percepción subjetiva de mejor calidad en la atención médica recibida.

Conclusiones: Este es el primer ensayo controlado y aleatorizado del programa PICLP. Aunque mostró un ahorro en los costos sanitarios a corto plazo, no demostró una reducción de la estancia media hospitalaria. Sin embargo, este ensayo constituye un punto de partida importante para el desarrollo y mejora de programas más eficientes.

Comentario: Previo a analizar en detalle el artículo, es relevante hacer una breve introducción sobre el programa PICLP, cuya descripción completa se encuentra en la sección de información adicional junto con el artículo original.

Se trata de un programa manualizado y que precisa de entrenamiento por parte de los clínicos. Está orientado a realizar una psiquiatría de interconsulta proactiva, temprana e integrada, con el objetivo de atender a pacientes mayores de 65 años pluripatológicos desde un enfoque biopsicosocial.

La aplicación del programa sigue cuatro pasos principales empezando por un cribado de los pacientes ingresados



que se puedan beneficiar de una intervención psiquiátrica temprana. A continuación, se elabora una lista de los problemas específicos del paciente priorizando aquellos con mayor impacto en la estancia media. Posteriormente se formula un plan a largo plazo del paciente incluso al alta seguido de la implementación de este desde una vista biopsicosocial con una comunicación fluida entre el paciente, familiares y profesionales sanitarios.

Finalmente, cuando se produce el alta del paciente se realiza una coordinación con el médico de atención primaria para un adecuado seguimiento.

A pesar de que la aplicación del programa no redujo significativamente la estancia media en comparación con el tratamiento estándar (objetivo principal del ensayo clínico), sí disminuyó los costos a corto plazo y mejoró la calidad percibida de la atención.

La perspectiva biopsicosocial de los pacientes resulta fundamental para comprender las complejidades de estos pacientes. Integrar esta visión en el diseño de planes de ingreso y alta sienta las bases programas más efectivos, que permiten una atención integral del paciente (considerando aspectos psiquiátricos, sociales y orgánicos) y mejoran tanto la calidad asistencial como la eficiencia de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

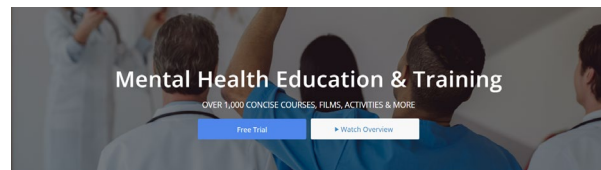
1. [Sharpe M, Walker J, van Niekerk M, et al. Proactive integrated consultation-liaison psychiatry and time spent in hospital by older medical in patients in England \(The HOME Study\): a multicentre, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2024 Sep;11\(9\):684-695.](#)

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. [Sharpe M, Toynbee M, et al. Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry \(Proactive Integrated Psychological Medicine group\). Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry: A new service model for the psychiatric care of general hospital inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep-Oct; 66:9-15.](#)

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



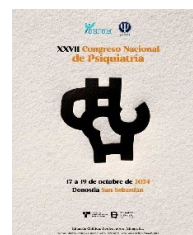
<https://symptommedia.com/>

Symptom Media es un servicio de suscripción que ofrece un recurso en línea para la educación y la formación en salud mental. En un mundo en el que el tiempo escasea, este recurso, utilizado por profesionales de la salud, así como por más de 500 universidades, colegios, hospitales y escuelas de medicina, brinda acceso a más de 1000 herramientas de formación únicas y concisas, entre las que se incluyen:

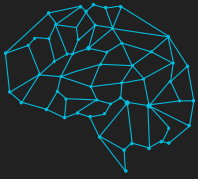
- Cursos de educación continuada acreditados basados en estudios de casos en video.
- Herramientas de evaluación, estudios de casos en video sobre DSM-5-TR, ICD 10 y teleterapia.
- Actividades de simulación, que se utilizan para practicar habilidades clínicas al mirar un video sin el diagnóstico indicado y luego completar tareas como un plan de tratamiento o un examen del estado mental.

CONGRESOS Y CURSOS

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



El pasado 18 de octubre, durante la celebración del CNP de San Sebastián, se aprobó por parte de la asamblea general de la SEPSM, la transformación del Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicopatológica y de enlace en la **primera Sección de ámbito clínico** de la Socie-

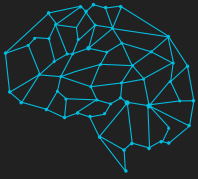


dad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM). Desde hace más de diez años, e impulsado inicialmente por el Profesor Antonio Lobo, el grupo ha ido desarrollando diversas líneas de trabajo en el ámbito de la Psiquiatría Psicósomática y de enlace. Desde cursos On-line, sesiones Clínicas bimensuales, varios artículos y capítulos de libros en revistas nacionales e internacionales de impacto, el observatorio de actividad clínica y esta sección de News Letter dentro de la de la SEPSM. No podemos olvidar también, el informe elaborado sobre el diploma de acreditación del área funcional de paliativos, donde se obvia de manera inexplicable a la Psiquiatría.

La sección además celebró una reunión durante el CNP, con los objetivos de fomentar su conocimiento entre los

socios, informar de los proyectos futuros y, establecer las bases de la organización de la sección. Entre los objetivos nuevos, estaría el de avanzar en la elaboración de documentos de trabajo en distintas temáticas, desde las unidades de alta complejidad conductual, a las listas de lecturas en la subespecialidad, la elaboración de unos criterios para la acreditación de unidades funcionales de Psiquiatría Psicósomática y de enlace, o poner en común los programas de enlace de los distintos hospitales.

Os animamos a participar y os esperamos para fomentar esta apasionante área clínica de la Psiquiatría, carta de presentación en de nuestra especialidad en el resto del hospital.



NOTÍCIAS

NEWS



SECCIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH SECTION

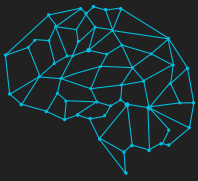
**G. Lasheras^{1,9}, M. de Gracia de Gregorio^{2,9}, B. Farré-Sender^{3,9}, M.L. Imaz^{4,9}, L. Molinero^{5,9}, B. Palacios^{6,9},
C. Sanz^{7,9}, E. Serrano-Drozdowsky^{8,9}**

¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). Barcelona. gracia.lasheras@quironsalud.es.

²Psicóloga. Hospital del Mar – Parc de Salut Mar. Barcelona. ³Psicólogo. HUD. Barcelona. ⁴Psiquiatra. Hospital Clinic. Barcelona.

⁵Psicóloga. HUD. Barcelona. ⁶Psicóloga. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, México. ⁷Psicóloga. HUD. Barcelona.

⁸Psiquiatra. Centro Médico Ruber Internacional. Madrid. ⁹Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva.



1. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ONLINE PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN PERINATAL EN PADRES Y PAREJAS QUE NO HAN DADO A LUZ: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS DE ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIOS

EFFECTIVENESS OF ONLINE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS TO PREVENT PERINATAL DEPRESSION IN FATHERS AND NON-BIRTHING PARTNERS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS.

Palabras clave: Padres; Intervenciones en Internet; Metanálisis; Depresión perinatal; Prevención; Revisión sistemática.

Keywords: Fathers; Internet interventions; Meta-analysis; Perinatal depression; Prevention; Systematic review.

Se trata de una revisión sistemática y meta-análisis sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas on line para prevenir la depresión perinatal paterna (PPD, por sus siglas en inglés) en padres y parejas no gestantes; se basa en ensayos clínicos aleatorios (RCTs) y sigue las directrices PRISMA 2020. La revisión incluyó siete estudios, mientras que el meta-análisis consideró seis estudios que abarcaron a 1042 padres de cinco países.

Introducción: La depresión perinatal en los padres es una condición poco estudiada, que afecta entre el 8 % y el 13 % de los padres durante el periodo perinatal, y está relacionada con problemas de salud mental y física en los padres, las madres y sus hijos. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas en línea para prevenir la PPD en padres y parejas no gestantes.

Métodos: Se incluyeron estudios que cumplieran con ciertos criterios de selección (PICO-S), como involucrar a padres o parejas no gestantes durante el periodo perinatal, y que utilizaran intervenciones psicológicas en línea. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos electrónicas hasta mayo de 2023. Para el análisis de datos, se utilizó la diferencia media estandarizada (SMD) como medida de resultado.

Resultados: Los siete estudios seleccionados se llevaron a cabo entre 2017 y 2023 en países como Singapur, EE. UU.,

Australia, Países Bajos y Pakistán. Cuatro estudios incluyeron módulos específicos para los padres. Las intervenciones variaron en duración y se llevaron a cabo durante el embarazo y hasta 6 meses después del parto. El meta-análisis mostró que las intervenciones en línea tuvieron un efecto pequeño pero significativo en la reducción de los síntomas de depresión perinatal (SMD = -0.258; $p = 0.047$). Sin embargo, la calidad de la evidencia fue considerada muy baja debido a la moderada heterogeneidad entre los estudios ($I^2 = 51\%$) y el riesgo de sesgo en varios estudios. La efectividad de las intervenciones se mantuvo estable solo cuando se usaron modelos de efectos fijos y la prueba de Egger. No se encontró sesgo de publicación.

Conclusiones: Las intervenciones psicológicas on line podrían ser efectivas para prevenir la depresión perinatal en padres, pero se necesita más evidencia de alta calidad. Además, no se encontraron estudios sobre parejas no gestantes, lo que destaca una brecha en la investigación. La revisión subraya la importancia de diseñar intervenciones específicas para los padres y otros tipos de familias, como las parejas del mismo sexo, para mejorar la salud mental durante el periodo perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

- de-Juan-Iglesias P, Gómez-Gómez I, Barquero-Jimenez C, Wilson CA, Motrico E. Effectiveness of online psychological interventions to prevent perinatal depression in fathers and non-birthing partners: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Internet Interv.* 2024 Jul 18;37:100759. doi: 10.1016/j.invent.2024.100759. PMID: 39149135; PMCID: PMC11325346.

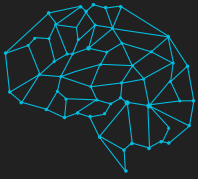
2. INTERVENCIÓN TELEPSICOLÓGICA PRENATAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD: UN PROTOCOLO DE ESTUDIO

PRENATAL TELEPSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR PREVENTING ANXIETY: A STUDY PROTOCOL

Palabras clave: Ansiedad perinatal; embarazo; prevención; telepsicología.

Keywords: Perinatal anxiety; pregnancy; prevention; telepsychology.

Antecedentes: La ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes durante la etapa perinatal. En España, la prevalencia de ansiedad oscila entre el 16,8% y el 19,5% a lo largo del



embarazo. Además, una de cada diez mujeres experimentará ansiedad y depresión comórbidas durante el embarazo, y una de cada doce durante el posparto. La disparidad en la prevalencia puede deberse al momento de la evaluación, al uso de diferentes instrumentos de evaluación y puntos de corte y a las diferencias culturales en relación a la importancia que se da a la salud mental en un país y/o cultura concretos. Aunque su prevalencia es elevada, la investigación sobre el tratamiento de la ansiedad durante este periodo es reciente.

La ansiedad perinatal se asocia a efectos adversos para la salud de las mujeres y sus bebés. Respecto a las madres, se ha asociado a una mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto, mayor riesgo de preeclampsia, complicaciones obstétricas y problemas de vinculación. En cuanto a los recién nacidos, se ha encontrado una mayor probabilidad de presentar menor peso al nacer y pobre desarrollo cognitivo, entre otros, de ahí la importancia de detectar e intervenir tempranamente en la ansiedad prenatal para promover el bienestar de las madres y los hijos.

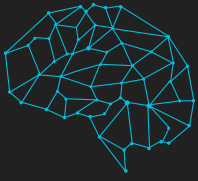
Durante el embarazo, las mujeres acuden con frecuencia a los servicios de salud y se encuentran más dispuestas a recibir ayuda porque creen que redundará en un impacto positivo para su bebé. Sin embargo, existen barreras para acceder a intervenciones durante este periodo, como la falta de información sobre los problemas emocionales, opciones de intervención disponibles y efectivas, así como limitaciones prácticas de acceso al tratamiento presencial, como costes, distancia geográfica, listas de espera o problemas logísticos como asistir a las citas. Los avances en las tecnologías de la información y la comunicación hacen posible contar con intervenciones vía internet, las cuales pueden realizarse a través de ordenadores, tablets o teléfonos inteligentes. Estas intervenciones pueden o no estar guiadas por un profesional de la salud mental, así como ser sincrónicas o asincrónicas, es decir, en tiempo real o en comunicación diferida. Además, tienen la ventaja de ayudar a superar las barreras antes mencionadas ya que mejoran la aceptación de la intervención y son más flexibles y accesibles. Una forma de terapia aplicada en línea es la teleterapia. Esta forma de tratamiento se lleva a cabo siguiendo un proceso similar al de la terapia presencial, aunque la interacción se produce de forma telemática. Hasta el momento, no existe en España un protocolo para prevenir la ansiedad y la sintomatología emocional comórbida durante la etapa perinatal mediante una intervención psicológica por videoconferencia; una intervención de este tipo podría facilitar

el acceso y ser de ayuda a muchas mujeres durante este periodo, reduciendo los niveles de ansiedad y la sintomatología emocional comórbida.

Objetivo: El objetivo principal del presente estudio es determinar si una intervención psicológica preventiva es superior a la atención habitual durante el embarazo (asistencia a las consultas de seguimiento del embarazo, e información y respuestas a preguntas frecuentes proporcionadas por la matrona) para prevenir los síntomas de ansiedad durante el embarazo. El objetivo secundario es examinar si esta misma intervención es más eficaz que la atención habitual en la prevención de los síntomas depresivos durante el embarazo, así como la ansiedad y los síntomas depresivos posparto.

Métodos: Es un diseño controlado aleatorio de dos ramas con participantes que recibirán el protocolo de intervención, asignado al grupo de intervención, y aquellos que recibirán la atención habitual, asignados al grupo de control. La intervención comenzará entre 4 y 6 semanas después de la evaluación inicial. La atención habitual consiste en asistir a las citas de seguimiento y control del embarazo, resolver cualquier duda que pueda surgir durante el proceso con las matronas y asistir a clases grupales de preparación prenatal. Las participantes serán evaluadas antes y después, y uno, tres y seis meses después de terminar la intervención. Los criterios de inclusión incluyen estar embarazada con una edad gestacional ≤ 16 , ser mayor de 18 años, comprender y hablar español con fluidez y dar su consentimiento para participar en el estudio. Además, las participantes deben tener acceso a internet y a un dispositivo digital (ordenador, tableta o smartphone). Se excluirán aquellas mujeres con un embarazo de alto riesgo o gemelares, que estén recibiendo tratamiento farmacológico para la ansiedad y/o depresión, o que no den su consentimiento. El objetivo fue reclutar una muestra mínima de 140 participantes.

Intervención: La intervención se basará en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los tratamientos transdiagnósticos para problemas emocionales, e incluye tres secciones que abordan los componentes principales de la TCC: pensamientos, actividades placenteras y contactos sociales. La intervención psicológica consistirá de siete sesiones grupales, realizadas semanalmente, con una duración aproximada de 60 minutos cada una, a excepción de la primera y la última, que tuvieron una duración de hora y media ya que implicará realizar la presentación y evaluación de la intervención, respectivamente. A su vez, el programa se



dividirá en tres módulos. Módulo 1: psicoeducación y sensibilización sobre salud mental perinatal, que aporta información sobre la prevalencia de síntomas de ansiedad en la etapa perinatal y las consecuencias para las madres y los bebés. Módulo 2: Gestión de emociones y pensamientos; abarca tres sesiones y tiene como objetivo aportar estrategias para identificar y reestructurar aquellos pensamientos que nos dañan, así como reconocer las conductas y emociones que estos generan. Módulo 3: orientado a enseñar a resolver problemas de forma efectiva y comunicarse de la mejor forma posible. A lo largo de las sesiones se realizará un entrenamiento de relajación con el fin de disponer de una técnica para reducir la ansiedad cuando ésta aparezca. Asimismo, en todas las sesiones se asignarán ejercicios para realizar en casa con el fin de que las participantes puedan practicar lo aprendido cada semana. Por último, se realizará una sesión de cierre en la que se revisarán las habilidades aprendidas a lo largo de la intervención. La estructura de cada sesión será similar: revisión de los deberes asignados y resolución de los problemas que hayan surgido al respecto, explicación del contenido de la sesión, ejercicios prácticos, asignación de deberes y entrenamiento de relajación.

Limitaciones: las intervenciones telepsicológicas también presentan limitaciones. Llerena y Ramos-Nobo las han clasificado en cinco bloques: aspectos técnicos, éticos, emisor, receptor y prácticos. Considerando los aspectos técnicos, Maheu et al. señalan la necesidad de tener acceso a internet y conocer el funcionamiento de los dispositivos utilizados, algo que puede no estar al alcance de todos; en cuanto a los aspectos éticos, destacan los problemas relacionados con la privacidad y/o confidencialidad de la información, y respecto a las limitaciones asociadas al emisor, es decir, el terapeuta, algunos se resisten a integrar recursos tecnológicos en la práctica profesional y/o no tienen la competencia (habilidades) para desarrollar una intervención de forma telemática; en lo que concierne a los inconvenientes relacionados con el receptor, cabe destacar que no todos los pacientes saben utilizar los recursos tecnológicos, ni se sienten cómodos ante la ausencia de interacciones cara a cara. Por último, a nivel práctico, destaca la dificultad para establecer la alianza entre pacientes y terapeutas y la dificultad para transmitir empatía por la ausencia de contacto visual.

Conclusión: Los resultados permitirán determinar si la terapia cognitivo conductual aplicada por videoconferencia obtiene buena aceptación entre las embarazadas y si es eficaz

en la prevención de la ansiedad y los síntomas emocionales durante la etapa perinatal. Si esta intervención es un recurso eficaz y útil entre las embarazadas, podrá implementarse como herramienta en la sanidad española.

BIBLIOGRAFÍA

1. Val, A., & Míguez, M. C. (2024). Prenatal Telepsychological Intervention for Preventing Anxiety: A Study Protocol. *Journal of clinical medicine*, 13(19), 5877. <https://doi.org/10.3390/jcm13195877>

3. UNA PERSPECTIVA GLOBAL: ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN POBLACIONES PERINATALES

A GLOBAL PERSPECTIVE: ACCESS TO MENTAL HEALTH CARE FOR PERINATAL POPULATIONS

Palabras clave: Servicios de salud; salud mental; perinatal; posparto; embarazo.

Keywords: Health services; Mental health; Perinatal; Postpartum; Pregnancy.

Antecedentes: Los trastornos más comunes en el embarazo y posparto son los relacionados con la ansiedad, depresión y trastornos psicóticos, cuyos efectos pueden afectar a la salud materna y del bebé, incluso extenderse más allá del periodo perinatal. Entre las complicaciones que pueden derivarse, se encuentran el aumento del riesgo de suicidio, parto prematuro, problemas de crecimiento fetal y complicaciones obstétricas como la hipertensión gestacional; además, la exposición a problemas de salud mental materna puede incrementar el riesgo de dificultades cognitivas, conductuales y emocionales en la infancia. Algunas poblaciones cuentan con un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental perinatal, particularmente aquéllas con ingresos bajos y medios, donde factores de riesgo como la desventaja socioeconómica, antecedentes de problemas de salud mental, uso de sustancias, estrés interpersonal, aislamiento social y discriminación, pueden intensificar la vulnerabilidad.

Objetivo: Este estudio se propone realizar un análisis sobre el estado actual de los servicios disponibles de atención de la salud mental perinatal, así como los obstáculos y factores que facilitan el acceso, además de estrategias para mejorar dicho acceso en países de altos y bajos ingresos de



Asia, África, Europa, América del Norte y América del Sur.

Método: Este trabajo describe por un lado las vías de tratamiento actualmente disponibles a nivel global, las barreras y factores que facilitan el acceso a la atención, y las estrategias para mejorar dicho acceso.

Resultados: Los sistemas de salud utilizan distintos métodos para identificar condiciones de salud mental perinatal, y muchos emplean cuestionarios validados para medir la ansiedad y la depresión. En Inglaterra, el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) y, en Escocia, la Red Escocesa de Directrices Intercolegiales (SIGN) recomiendan preguntar sobre el bienestar emocional en cada contacto prenatal y posparto de rutina. Sin embargo, en muchos países de ingresos bajos y medios, tales recomendaciones no se implementan de manera rutinaria. En algunos centros de ciertos países, se ha implementado el programa "Mental Health Gap Action Program" (mhGAP) de la OMS, que guía a los trabajadores de atención no especializada en la identificación y tratamiento de condiciones de salud mental, aunque no está adaptado específicamente a la población perinatal. En los Estados Unidos, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Alianza para la Innovación en Salud Materna, recomiendan que los clínicos obstétricos evalúen la salud mental y puedan prescribir medicación psicofarmacológica para los trastornos de ánimo y ansiedad perinatales. Además, no existe una cobertura de salud universal, los seguros de salud públicos y privados cubren algunos servicios, pero el acceso a una atención integral en salud mental perinatal depende en gran medida de la disponibilidad y el alcance de estos seguros. En Asia, varios proyectos de investigación e iniciativas buscan capacitar a trabajadores de atención primaria para detectar problemas de salud mental perinatal y establecer vías de acceso, aunque la mayoría no están lideradas por el gobierno. Excepciones incluyen Sri Lanka, donde se indaga rutinariamente sobre la depresión en el periodo perinatal, y algunos estados de India que han implementado iniciativas de salud pública para desarrollar vías de derivación. En Japón, las enfermeras de salud pública realizan visitas domiciliarias a todos los padres y sus bebés dentro de los cuatro meses posteriores al parto, evaluando la depresión con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y un análisis de riesgo psicosocial. Este tipo de visitas domiciliarias también se llevan a cabo en el Reino Unido e Irlanda.

En Sudamérica, la mayoría de las personas dependen del sistema de salud público debido a factores socioeconómicos. Países como Argentina, Brasil y Colombia han implementado una cobertura de salud universal centrada en la atención

primaria. En Brasil, a partir de mayo de 2024, se evaluará el bienestar psicológico durante los periodos prenatal y posparto, mientras que en Chile el Ministerio de Salud ha establecido pautas desde 2014 para la detección temprana de problemas de salud mental perinatal.

A nivel mundial, existen barreras adicionales que limitan el acceso a los servicios de salud mental perinatal, como sucede en áreas rurales y para personas en situaciones socioeconómicas complejas. En países de ingresos bajos y medianos, los recursos suelen ser insuficientes o depender de apoyo externo; las barreras de alfabetización dificultan el uso de cuestionarios autoadministrados y los recursos para que los profesionales administren estas herramientas son limitados. Para muchos grupos, como comunidades raciales minoritarias, personas neurodiversas y LGBTQ+, la exclusión y la falta de representación en estos servicios sigue siendo un reto.

Por todo ello, se han implementado diversas estrategias a nivel mundial. Mejorar las habilidades de los profesionales de la atención perinatal y utilizar modelos de atención colaborativa, son enfoques prioritarios en países de ingresos altos como Estados Unidos e Irlanda, mejorando el acceso y los resultados al integrar los servicios de salud mental en la atención primaria y obstétrica. En los países con menos recursos, la transferencia de tareas a trabajadores de salud comunitarios o personal de apoyo entre pares, ha mostrado ser prometedora, especialmente cuando estas personas provienen de contextos similares a las poblaciones a las que sirven, lo que promueve la participación y reduce el estigma.

Conclusión: La salud mental perinatal varía mundialmente y, en muchos países, estas condiciones aún son poco reconocidas y tratadas. A nivel global, la provisión de servicios enfrenta desafíos similares, como el estigma y la falta de profesionales capacitados, además de barreras específicas según la región, como las diferencias culturales, la cobertura gubernamental y el acceso a centros de salud mental. Es fundamental comprender qué servicios funcionan para cada población y contexto, y compartir conocimientos y prácticas efectivas entre regiones. Finalmente desarrollar políticas sociales en relación con la salud mental que tengan en cuenta los niños, sus familias y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. (1) Wilson, C. A., Bublitz, M., Chandra, P., Hanley, S., Honikman, S., Kittel-Schneider, S., Rückl, S. C. Z., Leahy-Warren, P., & Byatt, N. (2024). A global perspective: Access to mental health care for perinatal populations. *Seminars in perinatology*, 48(6), 151942. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151942>



4. SALUD MENTAL, VÍNCULO, BIENESTAR FAMILIAR Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PADRES DE BEBÉS QUE RECIBEN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

MENTAL HEALTH, BONDING, FAMILY WELLBEING, AND FAMILY FUNCTIONING IN PARENTS OF INFANTS RECEIVING NEONATAL INTENSIVE CARE

Palabras clave: Cuidados intensivos neonatales, salud mental parental, vínculo familiar, funcionamiento familiar.

Keywords: Neonatal intensive care, parental mental health, family bonding, family functioning.

Antecedentes: La hospitalización de un recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) puede convertirse una experiencia vital estresante para los padres, lo cual puede aumentar la vulnerabilidad y el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y síntomas de estrés posttraumático (TEPT). Los padres en la UCIN pueden brindarse un apoyo mutuo valioso, pero la experiencia de tener un bebé en cuidados intensivos y los síntomas emocionales que esto conlleva, también pueden afectar negativamente sus relaciones futuras y el bienestar familiar. La mayoría de los estudios previos acerca de esta temática se han centrado en las madres, pero los padres también pueden experimentar dificultades de salud mental tras el alta.

Objetivo: El objetivo de este estudio es describir la salud mental autoinformada, el vínculo con el bebé, el bienestar familiar y el funcionamiento familiar en madres y padres de bebés que requieren cuidados intensivos neonatales. Por otro lado, se exploran los factores asociados con estos resultados.

Métodos: Este estudio transversal incluyó a 147 progenitores (75 madres y 72 padres) provenientes de tres UCIN de nivel II en el sur de Suecia. Los padres completaron una batería de cuestionarios que evaluaba síntomas de ansiedad y depresión, mediante los instrumentos de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), así como síntomas de TEPT a través del Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-S). El vínculo con el neonato se midió utilizando el Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), el bienestar familiar con la Family Sense of Coherence Scale (F-SOC-S), y el funcionamiento familiar a través de la General Functioning Scale (GFS).

Resultados: Los resultados revelaron que casi el 40% de los padres reportaron síntomas de ansiedad, mientras que

los síntomas de depresión y TEPT fueron menos comunes; sin embargo, las madres mostraron más problemas de salud mental que los padres. En cuanto al vínculo con el bebé, la mayoría de los padres (92.9%) reportaron valores dentro de la normalidad en la escala PBQ; no obstante, se identificó que la depresión era un factor significativo en la predicción de dificultades de vinculación y bienestar familiar. No se encontraron asociaciones significativas con la ansiedad o el TEPT en relación con el vínculo. Tampoco se observaron diferencias significativas entre madres y padres en términos de funcionalidad y cohesión familiar, mostrando unos niveles óptimos de ambas variables.

Conclusiones: El presente estudio pone de manifiesto que los síntomas de ansiedad fueron comunes entre los padres con neonatos en UCIN, aunque podrían considerarse como una reacción transitoria al estrés. Sin embargo, los síntomas de depresión, aunque aparecen en menor frecuencia, tienen un alto impacto en la relación entre padres e hijos y en el bienestar familiar. Así pues, identificar la depresión es crucial para brindar un soporte familiar adecuado y prevenir posibles problemas de vínculo y funcionamiento familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Petersson, M. Å., Israelsson, J., Persson, C., Hörberg, U., Wåhlin, I., & Mas-soudi, P. (2024). Mental health, bonding, family wellbeing, and family functioning in parents of infants receiving neonatal intensive care. *Journal of Neonatal Nursing*

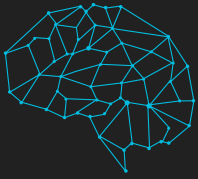
5. CONCENTRACIONES DE CORTISOL EN EL CABELLO DURANTE EL EMBARAZO Y LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS MATERNO POSPARTO: LA COHORTE ELFE

HAIR CORTISOL CONCENTRATIONS ACROSS PREGNANCY AND MATERNAL POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMS - THE ELFE COHORT

Palabras clave: cortisol capilar; periodo perinatal; síntomas depresivos posparto.

Keywords: Hair cortisol; Perinatal period; Postpartum depressive symptoms.

La depresión posparto y los síntomas depresivos generan un impacto importante en la salud y el bienestar maternoin-



fantil, pero hasta la fecha su etiología sigue sin estar clara. Una hipótesis sugiere una asociación entre estos síntomas y variaciones en los niveles prenatales de cortisol, pero la evidencia existente es limitada y no concluyente.

Este estudio plantea como **objetivo** proporcionar evidencia adicional para desentrañar la relación entre las concentraciones de cortisol prenatal y la aparición posterior de síntomas depresivos posparto (SDPP).

Con este fin, se extrajo el cortisol del cabello durante los tres trimestres del embarazo de 775 mujeres que participaron en la cohorte francesa ELFE. La sintomatología depresiva a los dos meses posparto se evaluó mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). Las asociaciones entre los niveles de cortisol prenatal y las puntuaciones de la EPDS se evaluaron utilizando modelos de regresión logística ponderados por puntuación de propensión para controlar los posibles factores de confusión.

Respecto a **los resultados**, se observó un aumento en las concentraciones medias de cortisol, del primer al tercer trimestre del embarazo. No se encontraron diferencias significativas en las concentraciones de cortisol en el cabello durante el primer y segundo trimestre entre las mujeres que experimentaron síntomas depresivos posparto y las que no. Sin embargo, se observó una asociación entre las concentraciones de cortisol capilar en el tercer trimestre y los síntomas depresivos dos meses después del parto. Las mujeres cuyas concentraciones de cortisol cayeron dentro del segundo cuartil, contaron con un mayor riesgo de SDPP posterior (ORa = 2,67; IC95 % [1,01; 7,08]).

En **conclusión**, este estudio de gran tamaño poblacional, muestra una asociación entre los niveles de cortisol en el cabello durante el tercer trimestre del embarazo y los síntomas depresivos posparto. Sin embargo, estos resultados sugieren la pertinencia de realizar futuros estudios que incluyan otros marcadores de la reactividad del eje corticotrópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maguet, C., Downes, N., Marr, K., Sutter-Dallay, A. L., Galéra, C., Wallez, S., Kirschbaum, C., Gressier, F., Melchior, M., Charles, M. A., Koehl, M., & van der Waerden, J. (2024). Hair cortisol concentrations across pregnancy and maternal postpartum depressive symptoms - The ELFE cohort. *Journal of psychiatric research*, 178, 305–312. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.08.03>.

6. MANEJO DEL LITIO EN EL PERIPARTO: RESULTADOS MATERNO Y NEONATALES AGUDOS

PERIPARTUM LITHIUM MANAGEMENT: EARLY MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES

Palabras clave: trastorno bipolar, litio, madre, recién nacido, periparto, transferencia placentaria.

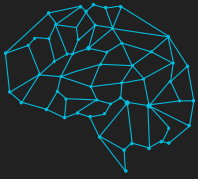
Keywords: bipolar disorder, lithium, mother, neonate, peripartum, placental passage.

Introducción: Se ha observado que las concentraciones séricas maternas de litio más elevadas en el momento del parto se asocian con más complicaciones neonatales. Para minimizar el riesgo de exposición neonatal al litio, se han propuesto diferentes estrategias como la reducción de la dosis de litio entre un 30 y un 50 % unos días antes del parto o bien su interrupción 24 a 48 horas antes del parto.

Objetivos del estudio: Analizar(1) los cambios en la litemia materna en el periparto (que abarca desde el día de ingreso hospitalario para el parto hasta el séptimo día posparto) después de una breve interrupción del tratamiento con litio, (2) la transferencia placentaria de litio en el momento del parto y (3) la asociación entre la litemia neonatal en el momento del parto y los resultados neonatales agudos.

Metodología: Se realizó un estudio de cohorte observacional retrospectivo en un hospital universitario (noviembre/2006-diciembre/2018). Los datos se extrajeron de las historias clínicas. Se incluyeron mujeres psicopatológicamente estables, con embarazo único, tratadas con litio al final del embarazo, con al menos una litemia materna y neonatal en el momento del parto. El litio se suspendió 12 horas antes de una cesárea o inducción programada, o el día del ingreso hospitalario para el parto y se reinició a las 6-12 horas posparto.

Resultados: Se incluyeron 66 pares madre-hijo y se obtuvieron 226 litemias maternas y 66 neonatales. Se encontraron ligeras fluctuaciones de la litemia materna periparto cercanas a 0,20 mEq/L y una recaída materna posparto temprana del 6 %, en la que tres de las cuatro madres descompensadas presentaron litemias en rango terapéutico (0,5-1,2 mEq/L). La relación media (DE) de litemia intraparto del cordón umbilical/madre fue de 1,10 (0,17). Cincuenta y seis por ciento de los neonatos presentaron complicaciones agudas transitorias,



siendo la hipotonía neonatal fue la complicación más frecuente (N = 15). La litemia media fue 0,178 mEq/L mayor en aquellos neonatos que presentaron hipotonía que en aquellos que no la presentaron ($p = 0,028$).

Limitaciones: Se trata una cohorte retrospectiva de un tamaño de muestra moderado de embarazos sanos sin complicaciones cuyos resultados no se pueden generalizar a todas las embarazadas tratadas con litio.

Conclusiones: El litio se transfiere completamente a través de la placenta. El mantenimiento de las concentraciones

séricas de litio al nivel mínimo eficaz de forma individualizada para cada mujer, junto con una breve interrupción del litio en el momento del parto, puede minimizar el riesgo de complicaciones maternas y neonatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Imaz ML, Torra M, Langohr K, Arca G, Soy D, Hernandez AS, García-Esteve LI, Vieta E, Martín-Santos R. Peripartum lithium management: Early maternal and neonatal outcomes. *J. Affect. Disord.* 2024; 366: 326-334. doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.140.

NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL (SMP) EN LATINOAMÉRICA Y DE LA RED IBEROAMERICANA DE SMP

INVESTIGACIÓN

SALUD MENTAL PERINATAL Y CUIDADOS. INTERSECCIONES Y RECONFIGURACIONES EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19, EN ARGENTINA

SAÚDE MENTAL PERINATAL E CUIDADO. INTERSEÇÕES E RECONFIGURAÇÕES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19, NA ARGENTINA

PERINATAL MENTAL HEALTH AND CARE. INTERSECTIONS AND RECONFIGURATIONS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC, IN ARGENTINA.

Palabras clave: Cuidados; Salud mental perinatal; Género; Covid-19; Argentina.

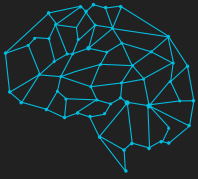
Keywords: Care; Perinatal mental health; Gender Covid-19; Argentina.

Antecedentes: El contexto pandémico representó un alto nivel de preocupación y sufrimiento para embarazadas y puérperas, tanto a nivel global como local, registrando altos niveles de ansiedad y depresión. La pandemia también significó una sobrecarga de trabajo de cuidados para las mujeres, especialmente las madres, al encargarse de los

requerimientos escolares, de la atención de la salud, de generar actividades de esparcimiento para sus hijas e hijos en confinamiento, etc., y, cambios en la atención sanitaria a la población de embarazadas y puérperas en los sistemas sanitarios al priorizar el tratamiento del Covid-19. Este estudio utilizó una aproximación de la influencia del género en la salud mental materna.

Método: Se realizó un estudio en tres hospitales públicos argentinos con el objetivo de indagar el modo en que 150 embarazadas y 150 puérperas transitaron la pandemia (especialmente, los cambios en atención sanitaria), y la incidencia en su salud mental. Mediante un diseño cuanti-cualitativo de corte transversal con triangulación de técnicas cuantitativas y cualitativas, se utilizaron instrumentos estandarizados como la prueba GAD-7 (Generalized anxiety disorder) para medir ansiedad en embarazadas y la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS) para puérperas. Se analizó una muestra no probabilística por cuotas, que se establecieron por hospital, por nivel educativo y por edad de las mujeres. Entrevistas personales y presenciales fueron realizadas en ámbitos hospitalarios a 300 mujeres que asistían, o habían tenido su parto en tres hospitales de dos provincias argentinas. Los datos fueron recogidos desde octubre de 2020 a febrero de 2021, y el estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud UNER en 28/07/2020.

Resultados: Se identificó en este grupo un leve aumento del tiempo dedicado a los cuidados y una disminución del



dedicado al trabajo remunerado. Se encontró una gran preocupación por los cambios en la atención sanitaria, el cuidado y salud de sus hijos/as y la gestión cotidiana del cuidado. Se registró alta incidencia de ansiedad en embarazadas y depresión puerperal.

Conclusiones: Los padecimientos y malestares de las mujeres embarazadas y puérperas en contexto de pandemia se vieron incrementados por los cambios y la falta de información en la atención sanitaria perinatal, la interrupción de los apoyos familiares y de amistades, y la sobrecarga de tareas de cuidado. Estudiar la salud mental materna y la organización de los cuidados bajo la perspectiva de género, permite una comprensión más integral de los padecimientos de las mujeres madres entendidas como sujetos sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. González, M. F., & Mattioli, M. (2024). Salud mental perinatal y cuidados. Intersecciones y reconfiguraciones en contexto de pandemia por Covid-19, en Argentina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 28, e230068.

NOTICIAS

1. APROBACIÓN EN PERÚ DE LA LEY N° 32132, DIRIGIDA AL CUIDADO INTEGRAL DE LAS MADRES EN DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL

En octubre del 2024, el Congreso de la República aprobó y publicó la Ley N° 32132, también conocida como "Ley Estrella", que busca regular el cuidado integral y multidisciplinario de la madre que experimenta la muerte y el duelo gestacional y neonatal, mediante protocolos de atención especializada ante la muerte perinatal. Esta ley también comporta aplicación al padre y busca promover que, tanto la madre gestante como el padre, puedan recibir apoyo emocional cuando enfrenten una muerte gestacional o neonatal. Este tipo de atención debe proveerse en el hospital o centro de salud en el que la madre gestante o el padre se encuentren y aplica para instituciones de carácter público y privado en Perú.

En este importante marco de aprobación legislativa, el congreso de Perú también ratificó el día 15 de octubre de cada año como el *Día Nacional de la concienciación de la muerte gestacional y neonatal* para apoyar en la sensibili-

zación y apoyo al duelo de las madres y sus familias. Adicionalmente, esta Ley promueve la creación de un registro especial para los casos de mortinatos, que permite a los padres de forma voluntaria inscribir a sus bebés fallecidos durante la etapa perinatal con nombres completos ante el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) de este país. Es importante destacar que esta Ley fue resultado de un arduo trabajo de colaboración entre diversos colectivos de madres en duelo y la red peruana de Salud Mental Perinatal, en acompañamiento con especialistas de otros países de Latinoamérica en donde ya existen proyectos legislativos de este tipo.

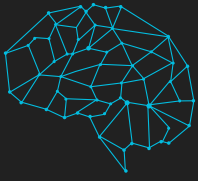
2. EN RED NOS SOSTENEMOS

Xóchitl Carlos Méndez, *Postpartum Support International*; Jesús Cobo Gómez *Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal*

"En Red nos Sostenemos" es una iniciativa que nace como un espacio de encuentro, análisis y cooperación internacional, enfocado en la salud mental perinatal (SMP), con el objetivo de unir esfuerzos y planes de las diferentes redes y organizaciones nacionales e internacionales, en países de habla hispana y portuguesa. El espacio internacional desarrollado quiere destacar las particularidades sociales, económicas e históricas que nos unen, así como los retos comunes que hemos de asumir para conseguir una mejor salud mental perinatal para nuestras poblaciones.

Durante la pasada conferencia bianual de la Marcé Society en septiembre 2024 en Barcelona, España, un colectivo de líderes internacionales se reunió para discutir diversos temas relacionados con los retos actuales en salud mental perinatal. El tema principal que se discutió fue la necesidad urgente de alinear las temáticas y enfoques en las formaciones y entrenamientos sobre Salud Mental Perinatal. Se reconoció que, a pesar de los avances, existen diferencias significativas en los programas de capacitación entre los distintos países de habla hispana y portuguesa; por ello, uno de los objetivos prioritarios es la creación de un **marco común de formación** que permita asegurar que los y las profesionales de la SMP cuenten con una preparación adecuada, actualizada y uniforme para atender las necesidades de las madres y sus familias.

Así mismo se abrió la discusión sobre la creación de un **Encuentro Internacional** en español, portugués y otras len-



guas originarias sobre salud mental perinatal. Esta iniciativa busca establecer un espacio donde los profesionales, investigadores y organizaciones de la región puedan compartir conocimientos, experiencias y estrategias de forma más directa y accesible. Un evento en español, portugués y otras lenguas originarias permitiría una participación más inclusiva, fortaleciendo la colaboración y el intercambio de conocimientos entre todos los países y pueblos de América Latina y la Península Ibérica. En este sentido, se propuso la organización de un Congreso internacional, que funcione como un espacio inclusivo y accesible para profesionales, investigadores y organizaciones de la región. La meta es facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias, superando barreras idiomáticas y fomentando una colaboración más sólida entre los países.

En octubre 2024, se llevó a cabo la primera reunión oficial de "En Red Nos Sostenemos" en donde se tuvo la oportunidad de abordar la importancia de la comunicación coordinada en torno a campañas de salud mental perinatal de alcance global. Los participantes revisaron las características de la campaña mundial de WMMH y, tras un análisis colectivo, seleccionaron el **lema en español para el año 2025: "Por una Salud Mental Perinatal Universal"**, el cual representará los esfuerzos de los países hispanohablantes. Las participantes de Brasil y Portugal elegirán también el lema en portugués.

En la misma reunión, se plantearon los primeros pasos para el trabajo conjunto, organizando comités de trabajo bajo **cuatro líneas estratégicas:**

- Comité de consenso en formación SMP.
- Comité de campañas internacionales.
- Comité de seguimiento a políticas públicas y leyes.
- Comité de apoyo a congresos/eventos internacionales.

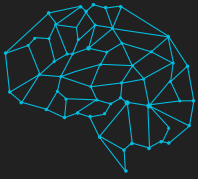
"En Red Nos Sostenemos" / "Em rede apoiamo-nos" aspira a ser una plataforma esencial para enfrentar los desafíos comunes de la salud mental perinatal en el mundo de habla hispana y portuguesa, destacando las particularidades sociales, económicas e históricas que nos unen y promoviendo el trabajo colaborativo y el intercambio de saberes en un ámbito de gran relevancia y en constante crecimiento. Si deseas ser parte de este movimiento, te invitamos a escribir a enrednossostenemos@gmail.com.

3. CREACIÓN DE LA RED ECUATORIANA DE SALUD MENTAL PERINATAL

En junio 2024, inició actividades la *Red Ecuatoriana de Salud Mental Perinatal* como una respuesta a la necesidad de difusión, educación, concientización e investigación en este campo, debido a la desatención a nivel público y privado de la salud mental de la madre y su bebé. Esta red, integrada por Marcela Almeida, Gabriela Montalván, Alexandra Guerra, Eli Rodríguez y, Alejandro Erazo, psicólogas y psiquiatras perinatales, busca unir profesionistas interesados en apoyar desde el conocimiento y la experiencia a cambiar el estado de la salud mental perinatal en el Ecuador.

Desde su creación, se ha conformado la mesa directiva, elaborados los estatutos y establecido los objetivos y metas de la Red, difundiendo conocimiento al público general y personal de salud mediante sus redes sociales. Entre sus **objetivos** a largo plazo se encuentran la estructuración de capacitaciones, ampliación de los miembros de la red y fomentar la participación en el sector público y privado para la concientización, promoción de la salud mental perinatal en el Ecuador. Según Marcela Almeida, integrante de esta red: *"Tenemos al frente grandes desafíos, pero con la determinación y empeño que caracteriza a este grupo, confiamos en que la salud mental perinatal en el Ecuador tendrá un mejor porvenir"*.

Para contactar a la Red Ecuatoriana de Salud Mental Perinatal pueden escribir a redsmp.ec@gmail.com o seguirlos en su red de Instagram @redperinatalec.



AGENDA DE SMP

01 FEBRERO - 31 JULIO 2025

CURSO DE AVANCES EN SALUD MENTAL REPRODUCTIVA Y PERINATAL

1ª Ed. Microcredencial



Modalidad online (asíncrono)
6 ECTS (60 horas)

Dirección:
Jorge Osma y Verónica Martínez Borba



Sociedad Marató Española (MARES)



Facultad de Ciencias Sociales y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

01 FEBRERO 2025- 31 JULIO 2025

EXPERTO UNIVERSITARIO EN SALUD MENTAL REPRODUCTIVA Y PERINATAL

Pendiente de aprobación



Modalidad online
(sesiones síncronas y asíncronas)
16 ECTS (160 horas)

Dirección:
Jorge Osma y Verónica Martínez Borba



Sociedad Marató Española (MARES)



Facultad de Ciencias Sociales y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

CURSO DE AVANCES EN SALUD MENTAL REPRODUCTIVA Y PERINATAL

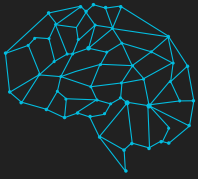
(1ª ED. MICROCREDENCIAL)

Tras las 5 ediciones del curso de formación continuada sobre "Avances en Salud Mental Reproductiva y Perinatal" que han realizado 179 profesionales de la salud, y cuya valoración del curso ha sido de media "Muy satisfactoria", en 2025, la Universidad de Zaragoza y la MARES ofertan una **Microcredencial de 6 ECTS** (60 horas lectivas) denominada "**Curso de Avances en Salud Mental Reproductiva y Perinatal**", que se impartirá de febrero a julio de 2025. Se podrá acceder online, con sesiones teóricas asíncronas y clases prácticas síncronas (y grabadas). Aquí puede consultarse el [PROGRAMA](#).

CURSO DE EXPERTO UNIVERSITARIO EN SALUD MENTAL REPRODUCTIVA Y PERINATAL

(PENDIENTE DE APROBACIÓN)

Como opción formativa más amplia, la Universidad de Zaragoza y la MARES ofertan un "**Título de Experto Universitario en Salud Mental Reproductiva y Perinatal**" de 16 ECTS (160 horas lectivas), que también se impartirá de febrero a julio de 2025. En este caso, también se accederá de forma online, con sesiones teóricas asíncronas y clases prácticas síncronas (y grabadas). Además, la novedad es que es posible realizar únicamente el título de experto o también realizar primero la microcredencial y, posteriormente, solicitar el reconocimiento de esos 6 ECTS para poder realizar, el siguiente año, el Título de Experto con los 10 ECTS restantes. Aquí puede consultarse el [PROGRAMA](#).



Sociedad Marcé Española (MARES)

SAVE THE DATE

15-16 de Mayo de 2025
Sevilla

XIII Jornada anual de salud Mental Perinatal de la Sociedad Marcé Española (MARES)

XIII JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL DE LA MARES

El próximo viernes 16 de abril, la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES), celebrará su XIII Jornada. Se emitirá en directo desde Sevilla y también vía STREAMING, y se podrá seguir en tiempo real y durante dos semanas posteriores a la Jornada.

En breve podrá consultarse el programa y realizar la inscripción: <https://www.sociedadmarce.org/detall-agenda.cfm/ID/20785/ESP/xiii-jornada-anual-salud-mental-perinatal-sociedad-marce-espanyola.htm>

Save the Date

I Congreso Internacional de Salud Mental Perinatal

Uniendo Redes Compartiendo Raíces

- Investigación y Desafíos
- Prácticas Clínicas
- Innovación e Iniciativas
- Políticas Públicas para el bienestar de los bebés y sus familias

16 al 18 de Octubre 2025

UNAB Viña del Mar, Chile

Organizan

- Universidad Andrés Bello
- Sociedad Marcé Española (MARES)

Colaboran

- GLOBAL ALLIANCE FOR MATERNAL MENTAL HEALTH
- NOTT
- Red Chilena de Salud Mental Perinatal
- Red Española de Salud Mental Perinatal

I CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL PERINATAL UNIENDO REDES. COMPARTIENDO RAÍCES

Del 16 al 18 de octubre de 2025, se celebrará el I Congreso Internacional de Salud Mental Perinatal (SMP), con sede en Viña del Mar (Chile). Organizado por la Universidad Andrés Bello y la Red Chilena de Salud Mental Perinatal, este evento cuenta con la colaboración activa de varias Sociedades y Asociaciones de SMP a nivel mundial, entre ellas la MARES.



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL

CHILDREN-ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

Natàlia Fort¹, Anais Orobitg²

1 Psiquiatra CSMIJ Horta-Guinardó. Hospital Sant Rafael. Germanes Hospitalàries.

2 Psicóloga General Sanitaria ITA Canet.

1. NOVEDADES EN LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

PLAN DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Plan de mejora desplegado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya dentro del Plan de Salud de Catalunya 2021-2025 para mejorar la respuesta a los problemas de salud mental, en concreto sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, para dar respuesta al incremento de dichos trastornos en los últimos años, especialmente durante el período de la pandemia de la COVID-19, mejorando aspectos de prevención, integración de servicios y trabajo comunitario, favoreciendo su detección y atención precoz,

disminuyendo la heterogeneidad en la atención y mejorando la accesibilidad al tratamiento especializado en el territorio.

Documento dirigido a profesionales, en lengua catalana.
<https://hdl.handle.net/11351/10894>

2. NOTICIAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

Palabras clave: Irritabilidad, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, control inhibitorio, maltrato infantil, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria, redes sociales, ansiedad, adolescentes

Key Words: Irritability, Attention deficit hyperactivity disorder, Inhibitory control, Child abuse, Obsessive-compulsive disorder, Eating disorders, Social media, Anxiety, Adolescents



CROSS-SECTIONAL AND LONGITUDINAL RELATIONS AMONG IRRITABILITY, ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER SYMPTOMS, AND INHIBITORY CONTROL

El presente estudio tiene como objetivo analizar la interrelación transversal y longitudinal de la irritabilidad, los síntomas de TDAH y el control inhibitorio en población adolescente.

Se usó el modelo del Estudio del Desarrollo Cognitivo y Cerebral Adolescente (ABCD) en una muestra de 7.444 adolescentes para demostrar vinculación entre la irritabilidad informada por los progenitores, y los síntomas del TDAH y el control inhibitorio evaluado conductualmente.

Los resultados evidenciaron la correlación entre la irritabilidad y el TDAH. Sin embargo, el control inhibitorio no se asoció con la irritabilidad, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de investigar nuevos mecanismos que puedan coexistir para poder predecir las trayectorias de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cameron C. McKay, Alethea Vittali De Jesus, Olivia Peterson, Ellen Leibenluft, Katharina Kircanski. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2024.

ASSOCIATION BETWEEN CHILDHOOD MALTREATMENT AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER COMORBID WITH EATING DISORDERS: A CROSS-SECTIONAL STUDY²

Esta investigación tiene como finalidad examinar la relación entre las experiencias traumáticas infantiles y la comorbilidad de los trastornos de conducta alimentaria y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Este estudio transversal recopiló datos de pacientes de una unidad de TCA en Montpellier (Francia), entre marzo de 2013 y enero de 2020. Consta de una muestra de 562 participantes con diagnóstico de TCA. Se les administraron el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), el cuestionario EDE-Q de trastornos alimentarios y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

Los resultados constatan que los pacientes con TCA y TOC comórbidos alcanzaron puntuaciones más elevadas en el EDE-Q, así como presentaban más trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno por estrés posttraumático (TEPT) y mayor prevalencia de abuso sexual y negligencia física, en comparación a los participantes que no presentaban diagnóstico de TOC. Asimismo, se evidenció la correlación entre las experiencias traumáticas infantiles y el TOC, influida por la existencia de un trastorno de ansiedad y una mayor puntuación en EDE-Q, con una vinculación significativa con antecedentes de abuso sexual.

Por ello, se revela que las experiencias traumáticas infantiles incrementan el riesgo de TOC comórbido en pacientes con diagnóstico de TCA, asociándose con un TCA clínicamente de mayor gravedad y una mayor probabilidad de trastornos de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

2. Salma Attar, Jinane Jomaah, Rhéa El Khoury, Colin Cordahi, Maude Senèque, Philippe Courtet, Rami Bou Khalil and Sebastien Guillaume. *Journal of Eating Disorders*, 2024.

ASSOCIATIONS BETWEEN SOCIAL MEDIA USE AND ANXIETY AMONG ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW STUDY³

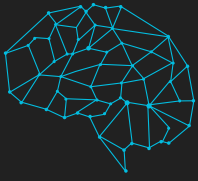
Se trata de una revisión sistemática cuyo objetivo es determinar la asociación entre el uso de las redes sociales y la ansiedad.

Se rastrearon un total de 32 artículos publicados, previos al 2021 y en inglés, que describían la relación entre el empleo de las redes sociales de los adolescentes y la ansiedad. Un 56'3% indicó asociaciones positivas, predominantemente para las medidas de uso problemático (75%), así como también el tiempo frente a la pantalla (72'7%). Además, cuatro estudios agruparon los hallazgos por identidad de género.

En conclusión, se sugiere a futuros estudios explorar medidas específicas y rigurosas del uso de las redes sociales sin asentarse en el uso problemático.

BIBLIOGRAFÍA

3. Bradley Kerr, Amrutha Garimella, Lekha Pillarisetti, Neha Charlly, Katie Sullivan, Megan A. Moreno. *Journal of Adolescent Health*, 2024.



3. RESEÑAS DE JORNADAS Y/O CONGRESOS DE SMIJ

XVII JORNADAS CIENTÍFICAS FUNDACIÓN ALICIA KOPLOWITZ

El pasado 11 de Octubre, se celebraron en Madrid, en formato híbrido (presencial y online), las XVII Jornadas Científicas de la Fundación Alicia Koplowitz, tituladas este año "Síntomas Somáticos Funcionales en niños y adolescentes con problemas de Salud Mental".

El programa contó con 3 interesantes mesas, así como la entrega de las Ayudas a Proyectos de Investigación 2024, por la presidenta de la Fundación, Dña Alicia Koplowitz Romero de Juseu, la entrega del VII Premio a la Investigación "Alicia Koplowitz", la Conferencia de Becarios "Fundación Alicia Koplowitz" sobre el diagnóstico diferencial de los síntomas psicóticos en niños y adolescentes por el Dr Daniel Ilzarbe Simorte, así como la Presentación y la Clausura de las Jornadas conducida por la Dra. María Concepción Guisasaola Zulueta. La Conferencia Magistral, impartida por la Dra Mireia Argilés Amorós, versó sobre la intervención en los trastornos internalizantes de la infancia desde el enfoque transdiagnóstico.

La primera mesa, titulada "Somatizaciones y cuadros conversivos en niños y adolescentes" constó de una primera ponencia de la Dra Marta Sanz Amador, con el título "Abordaje holístico de los Trastornos Neurológicos Funcionales. Experiencia de una unidad transdisciplinar", excelente ponencia sobre la interfaz entre Neurología y Psiquiatría, la evolución del Trastorno de conversión al diagnóstico de Trastorno de síntomas neurológicos funcionales, y su diagnóstico en positivo, no meramente como diagnóstico de exclusión, así como su enfoque de tratamiento bio-psico-social y el modelo de recuperación.

La segunda ponencia, titulada "Abordaje terapéutico de los Trastornos conversivos", expuesta por el Dr. L.Miguel

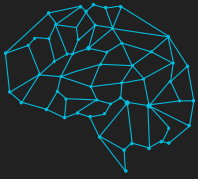
Moreno Íñiguez, nos descubrió el interesantísimo abordaje mediante la "TATA" (Terapia de Atención Atípica), modalidad manualizada de psicoterapia breve que utiliza la hipnosis (estado de atención atípica), en este caso como recurso terapéutico para tratar los trastornos conversivos.

La segunda mesa, titulada "Cuadros Neurológicos Somáticos en Niños y Adolescentes" constó de una ponencia conducida por la Dra Emma Prades Morera, titulada "Avances en la atención integral de las convulsiones funcionales en la población pediátrica". Ponencia imprescindible por la alta prevalencia, la incompreensión y el estigma asociado a los Trastornos neurológicos funcionales. Interesante entender que los síntomas psiquiátricos, la personalidad y los acontecimientos traumáticos no son ni la principal ni única causa de los Trastornos neurológicos funcionales, enfatizando el papel de los errores de predicción involuntarios en la producción de los síntomas del Trastorno neurológico funcional.

La siguiente ponencia, titulada "El dolor en los Trastornos neurológicos funcionales", expuesta por la Dra Elena Flores Marquez, con sus interesantes explicaciones sobre el "modelo de la orquesta" y el papel del cerebro como constructor del dolor y la importancia de la educación en neurociencia del dolor asociada a la fisioterapia.

Por último la tercera mesa, titulada "Otras patologías somáticas frecuentes en niños y adolescentes", con la ponencia sobre el sueño conducida por el destacado pediatra en la materia, el Dr Gonzalo Pin Arboledas, que nos adentró en el reto del problema del sueño en la adolescencia, y la ponencia de la Dra Minia Campos Dominguez, sobre "Los trastornos dermatológicos asociados a la enfermedad psiquiátrica" y su ilustre exposición sobre la Dermatitis Artefacta, entre otros.

<https://fundacionaliciakoplowitz.org/xvii-jornadas-cientificas-de-la-fundacion-alicia-koplowitz-sintomas-somaticos-funcionales-en-ninos-y-adolescentes-con-problemas-de-salud-mental/>



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN ACTUALIZACIÓN Y REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

NEWS AND THOUGHTS ON SEXOLOGY

A. Villena-Moya¹, F. Muñoz-Montesinos¹, I. Tolosa², G. Serrano¹, B. Ruiz¹, G. Chenoll¹,
A. Galarreta¹, A.L. Ladrón De Guevara¹, G. Mestre-Bach^{2,3}, C. Chiclana-Actis¹

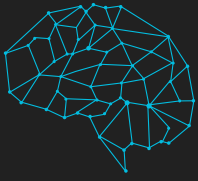
¹Grupo de trabajo e investigación en sexualidad consulta dr. Carlos chiclana.

²Psicóloga H.U.D. Consejo de redacción. ³Universidad internacional de la rioja. Consejo de redacción.

Palabras clave: Sexología, salud sexual, sexología clínica y terapia sexual.

RESUMEN: se presenta en esta sección una revisión de los artículos científicos de mayor impacto publicados entre septiembre y noviembre del 2023 en las revistas internacionales sobre Sexología con mayor reconocimiento a nivel nacional e internacional (Journal of Sexual Medicine; International Journal

of Sexual Health; Archives of Sexual Behavior; Sex roles; Sexual Health & Compulsivity, Psychology and Sexuality; Culture, Health and Sexuality; DeSexología, Psicología de la orientación sexual y la diversidad, American Journal of Sexual Education, Journal of Sex & Marital Therapy y Violence Against Woman).



¿CÓMO CERRAR LA BRECHA DE GÉNERO? COMPARACIÓN DE COHORTES DE LAS RESPUESTAS Y ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES ANTE LA PORNOGRAFÍA, 2004 FRENTE A 2021¹

CLOSING THE GENDER GAP? A COHORT COMPARISON OF ADOLESCENT RESPONSES TO AND ATTITUDES TOWARD PORNOGRAPHY, 2004 VS. 2021

Autores: Donevan, M., Bladh, M., Landberg, Å., Jonsson, L. S.,
Priebe, G., Dennhag, I., & Svedin, C. G.

Publicación: Journal of Sex Research.

DOI: <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2408269>

Cita completa: Donevan, M., Bladh, M., Landberg, Å., Jonsson, L. S.,
Priebe, G., Dennhag, I., & Svedin, C. G. (2024). Closing the Gender Gap? A
Cohort Comparison of Adolescent Responses to and Attitudes Toward
Pornography, 2004 vs. 2021. *The Journal of Sex Research*, 1-15.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: las últimas décadas, el acceso y consumo de pornografía ha cambiado drásticamente, pasando de medios tradicionales a plataformas digitales accesibles en dispositivos móviles. Estos avances han hecho que la pornografía sea más accesible, asequible y difícil de supervisar, especialmente entre adolescentes. Paralelamente, la pornografía se ha normalizado en la cultura popular, lo que ha generado preocupaciones sobre su impacto en el desarrollo sexual de los jóvenes. Los estudios sugieren que la pornografía influye en la adopción de guiones sexuales que refuerzan estereotipos de género, actitudes permisivas hacia el sexo y conductas sexuales riesgosas, además de normalizar la violencia sexual, especialmente hacia las mujeres. Sin embargo, la investigación sobre cómo estas tendencias han afectado las respuestas y actitudes de los adolescentes, y las diferencias de género en estas respuestas, sigue siendo limitada.

Objetivo: explorar las tendencias de género mediante una comparación de las percepciones y actitudes hacia la pornografía entre adolescentes en los años 2004 y 2020-21.

Método: en 2004, 2009, 2014 y 2020-2021 se llevaron a cabo cuatro encuestas representativas a nivel nacional centradas en conductas sexuales, abuso sexual y explotación

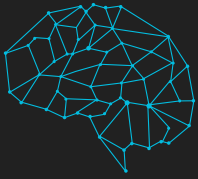
sexual entre estudiantes suecos de tercer año de secundaria. El estudio actual analizó los datos recopilados en 2004 y 2020-2021.

Resultados: se observaron importantes cambios en el consumo de pornografía y las respuestas emocionales de adolescentes suecos. Aunque más niños que niñas reportaron haber consumido pornografía en ambos periodos, el uso a lo largo de la vida disminuyó significativamente para ambos géneros en 2020-21. Sin embargo, la frecuencia de consumo aumentó, particularmente entre los niños. Las respuestas emocionales también mostraron diferencias de género, con niñas reportando mayor desagrado y emociones negativas, mientras que los niños describían mayor excitación. No obstante, en 2020-21, las respuestas de ambos géneros convergieron, en gran medida por cambios en las actitudes de los niños, quienes mostraron una menor proporción de emociones positivas y comportamientos imitativos en comparación con 2004. Las niñas, por su parte, Mostró una reducción en las emociones negativas como el asco. En cuanto a las actitudes hacia la pornografía, las niñas mantuvieron una postura más crítica que los niños, aunque ambos adoptaron visiones más permisivas en 2020-21.

Conclusión: las diferencias de género en las respuestas y actitudes de los adolescentes hacia la pornografía persisten, y las niñas, en general, expresan aversión y adoptan una postura más crítica que los niños. A pesar de estas diferencias, las respuestas y actitudes de las niñas y los niños son más similares ahora en comparación con una cohorte anterior de 2004.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donevan, M., Bladh, M., Landberg, Å., Jonsson, L. S., Priebe, G., Dennhag, I., & Svedin, C. G. (2024). Closing the Gender Gap? A Cohort Comparison of Adolescent Responses to and Attitudes Toward Pornography, 2004 vs. 2021. *The Journal of Sex Research*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2408269>



EL PAPEL DE LAS METACOGNICIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS SOBRE EL SEXO EN LA RELACIÓN ENTRE EL MALESTAR PSICOLÓGICO Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE PORNOGRAFÍA. UN MODELO DE MEDIACIÓN²

ROLE OF POSITIVE AND NEGATIVE METACOGNITIONS ABOUT SEX IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND PROBLEMATIC CONSUMPTION OF PORNOGRAPHY. A MEDIATION MODEL

Autores: Hutul, T. D., Karner-Hutuleac, A., Mariş, A. M., Filote, I. M., Chiricheş, F. B., & Mavrichi, M. I. F.

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2410943>

Cita completa: Hutul, T. D., Karner-Hutuleac, A., Mariş, A. M., Filote, I. M., Chiricheş, F. B., & Mavrichi, M. I. F. (2024). The Role of Positive and Negative Metacognitions About Sex in the Relationship Between Psychological Distress and Problematic Consumption of Pornography. A Mediation Model. *International Journal of Sexual Health*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el malestar psicológico, definido como una respuesta emocional adversa a factores estresantes, puede llevar a estrategias de afrontamiento ineficaces, incluido el uso de la pornografía. Dada la accesibilidad de este material, especialmente para afrontar la soledad, la ansiedad o la desregulación emocional, puede convertirse en una herramienta adaptativa a corto plazo, aunque desadaptativa a largo plazo. En un contexto rumano marcado por tabúes en torno a la sexualidad y altos niveles de religiosidad, el consumo de pornografía es un tema controvertido, que a menudo produce angustia moral, especialmente entre individuos religiosos. Las metacogniciones sexuales—tanto positivas como negativas—juegan un papel crucial, mediando la relación entre el malestar y el uso de pornografía.

Objetivo: avanzar en el conocimiento mediante el análisis de las metacogniciones sobre el sexo en el contexto de la relación directa entre el malestar psicológico y el consumo problemático de pornografía.

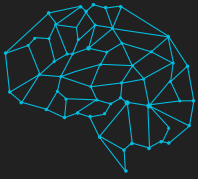
Método: la muestra se compuso de 821 personas de Rumania, de entre 18 y 70 años, de las cuales el 64,4% eran mujeres.

Resultados: el malestar psicológico fue un predictor positivo y significativo del consumo problemático de pornografía, aunque el tamaño del efecto fue pequeño. La prueba t para muestras independientes reveló diferencias significativas entre hombres y mujeres en el consumo problemático de pornografía, donde los hombres tienen una puntuación promedio significativamente mayor. Se examinaron las metacogniciones positivas y negativas sobre el sexo como posibles mediadoras entre el malestar psicológico y el consumo problemático de pornografía. Ambos tipos de metacogniciones mostraron efectos indirectos significativos, aunque pequeños, en esta relación.

Conclusión: se destaca que el malestar psicológico y las metacogniciones sobre el sexo (tanto positivas como negativas) juegan un papel relevante en el consumo problemático de pornografía. Aunque el vínculo entre el malestar psicológico y el uso problemático de la pornografía se ha observado previamente, este estudio aporta que las metacogniciones actúan como mediadores en esta relación. En particular, las metacogniciones negativas, como el temor a no poder controlar los pensamientos sexuales, intensifican el malestar y contribuyen más fuertemente a este consumo problemático que las metacogniciones positivas. Por otro lado, las metacogniciones positivas, aunque menos influyentes, también pueden llevar a que las personas consideren la pornografía como un recurso para gestionar estados emocionales negativos. Este estudio implica que la intervención en el consumo problemático de pornografía debería incluir estrategias terapéuticas enfocadas en identificar y modificar las metacogniciones relacionadas con el sexo. Para los profesionales de la salud mental, esto significa trabajar con los pacientes para que comprendan cómo sus creencias sobre el sexo y el uso de la pornografía influyen en su bienestar emocional. Asimismo, se sugiere que el abordaje terapéutico contemple técnicas para incrementar el control sobre los pensamientos sexuales y reducir la rumia obsesiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Hutul, T. D., Karner-Hutuleac, A., Mariş, A. M., Filote, I. M., Chiricheş, F. B., & Mavrichi, M. I. F. (2024). The Role of Positive and Negative Metacognitions About Sex in the Relationship Between Psychological Distress and Problematic Consumption of Pornography. A Mediation Model. *International Journal of Sexual Health*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2410943>



LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN LA REDUCCIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON PEDOFILIA: UN METAANÁLISIS³

THE EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS FOR MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN REDUCING STIGMATIZATION TOWARD

Autores: Christophersen, L., & Brotto, G

Publicación: Trauma, violence & abuse.

DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380241262286>

Cita completa: Christophersen, L., & Brotto, G. (2024). The effectiveness of educational interventions for mental health professionals in reducing stigmatization toward people with pedophilia: a meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: las personas con pedofilia se enfrentan a una estigmatización significativa y generalizada, tanto en la sociedad en general como entre los profesionales de la salud mental, quienes a menudo muestran reticencia a tratarlos debido a la estigmatización prevalente y a la falta de formación específica. Esta estigmatización persiste independientemente de la asociación de estos individuos con delitos sexuales, lo que genera un impacto negativo en su salud mental y contribuye a su aislamiento y otros problemas psicosociales. La distinción clínica entre el trastorno pedófilo y el interés sexual pedófilo no reduce el estigma, y la asociación de la pedofilia con un mayor riesgo de delitos sexuales enfatiza la importancia de las intervenciones preventivas y de apoyo.

Objetivo: explorar la efectividad de intervenciones educativas para reducir la estigmatización de los profesionales de salud mental hacia las personas con pedofilia. Además, se busca determinar si dichas intervenciones mejoran la motivación de los profesionales para brindar tratamiento a esta población.

Método: se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura en agosto de 2023 en las bases de datos Biblioteca Universitaria, PubMed y ProQuest, sin restricción de fecha

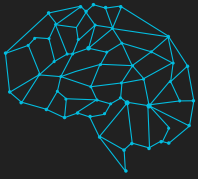
de publicación. Se incluyeron estudios revisados por pares con datos cuantitativos que evalúan las actitudes hacia las personas con pedofilia y que incluyen intervenciones educativas para profesionales de la salud mental o el público en general. Finalmente, se seleccionaron ocho estudios para el metaanálisis.

Resultados: en la peligrosidad, se encontró un efecto medio significativo, sugiriendo percepciones de riesgo tras las intervenciones educativas. En distancia social, hubo un efecto pequeño significativo, indicando una leve reducción en el estigma. La intencionalidad mostró también significancia con efecto medio a pequeño, señalando un cambio en la percepción sobre control voluntario de la conducta. Por otro lado, desviación, ira, compasión y motivación para tratar no presentaron resultados significativos, con efectos pequeños o insignificantes. En la variable punitividad, el efecto fue medio, destacando el impacto de las intervenciones educativas en la reducción de actitudes punitivas.

Conclusión: la revisión demuestra que las intervenciones educativas pueden reducir efectivamente la estigmatización entre profesionales de salud mental hacia personas con pedofilia, modificando percepciones de peligrosidad, intencionalidad y distancia social, además de fomentar actitudes menos punitivas. Sin embargo, la intervención no logró incrementar significativamente la motivación para el tratamiento, lo que sugiere que la eficacia de estas intervenciones depende del tipo, duración y enfoque aplicados. A pesar de ciertas limitaciones, los hallazgos respaldan la inclusión de intervenciones educativas sobre pedofilia en la formación de profesionales de salud mental, recomendando su implementación en programas curriculares para psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas, así como para profesionales en ejercicio, con el fin de reducir el estigma y potencialmente mejorar el bienestar de esta población.

BIBLIOGRAFÍA

3. Christophersen, L., & Brotto, G. (2024). The effectiveness of educational interventions for mental health professionals in reducing stigmatization toward people with pedophilia: a meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380241262286. <https://doi.org/10.1177/15248380241262286>



REDES DE CONFIANZA: UN ESTUDIO SOBRE EL FLUJO DE COMUNICACIÓN Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE EL ABORTO EN ARGENTINA⁴

TRUSTED NETWORKS: A STUDY OF COMMUNICATION FLOW AND ACCESS TO ABORTION INFORMATION IN ARGENTINA

Autores: Vila Ortiz, M., Tiseyra, M. V., Romero, M., Farji Neer, A., Mines Cuenya, A., Kágesten, A., Lavelanet, A., Thorson, A., Lu, X., & Cleeve, A.

Publicación: Culture, Health & Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2408345>

Cita completa: Vila Ortiz, M., Tiseyra, M. V., Romero, M., Farji Neer, A., Mines Cuenya, A., Kágesten, A., Lavelanet, A., Thorson, A., Lu, X., & Cleeve, A. (2024). Trusted networks: a study of communication flow and access to abortion information in Argentina. *Culture Health & Sexuality*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el acceso a servicios de aborto seguro es un derecho esencial de salud sexual y reproductiva, pero sigue siendo problemático para muchas personas en todo el mundo debido a barreras legales, políticas, estigma social y falta de recursos. A pesar de que el aborto puede ser legal en algunas regiones, quienes lo buscan enfrentan dificultades como la crítica de sus círculos cercanos y la objeción de conciencia de algunos profesionales sanitarios. Estas limitaciones han llevado a muchas personas a buscar información y apoyo a través de vías alternativas, incluidas las redes sociales y plataformas digitales, especialmente en América Latina. En diciembre de 2020, Argentina aprobó una nueva ley de aborto tras décadas de activismo feminista y social, sin embargo, existe una falta de comprensión sobre cómo diferentes grupos de personas utilizan las redes sociales para acceder a información sobre el aborto.

Objetivo: investigar la forma en que las personas en edad reproductiva en Argentina acceden y comunican información sobre salud sexual y reproductiva, en particular sobre el aborto, a la luz de los recientes cambios sociales y legales.

Método: un estudio cualitativo. Se realizaron dieciséis entrevistas en profundidad con informantes clave que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva y cuatro discusiones de grupos focales con mujeres y niñas cisgénero,

personas transmasculinas y personas no binarias en edad reproductiva.

Resultados: el intercambio de información y la comunicación sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva, en particular el aborto, se producían principalmente a través de redes sociales informales en las que participaban activistas y organizaciones feministas de base. Estas redes sociales informales se basaban en la confianza como afecto colectivo que permitía una comunicación abierta sobre el aborto. El intercambio de información a través del boca a boca, en persona y por medios digitales utilizando diferentes plataformas de medios sociales, es un medio importante de intercambio de información y comunicación en Argentina.

Conclusión: la necesidad de investigación futura para captar cómo el cambiante panorama legal, político y social del país afectará el intercambio de información sobre el aborto y el flujo de comunicación, y lo que esto significa en términos de experiencias de aborto, vías de acceso y compromiso con los sistemas formales de salud.

BIBLIOGRAFÍA

4. Vila Ortiz, M., Tiseyra, M. V., Romero, M., Farji Neer, A., Mines Cuenya, A., Kágesten, A., Lavelanet, A., Thorson, A., Lu, X., & Cleeve, A. (2024). Trusted networks: a study of communication flow and access to abortion information in Argentina. *Culture Health & Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2408345>



ACCESO Y USO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AUSTRALIA⁵

UNIVERSITY STUDENTS' ACCESS AND USE OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES IN AUSTRALIA

Autores: Mundie, A., Mullens, A. B., Fein, E. C., Bell, S. F. E., Debattista, J., Ariana, A., Daken, K., Wenham, K., Gilks C.F., Doherty, P., Durham, J., Gu, Z., & Dean, J. A.

Publicación: Culture, Health & Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2410834>

Cita Completa: Mundie, A., Mullens, A. B., Fein, E. C., Bell, S. F. E., Debattista, J., Ariana, A., Daken, K., Wenham, K., Gilks C.F., Doherty, P., Durham, J., Gu, Z., & Dean, J. A. (2024). University students' access and use of sexual and reproductive health services in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 1–17.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la asistencia a la universidad puede conducir a cambios en el comportamiento sexual que exponen a las personas a un mayor riesgo de experiencias negativas en materia de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). En Australia, las personas de entre 18 y 25 años tienen tasas más altas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y corren un mayor riesgo de experimentar resultados adversos adicionales prevenibles en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) que todos los demás grupos. Sin embargo, son relativamente pocos los estudios que han explorado el acceso y el uso de los servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSR) por parte de los estudiantes universitarios en Australia.

Objetivo: explorar el acceso y el uso de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) entre una cohorte de estudiantes universitarios que estudian en el sudeste de Queensland, Australia.

Método: una muestra de conveniencia de estudiantes (N=4291) de cinco universidades en el sudeste de Queensland (Australia) y se completó una encuesta en línea para examinar las barreras y los facilitadores del acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Se utilizaron estadísticas

descriptivas para analizar las variaciones en función del sexo, la sexualidad y la situación de matriculación. Se realizaron análisis de contenido de las respuestas a dos preguntas abiertas sobre el uso de los servicios de salud.

Resultados: la mayoría de los estudiantes de este estudio nunca habían hablado con un profesional de la salud sobre temas de SSR, lo que corrobora hallazgos australianos previos de baja utilización de servicios de salud sexual entre esta población. Sin embargo, el estudio encontró que las tasas de utilización variaban según las características demográficas; los estudiantes que se identificaban como hombres y los estudiantes internacionales tenían tasas de utilización significativamente más bajas en comparación con otras poblaciones estudiantiles.

Conclusión: este estudio proporciona información valiosa sobre el acceso y el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de los estudiantes universitarios, incluidas las barreras que podrían afectar el uso de dichos servicios entre los estudiantes universitarios. Es fundamental abordar las principales barreras de acceso identificadas por los estudiantes. Los distintos subgrupos de estudiantes experimentan barreras y facilitadores únicos para acceder a ellos, lo que exige que las universidades brinden servicios de salud y promoción de la salud sexual y reproductiva que sean de apoyo, sin prejuicios e inclusivos y que satisfagan las diversas necesidades de salud sexual y reproductiva de todos los estudiantes que estudian en universidades australianas. Las universidades tienen la obligación de proteger la salud y el bienestar de sus estudiantes, incluida su salud sexual y reproductiva, a través de servicios en el campus, una promoción eficaz y la derivación a servicios de salud locales que se sepa que son apropiados y acogedores.

BIBLIOGRAFÍA

5. Mundie, A., Mullens, A. B., Fein, E. C., Bell, S. F. E., Debattista, J., Ariana, A., Daken, K., Wenham, K., Gilks C.F., Doherty, P., Durham, J., Gu, Z., & Dean, J. A. (2024). University students' access and use of sexual and reproductive health services in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2410834>



LA MATERNIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS DE LAS SUPERVIVIENTES EN MALAWI⁶

CHILDBEARING AFTER TREATMENT FOR OBSTETRIC FISTULA: PERSPECTIVES FROM SURVIVORS IN MALAWI

Autores: Gondwe, M. S., Maharaj, P., & Sewpersad, S.

Publicación: Culture, Health & Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2417703>

Cita completa: Gondwe, M. S., Maharaj, P., & Sewpersad, S. (2024). Childbearing after treatment for obstetric fistula: perspectives from survivors in Malawi. *Culture, Health & Sexuality*, 1–11.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: las fístulas obstétricas son un grave problema de salud pública en países en desarrollo, afectando a más de dos millones de mujeres, especialmente en África subsahariana y el sudeste asiático, con miles de nuevos casos anuales. Esta condición, que surge generalmente de un parto prolongado y sin acceso a atención obstétrica adecuada, causa incontinencia y puede llevar a la estigmatización, depresión y aislamiento social para las mujeres afectadas. En muchas sociedades, la maternidad es central para el estatus de la mujer, lo que agrava las consecuencias de la infertilidad causada por esta afección. En Malawi, las fístulas obstétricas son comunes, pero poco se sabe sobre cómo afectan las decisiones reproductivas de las mujeres tras el tratamiento.

Objetivo: explorar con más detalle las perspectivas de las sobrevivientes de la fístula obstétrica sobre la maternidad después del tratamiento para su afección.

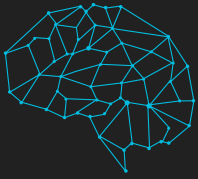
Método: se utiliza un enfoque de investigación mixto, promoviendo la sistematización como metodología y asumiendo enfoques interseccionales y de equidad social. El estudio analiza múltiples dimensiones como género, color de piel, territorio, situación de discapacidad y socioeconómica, así como las interconexiones entre ellas. Este estudio cualitativo retrospectivo, realizado en la región central de Malawi, exploró las perspectivas sobre la maternidad de 18 mujeres sobrevivientes de fístula obstétrica tratadas al menos un año antes en el Centro de Fístula Bwaila.

Resultados: las percepciones de maternidad en mujeres sobrevivientes de fístula obstétrica en Malawi están profundamente influenciadas por temores a una posible recaída, estigmatización social y las limitaciones socioeconómicas que enfrentan. Aunque algunas mujeres deseaban tener más hijos, el temor a desarrollar nuevamente la fístula, los riesgos de complicaciones obstétricas, y la falta de recursos médicos adecuados, especialmente para cesáreas, las disuadían. Además, el estigma social y el aislamiento afectaban significativamente su salud mental, llevándolas a sentir vergüenza, depresión y baja autoestima. También influían en sus decisiones de maternidad el estado civil y el apoyo de sus parejas, ya que el matrimonio y la maternidad están culturalmente vinculados al estatus social en la región.

Conclusiones: la experiencia de la fístula obstétrica impacta profundamente las perspectivas de maternidad de las mujeres tras el tratamiento, generando temores de recurrencia en caso de nuevos embarazos. El estudio sugiere la necesidad de apoyo médico, social y económico, incluidos programas de asesoramiento, alternativas de planificación familiar y opciones de adopción, así como educación comunitaria para reducir el estigma y empoderar económicamente a estas mujeres para afrontar la vida tras el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Gondwe, M. S., Maharaj, P., & Sewpersad, S. (2024). Childbearing after treatment for obstetric fistula: perspectives from survivors in Malawi. *Culture, Health & Sexuality*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2417703>



EL EFECTO DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS BASADAS EN MINDFULNESS SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL, EL SUFRIMIENTO SEXUAL Y LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES: UN ESTUDIO DE METAANÁLISIS⁷

THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPIES ON SEXUAL FUNCTION, SEXUAL DISTRESS, AND DEPRESSION IN WOMEN: A META-ANALYSIS STUDY

Autores: Çuvadar, A., & Özcan, H.

Publicación: . International Journal of Sexual Health.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2414064>

Cita completa: Çuvadar, A., & Özcan, H. (2024). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapies on Sexual Function, Sexual Distress, and Depression in Women: A Meta-Analysis Study. *International Journal of Sexual Health*, 1–14.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la disfunción sexual y el sufrimiento emocional afectan la calidad de vida de muchas mujeres y suelen estar ligados a problemas de salud mental como la depresión. Las terapias basadas en mindfulness han mostrado ser prometedoras para mejorar la función sexual y reducir el malestar psicológico en este grupo.

Objetivo: determinar el efecto de las terapias cognitivas basadas en mindfulness adaptadas a los problemas de la función sexual en la función sexual, la angustia sexual y los niveles de depresión de las mujeres.

Método: para este estudio de metaanálisis, se realizó una revisión mediante estudios de cribado publicados en los últimos 10 años en las bases de datos PubMed, Web of Science, EBSCOhost, Google Scholar y YÖK National Thesis Center de febrero a mayo de 2024. Después de esta revisión inicial, se incluyeron 11 estudios. Teniendo en cuenta el diseño del estudio, se utilizaron las herramientas de evaluación de la calidad desarrolladas por el Instituto Joanna Briggs (JBI) para evaluar el riesgo de sesgo. Para la síntesis de datos se utilizó la versión 2 de certified management accountant (CMA). Los datos se sintetizaron utilizando métodos de metaanálisis y síntesis narrativa.

Resultados: mostró que las terapias cognitivas basadas en mindfulness son efectivas para mejorar la función sexual, reducir el sufrimiento sexual y aliviar los síntomas de depresión en las mujeres. Los resultados indicaron una mejora significativa en la función sexual, aunque hubo alta variabilidad entre los estudios. Además, estas terapias lograron reducir el sufrimiento sexual y, aunque con menor variabilidad, también disminuyeron los síntomas de depresión.

Conclusión: se descubrió que las terapias cognitivas basadas en la atención plena son efectivas para disminuir la disfunción sexual de las mujeres y reducir los niveles de angustia sexual y depresión.

BIBLIOGRAFÍA

7. Çuvadar, A., & Özcan, H. (2024). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapies on Sexual Function, Sexual Distress, and Depression in Women: A Meta-Analysis Study. *International Journal of Sexual Health*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2414064>

LA IMPORTANCIA RELATIVA DE LA PARTICIPACIÓN PATERNA FRENTE A LA MATERNA PARA LOS RASGOS DE GÉNERO DE LOS ADOLESCENTES CHINOS⁸

THE RELATIVE IMPORTANCE OF PATERNAL VERSUS MATERNAL INVOLVEMENT FOR CHINESE ADOLESCENTS' GENDER-TYPED TRAITS

Autores: Ying, J., Shi, J., Liu, S., Endendijk, J. J., & Wu, X.

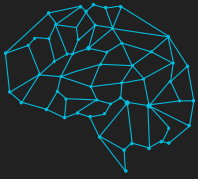
Publicación: Sex Roles.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01531-9>

Cita completa: Ying, J., Shi, J., Liu, S., Endendijk, J. J., & Wu, X. (2024). The Relative Importance of Paternal Versus Maternal Involvement for Chinese Adolescents' Gender-Typed Traits. *Sex Roles*.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: la adolescencia es un periodo crucial en el desarrollo de la identidad de género, en el que tanto la madre como el padre influyen en la formación de los rasgos de género en sus hijos.



Objetivo: determinar la influencia relativa de la participación paterna frente a la materna en los rasgos de género de masculinidad y feminidad en adolescentes chinos y explorar el papel moderador del género de los adolescentes en estas asociaciones.

Método: una muestra de 512 adolescentes chinos. Los participantes completaron cuestionarios de autoinforme sobre la implicación de sus padres y madres, así como sobre sus niveles de masculinidad y feminidad.

Resultados: mostraron que tanto una mayor participación paterna como materna se asociaron con mayores niveles de masculinidad en la muestra total. Sin embargo, sólo la implicación materna se asoció significativamente con mayores niveles de feminidad. Además, el análisis mostró que la asociación entre la participación paterna y la masculinidad fue significativa únicamente en los varones, sin diferencias significativas para la feminidad en función de la implicación paterna.

Conclusión: en el desarrollo de los rasgos de género, la participación tanto de madres como de padres es esencial, pero puede tener efectos diferenciados según el género del adolescente. La investigación subraya la importancia de la implicación conjunta de ambas figuras parentales para el desarrollo equilibrado de los rasgos de género en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

8. Ying, J., Shi, J., Liu, S., Endendijk, J. J., & Wu, X. (2024). The Relative Importance of Paternal Versus Maternal Involvement for Chinese Adolescents' Gender-Typed Traits. *Sex Roles*. <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01531-9>

HOMBRES EN RELACIONES MARITALES CON MUJERES QUE RECIBEN TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE MAMA: UN ESTUDIO CUALITATIVO⁹

MEN IN MARITAL RELATIONSHIPS WITH WOMEN UNDERGOING BREAST CANCER TREATMENT: A QUALITATIVE STUDY

Autores: Zangeneh, S., Savabi-Esfahani, M., Taleghani, F., Sharbafchi, M. R., & Salehi, M.

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2387655>

Cita completa: Zangeneh, S., Savabi-Esfahani, M., Taleghani, F., Sharbafchi, M. R., & Salehi, M. (2024). Men in Marital Relationships with Women Undergoing Breast Cancer Treatment: A Qualitative Study. *International Journal Of Sexual Health*, 1-15.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el cáncer de mama afecta profundamente las relaciones de pareja, generando desafíos en la intimidad y en el vínculo emocional. Existen evidencias de que el apoyo y la comprensión del cónyuge son factores clave en el bienestar y la recuperación de las mujeres con cáncer de mama, pero se necesita mayor comprensión sobre las experiencias de ambas partes para desarrollar intervenciones efectivas.

Objetivo: descubrir las experiencias de mujeres que reciben tratamiento para el cáncer de mama y de sus esposos en relación con las relaciones maritales después del cáncer de mama.

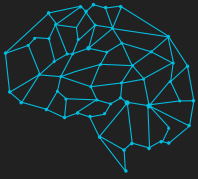
Método: se realizaron entrevistas semiestructuradas con 37 mujeres en tratamiento de cáncer de mama, sus esposos y profesionales de la salud. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante un enfoque de análisis cualitativo.

Resultados: surgieron cuatro categorías: "Utilización de un enfoque basado en la pareja," "Consecuencias de la ruptura de la relación" y "Necesidad del apoyo y la compasión del cónyuge."

Conclusión: los esposos de mujeres en tratamiento de cáncer de mama desempeñan un papel dual en las relaciones maritales. Parece que los enfoques basados en la pareja, como la consejería de salud mental y sexual, deberían ser considerados por los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

9. Zangeneh, S., Savabi-Esfahani, M., Taleghani, F., Sharbafchi, M. R., & Salehi, M. (2024). Men in Marital Relationships with Women Undergoing Breast Cancer Treatment: A Qualitative Study. *International Journal Of Sexual Health*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2387655>



TRAYECTORIAS DEL BIENESTAR SEXUAL Y VÍNCULOS CON EL DUELO TRAS UNA PÉRDIDA RECIENTE DEL EMBARAZO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL DIÁDICO¹⁰

TRAJECTORIES OF SEXUAL WELL-BEING AND LINKS WITH GRIEF AFTER A RECENT PREGNANCY LOSS: A DYADIC LONGITUDINAL STUDY

Autores: Allsop, D. B., Péloquin, K., Cockwell, H., & Rosen, N. O.

Publicación: The Journal Of Sexual Medicine.

DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae088>

Cita completa: Allsop, D. B., Péloquin, K., Cockwell, H., & Rosen, N. O. (2024). Trajectories of sexual well-being and links with grief after a recent pregnancy loss: a dyadic longitudinal study. *The Journal Of Sexual Medicine*, 21(10), 940-950.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la pérdida del embarazo afecta a 1 de cada 4 mujeres, y está relacionada con un peor estado general de salud y de relación. A pesar de la importancia del bienestar sexual para la salud, nunca se ha examinado cómo cambia el bienestar sexual a lo largo del tiempo después de una pérdida de embarazo y qué podría predecir dichos cambios, como el duelo perinatal, lo que deja a los profesionales y a las parejas sin saber qué esperar.

Objetivo: examinar: 1) cómo cambian la satisfacción sexual, el deseo sexual, la angustia sexual y el duelo perinatal entre las 10 y las 25 semanas posteriores a la pérdida para ambos miembros de la pareja. 2) si los niveles de duelo perinatal a las 10 semanas posteriores a la pérdida predicen trayectorias de bienestar sexual.

Método: las mujeres y las personas de género diverso que estaban embarazadas cuando se produjo una pérdida del embarazo (dentro de los últimos 4 meses) y los hombres, las mujeres y las parejas de género diverso que no estaban embarazadas (N = 132 parejas) completaron de forma independiente 4 evaluaciones mensuales de bienestar sexual y duelo perinatal.

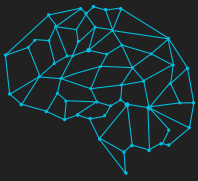
Resultados: incluyeron satisfacción sexual (Medida global de satisfacción sexual), deseo sexual (Inventario de deseo sexual), angustia sexual (Escala de angustia sexual, forma abreviada) y duelo perinatal (Escala de duelo perinatal). El modelo de la curva de crecimiento diádico indicó que, entre

las 10 y las 25 semanas posteriores a la pérdida, la satisfacción sexual de ambos miembros de la pareja aumentó y su deseo sexual se mantuvo estable; la angustia sexual disminuyó para las parejas, pero se mantuvo estable para las personas que estaban embarazadas; y el duelo perinatal de ambos miembros de la pareja disminuyó. Los niveles de duelo perinatal a las 10 semanas posteriores a la pérdida no predijeron trayectorias de bienestar sexual a lo largo del tiempo.

Conclusión: los resultados pueden no ser generalizables, ya que la mayoría de las parejas tenían relaciones mixtas, se identificaban como blancas y eran relativamente adineradas. Entre las 10 y las 25 semanas posteriores a la pérdida, ambos miembros de la pareja tienden a experimentar mejoras en su bienestar sexual general y una disminución de su duelo perinatal. Los niveles de duelo perinatal temprano y las trayectorias de bienestar sexual posteriores aparentemente no están relacionados. Además, dada la naturaleza dinámica del bienestar sexual, los médicos deberían hablar regularmente sobre sexualidad con ambos miembros de la pareja después de la pérdida del embarazo. Durante esas conversaciones, los médicos podrían tranquilizar a las parejas sobre la recuperación de su relación sexual diciéndoles que, en promedio, la satisfacción sexual, el deseo sexual y la angustia sexual tienden a mejorar o permanecer iguales (en lugar de empeorar) entre las 10 y las 25 semanas posteriores a la pérdida. También pueden explicar que el duelo perinatal tiende a disminuir durante este tiempo y no está relacionado con las trayectorias de la satisfacción sexual, el deseo sexual y la angustia sexual.

BIBLIOGRAFÍA

10. Allsop, D. B., Péloquin, K., Cockwell, H., & Rosen, N. O. (2024). Trajectories of sexual well-being and links with grief after a recent pregnancy loss: a dyadic longitudinal study. *The Journal Of Sexual Medicine*, 21(10), 940-950. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae088>



LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS TEMPRANAS ESTÁN VINCULADAS CON EL COMPORTAMIENTO HIPERSEXUAL Y LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LOS HOMBRES A TRAVÉS DE LA MEDIACIÓN DEL MALESTAR CORPORAL Y LA PSICOPATOLOGÍA GENERAL¹¹

EARLY TRAUMATIC EXPERIENCES ARE LINKED TO HYPERSEXUAL BEHAVIOR AND ERECTILE DYSFUNCTION IN MEN THROUGH THE MEDIATION OF BODY UNEASINESS AND GENERAL PSYCHOPATHOLOGY

Autores: Cassioli, E., Tarchi, L., Rossi, E., Faldi, M., Dani, C., Giuranno, G., Siviglia, S., Baroncelli, A., Maggi, M., Vignozzi, L., Giraldi, A., Ricca, V., & Castellini, G.

Publicación: The Journal Of Sexual Medicine.

DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae058>

Cita completa: Cassioli, E., Tarchi, L., Rossi, E., Faldi, M., Dani, C., Giuranno, G., Siviglia, S., Baroncelli, A., Maggi, M., Vignozzi, L., Giraldi, A., Ricca, V., & Castellini, G. (2024). Early traumatic experiences are linked to hypersexual behavior and erectile dysfunction in men through the mediation of body uneasiness and general psychopathology. *The Journal Of Sexual Medicine*, 21(7), 635-647.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: las experiencias traumáticas en la infancia se han asociado con hipersexualidad y disfunciones sexuales. Sin embargo, en los hombres es necesario aclarar los mediadores de las interacciones entre estas variables.

Objetivo: investigar la interacción de las experiencias traumáticas tempranas, la psicopatología y la sexualidad con respecto a la disfunción eréctil (DE) y la conducta hipersexual. El modelo hipotético esperaba que las experiencias traumáticas se asociaran con la conducta hipersexual y la reducción del funcionamiento sexual a través de la mediación del malestar corporal y el malestar psicológico.

Método: el estudio fue transversal y observacional. Se inscribieron 317 hombres. La muestra clínica estuvo compuesta por pacientes varones con disfunción eréctil como queja principal y una indicación de derivación a psiquiatría (n = 116; edad media \pm DE, 42,82 \pm 16,89 años). La clasificación clínica se evaluó con la Entrevista Estructurada sobre

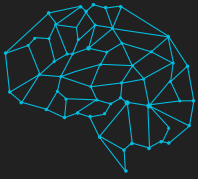
Disfunción Eréctil. La segunda muestra (n = 201, 30,82 \pm 11,94 años) se reclutó de la población general. A todos los participantes se les administraron los siguientes cuestionarios: Inventario breve de síntomas, Cuestionario de trauma infantil, Formulario breve, Inventario de conducta hipersexual, Prueba de inquietud corporal A y el Índice internacional de función eréctil de 5 ítems.

Resultados: en comparación con la muestra de la población general, la muestra clínica exhibió una prevalencia más alta de experiencias traumáticas tempranas, medida por las puntuaciones en el Cuestionario de Trauma Infantil-Forma Abreviada (45,08 \pm 14,25 frente a 39,03 \pm 10,22, $F = 17,63$, $P < .001$), y una mayor tendencia a participar en conductas hipersexuales (34,63 \pm 13,55 frente a 30,79 \pm 12,44, $F = 6,97$, $P < .01$). El análisis del modelo de ecuaciones estructurales mostró excelentes índices de ajuste que indican que las experiencias traumáticas tempranas predicen conductas hipersexuales y DE a través del efecto mediador exacerbante del malestar corporal y la psicopatología. Los médicos no deben limitar su atención al nivel conductual al evaluar la disfunción sexual en los hombres; más bien, deben considerar también las complejas consecuencias psicopatológicas del trauma infantil. Los tratamientos integrados que abordan la posible presencia del trauma infantil con sus correlatos psicológicos más amplios (por ejemplo, desregulación emocional, malestar corporal) podrían mejorar la respuesta al tratamiento.

Conclusión: presenta datos novedosos sobre la relación entre el maltrato infantil, la sexualidad masculina y los mediadores psicopatológicos con una evaluación dimensional. Sin embargo, la evaluación fue transversal y la causalidad se derivó principalmente de estudios previos. Por tanto, el presente estudio enriquece la literatura actual y refuerza la hipótesis de que las experiencias traumáticas en la infancia influyen significativamente en el desarrollo y la sexualidad. Tanto el malestar corporal como la psicopatología pueden afectar el funcionamiento sexual, evaluado a través del funcionamiento eréctil o la hipersexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

11. Cassioli, E., Tarchi, L., Rossi, E., Faldi, M., Dani, C., Giuranno, G., Siviglia, S., Baroncelli, A., Maggi, M., Vignozzi, L., Giraldi, A., Ricca, V., & Castellini, G. (2024). Early traumatic experiences are linked to hypersexual behavior and erectile dysfunction in men through the mediation of body uneasiness and general psychopathology. *The Journal Of Sexual Medicine*, 21(7), 635-647. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae058>



Salud sexual y reproductiva: Nivel de conocimientos y fuentes de información en la adolescencia¹²

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH: LEVEL OF KNOWLEDGE AND SOURCE OF INFORMATION IN ADOLESCENCE

Autores: Zamponi, V., Mazzilli, R., Nimbi, F. M., Ciocca, G., French, D., Limoncin, E., Lombardo, F., Sesti, F., Todaro, E., Tenuta, M., Caserta, D., Tubaro, A., Gianfrilli, D., & Faggiano, A.

Publicación: *The Journal Of Sexual Medicine*.

DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae094>

Cita completa: Zamponi, V., Mazzilli, R., Nimbi, F. M., Ciocca, G., French, D., Limoncin, E., Lombardo, F., Sesti, F., Todaro, E., Tenuta, M., Caserta, D., Tubaro, A., Gianfrilli, D., & Faggiano, A. (2024). Sexual and reproductive health: level of knowledge and source of information in adolescence. *The Journal Of Sexual Medicine*, 21(10), 872-877.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: hasta la fecha, en Italia no existe un plan nacional estructurado de educación sexual, existen grandes diferencias interregionales y poca uniformidad en la promoción y el aprendizaje de la salud sexual.

Objetivo: evaluar el nivel de conocimientos sobre sexualidad y función reproductiva en adolescentes antes y después de un programa de educación sexual, considerando las diferencias de género en los resultados.

Método: se realizó un estudio longitudinal en estudiantes de secundaria. Se realizaron seis sesiones por clase por un equipo multidisciplinario. Se administraron cuestionarios anónimos para investigar los conocimientos básicos sobre sexualidad humana y reproducción antes y después de la intervención.

Resultados: se los participantes fueron estudiantes de secundaria que completaron los cuestionarios. Los resultados incluyeron respuestas previas y posteriores al cuestionario de conocimientos en la población del estudio. Se obtuvieron datos de 842 estudiantes de secundaria (edad media \pm DE, 16,11 \pm 1,74 años). Las principales fuentes informativas sobre sexualidad fueron las redes sociales en el 37,9% de los participantes; la familia, la escuela y el material científico fueron la principal fuente en el 15,1%, 5,2% y 4,4%, respectivamente. Se obtuvo una puntuación total de 12,6 \pm 3,4 (rango,

1-20) en el cuestionario de conocimientos; específicamente, la puntuación fue mayor en mujeres que en hombres (12,8 \pm 3,4 frente a 11,9 \pm 3,4, $P = 0,0001$). En hombres y mujeres, se encontró un aumento estadísticamente significativo en el nivel de conocimientos después de la intervención multidisciplinaria (14,5 \pm 3,6, $P = 0,0001$).

Conclusión: la falta de programas de educación sexual en las escuelas en Italia obliga a los adolescentes a recurrir a fuentes a menudo poco confiables, como las redes sociales y sus compañeros, lo que contribuye a la desinformación y la adopción de conductas sexuales de riesgo. Los adolescentes tienen un conocimiento limitado sobre sexualidad y reproducción, con una notable disparidad de género; los programas de educación sexual en las escuelas, que brindan información de expertos en sexualidad, condujeron a un aumento sustancial del conocimiento y a una reducción de la brecha de género.

BIBLIOGRAFÍA

- Zamponi, V., Mazzilli, R., Nimbi, F. M., Ciocca, G., French, D., Limoncin, E., Lombardo, F., Sesti, F., Todaro, E., Tenuta, M., Caserta, D., Tubaro, A., Gianfrilli, D., & Faggiano, A. (2024). Sexual and reproductive health: level of knowledge and source of information in adolescence. *The Journal Of Sexual Medicine*, 21(10), 872-877. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae094>

¿DEMASIADO O POCO? EXPERIENCIAS AUTODECLARADAS DE MALESTAR RELACIONAL EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DESEO SEXUAL¹³

TOO MUCH OR NOT ENOUGH? SELF-REPORTED EXPERIENCES OF RELATIONAL DISTRESS BASED ON LEVEL OF SEXUAL DESIRE

Autores: Rothmüller, B.

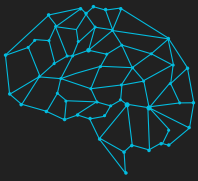
Publicación: *Psychology And Sexuality*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19419899.2024.2414338>

Cita completa: Rothmüller, B. (2024). Too much or not enough? Self-reported experiences of relational distress based on level of sexual desire. *Psychology And Sexuality*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: el malestar relacional derivado de los niveles de deseo sexual es un aspecto a menudo tratado en términos individuales y patologizados en el ámbito de la



psicología y la medicina. Tradicionalmente, los diagnósticos de trastornos del deseo sexual se enfocan en síntomas individuales, evaluando si el deseo es muy elevado o muy bajo según estándares normativos, y si esto causa angustia personal. Sin embargo, en este enfoque se ignora el papel del contexto social en la generación de malestar. Inspirado por teorías críticas de la sexualidad, el estudio adopta la perspectiva de Pierre Bourdieu, sugiriendo que el deseo sexual debe entenderse no solo como una manifestación individual sino como un producto de normas sociales y culturales. La investigación sugiere que el estigma social y la presión cultural pueden influir profundamente en cómo las personas perciben y experimentan su deseo sexual, especialmente en minorías de género y sexualidad que a menudo enfrentan juicios negativos

Objetivo: investiga una forma específica de angustia sexual relacional examinando la gama de sanciones sociales percibidas subjetivamente y comunicadas que experimentan los individuos en función de su deseo sexual.

Método: se utilizan datos de una encuesta nacional en Austria de 2022, con una n = 3,000 participantes entre 14 y 75 años. El estudio analiza respuestas abiertas sobre experiencias de exclusión o ridiculización debido al nivel de deseo sexual.

Resultados: revelan tres tipos principales de malestar relacional en relación con el deseo sexual. Primero, el acoso, donde los participantes experimentaron burlas, humillaciones públicas y exclusión social debido a sus niveles de deseo percibidos como anormales. En segundo lugar, la patologización, en la que los individuos fueron etiquetados con trastornos debido a su deseo sexual, reflejando una narrativa médica que interpreta cualquier desviación como un problema a ser corregido. Por último, la clasificación negativa, donde los participantes fueron juzgados en función de estereotipos relacionados con su género, edad o orientación sexual, siendo las personas de minorías de género y sexualidad las más afectadas. Los hallazgos muestran que, en lugar de ser una cuestión exclusivamente individual, el malestar relacionado con el deseo sexual se manifiesta en aspectos sociales y culturales. Se destaca la necesidad de reconsiderar las evaluaciones psicológicas y médicas, sugiriendo un enfoque más inclusivo que considere las dinámicas de poder y las normas sociales que afectan la percepción y el bienestar de las personas.

Conclusión: los problemas de deseo sexual deben considerarse no solo en términos individuales, sino también

como una construcción social influida por normas culturales y expectativas sociales que generan malestar. Los autores llaman a una revisión de los instrumentos de evaluación, destacando la necesidad de reconocer el contexto social en los diagnósticos de salud sexual.

BIBLIOGRAFÍA

13. Rothmüller, B. (2024). Too much or not enough? Self-reported experiences of relational distress based on level of sexual desire. *Psychology And Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/19419899.2024.2414338>

CAMBIOS EN LA SUBJETIVIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DEL CURSO DE LA VIDA: SEGURIDAD, CUIDADO Y DESEO¹⁴

CHANGES IN AGEING WOMEN'S SEXUAL SUBJECTIVITY AS SEEN FROM A LIFE COURSE PERSPECTIVE: SECURITY, CARING, AND DESIRE

Autores: Temkina, A., Shpakovskaya, L., Lavie-Ajayi, M., & Rotkirch, A

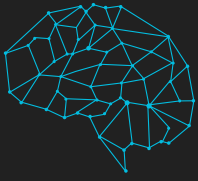
Publicación: Culture Health & Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2382879>

Cita completa: Temkina, A., Shpakovskaya, L., Lavie-Ajayi, M., & Rotkirch, A. (2024). Changes in ageing women's sexual subjectivity as seen from a life course perspective: security, caring, and desire. *Culture Health & Sexuality*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la sexualidad en mujeres mayores es un campo poco explorado, particularmente en mujeres de contextos no occidentales que enfrentan normas tradicionales sobre el envejecimiento y el género. Este artículo se centra en mujeres post-reproductivas que buscan relaciones a través de aplicaciones de citas, desafiando así la narrativa cultural de la mujer mayor como "asexualada" o dedicada exclusivamente al cuidado familiar. Los investigadores examinan cómo las experiencias de vida, incluyendo el divorcio y la migración, influyen en la subjetividad sexual de estas mujeres, permitiéndoles construir una identidad que abraza tanto el deseo como la necesidad de seguridad y cuidado. Utilizando una perspectiva del curso de vida, el estudio explora cómo estas mujeres navegan entre



los roles tradicionales y las nuevas oportunidades de autoexpresión sexual que se presentan con la edad.

Objetivo: comprender cómo las mujeres mayores de diferentes contextos culturales experimentan y narran su subjetividad sexual desde una perspectiva del curso de vida, centrándose en temas de deseo, seguridad y cuidado mutuo en las relaciones afectivas.

Método: se realizó entrevistas a 45 mujeres de origen soviético mayores de 55 años y residentes en Rusia, Israel y Finlandia, el estudio adopta un enfoque de análisis narrativo para explorar los temas recurrentes en sus relatos. Las entrevistas se llevaron a cabo en ruso y se analizaron a través de un enfoque colaborativo y reflexivo entre los investigadores.

Resultados: se identifican tres temas interrelacionados que estructuran la narrativa de estas mujeres: deseo, seguridad y cuidado. En cuanto al deseo, las participantes manifestaron una inclinación renovada por explorar su sexualidad fuera de las relaciones tradicionales, descubriendo una autonomía que les permite expresar sus deseos sin el temor al juicio social. Respecto a la seguridad se observa en la búsqueda de relaciones que les brinden estabilidad emocional, un elemento especialmente valorado debido a las experiencias pasadas de pérdida o ruptura. Por último, el cuidado, se manifiesta en el deseo de construir relaciones que incluyan la reciprocidad afectiva y la mutualidad. Estos resultados revelan que las mujeres mayores construyen su identidad sexual y afectiva integrando el deseo y el cuidado, y cuestionando activamente los roles y estereotipos de género que las limitan. Además, sugiere que el envejecimiento no es una barrera para la sexualidad, sino una oportunidad para redescubrirse como sujetos sexuales autónomos.

Conclusión: la sexualidad en las mujeres mayores es un proceso dinámico que responde a sus contextos sociales y culturales, así como a experiencias acumuladas a lo largo de sus vidas. En contraste con la narrativa tradicional de la mujer mayor como "asexualada", los resultados resaltan que las participantes buscan experiencias significativas de conexión emocional y física que les permitan expresar sus deseos y agencia sexual.

BIBLIOGRAFÍA

14. Temkina, A., Shpakovskaya, L., Lavie-Ajayi, M., & Rotkirch, A. (2024). Changes in ageing women's sexual subjectivity as seen from a life course perspective: security, caring, and desire. *Culture Health & Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2382879>

FUTURO REPRODUCTIVO EN UN CONTEXTO DE UTEROTRANSPLANTES EN LA INDIA¹⁵

REPRODUCTIVE FUTURES WITHIN A CONTEXT OF UTERUS TRANSPLANTS IN INDIA

Autores: Das, A.

Publicación: *Culture Health & Sexuality*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2397464>

Cita completa: Das, A. (2024). Reproductive futures within a context of uterus transplants in India. *Culture Health & Sexuality*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: los trasplantes de útero son una práctica emergente dentro de las tecnologías reproductivas en India, una nación donde la maternidad biológica es culturalmente valorada y se asocia con el estatus social y familiar de la mujer. Con el creciente interés en los trasplantes de útero como una alternativa a la gestación subrogada, especialmente en contextos donde esta última está restringida legalmente, el estudio profundiza en las implicaciones éticas y socioculturales de esta práctica. Además, se explora cómo el discurso de los "derechos reproductivos" puede transformarse en una presión para que las mujeres cumplan con una "obligación reproductiva", especialmente en un contexto donde las clínicas privadas promueven el acceso al trasplante de útero como un logro de prestigio.

Objetivo: explorar cómo los trasplantes de útero en India recalibran las dinámicas sociales y familiares y refuerzan jerarquías de género, clase y raza.

Método: análisis de artículos de noticias y estudios de caso sobre los trasplantes de útero en India para examinar los discursos y normas que rodean esta práctica, explorando las tensiones y conflictos que genera en un contexto cultural que valoriza la maternidad biológica.

Resultados: dentro de los resultados, se destaca la emergencia de nuevas jerarquías de poder en torno a los trasplantes de útero, donde el valor del vientre se comercializa y se carga de expectativas sociales. Las receptoras de estos trasplantes, en su mayoría mujeres con infertilidad uterina, no solo buscan un vínculo genético con sus hijos, sino que también experimentan una presión para cumplir con las expectativas culturales de maternidad. Las donantes,

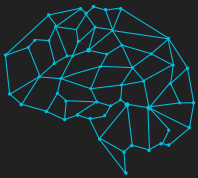


a menudo familiares como madres o hermanas, enfrentan una "obligación moral" de donar sus úteros como muestra de lealtad familiar, sin una adecuada regulación que asegure su bienestar. La investigación señala que esta práctica, al no estar regulada eficazmente en India, puede exacerbar desigualdades de clase y género, ya que es accesible principalmente para la población acomodada o para extranjeros. En última instancia, el estudio sugiere que, lejos de empoderar a las mujeres, el modelo de "reproducción como derecho" puede sujetarlas a una explotación bioética en la que su rol se redefine según las expectativas culturales y las oportunidades del mercado de salud privado.

Conclusión: falta una regulación efectiva para poder acortar las diferencias socio económicas en India. Hay que tener en cuenta el coste físico y emocional al que se enfrentan las mujeres en estos procedimientos y cuestionar si el modelo de "reproducción como derecho" realmente empodera a las mujeres o las somete a nuevas formas de explotación.

BIBLIOGRAFÍA

15. Das, A. (2024). Reproductive futures within a context of uterus transplants in India. *Culture Health & Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2397464>



AGENDA

DIARY



WEB

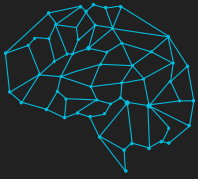
ISSN 2565-0564

Cómo citar

Sardà, Neus. "Agenda". *Psicosomàtica y Psiquiatria*, no. 31,
<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/431559>.

Accessed 25 Sept. 2024.





Agenda

The cover features the logo of the 'SOCIETAT CATALANA DE PSIQUIATRIA I SALUT MENTAL' at the top. The title is centered in a bold, sans-serif font. Below the title is a photograph of a hand holding a glowing, wireframe brain. At the bottom, the date 'Jueves 10 de abril de 2025' is printed in red. The names of the coordinators, JM FARRÉ and J. SOLER, are listed, along with the logos of Hospital Universitari Dexeus and Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
I SALUT MENTAL**

**TERAPIA DEL
COMPORTAMIENTO Y
MEDICINA CONDUCTUAL
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**
XXXVIII Jornada

Jueves 10 de abril de 2025

Coordinadores
JM FARRÉ **J. SOLER**

Hospital
Universitari
Dexeus
i Salut Mental

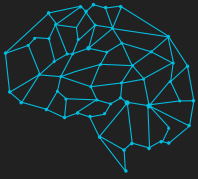
HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU
HOSPITAL DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

SECRETARIA

Servei de Psiquiatria, Psicologia i
Medicina Psicosomàtica
HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS

Sras Rebeca Saez y Cristina Fernández
Tel. 93 205 85 11 / 93 546 01 11
Fax. 93 205 85 12
E-mail: psiquiatria-dex@quironsalud.es
C. Sabino Arana, 5-19, 3a. planta. 08028-Barcelona

WEB



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

J.J. de la Gándara Martín

Psiquiatra y escritor

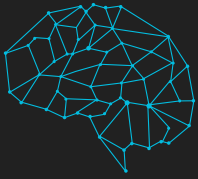
AFORTUNADO ENCONTRONAZO

Érase una vez una antigua, pequeña y preciosa villa de Cantabria que estaba entristecida por la despoblación. Hacía años que, por sus calles empedradas, bajo las arcadas de sus casas blasonadas y en sus callejas arrinconadas, no jugaban los niños al escondite, ni a nada pues niños no había. El alcalde, preocupado, buscando recuperar la alegría de la villa, decidió, de acuerdo con el vecindario, construir e iluminar un árbol de navidad altísimo. Busco la ayuda de una empresa, se alió con las fuerzas políticas, aprovechó la connivencia de la prensa y, en un santiamén, en mitad del pueblo, se había levantado el árbol de navidad más alto del mundo. Tan alto era que desde ¡todo el mundo! se veía, sobre todo porque internet lo difundió online en un segundo. Se hizo tan viral que llegaron al pueblo miles y miles de familias, con muchos niños, que contemplaron extasiados los kilómetros de guirnaldas de luz que lo adornaban y la enorme estrella que lo coronaba. Tan viral se hizo que hasta Papá Noel decidió darse un garbeo en su trineo volador tirado por sus nueve mejores renos. Tan veloces iban que no calcularon bien la frenada y chocaron con el árbol quedándose enganchados en la estrella. Por un lado, los renos colgando, por el otro Papá Noel sujeto por el cinturón de seguridad, los vecinos asustados y gritando, los vigilantes dieron la alarma,

vino la Guardia Civil, llegaron los bomberos y, ayudados por los vecinos, bajaron a Santa y a sus renos sanos y salvos. Los del 112 enseguida los exploraron, nada serio tenían, una tirita por acá, una pomadita por allá, para Santa una copita de orujo y un sobao pasiego, para los renos una mazorca calentita, y todos tan contentos con el encontronazo.

En esas estaban, cuando, paso a paso, lentos pero largos, llegaron tres camellos con sus Reyes Magos. Que se habían enterado de lo del árbol -dijeron-, y que estaban llegando cuando sucedió el encontronazo; que, si hacía falta algo, como eran mágicos, en un instante lo curarían. Por fortuna, su intervención no fue necesaria y se sumaron a la recepción tan contentos. El alcalde los presentó a Santa y les ofreció el refrigerio, prefirieron unos culitos de sidra y unas anchoas de Santoña. Con esto y lo otro, panderetas y zambombas, alegría y villancicos, se montó una fiesta lujosa. Cientos de vecinos, miles de turistas asistieron y para todos hubo algo, que así son de generosas las gentes de Cantabria.

Al día siguiente, tras descansar los cuatro y los renos y los camellos, hablaron distendidos. Los Reyes dijeron que, donde vivían, con el cambio climático no se podía aguantar el calor, que quién pudiera quedarse aquí una temporada. Papá Noel, dijo que venía de Rovaniemi, donde hacía mucho



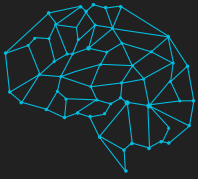
AFORTUNADO ENCONTRONAZO

J.J. de la Gándara

frío, aunque, con el cambio climático, cada vez nevaba menos, y que qué bien vive en este clima. Los renos y los camellos, que pastaban en una verde pradera, asintieron unísonos. El pueblo, atento al dato, determinó ofrecerles alojamiento invernal; y así aprovechar su tirón navideño para recuperar la alegría de la villa. Los Reyes, que aún tenían que pasar a Palestina, declinaron la invitación, pero Santa, que ya tiene

una edad, y sus renos, que nunca habían probado hierba tan succulenta, aceptaron la invitación y desde entonces pasan la temporada invernal en una casa blasonada que les ha ofrecido el pueblo. Los veranos vuelven a su mansión del norte, donde cada vez nieva menos.

Y tan colorín colorado como el gorro de Papá Noel, este cuento de Navidad ha acabado... mejor que otros años.



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

Ramon Bayés

Professor emérito. Universitat Autònoma de Barcelona

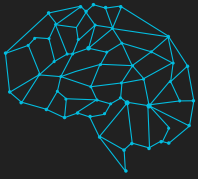
LLEGAR HASTA EL FINAL

El líder de la oposición estaba muy enfadado por el comportamiento de su equipo en la campaña para la subsecretaría y explotó:

- ¡Catalina! Esto no puede ser. ¡Es una vergüenza! ¡Hay que divulgarlo! ¡Hay que llegar hasta el final!
- ¿Hasta el final, final?
- ¡Hasta el final!
- El Ilustrísimo se va a enfadar. Estaba metido su cuñado
- ¿Quién? ¿Pepe?
- No, el otro. Don Marcelo
- ¿Don Marcelo? Bueno, esto es otra cosa. Entonces sólo llegaremos hasta cerca del final.
- ¿Hasta dónde del final?
- Lo suficiente
- ¿Hasta Don Federico?
- Quizás no tanto. Tal vez si podemos llegar hasta su primo segundo, Juan, será suficiente.
- Pero Juan está en Australia fotografiando canguros
- Pues nos conformaremos con su hermana Rita. Pero con ella llegaremos al final. Es preciso dar una lección.
- ¿Cual? ¿La 34?
- Esta no. Que luego su pareja se enfada y se lo cuenta a la mía.
- ¿La 23?
- La 23 estaría bien. Podríamos eliminar el párrafo del embajador.
- Tienes razón. Ya no me acordaba. Si se nos cuele el embajador la fastidiamos.
- Pues lleguemos al final de la 23 sin embajador.
- ¿Y si el cónsul se lo cuenta? Juegan al bridge cada semana.
- Es verdad, ya no me acordaba.
- Además, la secretaria del embajador tiene un lío con el chófer del cónsul.
- Tienes razón. Hay que llegar rotundamente hasta el final sin meter a nadie del cuerpo diplomático

Tal vez sólo podremos llegar a la mitad del final.

- O menos. El Ilustrísimo ha sembrado los pasillos y los lavabos de micrófonos ocultos.
- Es verdad, se me ha escapado un pedo insignificante en el recibidor y he oído su eco en el móvil.
- Las nuevas tecnologías son muy traicioneras.
- Llegar a un 20 % estaría bien.
- Un 10 % ya tendría mucho mérito.
- Eso. Lleguemos al final del 10 %.
- Pero con rotundidad. ¡Con firmeza! ¡Sin aspavientos! ¡Que el mundo se entere!
- Algún aspaviento, aunque sea pequeño, ayudaría.



LLEGAR HASTA EL FINAL

R. Bayés

- *Pues lleguemos al final del 10% con un aspaviento peque-
ño.*
- *¿Qué quiere decir con pequeñito?*
- *Prudente.*
- *¿En voz baja?*
- *Muy baja.*
- *¿Aunque sea inaudible?*
- *Mejor*
- *¡Pero con rotundidad!*
- *Eso*



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

Enric Álvarez

Psiquiatra, profesor emérito de la Univ. Autónoma de Barcelona

EL PACIENTE QUE NUNCA EXISTIÓ

En uno de los profusos intentos de organizar mejor mi consulta externa había dado instrucciones para que las primeras visitas se agendaran a última hora de la jornada. Nunca se puede anticipar con precisión la duración de una visita médica, pero si es la de un psiquiatra, cualquier intento está abocado al fracaso. Mi idea era atender con pocos retrasos a los pacientes recurrentes y dedicar el tiempo necesario a aquellos que aun no conocía; sin presiones y disfrutando de lo que supone una entrevista médica: recolectar datos, dirigir el interrogatorio, efectuar un primer diagnóstico, confirmarlo con la exploración psicopatológica y escoger el tratamiento más adecuado que el método científico asevera como efectivo.

Siempre he pensado que el primer acto médico con un paciente debe terminar con un claro mensaje: a partir de aquel momento, la responsabilidad de liberarlo del sufrimiento no debe percibirlo como suya sino del profesional. Es el primer paso para establecer una adecuada relación. En los pesadumbres que tratamos los psiquiatras es especialmente relevante. Son enfermedades que involucran sistemáticamente las emociones, los deseos, las filias o fobias y el propio razonamiento crítico. Liberar al paciente de un exceso de responsabilidad y persuadirle de que su malestar está causado por una enfermedad que podemos

identificar y tratar en lo posible constituye una tarea a veces ardua, pero imprescindible en una primera visita.

Recuerdo que la tarde que atendí por primera vez a llamémosle, Fermín era pleno verano, mediados de agosto. Faltaban aun muchos años para que el aire acondicionado fuera condición indispensable para trabajar en un hospital. Ya no había nadie cerca de mi despacho, por lo que decidí dejar puerta y ventana abiertas con la intención de que la brisa de media tarde circulara por la estancia. Quedaban escasos minutos para empezar la primera visita de aquel día. Enfrascado en redactar el curso clínico de mi última visita no me percaté de la cabeza que asomaba por la puerta entreabierta. Hasta que me saludó...

—Buenas tardes doctor.

— ¿He? buenas tardes —contesté con un breve sobresalto—. Disculpe estaba tomando unas notas del paciente anterior. Por favor pase.

Me levanté para saludarle con un breve encaje de manos atribulado por no haber salido a su encuentro en la sala de espera como tenía por costumbre. Tardó unos segundos en entender porque le tendía la mano. El apretón me transmitió una sensación de flotación con la que no contaba, más prevenido que confiado.



—Por favor pase y siéntese. Termino un par de líneas y estoy por usted. —Accedió con un carraspeo y se sentó al otro lado de mi escritorio. Lo hizo a una distancia algo mayor de lo habitual justo donde había dejado la silla el anterior paciente al retirarse. Quedaba un poco lejos. Me transmitió una pequeña incomodidad. La primera de las que se sucedieron en esta visita y la devolución dos semanas después. Cruzó piernas y brazos y mantuvo la vista fija en los papeles que poblaban mi mesa. Me di prisa por concluir; cerré la carpeta del historial introduciéndolo en el enorme sobre marrón que contenía todos los males que había sufrido el paciente precedente y las exploraciones e intentos de los médicos para corregirlos. Tomé el exiguo y vacío historial de mi nueva visita. Todo en blanco, ningún servicio del centro le había prestado atención alguna hasta ahora. "Quizás fuera un paciente recomendado por alguien ajeno a nuestro hospital", pensé. Más tarde le inquiriría al respecto por si había necesidad de reportar algún aspecto del caso.

—Buenas tardes Fermín, ¿que puedo hacer por usted? — Hablar de usted al paciente y por su nombre de pila transmite respeto y confianza a la vez.

— ¿Quiere decir que me pasa?

—Si claro...

—Me encuentro mal doctor. —Se quedó mirándome con gesto compungido. Revelaba un sufrimiento contenido.

—Cuénteme que siente, que es lo que le aflige y molesta...

Un gesto de sincera sorpresa apareció brevemente para volver al aspecto contrito.

—Yo no sabría decirle...—titubeó—. Usted es doctor y lo sabrá mejor que yo.

—Me ha dicho que se encuentra mal...

— ¡Muy mal! doctor. Por eso he venido a verle.

—...intente contarme que tipo de síntomas percibe...

—Cosas muy malas. —Puso lentamente la palma de su mano derecha sobre el pecho y lo masajeo lentamente, después, con un gesto como de garra lo aprisionó durante unos instantes —Pues eso, muy malo doctor, muy malo.

Un leve pero obvio acento gallego impregnó sus palabras. Me resistí a ceder a arquetipos ridículos y decidí insistir ayudándole a describir mejor sus males. Resolví especificar algunas áreas de exploración habitual e insoslayable.

— ¿Que tal duerme por la noche?

—Yo es que trabajo de noche doctor. —Su expresión reveló el pesar que le causaba no poder responder a mi pregunta. Intenté no reflejar sorpresa alguna.

—En este caso ¿que tal duerme en los periodos que tiene de descanso?

Pareció reflexionar esforzándose en encontrar una respuesta adecuada. Más como si fuera un examen que una entrevista para resolver sus pesares.

—A veces tengo alguna pesadilla...

—Me refiero a si descansa cuando duerme...

—No lo sé doctor, yo no me doy cuenta si duermo. —Una mueca de perplejidad apareció brevemente, aunque no mayor que la que me estaba invadiendo a mi.

— ¿Como va de apetito?

—Comer como, sí. —Quedó pensativo unos instantes —.

Estoy de patrona ¿sabe usted?, me pone el desayuno y la cena, no me he de preocupar.

— ¿Pero come con apetito? ¿disfruta de los alimentos?

—Yo...es que no soy mucho de comer...

Decidí abordar la percepción de placer por otra vía explorando el mantenimiento de sus intereses lúdicos.

— ¿Que le gusta hacer para distraerse? ¿que aficiones tiene?

— ¿Aficiones?

—Sí, futbol, lectura, pasear...

—El futbol no me gusta. —De nuevo pareció reflexionar —. Pasear, paseo porque voy andando al trabajo. —Se quedó mirándome con expresión de escrutinio y de nuevo intentando percibir si había emitido las respuestas correctas. Decidí preguntar por el entorno.

—Fermín, ¿le parece que ha ocurrido algo en su vida que podamos relacionar como causa o que haya contribuido en su sufrimiento? —De nuevo me miró perplejo.

— ¿Y que me iba a ocurrir a mi doctor? si yo no hago mal a nadie...

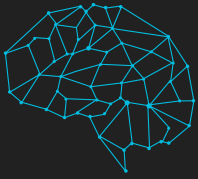
El resto del interrogatorio fue una sucesión de réplicas ambiguas, temerosas de ser erróneas y sin el valor intrínseco de su naturaleza informativa. Al explorar los posibles síntomas relacionados con la sensopercepción pareció ofendido por la pregunta.

— ¿Oír cosas raras? ¿voces? ¿doctor yo no estoy loco!, ¡he venido a verle porqué no me encuentro bien! Lo estoy pasando muy mal...

—Fermín, le hago estas preguntas porqué para ayudarlo necesito información sobre usted... ¿comprende?

—Pero yo...pobre de mi ¿que voy a saber? si usted que es el médico no sabe lo que me pasa ¡que voy a saber yo!

—La expresión de sufrimiento, si bien contenida era explícita.



La conversación se alargó un buen rato más, pero en ningún caso conseguí respuestas medianamente diáfanas que me permitieran efectuar un diagnóstico. El paciente alternaba una leve desconfianza con la fe absoluta sobre mis capacidades curativas. Un modelo casi paralelo a la relación médico paciente que suele caracterizar la actividad de un facultativo.

Finalmente me decidí por una solución tan pragmática como empírica. Intenté transmitírselo lo mejor que pude a mi paciente.

—Si le parece bien, le voy a prescribir un tratamiento de prueba, lo citaré para una segunda visita y veremos que tal le ha sentado. El resultado me puede orientar mejor sobre las causas de su padecimiento. —Su gesto se relajó visiblemente como si hubiera conseguido un objetivo: ser tratado.

—Muy bien doctor. Estoy seguro de que me irá bien. Me han hablado muy bien de usted. —Por primera vez y en una fracción de segundo apareció lo más semejante a una leve sonrisa en el enjuto rostro de Fermín.

Decidí prescribirle una dosis muy moderada de un ansiolítico. La moda de no utilizarlos habitualmente estaba calando muy profundamente en los especialistas en Psiquiatría como yo. Los abusos en la indicación de benzodiazepinas estaban a la orden del día y los supuestos expertos debíamos limitar al máximo su indicación. No había una causa persistente para fuera lo que fuere su aflicción, así que "ansiedad con benzos2 no va a tener" pensé, a ver qué quedaba.

Lo despedí con muestras de amabilidad explícitas y él se marchó satisfecho intentando descifrar mi torpe letra de médico de la receta que portaba en sus manos como un tesoro.

Pasaron las dos semanas. En este periodo de tiempo, el fármaco había tenido la oportunidad de liberarlo de su dolor y consolidar ampliamente una mejoría o por el contrario mantener su malestar como antes de tomarlo y añadir efectos adversos como somnolencia o cansancio físico. Esperaba que una u otra opción me indicaran el camino a seguir con mi paciente. Hasta ahora me sentía como si tuviera los ojos vendados e intentara darle a una piñata con un bastón.

Me encontraba en el despacho que dedicábamos a funciones de office tomando café con mis colegas más cercanos, divagando sobre el futuro inmediato. Nos acercábamos al año 2000 y parecía que podía desmoronarse por completo la tecnología sobre la que cada vez más se sustentaba el mundo. El efecto dos mil lo llamaban.

Pero a Fermín no parecía preocuparle mucho el destino de la tecnología. Cuando crucé la pequeña sala de espera que circundaba mi despacho, lo vi sentado muy formal, con los pies cruzados y las manos a juego en su regazo. Lo avisté erguido y con expresión plácida. En cuanto me vio, hizo un discreto asentimiento con la cabeza a modo de saludo. Intrigado a la vez que sorprendido le invité a pasar, cosa que hizo raudo sin esperar un segundo.

—Pase y siéntese por favor.

—¡Gracias doctor!

Su expresión serena llenó mi campo de visión. Iba a empezar a hablar cuando me interrumpió.

—¡Doctor! ¿como me ve?

—Esto iba a preguntarle Fermín. ¿Como se encuentra?

—Usted es el doctor. Es el que sabe. ¿Como me ve?

—Pues...me parece que está mucho mejor, por su actitud, expresión y...

—¡No sabe la alegría que me da! —Sus ojos brillaron súbitamente por la emoción. La felicidad que transmitía solo podía compararse al grado de mi perplejidad. Se puso en pie.

—No se como agradecerse doctor. No me podía usted decir nada que me hiciera más feliz: que estoy bien.

—Pero...

—¡Me ha curado!, ¿que más puedo pedir? ¿le puedo dar un abrazo?

—He.... si claro.

Se puso en pie como impulsado por un resorte y me dio un discreto y distante abrazo. Después volvió a asentir expresando conformidad, abrió la puerta y salió para siempre de mi despacho y ...de mi vida profesional. No volvió a consultar, no me llamó para pedirme instrucciones sobre la medicación. No supe nada más de él...hasta Navidad. Recibí una afectuosa felicitación a través de un christmas con un tradicional belén en el anverso y una nota de emotivo agradecimiento.

Nunca realicé un diagnóstico, ni instauré un tratamiento específico ni seguí el curso de su problema. Era como si nunca hubiera existido. A pesar de lo cual no pude evitar percibir el chute de felicidad que sientes cuando una persona a tu cargo recupera su vida. Fuera la que fuere.

No dude el amable lector, ni por un instante, que esta pequeña historia discurrió tal y como la he contado. Probablemente por ello la recuerdo tan bien.