

PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

www.psicosomaticaypsiquiatria.com

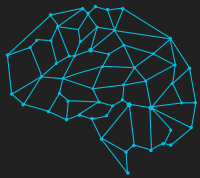
Revista indexada en



32

AÑO 2025

ENERO • FEBRERO • MARZO



EDITORIAL

E LA NAVE VA

E LA NAVE VA

J.M. Farré

Editor

PALABRAS CLAVE: Recordando al Dr. Josep Toro; Recordando al Dr. Joan Massana.

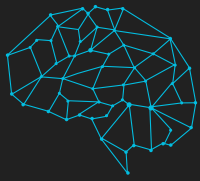
KEYWORDS: A tribute to Dr. Josep Toro, A tribute to Dr. Joan Massana.

*La muerte de alguien
querido es un corte limpio
y brutal que te obliga a hablar
en pasado, a abandonar lo que
quedó a medio hacer, o a retomarlo
de otra forma. Pero también te regala
su memoria...*

Mariano Barroso, director de cine
en "Tinta libre" (2025). 131

No eran tiempos fáciles para la eclosión de las teorías científicas que ahora ya forman parte de nuestra piel teórica y cosen el vestido pragmático que la protege. Y ellos, a pesar de nuestra inexperiencia, solamente compensada por el deseo de sumergirnos en la fortaleza de sus argumentos, fascinados como estábamos por las teorías evidentes

que revelaban los orígenes del comportamiento humano, nos invitaron a subir a su nave con la generosidad que les caracterizaba. Josep Toro, era un entusiasta y abocado a la acción y a la magia de los proyectos imposibles que el transformaba en tangibles. Su alter ego era Joan Massana, que circulaba por una senda que se concretaba en el flujo impactante de Josep Pla iniciada en su inmenso dietario "El quadern gris", marcando el itinerario de una literatura monumental e insuperable. El Pla socarrón, liberal, genio indiscutible en la descripción del paisaje tanto el expresivo como el humano, y capaz de seducirnos a todos con un temperamento rebelde y contemplativo, lleno de contrastes que van desde el conservadurismo más convencido hasta la admiración por la modernización europeizante. La identificación de Massana con Pla era sin fisuras y fue uno de los rasgos que creo que hizo que me aceptara como residente y adjunto suyo –conjuntamente con Rosa Sender y, más tarde, con Aurora Otero– sin demasiadas complicaciones y por una clara corriente de simpatía, quiero creer que mutua; soy ampurdanés, como Pla y lo leía casi tan compulsivamente como él. Pla estaba acorde con el espíritu marcadamente



irónico y falsamente escéptico (era tan creativo como sus amigos Toro y Bayés) de Joan Massana.

Otro de sus espacios intelectuales era Bertrand Russell, tanto por sus contribuciones a la lógica matemática, como a la epistemología, su enfoque hacia la educación y la enseñanza de las proposiciones verdaderas con la no aceptación dogmática del conocimiento. También por sus ideas progresistas. Eran parámetros muy respetados y queridos por un personaje tan pragmáticamente científico como lo era Massana.

En cualquier caso, tenían un gran sentido del humor -sorrón Toro, irónico, algunas veces sarcástico, Massana- que los alejaba de cualquier corsé interpersonal, les confería una sabia sencillez y un contacto muy fácil. Nos concedían siempre su tiempo con esplendidez y nos dejaban abocar nuestros aún tímidos atisbos creativos.

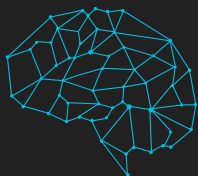
Participamos con ellos -y con algunos privilegiados más como Julio Vallejo, Rosa Sender o Manolo Valdés, entre otros- en las disquisiciones que dirigía desde su mítico dispensario el Prof. Montserrat Esteve, un perdedor de la Guerra Civil, apasionado de las teorías cibernéticas, pero también del modelo pavloviano y que nos colocó en el lugar adecuado del mapa científico.

Aquí emerge otro tipo impresionante, Antonio Colodrón, que lo pone todo patas arriba con sus libros "La medicina córtico visceral" y "De la enfermedad como respuesta" deudores de los trabajos de Bykov, alumno aventajado de Pavlov. Los estudios experimentales sobre las interacciones funcionales entre córtex y órganos internos, marcaron el futuro científico de la vieja psicosomática. Como era de suponer se inició una intensa amistad entre los 3 que contribuyó decisivamente al despeje experimental de la Salud Mental en nuestro ámbito. Lo cual fué reforzado con la presencia activa de Ramón Bayés, felizmente entre nosotros y creativo (lean sino su último "Cuento Psicosomático"), un investigador nato, introductor de Skinner entre nosotros, infatigable y brillantísimo explorador de los más diversos elementos relacionados con las etapas vitales, desde las emociones a la jubilación activa, desde las residencias de ancianos a los diversos matices del duelo y la muerte, pasando por la literatura creativa. No se limitaron a Pavlov, sino que nos abrieron las puertas del Maudsley, Oxford y UCLA y así pudimos gozar de la emoción de conocer personalmente a maravillosos genios de los modelos de la Personalidad como Eysenck, del cognitivismo como Clark, del estudio del TOC como Marks o Salkowskis, de la inter-

vención en Esquizofrenia como Liberman o de la Ansiedad como Foa, entre otros.

Toro no paró de publicar, lo que contrastaba con Massana, mucho más contenido en este aspecto. En el 2021, nos regaló aún un título que, como todo lo que el proponía sigue creciendo en importancia, a medida que pasa el tiempo⁽¹⁾. Las consecuencias devastadoras del maltrato infantil sobre la Salud Mental, no podían contar con nadie más autorizado y actualizado como él. Era el principal referente para entender no solamente la eclosión y consolidación de la psiquiatría infanto-juvenil, sin obviar que fue fundamental en la intervención pionera ante la epidemia de Trastornos de la Conducta Alimentaria, un tema sobre el que nos dejó una joya literaria, afortunadamente reeditada⁽²⁾.

Massana era tan genial como en sus propuestas, desde su Laboratorio de Psicofisiología y Conducta, presente ya en el 1977 y ubicado en esta matría de tantas generaciones como lo es el Clínic de Barcelona. Con la sagacidad que le distinguía el Prof Obiols, entonces catedrático, los fichó a los dos, y nos cambió la vida a todos. Eterna gratitud. Así, moviéndose en los pacientes adultos, nos enfrenta al reto de abordarlos desde una actitud objetivamente científica y una metodología antiespeculativa, amén de reconocer un modelo terciario en el que la personalidad y la capacidad adaptativa se asociaban a la sintomatología clínica y, si convenía, se abordaban con la necesaria combinación TCC/fármacos... o no: todo dependía de los elementos nombrados, pero sobretudo de los parámetros psicopatológicos que se imbricaban en la eclosión y mantenimiento del cuadro al que nos enfrentábamos. No se dejaba nada en el tintero, y si bien el TOC era su tema estrella, nos enfrentamos a la Ansiedad en todos sus formatos, la Depresión, las alteraciones de Personalidad o la famosa Psicosomática, un nominativo que nunca le convenció, pero contra el cual nunca movió un dedo: no soportaba las luchas banales y prefirió dejarla desnuda de contenido. Lo que pocos saben, es que fue pionero en el planteamiento de la sexología médica; en el Clínic se visitaron las primeras disfunciones y se plantearon intervenciones sagaces, sin el apoyo de más fármacos que la prostaglandina en Disfunción eréctil, o de dosis adecuadas de clomipramina para la Eyaculación precoz, con la bendición de contar con un sólido bagaje en Terapia de Conducta (TC) que permitía soluciones ingeniosas, algunas aun ahora no superadas, sobretudo es disfunciones femeninas. Massana no dudó en ser pionero en la utilización de la prueba Doppler masculina, lo que fue una verdadera revolución.



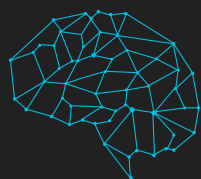
Sea como sea, nadie duda que ellos fueron los pioneros de la TC en España y de su aplicación adecuada, en asociación o no con la pertinente farmacología. Pero el giro copernicano que le dieron a la Psiquiatría y a la Psicología (al igual que sus discípulos, entre los que me cuento, éramos, y somos también Psicólogos) se debe a la -en honor al escepticismo de Massana lo dejaremos en "gran curiosidad e interés" en su caso- pasión por el método científico, que les permitió aplicarlo a unas especialidades como las nuestras que tanto sufren aún de la agresión del oscurantismo y de la banalidad, que no sé qué es peor.

Y ahora os habéis ido, con prácticamente 3 meses de diferencia, primero Josep, luego tu mi querido Joan; te habías alejado -al menos físicamente- del que había sido tú mundo desde tu jubilación, y te sumergistes en la astrofísica. No sé

en que galaxia te movías y con que asteroide te interesabas, pero no me extrañaría que estuvieras tomando algo en la playa del Canyadell⁽³⁾ con tu admirado Pla, mientras nuestro entrañable Toro intenta convencerlos para explorar juntos algún paisaje nuevo, una aventura que se me antoja que con tu proverbial elegancia esta vez rechazarás, invitándole, eso sí, a compartir ideas con el Sr Pla. Ya nos diréis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toro, J (2021) *Estrés, maltrato infantil y psicopatología*. Pirámide. Madrid.
2. Toro, J. (2010) *El cuerpo como delito*. Ariel. Barcelona.
3. Playa situada en Calella de Palafrugell, donde pasaba temporadas Pla y que inspiró algunos de sus extraordinarios papeles sobre el mar empordanés, sus pescadores, sus habitantes su impactante paisaje y sus vientos, no siempre amables.



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 12/11/2024. Aceptado: 04/01/2025

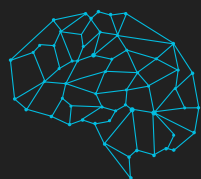
PROYECTO EDUCATIVO EN EL MARCO DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE MUJERES CON ESQUIZOFRENIA

LEARNING PROJECT IN THE CONTEXT OF A FUNCTIONAL UNIT FOR WOMEN WITH SCHIZOPHRENIA.

**A. González-Rodríguez¹, M. Natividad², J. Paola Paolini², A. Balagué², P. Picó³, B. Palacios-Hernández⁴
J. Cobo⁵, R. Penadés⁶, M. Salvador², E. Izquierdo², E. Martínez², M.E. Chávez², N. Bagué², J. Antonio Monreal¹**

¹Servicio de Salud Mental de Adultos. Fundación Asistencial Mútua Terrassa. Universidad de Barcelona (UB). CIBERSAM. Terrassa, España. ²Servicio de Salud Mental de Adultos. Fundación Asistencial Mútua Terrassa. Universidad de Barcelona (UB). Terrassa, España. ³Servicios de Atención Primaria. Fundación Asistencial Mútua Terrassa. Universidad de Barcelona (UB). Terrassa, España. ⁴Laboratorio de Salud Mental Perinatal. Centro Transdisciplinar de Investigación en Psicología (CITPsi). Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, México. ⁵Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario Parc Taulí. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). I3PT. CIBERSAM. Sabadell, España. ⁶Barcelona Clinic Schizophrenia Unit (BCSU). Institut Clínic de Neurociencias. Universidad de Barcelona (UB). IDIBAPS. CIBERSAM. Barcelona, España.

Correspondencia: Alexandre González-Rodríguez. Servicio de Salud Mental de Adultos. Fundación Asistencial Mútua Terrassa. Universidad de Barcelona (UB). CIBERSAM. Terrassa, España. E-mail: alexgonzalezrguez@gmail.com



RESUMEN

Objetivo: Diseñar un plan docente para la Unidad Funcional de Mujeres con Esquizofrenia- Mútua Terrassa (UFDE) que integre la perspectiva de género y el enfoque transcultural en la atención de las mujeres con esquizofrenia que se atienden en los Centros de Salud Mental de Adultos del área.

Metodología: La propuesta de plan docente se basa en la Taxonomía de Bloom Revisada que desarrolla 6 niveles que corresponden a 6 procesos cognitivos que se pretenden activar en los procesos de enseñanza-aprendizaje (recordar, comprender, aplicar, analizar/sintetizar, evaluar, crear). Las tareas o estrategias docentes se adecúan a cada uno de los niveles o procesos cognitivos.

Resultados: Tareas/actividades propuestas: 1) los "observatorios" de la UFDE, 2) observatorios extraordinarios, 3) sesiones clínicas CSMAS, 4) sesiones de servicio de salud mental, 5) talleres de la UFDE, 6) Journal Clubs, y 6) seminarios de la UFDE. Tareas y Metodologías por competencias/niveles cognitivos (Taxonomía de Bloom Revisada): 1) Conocimiento: Journal Club y Clase magistral participativa; Aprendizaje invertido y cooperativo. 2) Comprensión: Estudios de casos/ Observatorios; Talleres UFDE; Aprendizaje basado estudio de casos. 3) Aplicación: observatorios (Hiperprolactinemia, sustancias, exclusión social); Aprendizaje basado en problemas. 4) Análisis: Clase expositiva participativa/ observatorios extraordinarios; Aprendizaje basado en proyectos y cooperativo. 5) Evaluación: Grupos de debate/ sesión servicio; Estrategias de gamificación. 6) Creación: Grupos de discusión o Debates de la UFDE; Aprendizaje basado en retos.

Conclusiones: El diseño de un plan docente para unidades especializadas como la UFDE debe integrar la perspectiva de género y el enfoque transcultural mediante el uso de metodologías didácticas innovadoras.

PALABRAS CLAVE: Proyecto Educativo; Esquizofrenia; Psicosis; Mujeres; Aprendizaje.

ABSTRACT

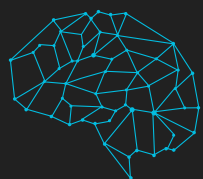
Objective: To design a learning plan for the Functional Unit for Women with Schizophrenia- Mútua Terrassa (UFDE) that integrates the gender perspective and the transcultural approach in the care of women with schizophrenia attended at the Adult Community Mental Health Units (CMHU).

Method: The proposed learning plan is based on the Revised Bloom Taxonomy that develops 6 levels corresponding to 6 cognitive processes that are intended to be activated in the teaching-learning processes (remember, understand, apply, analyze/synthesize, evaluate, create). The teaching tasks or strategies are adapted to each of the cognitive levels or processes.

Results: Proposed tasks/activities: 1) UFDE "observatories", 2) extraordinary observatories, 3) clinical sessions of the CMHUs, 4) mental health service sessions, 5) UFDE workshops, 6) Journal Clubs, and 6) UFDE seminars. Tasks and Methodologies by competencies/cognitive levels (Revised Bloom Taxonomy): 1) Knowledge: Journal Club and Participatory Master Class; Flipped and Cooperative Learning. 2) Comprehension: Case Studies/ Observatories; UFDE Workshops; Case Study-Based Learning. 3) Application: Observatories (Hyperprolactinemia, use of substances, social exclusion); Problem-Based Learning. 4) Analysis: Participatory Lecture/ Extraordinary Observatories; Project-Based and Cooperative Learning. 5) Evaluation: Discussion Groups/ Service Session; Gamification Strategies. 6) Creation: Discussion Groups or UFDE Debates; Challenge-Based Learning.

Conclusions: A learning plan for UFDE is needed that integrates the gender perspective and the transcultural approach through the use of innovative learning methodologies.

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



INTRODUCCIÓN

SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los retos de la vida, desarrollar todas sus habilidades (...) y contribuir a la mejora global de la comunidad donde viven los individuos” (WHO, 2013).

En las últimas décadas se han descrito múltiples determinantes de la salud mental que operan como factores de riesgo, y, por tanto, empeoran la salud mental de la población, y factores protectores que mejoran el bienestar mental de los individuos (WHO, 2013). Los determinantes pueden ser individuales, sociales y organizativo/ estructurales, destacando entre los individuales, los factores psicológicos como determinados rasgos de personalidad, y factores biológicos como la predisposición genética y epigenética de los trastornos mentales (Silva et al., 2016). Además, existen determinantes sociales de la salud mental como el estatus socioeconómico, el nivel educativo, situación de empleo, etnia, urbanicidad e historia de eventos traumáticos que operan como factores de riesgo psicosocial (Jeste et al., 2023).

PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL SOBRE LA SALUD MENTAL (OMS) 2013-2030

Dada la evidencia científica que apoya la necesidad de intervenciones en promoción y prevención de la salud, y la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud mental, la OMS ha desarrollado el Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013-2030 con la finalidad de mejorar la salud mental de la población y mejorar la calidad de vida de los individuos (WHO, 2013). Específicamente, la OMS enfatiza la necesidad de proteger los derechos humanos de las mujeres y los niños, especialmente en aquellas poblaciones más vulnerables y en ámbitos relacionados con las barreras para la educación, estrés migratorio y situaciones de violencia de género (Burke et al., 2024).

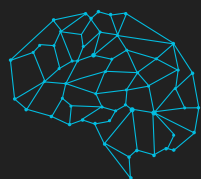
DIFERENCIAS DE SEXO/GÉNERO EN TRASTORNO MENTAL SEVERO

Las diferencias de sexo/género en los trastornos mentales han sido unos de los hallazgos más replicados en la investigación en salud mental. Algunos autores han reportado una mayor prevalencia de los trastornos afectivos en mujeres, y una mayor frecuencia de trastornos de ansiedad

en los hombres (Boyd et al., 2015). En esquizofrenia, las mujeres presentan una edad de inicio más tardía respecto a los hombres (Riecher-Rössler et al., 2017), y un segundo pico de incidencia en la menopausia. Por otro lado, los pacientes con trastorno mental severo presentan tasas más elevadas de mortalidad prematura respecto a la población general, y en esquizofrenia, las tasas de mortalidad se explican por la aparición de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y cáncer (Natividad et al., 2023). Además, la hiperprolactinemia, un trastorno endocrinológico frecuentemente inducido por la prescripción de antipsicóticos, es más frecuente en mujeres que en hombres y tiene consecuencias en salud física a medio y largo plazo (Riecher-Rössler et al., 2018). Por otra parte, se han documentado factores clínicos y sociales de riesgo diferentes en mujeres en comparación con hombres con episodios psicóticos, lo cual sugiere la implementación de tratamientos diferenciados por género (Salvadé et al., 2024). Dadas las necesidades clínicas y sociales de las mujeres con esquizofrenia, en enero de 2023, se inauguró el proyecto piloto de Unidad Funcional de Mujeres con Esquizofrenia en el Ámbito de Salud Mental Comunitaria de Mútua Terrassa. El modelo de observatorio-equipo de vigilancia e intervención ha sido descrito anteriormente (Natividad et al., 2023; González-Rodríguez et al., 2024).

ENFOQUE TRANSCULTURAL

La inmigración, la etnia y los procesos de aculturación han sido considerados factores de riesgo psicosocial que operan como factores de riesgo para la aparición de determinados trastornos mentales. La migración internacional, de hecho, es considerada una tendencia mayor en el siglo XXI, que se ha descrito como un factor de riesgo para la aparición de la esquizofrenia, y que tiene consecuencias más negativas en las mujeres respecto a los hombres (González-Rodríguez et al., 2023). En línea con estos hallazgos, en los últimos años ha habido un creciente interés en el estudio de las diferencias de género en los trastornos mentales y se ha documentado los efectos diferenciados de la migración por sexo, reportando en las mujeres mayor exposición de violencia de género y trauma pre, durante y estrés de aculturación posterior a la migración con efectos adversos en la salud mental (González-Rodríguez et al., 2024). Viswanath y Chaturvedi (2012) revisaron la influencia de la cultura en la presentación del contenido de los delirios y las alucinaciones. Los autores reportaron que los delirios de contenido mágico fueron más



frecuentes en población rural respecto a la urbana, y los de grandiosidad fueron más frecuentes en población africana. Adicionalmente el apoyo social muestra relevancia en la salud mental de mujeres migrantes, al identificarse evidencia de que aquellas que migran sin familia han reportado mayor riesgo de desarrollar trastornos psicóticos en contraste con aquellas que contaron con acompañamiento familiar (Dykhhoorn et al., 2019).

ESTRATEGIAS DOCENTES

La perspectiva de género y el enfoque transcultural deben ser integrados en los procesos de atención a los trastornos de salud mental, especialmente en los modelos de atención comunitaria. Con la finalidad de integrar ambos enfoques, en la Unidad Funcional de Mujeres con Esquizofrenia- Mútua Terrassa existe la necesidad de desarrollar un proyecto formativo encaminado a mejorar los resultados docentes en nuestros profesionales, con la misión de mejorar la atención en salud mental, salud física y factores de riesgo psicosocial en las mujeres atendidas.

Las metodologías docentes empleadas en los procesos de enseñanza-aprendizaje han evolucionado en los últimos años, desde el uso de métodos más tradicionales hasta métodos innovadores. La sociedad global, la sociedad de la información, y la irrupción de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento (TICs) y el uso de metodologías didácticas activas en docencia superior son algunas nuevas tendencias que pueden ser aplicadas al desarrollo de programas docentes en salud mental (Şenyuva y Kaya, 2022). Las estrategias docentes de aprendizaje activo parten de un rol activo del estudiante, que construye su propio aprendizaje y el docente actúa como guía del proceso de enseñanza-aprendizaje (Schiel & Everard, 2021).

METODOLOGÍAS DIDÁCTICAS ACTIVAS DOCENCIA

Las metodologías didácticas activas en docencia superior tienen como objetivo principal la adquisición de competencias de conocimientos, habilidades y actitudes en un determinado ámbito profesional a través de la resolución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, y el desarrollo de estrategias de comunicación y autonomía del aprendizaje (Peralta Lara y Guamán Gómez, 2020).

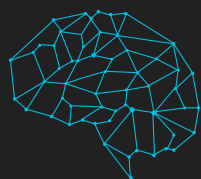
Algunas de las metodologías didácticas activas que se aplican en docencia en salud son: 1) el trabajo cooperativo, 2) el aprendizaje basado en proyectos, 3) el aprendizaje inver-

tido (o *flipped learning*), 4) la gamificación, 5) el aprendizaje basado en casos, 6) aprendizaje basado en problemas, y 7) en retos, entre otras.

El aprendizaje cooperativo consiste en la formación de grupos reducidos de estudiantes que trabajan en equipo para maximizar su aprendizaje (Johnson y Johnson, 1999). Los estudiantes construyen su aprendizaje guiado por el docente. El aprendizaje cooperativo tipo formal se extiende en un periodo de algunas semanas, y se asignan tareas y responsabilidades a los miembros del equipo. El tipo informal consiste en la realización de grupos durante el periodo de una clase o taller, durante un corto tiempo. Goolsarran y colaboradores (2020) lo aplicaron en la docencia de los residentes de medicina interna y lo compararon con otros métodos tradicionales.

El aprendizaje basado en casos o en análisis de casos se originó en la Universidad de Harvard con el objetivo que los estudiantes de la Facultad de Derecho se enfrentaran a casos reales y pudieran ser capaces de emitir juicios críticos y tomar decisiones (Bridgman et al., 2016). Bacciarini (2019) describió los resultados de un curso dirigido para residentes de medicina en Uruguay, con un total de 9 sesiones.

El aprendizaje basado en proyectos y aprendizaje basado en problemas tienen como objetivo que el estudiante construya el aprendizaje mediante la búsqueda de material y recursos, y mediante la reflexión y análisis crítico de los resultados (Fernández Cabezas, 2017). En el aprendizaje basado en proyectos, se conforman grupos de trabajo y se planifican actividades y objetivos que tienen como resultado un producto final, que puede ser un documento de trabajo (Zambrano Briones et al., 2024). Por otro lado, el aprendizaje basado en problemas es una metodología originaria de Canadá, de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad McMaster que se basa en la transferencia de conocimientos y análisis y evaluación a través de situaciones prácticas reales (Luy-Montejo et al., 2019). Esta metodología cuenta además con distintas fases de desarrollo, desde la presentación del problema en cuestión, la búsqueda de información para la resolución del caso y la ejecución y exposición del caso (Kalu et al., 2023). En el aprendizaje basado en retos el estudiante investiga soluciones para un problema real, planteando una idea general, la definición de una pregunta, un reto como solución a un problema planteado, actividades y recursos, y la implementación de la solución concreta, evaluación de la eficacia y validación de la solución al reto (Rodríguez-Borges, 2021).



La gamificación es una de las metodologías más innovadoras que incorpora elementos del juego en un entorno no lúdico, como son el reto, el desafío y el trabajo en equipo (Carbajal Destre et al., 2022). Se trata de una metodología altamente motivadora, que se realiza en grupos reducidos y que fomenta la autonomía de los miembros del equipo. Incluye, frecuentemente, una temporalización y progreso de la actividad, así como elementos inesperados o sorpresa que incrementan la motivación de los profesionales.

El aprendizaje invertido o *flipped learning* se originó en 2007 en el Instituto Woodland Park de Colorado por Bergmann y Sams (2007). Los profesores grabaron las clases teóricas y las publicaron para que fueran vistas por los alumnos que no podían acudir a clase, y en el aula, se hablaba de las experiencias y puesta en práctica de los conocimientos. Se trata de un modelo pedagógico en el que el estudiante construye su propio aprendizaje, y realiza materiales y expone en clase resultados del trabajo previo que presentan los docentes (Ji et al., 2022).

TAXONOMÍA DE BLOOM REVISADA

La Taxonomía de Bloom Revisada hace referencia a los distintos niveles cognitivos o procesos cognitivos que deben ser trabajados o activados en los procesos de enseñanza-aprendizaje (Anderson et al., 2001). Los autores destacan 3 niveles de orden inferior: recordar, comprender, aplicar; y 3 niveles de orden superior: analizar, evaluar y crear. A través del proceso cognitivo al que hace referencia cada nivel, se proponen tareas o actividades que permitan al estudiante conseguir acceder al nivel que se está trabajando. El objetivo del nivel 1 (recordar), es conocer y recordar los conocimientos básicos de un área temática. El objetivo del nivel 2 (comprender), es entender la información que se ha recordado, y el objetivo del nivel 3 es aplicar la información, e integrar conocimientos. En un nivel 4 se analiza y separa la información, categorizándola, para posteriormente evaluarla o emitir un juicio crítico (nivel 5, evaluar). En el nivel 6, se pretende crear, modificar o proponer planes específicos. La propuesta de la Taxonomía de Bloom Revisada se ha utilizado en educación sanitaria.

OBJETIVOS

El objetivo general de la propuesta educativa es diseñar un plan docente para la Unidad Funcional de Mujeres con Esquizofrenia- Mútua Terrassa que integre la perspectiva

de género y el enfoque transcultural en la atención de las mujeres con esquizofrenia que se atienden en los Centros de Salud Mental de Adultos.

El objetivo específico 1 es comprender y analizar las diferencias de género y el enfoque transcultural aplicado a la atención de mujeres con esquizofrenia.

El objetivo específico 2 es analizar las necesidades de salud mental, salud física y necesidades sociales que presentan estas mujeres.

El objetivo específico 3 es diseñar modelos de atención en salud transdisciplinares basados en la perspectiva de género y un enfoque transcultural, y evaluar críticamente los planes en hasta la fecha.

MATERIAL Y MÉTODO

La propuesta docente va dirigida a los profesionales de la Unidad Funcional de Mujeres con Esquizofrenia (UFDE) (psiquiatras, psicólogas, enfermeras y trabajadoras sociales) y se basa en la propuesta de la Taxonomía de Bloom Revisada (Anderson et al., 2001).

La Taxonomía de Bloom Revisada desarrolla 6 niveles que corresponden a 6 procesos cognitivos que se pretenden activar en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Los procesos cognitivos se dividen en orden inferior (recordar, comprender, aplicar) y procesos de orden superior (analizar/sintetizar, evaluar, crear), presentando los últimos una mayor complejidad.

Las tareas o estrategias docentes que se llevarán a cabo en el plan docente de la unidad se adecuan a cada uno de los niveles o procesos cognitivos de la Taxonomía de Bloom, que hemos comentado anteriormente. Algunas de estas tareas o actividades se corresponden con: 1) los observatorios de la UFDE, 2) los observatorios extraordinarios, 3) las sesiones clínicas de los CSMAS, 4) las sesiones de servicio de salud mental, 5) talleres de la UFDE, 6) *Journal Clubs*, y 6) seminarios de la UFDE.

En la tabla 1 se describen las principales actividades formativas que se realizan en el contexto de la UFDE o que han sido planificadas para su realización. Dichas actividades serán programadas por los miembros del comité de la UFDE a fin de favorecer su implementación, quienes monitorizarán también su cumplimiento y asistencia por parte de los profesionales.

El plan docente de la UFDE se llevará a cabo a través de las Metodologías Didácticas Activas en Docencia Superior

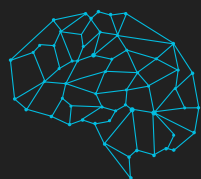


Tabla 1. Tareas y estrategias docentes implementadas actualmente en la UFDE y planificadas.

Actividad Docente	Descripción
(1) Sesiones Clínicas de la UFDE (CSMAs Terrassa y Sant Cugat)	Las sesiones clínicas de los CSMAs de Terrassa y Sant Cugat tienen una periodicidad semanal/ quincenal. El 50% de las sesiones se centran en temas de perspectiva de género, principalmente en la atención a mujeres con trastorno mental severo.
(2) Observatorios de la UFDE.	Los observatorios son grupos de trabajo formados por staff clínico que se reúnen 2 veces/ mes para observar y proponer intervenciones para un fenómeno clínico o social (ej. Morbi-mortalidad somática, hiperprolactinemia, uso de sustancias, exclusión social y discriminación, prescripción y seguridad farmacológica, desarrollo sostenible).
(3) Observatorio extraordinario	Reuniones en formato grupo de trabajo a propuesta de los responsables de cada observatorio. Un experto en el fenómeno clínico o social imparte una clase participativa y se generan debate/discusión para implementar acciones de mejora en la UFDE.
(4) Sesión del servicio de salud mental de adultos.	Las sesiones del servicio de salud mental de adultos tienen una frecuencia semanal. Los miembros de la UFDE participan en el desarrollo de sesiones clínicas de servicio, cuyo contenido se centra en la atención y seguimiento de las mujeres con esquizofrenia.
(5) Talleres UFDE.	Los talleres de la UFDE son actividades basadas en el aprendizaje cooperativo y basado en proyectos que fomentan el dinamismo, el trabajo en equipo multidisciplinar y el aprendizaje cooperativo. La temática se centra principalmente en la salud física y los determinantes sociales de la salud mental.
(6) <i>Journal Club</i>	Se trata de sesiones en fase de planificación, que se centraran en el estudio y discusión de artículos científicos propuestos por los responsables de los 6 observatorios.
(7) Debates de la UFDE.	Los debates de la UFDE son grupos de discusión en los que se debaten intervenciones y dilemas clínicos relacionados con la atención de las mujeres con esquizofrenia.

que fomentan la comunicación entre los profesionales de la unidad, las habilidades interpersonales, el pensamiento crítico, la autonomía, y la resolución de problemas en el mundo laboral.

A continuación, se describen algunas de las Metodologías Didácticas Activas que se desarrollan en el plan docente de la unidad, y algunas que se implementarán en el futuro: 1) aprendizaje invertido (o *flipped learning*), 2) aprendizaje cooperativo, 3) aprendizaje basado en el estudio de casos, 4) aprendizaje basado en problemas, 5) aprendizaje basado en proyectos, 6) gamificación, 7) aprendizaje basado en retos.

RESULTADOS

El desarrollo de la propuesta de intervención o plan docente para la UFDE viene determinado por los 6 niveles de la taxonomía de Bloom Revisada (Anderson et al., 2001), haciendo referencia a los procesos cognitivos de orden inferior (niveles 1 a 3) y de orden superior (niveles 4 a 6).

La Tabla 2 describe el desarrollo del plan para la mejora de las competencias según los niveles de la Taxonomía de Bloom (Niveles 1 a 6), las tareas o actividades planificadas para el desarrollo de dichas competencias y las metodologías didácticas activas empleadas en la ejecución de las tareas.

COMPETENCIAS DE CONOCIMIENTO

Con el fin de mejorar las competencias de conocimiento de nuestros profesionales se han diseñado algunas tareas específicas. Actualmente, en los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMAs) del Hospital Universitari Mútua Terrassa se llevan a cabo sesiones clínicas semanales en las cuáles se presentan y discuten temas clínicos relacionados con la salud mental. El 50% de las sesiones programadas se desarrollan desde una perspectiva de género, y son sesiones que son catalogadas como sesiones de la UFDE. Las sesiones son participativas e incluyen discusión de los aspectos expuestos en la clase magistral, y de casos clínicos significativos.

Por otro lado, para un futuro próximo se propone la realización de sesiones tipo *Journal Club* en las cuales los responsables de los observatorios de la UFDE (Morbi-mortalidad somática, hiperprolactinemia, uso de sustancias, exclusión social y discriminación, seguridad y prescripción farmacológica) propondrán artículos científicos de las diferentes áreas temáticas que deberán leer y analizar todos los miembros de la unidad. Para el desarrollo de las sesiones clínicas y *Journal Club*, se proponen las metodologías didácticas activas de aprendizaje invertido, y aprendizaje cooperativo. Ambas fomentan el trabajo en equipo, la colaboración y el aprendizaje centrado en el mundo laboral.

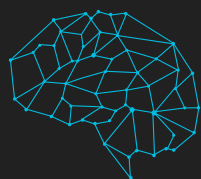


Tabla 2. Competencias, Tareas y Metodologías Didácticas Activas en el desarrollo del Plan Docente de la UFDE.

Competencia	Planificación de tareas/ actividades	Tarea o Actividad	Metodología Didáctica Activa
(1) Conocimiento	Lectura autónoma de un texto y participación en foro de discusión.	<i>Journal Club</i>	Aprendizaje invertido (<i>Flipped Classroom</i>)
	Clase magistral participativa.	Sesión clínica CSMAs Terrassa y Sant Cugat	Aprendizaje cooperativo (técnica rompecabezas)
(2) Comprensión	Estudio de casos prácticos	Observatorios (ej. Morbi-mortalidad somática)	Aprendizaje basado en estudio de casos (ABC)
	Talleres prácticos	Talleres de otoño UFDE	Aprendizaje basado en el estudio de casos prácticos (ABC)
(3) Aplicación	Planteamiento de un problema clínico real	Observatorios (ej. Hiperprolactinemia, uso de sustancias, exclusión social/ discriminación)	Aprendizaje basado en problemas
(4) Síntesis / Análisis	Clase expositiva participativa	Observatorios extraordinarios (ej. Salud cognitiva)	Aprendizaje basado en proyectos Aprendizaje cooperativo
(5) Evaluación	Grupos de debate Autoevaluación	Sesión de servicio participativa	Estrategias de gamificación
(6) Creación	Grupos de discusión (para crear, modificar o proponer planes)	Debates de la UFDE Observatorios (ej. Prescripción / seguridad, objetivos de desarrollo sostenible)	Aprendizaje basado en retos.

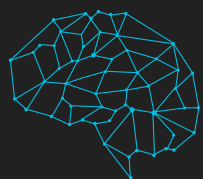
COMPETENCIAS DE COMPRENSIÓN

Con la finalidad de mejorar las competencias de comprensión de los fenómenos clínicos y sociales que se atienden en la UFDE, en los observatorios o grupos de trabajo se exponen temas docentes de interés, fundamentalmente en el área de la morbi-mortalidad somática. De forma complementaria, se han diseñado los denominados talleres o workshops de la UFDE que consisten en actividades participativas en las que se fomenta el trabajo en equipo y en las que se proponen dinámicas de grupo que permiten ahondar en conceptos relacionados con la salud física, salud mental y determinantes sociales de la salud. Fruto de estos talleres, se desarrollan y diseñan evaluaciones e intervenciones específicas que permiten mejorar la atención que reciben estas mujeres. Recientemente, se han realizado los talleres de otoño de la UFDE. El primero ha versado sobre la Migración y Salud Mental en Mujeres con Esquizofrenia: Atención al Duelo Migratorio, Nutrición e Interculturalidad. En este taller se ha trabajado los conceptos de aculturación alimentaria, diversidad alimentaria, nutrición en mujeres inmigrantes, y barreras y limitaciones en el seguimiento de la dieta mediterránea, así como otros aspectos relacionados con la migración y la salud mental. El segundo taller, se centró en la Nutrición y Alimentación en mujeres con esquizofrenia: Construcción de un modelo de

atención transdisciplinar. En ambos talleres se ha seguido una metodología de aprendizaje cooperativo y aprendizaje basado en el estudio de casos prácticos. Concretamente, en el segundo taller de otoño, se han descrito dos casos clínicos de mujeres con esquizofrenia que diferían en su nivel socioeconómico. La finalidad del taller fue que los profesionales de la UFDE realizaran propuestas de recomendaciones alimentarias personalizadas de acuerdo con los factores de riesgo psicosocial. En el futuro, se pretende mejorar el enfoque educativo de los observatorios ordinarios mensuales, y se desarrollarán talleres de primavera centrados en aspectos de salud física y determinantes sociales de la salud mental.

COMPETENCIAS DE APLICACIÓN

Con el objetivo de desarrollar las competencias de aplicación de conceptos en los profesionales miembros de la UFDE, en los observatorios de hiperprolactinemia, uso de sustancias y exclusión social y discriminación se han planteado problemas clínicos reales mediante una metodología didáctica de aprendizaje basado en problemas. Por ejemplo, ante los casos de hiperprolactinemia moderada o severa se ha planteado la aparición del fenómeno clínico y su relación con otras comorbilidades médicas, se ha buscado información en guías clínicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis.



lisis relacionados con el tema, y se han tomado decisiones colegiadas, consensuadas con los psiquiatras del equipo de vigilancia (*vigilance team*) en hiperprolactinemia.

El aprendizaje basado en problemas permite llegar a soluciones de forma autónoma y con un mayor realismo. En la UFDE se realiza una atención integral de nuestras pacientes, y contamos con la colaboración de un neuroendocrinólogo que da apoyo y seguimiento de los casos complejos de hiperprolactinemia inducida por antipsicóticos y aquellos casos en los que se detectan otras causas de hiperprolactinemia. En el futuro, se pretende estudiar alternativas e intervenciones no farmacológicas que permitan reducir la hiperprolactinemia. El papel de la alimentación y las intervenciones antiestrés es fundamental y será tomada en cuenta en el contenido del observatorio de hiperprolactinemia.

COMPETENCIAS DE SÍNTESIS Y ANÁLISIS

Para la síntesis y análisis de los conocimientos aplicados a las intervenciones de las mujeres de la UFDE, se han desarrollado los denominados observatorios extraordinarios de la unidad. Estos observatorios consisten en una clase magistral expositiva dirigida por un profesional externo a la institución, experto en el manejo del fenómeno clínico o social a estudio. Los miembros del equipo UFDE proponen la temática al experto. Por tanto, se propone el desarrollo de una actividad docente en forma de clase expositiva participativa, en la que, además, se establecen lazos de colaboración y mentoría. Para el desarrollo de la actividad denominada observatorio extraordinario, se lleva a cabo una metodología de aprendizaje basado en proyectos y aprendizaje cooperativo. Los responsables de casa observatorio, con la colaboración de los co-responsables, proponen al experto el desarrollo de unos contenidos prácticos que permitan mejorar el aprendizaje significativo. Hasta la fecha, se han desarrollado 4 observatorios extraordinarios en formato de reunión de equipo que han cubierto las necesidades de formación de los equipos. Se han tratado temas relacionados con 1) la salud sexual y reproductiva de las mujeres con esquizofrenia (Obs. extraordinario 1), 2) el modelo etnográfico aplicado a la salud mental de las mujeres (Obs. extraordinario 2), 3) salud física y síndrome metabólico en mujeres con esquizofrenia (Obs. extraordinario 3), y 4) salud cognitiva en mujeres con esquizofrenia (Obs. extraordinario 4). En el futuro se espera desarrollar nuevas reuniones formativas en formato de observatorio extraordinario para mejorar las competencias de síntesis y análisis.

COMPETENCIAS DE EVALUACIÓN

El desarrollo de competencias de evaluación en nuestros profesionales es fundamental para fomentar el pensamiento crítico, y mejorar la detección de los fenómenos clínicos y sociales. La tarea que se desarrolla para activar los procesos cognitivos de evaluación es el desarrollo de grupo de debate en los que los profesionales aplican diferentes modelos de atención a un problema clínico relevante. El grupo de debate cuenta con los puntos de vista de profesionales de la psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social.

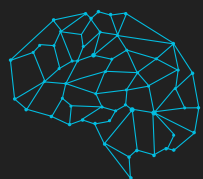
Para reforzar los grupos de debate, se desarrollarán metodologías de gamificación en las que se plantean retos clínicos, desafíos y misiones que los profesionales deben superar para mejorar la salud mental, salud física y factores de riesgo psicosocial en las mujeres atendidas en nuestra unidad. En el futuro, se espera implementar las estrategias de gamificación en formato *scape rooms*, *serious games* o *break outs* educativos. En el caso de *los scape rooms*, los estudiantes deben escapar de una habitación resolviendo las preguntas planteadas. En un *breakout* educativo, los estudiantes deben abrir una caja cerrada con candados.

El uso de dichas estrategias permite, además, fomentar el trabajo en equipo entre los profesionales de las diferentes disciplinas.

COMPETENCIAS DE CREACIÓN

Para la creación de nuevos modelos de atención, basados en la aplicación y evaluación de los conocimientos expuestos en el plan educativa, se plantean diversas actividades mediante el uso de metodologías didácticas activas para la docencia superior. Los observatorios de prescripción y seguridad farmacológica, y de desarrollo sostenible y optimización de recursos, permiten la activación de un nivel cognitivo superior como es la creación o modificación de planes. Dichos observatorios se están desarrollando en el contexto del modelo asistencial de observatorio-equipo de vigilancia e intervención.

En el futuro se plantea el desarrollo de los debates de la UFDE, en los que se organizarán grupos de discusión a propósito del planteamiento de las limitaciones y áreas de mejora de las intervenciones realizadas en nuestras mujeres. Para el desarrollo de ambas actividades, se pondrán en marcha metodologías didácticas activas como el aprendizaje basado en retos (ABR) en los que se pretende dar respuesta a un problema real externo, más allá del constructo del fenómeno clínico y social.



CONCLUSIONES

Es necesario el desarrollo de un proyecto de innovación educativa orientado a mejorar las competencias profesionales de los especialistas en salud mental que atienden a mujeres con esquizofrenia en nuestros Centros de Salud Mental de Adultos (CSMAs), que integre la perspectiva de género y un enfoque transcultural.

La perspectiva de género en salud es un modelo de trabajo que atiende a las necesidades específicas según el género, y que debe ser desarrollado en nuestro modelo de atención de la UFDE. Además, un enfoque transcultural es necesario. La inmigración se ha convertido en un fenómeno global, y supone uno de los principales retos en el siglo XXI, con tendencias al alza en comunidades autónomas como Cataluña que recibe uno de los mayores flujos migratorios en España.

Para el desarrollo del proyecto docente, el uso de la taxonomía de Bloom revisada en la propuesta supone una mejora en el aprendizaje significativo de nuestros profesionales, puesto que hace hincapié en el realismo y el desarrollo y activación de procesos cognitivos de orden inferior y superior.

El plan docente para la UFDE fomenta la capacitación digital y pretende mejorar las competencias digitales de nuestros profesionales en la sociedad del conocimiento y la globalización. Se centra fundamentalmente en el aprendizaje autónomo y significativo aplicados a las necesidades reales de formación.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL PROYECTO

El estudio de las variables sexo/ género y su aplicación al plan docente de la unidad requieren de una sensibilización previa de los profesionales de la salud mental comunitaria, y de conocimientos previos específicos. Esto supone una limitación en la ejecución del plan docente, a la vez que supone una oportunidad para rediseñar la atención en la salud mental comunitaria desde una perspectiva de género y un enfoque transcultural.

El enfoque transcultural requiere también de conocimientos de las bases socioculturales en las que se centra la atención comunitaria en salud mental. Los equipos de profesionales, una vez más, deben estar sensibilizados con el tema y deben tener conocimientos previos que les permitan su integración en el plan docente de la unidad.

Los conocimientos en perspectiva de género y el enfoque transcultural corresponden a dos áreas temática innovadoras en constante evolución, por lo que el plan docente debe

retroalimentarse, y debe ir actualizando sus contenidos y las metodologías didácticas activas que se empleen en el plan docente.

El uso de las metodologías didácticas activas requiere un cierto grado de capacitación en competencias digitales y formación continuadas. La formación en competencias digitales deberá ser incluida en las líneas estratégicas de la unidad.

Una de las principales fortalezas del plan docente es que se trata de un proyecto de innovación educativa que integra la perspectiva de género, el enfoque transcultural y el uso de estrategias docentes que incorporan metodologías didácticas activas. Se trata de un proyecto de personalización de los procesos de enseñanza-aprendizaje, cuya eficacia deberá ser evaluada en el futuro.

Una de las limitaciones del presente trabajo es la ausencia de resultados de esta iniciativa docente tanto en el impacto en profesionales, como en la salud de las pacientes, si bien el objetivo del presente trabajo es el diseño y desarrollo de un plan docente, con el proyecto de evaluarlos en próximos estudios.

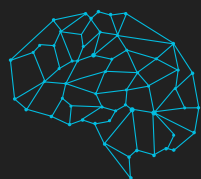
PROSPECTIVAS / DIRECCIONES FUTURAS

En el presente proyecto de plan docente de la UFDE se realizarán propuestas futuras centradas en la formación de los profesionales y centradas en las pacientes, y también se programarán diferentes evaluaciones de su impacto en los profesionales y en la salud de las pacientes.

En primer lugar, uno de los objetivos futuros es integrar a las pacientes en la evaluación y creación de los planes estratégicos de la unidad. Esta integración supondría una mejora en la participación de las pacientes en la planificación de servicios y mejoraría la calidad de la personalización de la asistencia, y también la docencia.

Por otro lado, la educación sanitaria, entendida como las intervenciones que hacen referencia a la formación de las pacientes en aspectos relacionados con la salud, y especialmente en hábitos de vida, puede ser un objetivo de futuro que permita mejorar los resultados en salud física y salud mental en las mujeres que atendemos.

En cuanto a las direcciones futuras centradas en los profesionales, se prevé diseñar un plan de formación continuada a lo largo del año, que incluya además actividades docentes como la *Summer School* de la UFDE, que se trataría de una escuela de verano con clases teóricas y prácticas cuyo contenido se centraría en los 5 fenómenos clínicos o sociales



que se abordan en la unidad, o los 6 observatorios de la UFDE (Morbi-Mortalidad somática, hiperprolactinemia, uso de sustancias, exclusión social y discriminación, prescripción y seguridad farmacológica, y desarrollo sostenible y optimización de recursos). Esta intervención puede ser útil además para el desarrollo de experiencias similares a la nuestra en otros contextos y territorios.

En esta misma línea, la internacionalización del plan y la colaboración con universidades e instituciones públicas y privadas, europeas y americanas, es otro de los objetivos futuros que puede ayudar a mejorar el plan docente. Puesto que una de las funciones del plan es la profesionalizante, la creación de grupos de trabajo que incluyan diferentes universidades y hospitales podría mejorar el impacto docente sobre los profesionales y ayudar a mejorar la práctica clínica a nivel global.

CONTRIBUCIÓN DE TODOS LOS AUTORES

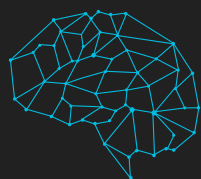
A.G.-R. y M.N. han elaborado el primer esbozo del manuscrito y han diseñado el plan docente. J.P.P., A.B., P.P., B.P.H., J.C. y R.P. han desarrollado contenidos del plan docente así como han propuesto mejoras en el protocolo de tareas y actividades. Los resultados de la propuesta de plan han sido elaborados por A.G.-R., M.N., M.S., E.I., E.M., M.E.C. y N.B. J.A.M. ha contribuido a la redacción de resultados y conclusiones, así como ha supervisado el proyecto en global.

CONFLICTOS DE INTERÉS

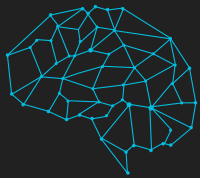
A.G.-R. ha recibido financiación para el registro y viajes a congresos por parte de Janssen, Lundbeck-Otsuka y Angelini. J.A.M. ha recibido honorarios y/o financiación de congresos y cursos por parte de Sanofi, Pfizer, Servier, Janssen, Rovi y Lundbeck-Otsuka.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson, L.W., Krathwohl, D. R., Airasian, P. W., Cruikshank, K. A., Mayer, R. E., Pintrich, P. R., Rath, J., & Wittrock, M. C. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. Addison Wesley Longman Inc.
2. Bacciarini, J. F. (2019). Teaching of clinical reasoning to internal medicine residents using a case-based learning model. *Educación Médica*, 20(2), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.021>
3. Bergmann, J., & Sams, A. (2007). *Flipped learning: Gateway to student engagement*. International Society for Technology in Education.
4. Bridgman, T., Cummings, S., & McLaughlin, C. (2016). Restating the case: How revisiting the development of the case method can help us think differently about the future of the business school. *Academy of Management Learning and Education*, 15(4). <https://doi.org/10.5465/amle.2015.0291>
5. Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Alonso, J., Kovess Masfety, V., & EU-WMH Investigators. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 245–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>
6. Burke, E., Watson, K., Eva, G., Gold, J., Garcia-Moreno, C., & Amin, A. (2024). Is addressing violence against women prioritised in health policies? Findings from a WHO policies database. *PLOS Global Public Health*, 4(2), e0002504. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002504>
7. Dykxhoorn, J., Hollander, A. C., Lewis, G., Dalman, C., & Kirkbride, J. B. (2019). Family networks during migration and risk of non-affective psychosis: A population-based cohort study. *Schizophrenia Research*, 208, 268–275. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.044>
8. Fernández Cabezas, M. (2017). Aprendizaje basado en proyectos en el ámbito universitario: Una experiencia de innovación metodológica en educación. *INFAD*, 1(2), 269–278. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.939>
9. González-Rodríguez, A., Natividad, M., Palacios-Hernández, B., Ayesa-Arriola, R., Cobo, J., & Monreal, J. A. (2024). An evaluation of a women's clinic: The healthcare and learning project of the functional unit for women with schizophrenia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(15), 1483. <https://doi.org/10.3390/healthcare12151483>
10. González-Rodríguez, A., Palacios-Hernández, B., Natividad, M., Susser, L. C., Cobo, J., Rial, E., Cachinero, H., Izquierdo, E., Salvador, M., Balagué, A., Paolini, J., Pérez, A., Bagué, N., & Monreal, J. A. (2024). Incorporating evidence of migrant women with schizophrenia into a women's clinic. *Women*, 4(4), 416–434. <https://doi.org/10.3390/women4040032>
11. Goolsarran, N., Hamo, C. E., & Lu, W. H. (2020). Using the jigsaw technique to teach patient safety. *Medical Education Online*, 25(1), 1710325. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1710325>
12. Jester, D. J., Thomas, M. L., Sturm, E. T., Harvey, P. D., Keshavan, M., Davis, B. J., Saxena, S., Tampi, R., Leutwyler, H., Compton, M. T., Palmer, B. W., & Jeste, D. V. (2023). Review of major social determinants of health in schizophrenia-spectrum psychotic disorders: I. Clinical outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 49(4), 837–850. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad023>
13. Ji, M., Luo, Z., Feng, D., Xiang, Y., & Xu, J. (2022). Short- and long-term influences of flipped classroom teaching in physiology course on medical students' learning effectiveness. *Frontiers in Public Health*, 10, 835810. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.835810>
14. Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (1999). What makes cooperative learning work. In D. Kluge, S. McGuire, D. Johnson, & R. Johnson (Eds.), *Cooperative learning* (pp. 23–36). Tokyo: Japan Association for Language Teaching.
15. Kalu, F., Wolsey, C., & Enghiad, P. (2023). Undergraduate nursing students' perceptions of active learning strategies: A focus group study. *Nurse Education Today*, 131, 105986. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105986>
16. Luy-Montejo, C. (2019). El aprendizaje basado en problemas (ABP) en el desarrollo de la inteligencia emocional de estudiantes universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 7(2), 353–383. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n2.288>
17. Natividad, M., Seeman, M. V., Paolini, J. P., Balagué, A., Román, E., Bagué, N., Izquierdo, E., Salvador, M., Vallet, A., Pérez, A., Monreal, J. A., & González-Rodríguez, A. (2023). Monitoring the effectiveness of treatment in women with schizophrenia: New specialized cooperative approaches. *Brain Sciences*, 13(9), 1238. <https://doi.org/10.3390/brainsci13091238>



18. Peralta Lara, D. C., & Guamán Gómez, V. J. (2020). Metodologías activas para la enseñanza y aprendizaje de los estudios sociales. *Revista Sociedad & Tecnología*, 3(2), 2–10.
19. Rodríguez-Borges, C. G., Pérez-Rodríguez, J. A., Bracho-Rodríguez, A. M., Cuenca Álva, L. A., & Henríquez-Coronel, M. A. (2021). Aprendizaje basado en retos como estrategia enseñanza-aprendizaje de la asignatura resistencia de los materiales. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 82–98.
20. Salvadé, A., Golay, P., Abrahamyan, L., Bonnarel, V., Solida, A., Alameda, L., Romain, J., & Conus, P. (2024). Gender differences in first episode psychosis: Some arguments to develop gender-specific treatment strategies. *Schizophrenia Research*, 271, 300–308. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.07.046>
21. Schiel, K. Z., & Everard, K. M. (2021). Active learning versus traditional teaching methods in the family medicine clerkship. *Family Medicine*, 53(5), 359–361. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.340251>
22. Şenyuva, E., & Kaya, H. (2022). Do the lifelong learning tendencies of nursing students affect their attitudes toward e-learning? *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 30(3), 259–266. <https://doi.org/10.5152/FN.JN.2022.21164>
23. Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259–292. Recuperado en 18 de marzo de 2024 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632016000400004&lng=es&tlng=en
24. Riecher-Rössler, A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 8–9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0).
25. Viswanath, B., & Chaturvedi, S. K. (2012). Cultural aspects of major mental disorders: A critical review from an Indian perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 306–312. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.108193>
26. World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789241506021>
27. Zambrano Briones, M. A., Hernández Díaz, A., & Mendoza Bravo, K. L. (2022). El aprendizaje basado en proyectos como estrategia didáctica. *Conrado*, 18(84), 172–182.



ARTÍCULO ORIGINAL ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 05/08/2024. Aceptado: 9/12/2024

YOUTH AND ADDICTION: PREVENTIVE STRATEGIES AND EARLY INTERVENTION MODELS

Kirolos Eskandar

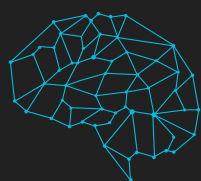
Correspondencia: Kirolos Eskandar. Diakonie Klinik Mosbach – Germany. +49 1775965567 / email: kiroloss.eskandar@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0085-3284>

ABSTRACT

Youth addiction is a critical public health issue, with early onset of substance use posing significant long-term consequences. This systematic literature review synthesizes findings on epidemiology, risk factors, preventive strategies, and early intervention models associated with youth addiction. Following PRISMA guidelines, a comprehensive search across four major databases retrieved 109 studies, with 31 meeting inclusion criteria. Variables analyzed include preventive and early intervention strategies and their outcomes in addiction prevention. Key findings highlight the effectiveness of

school-based programs, community initiatives, family interventions, and policy measures. The review also discusses the role of behavioral and pharmacological treatments and innovative digital tools in comprehensive care. Barriers such as stigma, access to care, and societal challenges are addressed, offering a holistic understanding of the field. This review concludes by identifying research gaps and advocating for collaborative action among policymakers, educators, healthcare providers, and communities to combat youth addiction effectively.

Keywords: Youth addiction, addiction prevention, behavioral therapy, digital tools, family interventions, community programs.



INTRODUCTION

Addiction in youth is a multifaceted and pressing issue that demands attention from healthcare providers, educators, policymakers, and families. Addiction, broadly defined as the compulsive use of substances despite harmful consequences, manifests in a particular way in younger populations due to their developmental stages, social environments, and psychological factors (SAMHSA Releases New Data on Recovery From Substance Use and Mental Health Problems Among Adults in the United States, 2023). Youth addiction encompasses a range of substances, including alcohol, tobacco, prescription medications, and illicit drugs. The scope of this issue extends beyond substance use to include behavioral addictions, such as those related to gaming and internet use, which are increasingly prevalent among adolescents (Mental Disorders and Access to Mental Health Care, 2023).

Addressing addiction early in life is crucial due to the great impact it has on an individual's physical, mental, and social development. Early substance use is associated with a higher likelihood of developing chronic addiction, mental health disorders, and engaging in risky behaviors. Additionally, youth are more susceptible to the neurobiological effects of substances, which can impair cognitive functions and hinder academic and social achievements (SAMHSA Releases New Data on Recovery From Substance Use and Mental Health Problems Among Adults in the United States, 2023). The long-term consequences can include diminished educational and employment opportunities, strained relationships, and an increased risk of encountering the criminal justice system (Rovner, 2023).

This literature review intends to provide a comprehensive examination of the various dimensions of youth addiction, focusing on preventive strategies and early intervention models. The article is structured to first define the scope of addiction in youth and highlight the importance of early intervention. Following this, it will delve into the specific risk factors and protective factors influencing youth addiction. A detailed analysis of preventive strategies, including family-based, school-based, and community-based approaches, will be presented. Subsequently, the review will explore early intervention models, emphasizing the importance of early and targeted responses. Finally, the article will discuss policy implications and future directions for research and practice in the field of addiction medicine.

METHODOLOGY

This literature review employed a systematic review approach, strictly following the PRISMA guidelines to ensure thorough and transparent reporting. The objective was to identify and synthesize relevant literature on youth addiction, focusing on epidemiology, risk factors, preventive strategies, and early intervention models.

SEARCH STRATEGY

A comprehensive search was conducted across several reputable databases, including PubMed, Google Scholar, Scopus, and Web of Science. The search terms used were designed to capture a wide range of relevant literature, including "youth addiction," "substance use," "prevention strategies," "early intervention," "behavioral therapy," "digital tools," "family interventions," "community programs," "policy measures," and "stigma." The search period spanned from January 2010 to December 2023, ensuring the inclusion of the most recent studies to enhance the review's relevancy.

INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA

The selection criteria were clearly defined to include only studies that met the following conditions:

- Language: Publications in English.
 - Relevance: Studies directly related to youth addiction, including both primary and secondary data.
 - Focus: Research discussing genetic predispositions, prevention, and intervention models.
- Studies were excluded if they:
- Focused solely on adult populations or unrelated aspects of addiction.
 - Lacked robust data or were not peer-reviewed.
 - Provided duplicate or overlapping findings already covered in the included studies.

STUDY SELECTION PROCESS

The initial search retrieved 109 articles, which were screened for duplicates. After removing duplicates, 78 articles proceeded to the title and abstract screening phase. Of these, 47 articles were excluded for not meeting the selection criteria, leaving 31 unique articles that were assessed through full-text review to ensure alignment with the study's focus.

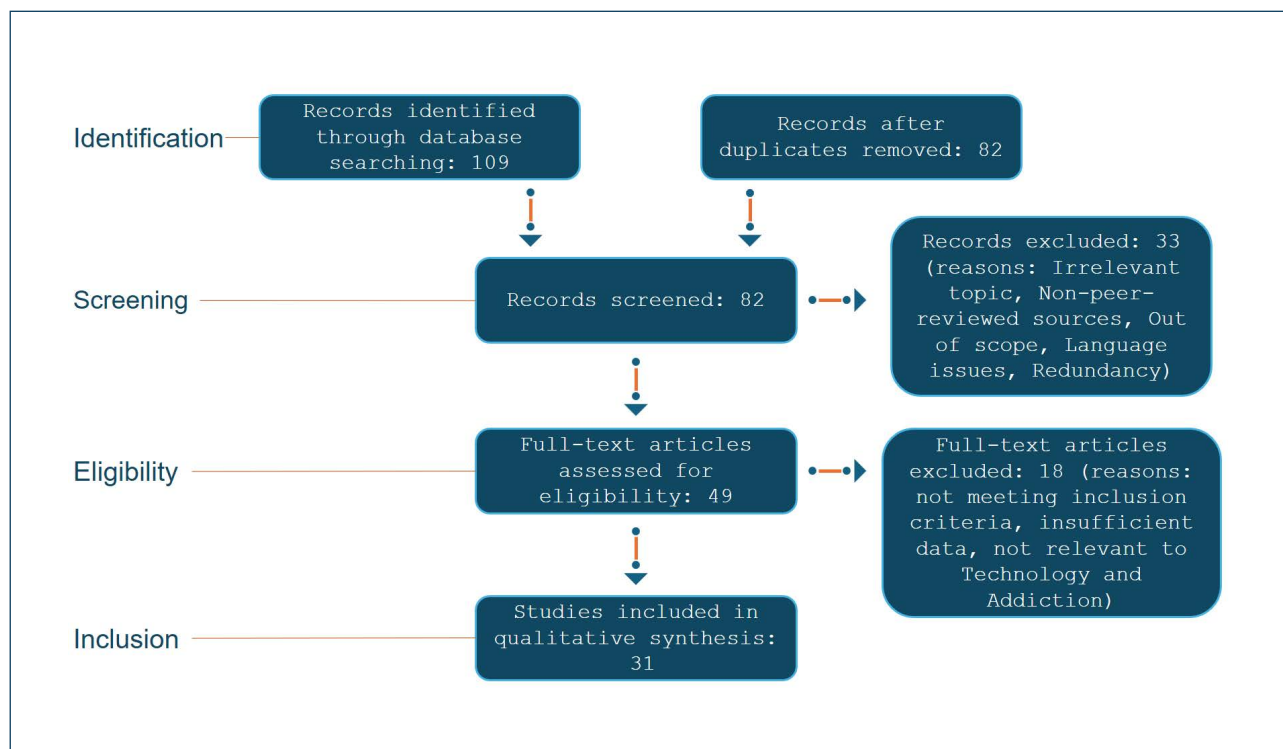
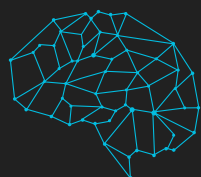


Figura 1. Illustrates the PRISMA flow diagram.

DATA EXTRACTION AND SYNTHESIS

This review aims to address the following research question: What are the most effective strategies for the prevention and early intervention of youth addiction?

To guide the review process, the PICO framework was utilized to structure the selection of studies, focusing on the following components:

- Population: Youth at risk or experiencing addiction.
- Intervention: Preventive strategies or early intervention models.
- Comparison: Studies with control groups or alternative intervention comparisons when applicable.
- Outcomes: Measures of addiction prevention, reduction, or successful intervention.

Data extracted from the selected 31 articles included the authors and publication year, study focus, sample characteristics, key outcomes, and relevance to the review's objectives. These details were organized into Table 3, which has

been relocated to the Results section for clarity and alignment with its content.

Additionally, the independent variable analyzed in this review encompasses the types of preventive and early intervention strategies employed. The dependent variable includes the observed outcomes in terms of addiction prevention or intervention success among youth populations. Finally, the PRISMA flowchart (Figure 1) illustrates the selection process of the articles included in the systematic review, and Table 2 shows the studies that have been excluded, as well as the reasons why.

ASSESSMENT OF BIAS

The methodological quality of the randomized controlled trials (RCTs) included in this study was evaluated using the Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials (RoB-2). This tool assesses bias across five key domains: the

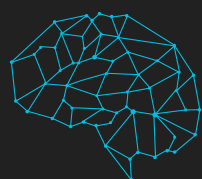


Table 1. Summary of Risk of Bias Assessment Using the RoB-2 Tool for Randomized Controlled Trials (RCTs) Included in the Study.

Study	Bias Due to Randomization	Bias Due to Deviations from Intended Interventions	Bias Due to Missing Data	Bias in Measurement of Outcomes	Bias in Selection of Reported Results	Overall Bias	Rationale
Hahn et al. (2020). Risk reduction through family therapy (RRFT)	Low	Low	Low	Low	Low	Low	The study had robust randomization methods (e.g., allocation concealment), strictly adhered to interventions, accounted for missing data, utilized validated tools for measuring outcomes, and reported all pre-specified outcomes comprehensively.
Kelly et al. (2017). Integrated 12-Step Facilitation (ITSF) treatment for adolescents	Low	Low	Low	Low	Some concerns	Some concerns	Randomization and adherence to interventions were well-documented. However, there were indications of selective reporting, particularly emphasizing favorable outcomes without detailed analysis of null or negative results.
Spirito et al. (2018). Motivational enhancement intervention for substance-using adolescents	Low	Some concerns	Some concerns	Low	Low	Some concerns	Randomization was properly conducted, but intervention fidelity was inconsistently monitored, and there were notable levels of missing data due to the pilot nature of the study and a small sample size. Outcome measures were objective but generalizability was limited.
Stanger et al. (2017). Abstinence-based incentives and parent training for substance misuse	Low	Low	Low	Low	Some concerns	Low	Clear randomization processes and consistent intervention adherence were observed. Missing data were minimal and effectively managed. Although outcomes were objectively measured, there is a possibility of selective reporting for some secondary results.
Stanger et al. (2016). Advances in contingency management for adolescent substance use	Some concerns	Some concerns	Low	Some concerns	Low	Some concerns	Randomization was not adequately described, and intervention consistency was questionable. Outcomes relied heavily on self-reports, raising concerns about measurement validity. However, the data were handled well, and pre-specified outcomes were reported transparently.

randomization process, deviations from intended interventions, missing outcome data, measurement of outcomes, and selection of the reported results. Each domain was assessed as having a low risk, some concerns, or a high risk of bias based on predefined criteria.

The results of this assessment, summarizing the risk of bias across all included RCTs, are presented in Table 1. The table provides a comprehensive overview of the risk of bias judgments for each domain, along with an overall risk-of-bias rating for each study.

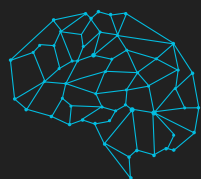


Table 2. illustrates the Excluded Records.

Reference	Reason for Exclusion
Various articles not directly addressing youth SUD	Topic focused on general adult populations or unrelated to SUD
Studies lacking robust data or sample diversity	Did not meet inclusion criteria for sample relevance or rigor
Articles with overlapping data or findings	Findings already represented by included studies in similar areas

ETHICS COMMITTEE APPROVAL:

No ethical approval was required for this literature review as it involved synthesizing published studies without direct involvement of human or animal subjects.

Note: Additional material, including the PRISMA checklist (Fig.1) and tables of excluded studies with reasons for exclusion (Table 2), are below for review to validate the systematic approach taken.

RESULTS

The review synthesizes findings across key areas in youth addiction, highlighting critical risk factors, successful prevention approaches, and intervention models. Overall, evidence points to a multi-dimensional nature of youth addiction, influenced by genetic predisposition, mental health status, family dynamics, and environmental factors. Early detection and screening tools, such as CRAFFT and S2BI, are emphasized for their role in identifying at-risk youth, enabling timely interventions that can reduce progression to more severe substance use disorders.

Prevention efforts that integrate family, school, and community-based initiatives have shown positive outcomes, with programs like LifeSkills Training and Strengthening Families demonstrating effectiveness in reducing substance use among adolescents. Moreover, integrating technology—through telehealth, digital monitoring, and online peer networks—has expanded the accessibility and appeal of addiction prevention and treatment, particularly among tech-savvy youth.

Despite these advancements, several barriers remain, including stigma, limited access to treatment for marginalized groups, and gaps in policy implementation, which hinder equitable treatment access. Addressing these obstacles is essential to enhancing the impact of youth addiction prevention and intervention efforts and ensuring that vulnerable populations receive adequate support.

I. EPIDEMIOLOGY OF YOUTH ADDICTION

The epidemiology of youth addiction encompasses a broad and complex status, with substance use among adolescents being a critical public health concern. Prevalence and trends in substance use among adolescents indicate that substance abuse remains a significant issue. According to the National Institute on Drug Abuse, the Monitoring the Future survey revealed that in 2021, about 40% of 12th graders reported using an illicit drug at some point in their lives, with cannabis being the most commonly used substance (Miech et al., 2023). The COVID-19 pandemic has also impacted these trends, with some studies indicating a decrease in substance use due to lockdowns and reduced social interactions, while others have noted an increase in usage as a coping mechanism for stress and isolation (Pelham et al., 2021).

Demographic variations and risk factors for youth addiction highlight that substance use is influenced by a myriad of factors, including socioeconomic status, family dynamics, peer influence, and mental health issues. Adolescents from lower socioeconomic backgrounds often have higher rates of substance abuse due to factors such as stress, lack of access to mental health resources, and exposure to environments where drug use is more prevalent (Rachman et al., 2022). Additionally, adolescents with a family history of substance abuse or mental health disorders are at an increased risk of developing similar issues themselves (Ho et al., 2022).

The most commonly abused substances in youth populations extend beyond cannabis to include alcohol, nicotine, and increasingly, prescription medications such as opioids and stimulants. The misuse of prescription medications is particularly concerning due to their potential for addiction and the severe health risks associated with their misuse (Richesson & Hoenig, 2021). The rise in vaping among teenagers has also drawn significant attention, as it poses risks for nicotine addiction and exposure to other harmful substances (Health Effects of Vaping, 2024).

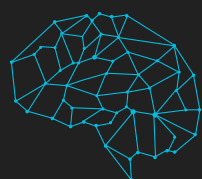


Table 3. Illustrates the Study Findings					
Reference	Authors/Year	Study Focus	Sample	Outcomes	Relevance to Review
[1]	Brewer, Godley & Hulvershorn (2017)	Treatment for adolescent mental health and substance use disorders	Adolescents with SUD	Overview of treatment methods for mental health & substance use	Informs intervention models section with treatment options like CBT, MI
[2]	Telehealth.hhs.gov (2023)	Telehealth access for behavioral health	N/A	Expanded access to mental health via telehealth	Supports technology in intervention section, highlighting telehealth impact
[3]	Flanagan et al. (2016)	Concurrent treatment of SUD and PTSD	Adolescents with PTSD & SUD	Effectiveness of concurrent SUD/PTSD treatment	Relevant to integrated intervention models combining CBT & MAT
[4]	Hahn et al. (2020)	Risk Reduction Through Family Therapy (RRFT)	Adolescents with trauma & SUD	Efficacy of family therapy in reducing SUD risks	Adds to family interventions, supports the preventive strategies
[5]	Health Canada (2024)	National report on mental health and SUD	Canadian youth population	SUD impact on youth mental health	Provides epidemiological data, adds to risk factors and prevalence sections
[6]	CDC (2024)	Health effects of vaping among youth	U.S. youth population	Risks of vaping, nicotine addiction	Adds to epidemiology section, addressing youth substance trends
[7]	Helfand (2024)	Community-based prevention programs	Community settings	Benefits of community engagement in prevention	Supports community-based preventive strategies
[8]	Ho, Wong & Chung (2022)	Intention to use cannabis among future healthcare workers	Healthcare students	Attitudes towards cannabis use	Informs risk factors and psychological influences
[9]	Jones (2023)	Drug misuse in England and Wales	U.K. youth population	Prevalence of youth substance misuse	Provides international epidemiological perspective
[10]	Kelly et al. (2017)	Integrated 12-step facilitation for adolescent SUD	Adolescents with SUD	Efficacy of 12-step programs	Relevant to early intervention, success stories section
[11]	Levy & Williams (2016)	Substance Use Screening and Intervention (SBIRT)	Adolescents in clinical settings	Screening tools effectiveness	Adds to early detection and screening tools section
[12]	Statcan (2023)	Mental health care access for youth	Canadian youth population	Barriers to mental health services	Supports challenges section on access issues
[13]	Miech et al. (2023)	Drug use trends in secondary school students	U.S. adolescents	Trends in substance use	Provides updated epidemiological data

Addressing youth addiction requires a multi-faceted approach, including prevention programs tailored to adolescents, early intervention strategies, and continuous support for at-risk youth. Understanding the epidemiology of youth addiction is crucial for developing effective policies and interventions aimed at reducing substance use and its associated harms among adolescents.

II. RISK FACTORS FOR YOUTH ADDICTION

Youth addiction is influenced by a complex interplay of genetic, psychological, social, and environmental factors. Understanding these factors is crucial for developing effective prevention and intervention strategies.

Genetic predisposition plays a significant role in youth addiction. Research has shown that individuals with a fa-

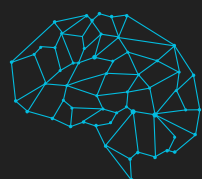
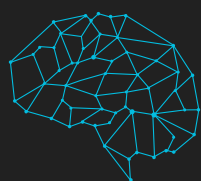


Table 3. Illustrates the Study Findings (*continue*)

Reference	Authors/Year	Study Focus	Sample	Outcomes	Relevance to Review
[14]	Minot (2024)	Social justice in SUD prevention and treatment	U.S. youth population	Access disparity in treatment	Informs challenges, focusing on socioeconomic barriers
[15]	Pelham et al. (2021)	COVID-19 impact on youth substance use	U.S. adolescents	Substance use changes during COVID-19	Relevant to epidemiology, impact of external events on trends
[16]	RHHub (n.d.)	Prevention programs for youth and families	Rural U.S. communities	Efficacy of rural prevention programs	Supports preventive strategies, specifically rural outreach
[17]	Rachman et al. (2022)	Family-based prevention in Indonesia	Indonesian adolescents	Family's role in reducing youth SUD	Adds an international perspective on family-based interventions
[18]	Richesson & Hoenig (2021)	SUD indicators in the U.S.	U.S. population	Key substance use indicators	Provides additional epidemiological data
[19]	Rovner (2023)	Youth involvement in justice system due to SUD	U.S. youth population	Impact of SUD on criminal behavior	Supports long-term consequences in youth addiction
[20]	SAMHSA (2023)	Recovery trends in U.S. substance use	U.S. population	Recovery and treatment trends	Provides general insights for discussion on treatment and recovery
[21]	Sarkar & Friedmann (2023)	Screening approaches for adolescents	Trainee practitioners	Effectiveness of SUD screening in youth	Adds to early detection and screening tools
[22]	NIDA Screening Tools Chart (2024)	Screening tools for SUD	Adolescents in clinical settings	Review of SUD screening tools	Supports early detection section with tools list
[23]	NIDA Screening Tools & Prevention (2024)	SUD prevention and screening in youth	U.S. youth	Impact of early screening in prevention	Further supports early detection and screening sections
[24]	Spirito et al. (2018)	Motivational enhancement intervention in truant adolescents	Adolescents with truancy & SUD	MI effectiveness in reducing SUD	Adds to behavioral interventions in early intervention models
[25]	Stanger et al. (2016)	Advances in contingency management	Adolescents with SUD	Impact of CM in reducing SUD	Relevant to contingency management in intervention models
[26]	Stanger et al. (2017)	Parent training with abstinence incentives	Adolescents with SUD	Efficacy of CM and family training	Adds to family interventions and early intervention models
[27]	Youth.gov (n.d.)	Evidence-based youth SUD programs	U.S. youth	Effectiveness of youth SUD programs	Supports policy measures and preventive strategies sections
[28]	Harmony Ridge (2023)	Technology-assisted interventions	Adolescents at risk of SUD	Benefits of digital tools in prevention	Supports technology in prevention and intervention
[29]	Hazelden Betty Ford (n.d.)	Telehealth for addiction treatment	U.S. youth	Efficacy of telehealth in SUD treatment	Adds to technology section on telehealth applications
[30]	Vuolo (2019)	Coverage gaps in ACA for addiction	U.S. healthcare policy	Insurance barriers in SUD treatment	Informs challenges section on policy barriers
[31]	Zwick et al. (2020)	Stigma impact on SUD treatment	U.S. population	How stigma affects SUD treatment adherence	Adds to challenges and barriers section



mily history of substance use disorders are at a higher risk of developing similar issues. Genetic factors can influence the way individuals respond to substances, affecting their likelihood of developing addiction. Twin and adoption studies have provided robust evidence supporting the heritability of addiction, suggesting that genetic makeup can predispose individuals to addictive behaviors (Health Canada 2022–2023 Departmental Results Report, 2024).

Psychological factors are also critical in the development of addiction among youth. Mental health disorders such as depression, anxiety, and ADHD are frequently associated with substance use in adolescents. Trauma and chronic stress can further exacerbate these risks. Adolescents may use substances as a coping mechanism to deal with emotional pain, leading to a cycle of dependency. Studies indicate that early exposure to stressors can alter brain development, making individuals more susceptible to addiction (Jones, 2023).

Social influences significantly impact youth addiction. Peer pressure is a potent factor, especially during adolescence when the desire for social acceptance is high. Friends and social circles that engage in substance use can encourage similar behaviors. Family dynamics also play a crucial role; supportive family environments can protect against substance use, whereas dysfunctional family relationships can increase the risk. Socioeconomic status is another critical aspect, with lower socioeconomic status being linked to higher rates of substance use due to associated stress and lack of resources (Health Canada 2022–2023 Departmental Results Report, 2024; Jones, 2023).

Environmental factors, including the availability of substances, media influence, and community impact, are also significant. Easy access to drugs and alcohol can increase the likelihood of use among adolescents. Media portrayals of substance use can glamorize these behaviors, leading to higher rates of experimentation and use. Additionally, community environments that lack recreational facilities or have high crime rates can contribute to higher rates of substance use among youth. Public health initiatives and community programs can mitigate these risks by providing healthy alternatives and support networks for young people (Health Canada 2022–2023 Departmental Results Report, 2024).

III. PREVENTIVE STRATEGIES

Preventive strategies against youth addiction encompass a broad array of initiatives designed to address the issue from

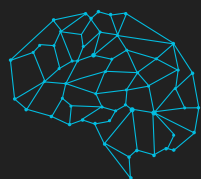
multiple angles, involving schools, communities, families, and policymakers. These strategies are crucial for mitigating the risk of substance abuse among young people and fostering a supportive environment that promotes healthy choices.

School-based programs play a pivotal role in youth addiction prevention by integrating educational curricula, skill-building activities, and awareness campaigns into the school environment. Programs like the LifeSkills Training Program have shown effectiveness in reducing substance use by teaching students drug resistance skills and general social competencies over a three-year curriculum (Prevention Programs for Youth and Families - RHIhub Substance Use Disorder Toolkit, n.d.). Another successful initiative is the Fast Track program, which includes components such as teacher-led classroom curricula, parent training, and home visits, demonstrating a significant reduction in the likelihood of alcohol use and binge drinking among participants (Prevention Programs for Youth and Families - RHIhub Substance Use Disorder Toolkit, n.d.).

Community initiatives also form a core component of preventive strategies. These programs engage local communities in outreach activities, recreational programs, and mentoring initiatives that promote positive social norms and healthy behaviors. Community-based programs empower communities to take control of their health and well-being, address issues at their root causes, and foster social cohesion and support (Helfand, 2024). However, these programs face challenges such as limited funding, difficulties in sustaining long-term impact, and the necessity for community engagement and access to evidence-based interventions (Helfand, 2024).

Family interventions are essential in shaping a young person's attitudes and behaviors towards substance use. Effective strategies include parental guidance, family therapy, and creating a supportive home environment. Research highlights the importance of parents and guardians in prevention efforts, noting that parental involvement and regular family activities can significantly lower the rates of substance use among youth (Substance Abuse Prevention | Youth.gov, n.d.). Programs like the Strengthening Families Program for Parents and Youth focus on educating parents about risk factors and managing family conflict while equipping children with skills to resist peer pressure and avoid substance use (Prevention Programs for Youth and Families - RHIhub Substance Use Disorder Toolkit, n.d.).

Policy and legislative measures are critical in creating an environment that supports prevention efforts. Age restrictions



on the purchase of substances, regulations on advertising, and legal consequences for violations are fundamental components. Effective policies also include creating drug-free zones and implementing community-wide prevention programs that engage multiple stakeholders (Substance Abuse Prevention | Youth.gov, n.d.). Ensuring that these policies are enforced and complemented by community and school-based initiatives enhances their effectiveness and provides a comprehensive approach to preventing youth addiction.

IV. EARLY DETECTION AND SCREENING

Early identification and screening for substance use among adolescents is crucial for preventing the escalation of substance abuse into more severe disorders. Recognizing substance use early allows for timely interventions, which can significantly improve outcomes for young individuals. Adolescence is a critical period where early signs of substance use can be detected, making it imperative for healthcare providers, educators, and parents to be vigilant.

Several validated screening tools are used to identify substance use among adolescents. These tools include questionnaires, interviews, and biomarkers. The CRAFFT Screening Tool, the Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and other Drugs (BSTAD), and the Screening to Brief Intervention (S2BI) are among the widely used instruments. The CRAFFT is designed to screen adolescents for high-risk alcohol and drug use behaviors and has been validated for use in various settings, including schools and primary care (Levy et al., 2016). The BSTAD is a brief tool that assesses the frequency of substance use, providing quick and reliable results (Screening and Assessment Tools Chart | National Institute on Drug Abuse, 2024). The S2BI, developed by the National Institute on Drug Abuse (NIDA), is another effective tool that categorizes substance use frequency into risk levels, guiding the next steps for intervention (Screening Tools and Prevention | National Institute on Drug Abuse, 2024).

Healthcare providers play a pivotal role in early detection and screening. During routine visits, clinicians can incorporate these screening tools to identify adolescents at risk. Training healthcare providers to use these tools effectively can help overcome barriers related to the apprehension of positive screens and the subsequent need for further assessment and intervention. It is crucial for healthcare providers to approach positive screens with empathy, encouraging adolescents to discuss their substance use openly (Sarkar & Friedmann, 2023).

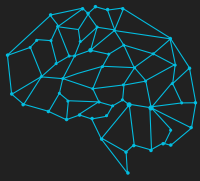
Educators and parents are also key players in the early identification of substance use. Schools can integrate screening programs into their health education curriculum, ensuring that students are regularly assessed for substance use behaviors. Educators, being in close contact with students, can notice changes in behavior that may indicate substance use, prompting further investigation (Screening Tools and Prevention | National Institute on Drug Abuse, 2024). Parents, on the other hand, should be aware of the signs of substance use and maintain open lines of communication with their children. Parental involvement and guidance are critical in fostering a supportive environment where adolescents feel comfortable discussing their challenges.

V. EARLY INTERVENTION MODELS

Early intervention is crucial in addressing youth addiction, as it offers the opportunity to mitigate the progression of substance use disorders and their associated consequences. A variety of models have been developed to address early-stage substance use among adolescents, encompassing behavioral interventions, pharmacological treatments, and integrated approaches.

Behavioral interventions are a cornerstone of early intervention strategies. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is widely used to help adolescents recognize and change patterns of thinking and behavior related to substance use. CBT focuses on identifying the triggers of substance use, developing coping strategies, and improving problem-solving skills. Motivational interviewing (MI) is another effective behavioral intervention that enhances an adolescent's motivation to change by exploring and resolving ambivalence toward substance use. MI is often combined with CBT to form a more comprehensive approach, known as MI-CBT, which has shown promising results in various studies (Brewer et al., 2017; Spirito et al., 2018).

Contingency management (CM) is a behavioral intervention that provides tangible rewards for positive behaviors, such as abstinence from substance use. This approach has been shown to significantly reduce substance use in adolescents by reinforcing desirable behaviors and providing immediate incentives for staying substance-free (Stanger et al., 2017). Research indicates that CM can be particularly effective when combined with other therapeutic approaches, creating a multi-faceted intervention strategy (Stanger et al., 2016).



Pharmacological treatments play a complementary role in early intervention, particularly for specific substances like opioids. Medication-assisted therapy (MAT) uses medications, such as buprenorphine and naltrexone, to manage withdrawal symptoms and reduce cravings. MAT is often integrated with behavioral therapies to address both the physiological and psychological aspects of addiction. This combined approach has been effective in improving treatment adherence and reducing relapse rates among adolescents (Hahn et al., 2020).

Integrated approaches that combine behavioral and pharmacological treatments are increasingly recognized as effective for treating youth addiction. These models address the multifaceted nature of substance use disorders by simultaneously targeting the behavioral, psychological, and biological components of addiction. For example, combining MI and MAT can enhance motivation and support physiological stabilization, thereby providing a more comprehensive treatment solution (Flanagan et al., 2016).

Several case studies and success stories highlight the efficacy of early intervention models. Programs that implement a combination of CBT, MI, and CM have demonstrated significant reductions in substance use and improvements in overall well-being among adolescents. These success stories underscore the importance of personalized and adaptive treatment strategies that cater to the unique needs of each adolescent (Spirito et al., 2018; Kelly et al., 2017).

VI. ROLE OF TECHNOLOGY IN PREVENTION AND INTERVENTION

The integration of technology in the prevention and intervention of youth addiction has shown promising results. Digital tools and apps have become pivotal in monitoring and supporting adolescents at risk of or currently struggling with addiction. These tools offer a range of functionalities from tracking substance use patterns to providing educational content and support networks. Mobile applications and web-based programs can deliver interactive modules, gamified prevention activities, and real-time feedback, empowering youth to make informed decisions about substance use (Technology-Assisted Interventions for Substance Abuse | Harmony Ridge Recovery Center WV, 2023).

Telehealth services have revolutionized the accessibility and delivery of addiction treatment, especially highlighted by the increased use during the COVID-19 pandemic. These

services include virtual counseling, which provides privacy, convenience, and reduced stigma for users. Individual teletherapy and group teletherapy sessions can be conducted via video or audio calls, offering emotional and psychological support without the need for physical travel. This has been particularly beneficial for individuals in remote or underserved areas, ensuring they receive the necessary care (Expanding Access to Behavioral Health Services Through Telehealth, 2023; Telehealth Addiction Treatment | Hazelden Betty Ford, n.d.).

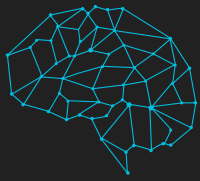
Online educational resources and peer support networks also play a crucial role in technology-assisted interventions. Virtual platforms for support communities foster a sense of belonging and provide a network of like-minded individuals who share experiences, challenges, and successes. This peer support is invaluable in maintaining long-term recovery and reducing feelings of isolation. Additionally, wearable devices and remote monitoring systems can track physiological and behavioral data, providing personalized support and facilitating timely interventions. These technologies enhance self-awareness and enable proactive healthcare management, significantly contributing to the efficacy of substance abuse treatment and recovery efforts (Technology-Assisted Interventions for Substance Abuse | Harmony Ridge Recovery Center WV, 2023).

DISCUSSION

VII. CHALLENGES AND BARRIERS

The fight against youth addiction faces numerous challenges and barriers that impede effective prevention and intervention efforts. One of the most significant challenges is the pervasive stigma associated with addiction. This stigma not only discourages individuals from seeking help but also affects their acceptance of and adherence to treatment. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) reports that stigma continues to be a major barrier to individuals seeking help for substance use disorders (SUDs), contributing to delayed treatment and poorer health outcomes (Zwick et al., 2020).

Limited access to treatment and resources is another critical barrier. Many individuals, particularly those from marginalized communities, encounter difficulties in accessing healthcare facilities, face transportation challenges, and lack adequate insurance coverage. Studies from 2020 highlight



that economic disparities significantly affect access to treatment, with Black patients being less likely to obtain treatment following non-fatal overdoses compared to their White and Hispanic counterparts (Minot, 2024). This economic burden of addiction, which includes healthcare costs, lost productivity, and legal issues, perpetuates cycles of poverty and hinders economic mobility.

Cultural and societal barriers also play a substantial role. Language barriers and cultural insensitivity in healthcare settings can alienate individuals seeking SUD services. Cultural perceptions of addiction can vary widely, influencing how addiction is recognized and addressed within different communities. For instance, certain cultural beliefs may stigmatize addiction more heavily, discouraging individuals from acknowledging their issues and seeking help. Tailoring interventions to be culturally competent is essential to overcoming these barriers and ensuring effective treatment (Zwick et al., 2020).

Furthermore, there are significant gaps in policy and implementation. Despite legislative efforts like the Affordable Care Act, many states do not fully comply with the requirements for SUD treatment coverage, limiting the availability of affordable treatment options (Vuolo, 2019). Additionally, policies often fail to address the unique needs of marginalized populations adequately, leading to unequal access to care and support.

VIII. FUTURE DIRECTIONS AND RESEARCH NEEDS

Future directions in the field of youth addiction prevention and intervention encompass innovations in strategies, the integration of emerging technologies, and the identification of areas requiring further research and development. One promising direction is the incorporation of digital health tools and apps designed to monitor and support youth in managing their addiction-related behaviors. These tools provide real-time feedback and support, making them accessible and appealing to tech-savvy adolescents.

Telehealth services and virtual counseling have also gained traction, especially in the wake of the COVID-19 pandemic. These services expand access to treatment for youth in remote or underserved areas, reducing barriers to obtaining professional help (Health Canada 2022–2023 Departmental Results Report, 2024). The development of online educational resources and peer support networks further enhances the reach and effectiveness of prevention and intervention

efforts. These platforms offer a space for youths to learn about addiction, share experiences, and receive support from peers, which is critical for reducing stigma and fostering a supportive community (Health Canada 2022–2023 Departmental Results Report, 2024).

Emerging trends in the field include the use of artificial intelligence (AI) and machine learning to predict and identify at-risk youth. These technologies can analyze patterns in behavior and substance use, offering early warnings and enabling timely interventions. Additionally, there is growing interest in the role of virtual reality (VR) in therapy, where immersive experiences can be used to simulate real-life scenarios and help youths develop coping mechanisms in a controlled environment (Gonzalez-Castro et al., 2021).

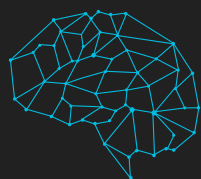
Despite these advancements, several areas require further research. Understanding the long-term efficacy of digital interventions and the best practices for their implementation remains a priority. There is also a need to explore the intersection of addiction with other mental health issues to develop comprehensive treatment models. Research on the impact of social media and other online influences on youth addiction is another critical area, as these platforms play a significant role in the lives of young people today (Health Canada 2022–2023 Departmental Results Report, 2024).

CONCLUSION

In conclusion, this review article has highlighted the multi-faceted nature of youth addiction, encompassing genetic predispositions, psychological and social influences, and environmental factors. Key findings emphasize the importance of early detection and intervention, the role of technology in prevention and support, and the significant barriers such as stigma and limited access to resources. It is evident that addressing youth addiction requires a comprehensive, multi-faceted approach that integrates school-based programs, community initiatives, family interventions, and supportive policies. The insights gained call for urgent action from policymakers, educators, healthcare providers, and communities to implement innovative and evidence-based strategies to curb the rising tide of addiction among youth, ensuring they receive the support and resources necessary for a healthy, drug-free future.

DECLARATIONS

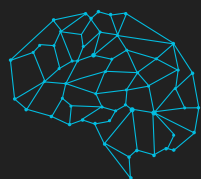
- Ethics approval and consent to participate: "NOT APPLICABLE"
- Consent for publication: "NOT APPLICABLE"



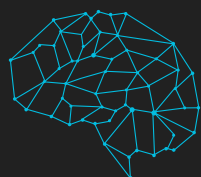
- Availability of data and material: "Data sharing not applicable to this article as no data-sets were generated or analyzed during the current study"
- Competing interests: "The authors declare that they have no competing interests."
- Funding: "NOT APPLICABLE"
- AUTHORS' CONTRIBUTIONS: KE is the only author. He did sequence alignment and drafted the manuscript, carried out the immunoassays, participated in the sequence alignment, participated in the design of the study, performed the statistical analysis, conceived of the study, and participated in its design and coordination and helped to draft the manuscript.
- Acknowledgements: "NOT APPLICABLE"

REFERENCES

1. Brewer, S., Godley, M. D., & Hulvershorn, L. A. (2017). Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu?. *Current psychiatry reports*, 19(1), 5. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0755-0>
2. Expanding Access to Behavioral Health Services Through Telehealth. (2023, March 6). telehealth.hhs.gov. <https://telehealth.hhs.gov/patients/expanding-access-behavioral-health-services-through-telehealth>
3. Flanagan, J. C., Korte, K. J., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2016). Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. *Current psychiatry reports*, 18(8), 70. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0709-y>
4. Hahn, A. M., Adams, Z. W., Chapman, J., McCart, M. R., Sheidow, A. J., de Arellano, M. A., & Danielson, C. K. (2020). Risk reduction through family therapy (RRFT): Protocol of a randomized controlled efficacy trial of an integrative treatment for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents who have experienced interpersonal violence and other traumatic events. *Contemporary clinical trials*, 93, 106012. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106012>
5. Health Canada 2022–2023 Departmental Results Report. (2024, July 24). [Canada.ca](https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/corporate-management-reporting/departmental-performance-reports/2022-2023-departmental-results-report.html). <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/corporate-management-reporting/departmental-performance-reports/2022-2023-departmental-results-report.html>
6. Health Effects of Vaping. (2024, May 15). Smoking and Tobacco Use. <https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/health-effects.html>
7. Helfand, E. (2024, July 23). What Are Community-Based Prevention Programs? Wellspring Center for Prevention. <https://wellspringprevention.org/blog/what-are-community-based-prevention-programs/>
8. Ho, S. W. C., Wong, Y. L., & Chung, P. H. (2022). A cross-sectional survey: Exploring future healthcare workers' intention to use cannabis through extended theory of planned behavior. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.929016>
9. Jones, P. (2023, December 14). Drug misuse in England and Wales - Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/drugmisuseinenglandandwales/yearendingmarch2023>
10. Kelly, J. F., Kaminer, Y., Kahler, C. W., Hoepfner, B., Yeterian, J., Cristello, J. V., & Timko, C. (2017). A pilot randomized clinical trial testing integrated 12-Step facilitation (ITSF) treatment for adolescent substance use disorder. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(12), 2155–2166. <https://doi.org/10.1111/add.13920>
11. Levy, S. J., Williams, J. F., & COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION (2016). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *Pediatrics*, 138(1), e20161211. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1211>
12. Mental disorders and access to mental health care. (2023, September 22). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-eng.htm>
13. Miech, R. A., Johnston, L. D., Patrick, M. E., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2023). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2023: Secondary School Students. In *Monitoring the Future Monograph Series*. Institute for Social Research, University of Michigan. <https://monitoringthefuture.org/wp-content/uploads/2023/12/mtf2023.pdf>
14. Minot, D. (2024, January 19). Substance Use Disorder Prevention and Treatment Services: A Social Justice and Health Equity Perspective. *Behavioral Health News*. <https://behavioralhealthnews.org/substance-use-disorder-prevention-and-treatment-services-a-social-justice-and-health-equity-perspective/>
15. Pelham, W. E., 3rd, Tapert, S. F., Gonzalez, M. R., McCabe, C. J., Lisdahl, K. M., Alzueta, E., Baker, F. C., Breslin, F. J., Dick, A. S., Dowling, G. J., Guillaume, M., Hoffman, E. A., Marshall, A. T., McCandliss, B. D., Sheth, C. S., Sowell, E. R., Thompson, W. K., Van Rinsveld, A. M., Wade, N. E., & Brown, S. A. (2021). Early Adolescent Substance Use Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Survey in the ABCD Study Cohort. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(3), 390–397. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.015>
16. Prevention Programs for Youth and Families - RHHub Substance Use Disorder Toolkit. (n.d.). <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/substance-abuse/2/prevention/youth-and-families>
17. Rachman, W. O. N. N., Syafar, M., Nasir, S., Amiruddin, R., Ahmad, A. K., Abdullah, M. T., Jafar, N., Indriani, C., Rahmadhan, W. O., Nurdin, N., & Yani, A. (2022). Drugs Abuse Behavior Prevention Model through Family Approach in Adolescents in Kendari City. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 15(3), 1497–1502. <https://doi.org/10.13005/bpj/2487>
18. Richesson, D., & Hoenig, J. (2021). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. In *Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDU-HFFRPDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFFR1PDFW102121.pdf>
19. Rovner, J. (2023, June 28). Youth Justice by the Numbers. The Sentencing Project. <https://www.sentencingproject.org/policy-brief/youth-justice-by-the-numbers/>
20. SAMHSA Releases New Data on Recovery from Substance Use and Mental Health Problems Among Adults in the United States. (2023b, September 20). SAMHSA. <https://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/20230920/new-data-recovery-from-substance-use-mental-health-problems-among-adults-in-united-states>
21. Sarkar, P. R., & Friedmann, P. D. (2023). Screening Adolescents for Substance Use: a Four-Step Approach for Trainees. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 47(5), 550–555. <https://doi.org/10.1007/s40596-023-01848-9>
22. Screening and Assessment Tools Chart | National Institute on Drug Abuse. (2024, January 2). National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/screening-tools-resources/chart-screening-tools>



23. Screening Tools and Prevention | National Institute on Drug Abuse. (2024, July 10). National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/screening-tools-prevention>
24. Spirito, A., Hernandez, L., Cancilliere, M. K., Graves, H. R., Rodriguez, A. M., Operario, D., Jones, R., & Barnett, N. P. (2018). Parent and Adolescent Motivational Enhancement Intervention for Substance-Using, Truant Adolescents: A Pilot Randomized Trial. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 47(sup1), S467–S479. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1399402>
25. Stanger, C., Lansing, A. H., & Budney, A. J. (2016). Advances in Research on Contingency Management for Adolescent Substance Use. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(4), 645–659. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.05.002>
26. Stanger, C., Scherer, E. A., Babbin, S. F., Ryan, S. R., & Budney, A. J. (2017). Abstinence based incentives plus parent training for adolescent alcohol and other substance misuse. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(4), 385–392. <https://doi.org/10.1037/adb0000279>
27. Substance Abuse Prevention | Youth.gov. (n.d.). <https://youth.gov/youth-topics/substance-abuse/evidence-based-programs-youth-substance-abuse-prevention-and-treatment>
28. Technology-Assisted Interventions for Substance Abuse | Harmony Ridge Recovery Center WV. (2023, August 16). Harmony Ridge Recovery Center. <https://www.harmonyridercovery.com/technology-assisted-interventions-for-substance-abuse/>
29. Telehealth Addiction Treatment | Hazelden Betty Ford. (n.d.). <https://www.hazeldenbettyford.org/research-studies/addiction-research/telehealth-addiction-treatment>
30. Vuolo, L. (2019). UNCOVERING COVERAGE GAPS II: A Review and Comparison of Addiction Benefits in ACA Plans.
31. Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00288-0>



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 12/06/2024. Aceptado: 11/11/2024

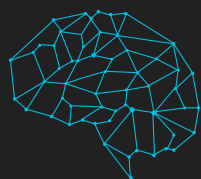
MITOMANÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

MYTHOMANIA AND PERSONALITY CHARACTERISTICS

J.M. Bertolín-Guillén

Doctor en Medicina y Cirugía; Psiquiatra; Psicólogo. Investigador Independiente.

Correspondencia: José Manuel Bertolín-Guillén. <https://orcid.org/0000-0001-8934-8051>. Investigador Independiente
Email: jmbertolin@comv.es



RESUMEN

Introducción: Son prácticamente inexistentes los estudios científicos cualificados publicados sobre la conducta mitómana. La presente investigación es de tipo secundario. Consiste en un análisis descriptivo, conceptual y panorámico sobre la mitomanía con el fin de identificar los aspectos relevantes conocidos al respecto.

Material y método: Se presenta como revisión de estudios mixtos acerca de la asociación entre mitomanía e individuos con una personalidad normal o no patológica, o una personalidad con rasgos prominentes negativos, o que sufran algún tipo de trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo. Se han revisado variadas fuentes bibliográficas internacionales, aunque en todas la "literatura gris" es dominante.

Resultados, discusión y conclusiones: Con arreglo a los datos constatados en esta investigación, tanto si existiera o no algún trastorno de la personalidad, serán más probables en el mitómano los rasgos dominantes de afectividad negativa, desapego y disociales. En la persona con mitomanía, con frecuencia acontecerá asimismo la denominada oficiosamente tríada o tétrada oscura de la personalidad, ligada a conductas violentas contra uno mismo u otros. Se comentan seguidamente los aspectos éticos y legales relacionados con la mitomanía y se sugieren algunos tipos apropiados de intervenciones de ayuda para la persona mitómana.

Palabras Clave: Mentira; Mitomanía; Narcisismo; Personalidad; Psicopatía; Tríada oscura; Tétrada oscura.

ABSTRACT

Introduction: Practically, there are none published qualified scientific studies on mythomaniac behaviour. This research is secondary. It consists in a descriptive, conceptual and panoramic analysis on mythomania with the aim of identifying the known relevant aspects in that regard.

Material and method: This work is presented as a significant mixed studies review about the association between mythomania and individuals with normal or non pathological personality, personality with prominent negative traits or individuals suffering from any type of mental, behavioural or neurodevelopmental disorder. Varied international bibliographical sources have been reviewed, although "grey literature" is dominant in them all.

Results, discussion and conclusions: According to the data checked in this research, dominant negative affectivity, disregard or dissocial traits are more likely in mythomaniac no matter if there is any personality disorder or not. In mythomaniacs, unofficially called personality dark triad or tetrad will often happen linked to violent behaviour against oneself or others. Ethical and legal aspects related to mythomania are also discussed and certain appropriate types of support interventions for mythomaniacs are suggested.

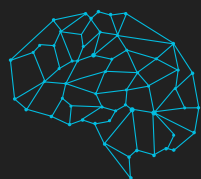
Keywords: Dark tetrad; Dark triad; Lie; Mythomania; Narcissism; Personality; Psychopathy.

INTRODUCCIÓN

Las personas consideradas coloquialmente, "mentirosas patológicas", "mentirosas compulsivas", o más técnicamente como quienes sufren de pseudología fantástica (afección establecida y descrita por primera vez por Anton Delbrück en la última década del siglo XIX), manifestarán normalmente la característica crónica de distorsionar, falsear o falsificar la verdad (Haustgen y Bourgeois, 2007). La falsificación necesariamente implica contenidos falsos, engañosos, impostores, manipulados o inventados. El concepto de mitomanía fue usado después por Ernest Dupré a principios del siglo XX. Actualmente, el Dictionary of Psychology, de la American Psychological Association (American Psychological, 2006), describe mitomanía como tendencia a elaborar, exagerar y

decir mentiras, incluidas informaciones de experiencias imaginadas, que a menudo implican cierto autoengaño. Efectivamente, el autoengaño aumenta la posibilidad de persuadir a otros de que la creencia falsa sea factible (Butterworth et al., 2022). De forma típica los mitómanos se presentarán imitando habitualmente a quienes consideren de más estimación social, o bien actuarán de modo persistente como estafadores, y también como falsos responsables de hechos o acontecimientos positivos o incluso negativos (falsos culpables), o como falsos agraviados.

La desinformación y la mentira forman parte de la vida social cotidiana, a pesar de que promueven creencias falsas y erosionan la confianza en los comunicadores. La mentalidad evaluativa, que será distinta de la basada únicamente en la



confianza, será más efectiva para detectar y refutar la desinformación (Caussé et al., 2018; Mayo, 2024). Contrariamente a la mentalidad evaluativa, la confianza y las normas sociales contribuyen a creer ilusoriamente en las propias capacidades para detectar las mentiras de los demás (Fernandes et al., 2023). A nivel grupal, la precisión en la detección de mentiras se ha correlacionado con la propia capacidad de engañar a otros (Wright et al., 2015). Lo cierto es que las mentiras del mitómano implican engaño y ésta es una acción volitiva común que requiere de esfuerzo mental adicional en comparación con decir la verdad.

La mitomanía ha recibido poco escrutinio psicológico, psiquiátrico y neurológico, aunque algo más de interés filosófico (Grimaltos y Rosell, 2021). La presente contribución expondrá sucintamente el conocimiento relacionado con las mentiras constantes de los mitómanos basado en el análisis de la literatura científica publicada, y conforma un análisis descriptivo, experiencial y revisión conceptual. Se excluyen las mentiras "paternalistas" prosociales, que por lo general intentan proteger a personas sensibles del daño emocional que supondría ser honestos. El propósito de esta aportación es contribuir a esclarecer las relaciones entre la tendencia constante a desfigurar la realidad (habitualmente engrandeciendo a la propia persona) denominada mitomanía, y las características más regulares de la personalidad del mitómano. También se intentará elucidar la eventual relación de la mitomanía con posibles conductas auto y heteroagresivas, se discutirán las connotaciones éticas y en su caso legales vinculadas, y se propondrán algunas intervenciones básicas de ayuda.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta aportación exploratoria es un estudio científico sintético, actualizado, secundario, integrativo y crítico en relación con el hecho de mentir, las mentiras y los mentirosos habituales, que incluye componentes teóricos argumentados y debidamente contrastados.

Para esta revisión panorámica de alcance se ha elegido metodológicamente realizar una síntesis narrativa, amplia y descriptiva, sin análisis estadísticos. Se ha rastreado la escasa literatura científica mundial relevante al respecto, junto con la algo menos limitada "literatura gris", en variadas fuentes bibliográficas, principalmente PubMed y Google Scholar. Entre otros términos de búsqueda, se han utilizado principalmente: *Adaptive functioning; Advertising; Callous-unemotional traits;*

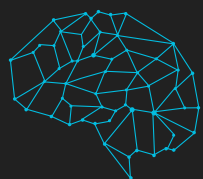
Dark Triad; Deliberate self-harm; Disinformation; Distrust; Distrust and aggressiveness; Emotion dysregulation; Empathy; Impulsivity; Knowledge transfer; Lying; Machiavellianism; Mindset; Misinformation; Mythomania; Moral disengagement; Narcissism; Passive aggressiveness; Personality; Pseudologia fantastica; Psychopathy; Self-attacking; Self-esteem; Self-criticism; Social media; Suicide; Truth bias; y Vulnerability. El total de referencias incluidas de suficiente calidad es $n = 75$.

RESULTADOS

MITOMANÍA Y PERSONALIDAD

Para el estudio de la mitomanía hay que remontarse históricamente a las descripciones psicobiológicas de Kurt Schneider y Emil Kraepelin, además de los dos autores citados en la introducción y de otros más. Son notables los beneficios adaptativos de engañar a los demás, a pesar de que la mentira cotidiana se ha asociado con impacto funcional negativo en los ámbitos académico, social y familiar (Grant et al., 2019). Decir la verdad con frecuencia ocasiona que mentir sea más difícil, y mentir habitualmente facilita seguir mintiendo (Verschuere et al., 2011). El mentiroso frecuente decide creer que su falsedad habitual es justificable. La mentira puede ser una estrategia manipuladora, o ser impulsada como hábito extremo o compulsión emocional aliviadora de la ansiedad crónica, o constituir la manera de lograr deferencia, respeto y admiración ajena. Pero la mentira habitual puede ocurrir también sin un motivo claro o lógico identificable.

Mentir es un rasgo característico de los trastornos de la personalidad, que incluye en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) entre otros diagnósticos, al trastorno antisocial de la personalidad ("psicopático" o "sociopático"), y los trastornos límite y narcisista de la personalidad. Esos trastornos se consideran en la ICD-11 (o CIE-11 en español) (First et al., 2021; World Health Organization, 2024) rasgos o patrones prominentes, significativos y crónicos (de más de dos años de evolución), frecuentes en los mitómanos asociados con malestar considerable o deterioro psicosocial relevante. Ahora bien, estas y otras peculiaridades subyacentes y destacadas en cualquier personalidad se consideran dimensiones, pero no tienen por qué constituir forzosamente trastornos típicos diagnosticables, o ser solo síntomas subumbrales. La falsedad habitual previsiblemente será más



frecuente entre las personas con rasgos pronunciados de afectividad negativa, desapego, comportamientos disociales, desinhibición, o que sean poseedoras de características anancásticas o límites (Snyder, 1986). En algún estudio reciente, cuando se falsificaba información de cualquier tipo, los rasgos disociales se asociaban principalmente con mayor actividad en el córtex cingulado anterior, así como en varias regiones de la corteza prefrontal encefálica, ínsula, circunvolución angular y lóbulo parietal inferior (Glenn et al., 2017; Feng et al., 2022), de modo que se ha sugerido que existen diferencias neurofisiológicas entre mentir y decir la verdad.

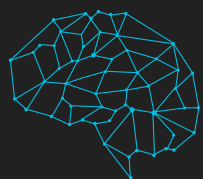
La falsedad perseverante, tanto la personal como la deliberada por parte de bastantes medios de comunicación es habitual en las omnipresentes redes sociales (Aïmeur et al., 2023) y diferente a la falsedad común ocasional (Moore et al., 2021). Normalmente la falsedad será negada, justificada o disfrazada como beneficiosa para la comunidad. En todos los países y culturas, pocas personas producen la mayoría de mentiras (Daiku et al., 2021) y está comprobado que las citadas redes influyen en los comportamientos colectivos relacionados con la salud (de-Vere et al., 2022; Kite et al., 2023). La falsedad habitual es diferente también del error y del ejercicio de la libertad de expresión, y en la actualidad se halla "normalizada" por completo en los ámbitos socio-cultural y político, en los que es fuente de cierta violencia simbólica (Recuero, 2024). Al respecto, resulta bastante evidente la eficacia persuasiva de la desinformación manipuladora frecuente. En la faceta individual, las habilidades emocionales pueden constituir factores de riesgo potenciales para promover, en lugar de prevenir, comportamientos desviados asociados a la conducta mitómana.

Las personalidades "oscuras" pueden tener más probabilidades de experimentar satisfacción al engañar (Gunderson et al., 2022). La mitomanía suele coexistir con la llamada "tríada oscura de la personalidad", que comprende los rasgos predominantes de narcisismo (generalmente subclínico), maquiavelismo (que enfatiza el fraude a expensas de los demás) y comportamientos disociales (en sus aspectos interpersonal, afectivo y del estilo de vida). Esos rasgos se expresarán como insensibilidad social, sobrevaloración propia y menosprecio de los otros para lograr beneficios personales (Schmitt et al., 2020). En particular, la cualidad narcisista podrá ser de tipo grandioso (la persona será entonces arrogante, dominante y extrovertida) o vulnerable (será retraída, neurótica e insegura) (Mahadevan y Jordan, 2022). Quien sea

narcisista vulnerable sentirá a menudo que no ha logrado el estatus social que merece y desea, y estará resentido por ello. Si el narcisista vulnerable fuera asimismo mitómano, hipotéticamente será también más proclive a comportarse con auto o heteroagresividad en el caso de ser descubierto y seguramente criticado.

Al menos en algunos lugares, el maquiavelismo y la antes llamada "psicopatía" exacerbaban el comportamiento mentiroso al reducir la culpa asociada con la mentira. El narcisismo fomenta la culpa y, por tanto, podría inhibir la conducta mentirosa (Daiku et al., 2021). La tríada oscura se asocia con frecuencia a la afectividad negativa, que incluye la desregulación emocional (Hussain et al., 2021) y que también caracteriza en la CIE-11 al trastorno desafiante y oposicionista con irritabilidad o enojo crónicos, dentro del grupo de los trastornos de comportamiento disruptivo y disocial. La agresividad contra los demás se considera una reacción a provocaciones percibidas (reales o no) y al uso malintencionado de las propias habilidades empáticas (Duradoni et al., 2023). Los rasgos de personalidad de la tríada oscura tienden a asociarse positivamente con el intercambio de información falsa. En concreto, para algunos autores el narcisismo y el comportamiento disocial están vinculados con dar mayor credibilidad a la información distorsionada (Calvillo et al., 2024); otros, por el contrario, han hallado que las personas con esos mismos rasgos destacados se atribuyen más capacidad para detectar mentiras con éxito (Turi et al., 2022).

La empatía emocional y la cognitiva (esta última a veces compensa la insuficiente empatía emocional propia), son fundamentales para fortalecer vínculos en cualquier persona. Por empatía cognitiva se entiende la capacidad de explicar, predecir e interpretar las emociones de los demás, asociadas a una situación (Decety y Jackson, 2004; Mangione, 2024), aunque no se experimente igual o similar respuesta emocional. Más recientemente se habla de "tétrada oscura", que añade a las tres características citadas antes el sadismo (entendido como crueldad excesiva) (Paulhus et al., 2018) o, alternativamente, la conducta de hacerse daño a sí mismo (Lämmle y Ziegler, 2021). Ahora bien, hay que considerar que cuando se miden o evalúan la llamada psicopatía y el sadismo, ambas características podrían solaparse (Ortet et al., 2024). La tétrada oscura ha sido relacionada especialmente con neuroticismo (o inestabilidad emocional) y elevada asunción de riesgos y competitividad (Furnham y Cuppello, 2024), así como con conductas aversivas, poco éticas y cri-



minales (Rassin et al., 2024), corrientes en los mitómanos. Los sujetos afectos de trastorno narcisista de la personalidad muestran mayor deterioro en los aspectos afectivos mientras que la parte cognitiva de la empatía parece preservada (di-Giacomo et al., 2023).

Existen multitud de grados posibles de coherencia y detalle en las mentiras, y mentir crónica o habitualmente puede carecer de propósito conocido, salvo el de conseguir la conveniente aprobación y aceptación de los demás. Es previsible que si el mitómano fuera desenmascarado carecería de autocritica y arrepentimiento, pues anhelar la conformidad y respeto de otros es una condición de difícil autogestión para muchas de esas personas. En efecto, la tipología de la personalidad influye y es influida por la reactividad biológica personal ante eventos estresantes (Soliemanifar y Soleymannifar, 2018), lo que contribuye a explicar que en los mitómanos la verdad suela ser usualmente demasiado agobiante. Las dificultades, rasgos o patrones de afectividad negativa, desapego, etc., son considerados problemas asociados con las interacciones interpersonales, que a su vez son factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud. Esas dificultades se manifestarán en la expresión y vivencia cognitivo-emocional o afectiva del falseador y cuando no concurren trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo serán solo de intensidad menor y, por lo común, únicamente en determinadas circunstancias.

En los mitómanos suele haber carencia de autoestima, con inseguridades pertinaces que empujen a tener comportamientos falsos o engañosos persistentes, a veces durante largos o muy largos periodos y que podrán ser compulsivos. La baja autoestima también puede ser además de causa, consecuencia de mentir continuamente (Preuter et al., 2024). Podría haber compulsiones más o menos constantes para falsear, pero sin resultar necesariamente difíciles de refrenar. Entre los síntomas, signos o hallazgos no clasificados en otra parte de la nosotaxia CIE-11 presentes en los mitómanos es esperable encontrar: 1) Tendencia a no tomar decisiones con facilidad y a no querer comprometerse con una conducta propositiva determinada, elementos típicos de la indecisión; 2) Poca tolerancia ante la frustración; 3) Reducida autoestima; 4) Afectividad negativa, con predominio de estados emocionales aversivos entre los que se encuentran "nerviosismo", miedo, disgusto, culpa, hostilidad e ira (a menudo "ira narcisista") (Webster y Nezelek, 2024); 5)

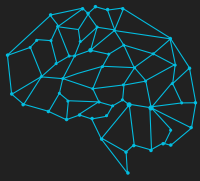
Perfeccionismo crónicamente insatisfecho, que puede llegar a ser desadaptativo, asociado con emociones negativas y rasgos psicopatológicos (Malivoire et al., 2019); 6) Pesimismo; 7) Obstinación; y 8) Sumisión a los intereses y deseos reales o imaginados de los demás.

MITOMANÍA Y VIOLENCIA

La ideación suicida, comprendida como fenómeno relacionado con violencia autoinfligida, involucra múltiples factores de riesgo que interactúan de manera compleja. Los patrones o rasgos prominentes caracteriales, con o sin trastornos de la personalidad de los que puedan formar parte, podrían conllevar en algunos mitómanos comportamientos suicidas, intencionalidad de morir, ideación suicida y autolesiones con o sin intención de suicidio. También podría haber con alguna frecuencia antecedentes familiares de suicidio, y personales de lesiones o daños autoinfligidos intencionalmente o de intentos suicidas de muy numerosos posibles tipos.

Con exclusión de que también existiera duelo o una reacción aguda al estrés, cuando en un mitómano se tipifique específicamente la afectividad negativa como rasgo o patrón prominente será común encontrar labilidad y desregulación emocionales, deficiente autoestima y autoconfianza, junto con mayor desconfianza hacia los demás. En particular, se ha constatado la relativa contribución directa de la autocritica y el disgusto autodirigido con la probabilidad de cometer suicidio (O'Neill et al., 2021). Están bastante interrelacionadas la conducta asocial (disocial o antisocial), el narcisismo y las tendencias suicidas (Harrop et al., 2017; Mahadevan y Jordan, 2022). El narcisismo vulnerable se ha correlacionado positivamente con síntomas de tristeza y anhedonia (Loeffler et al., 2020) y mostrado altas afinidades con la angustia psicológica (Kampe et al., 2021). En los jóvenes, los rasgos insensibles y carentes de emociones podrían predecir positivamente la ideación suicida, mediada en parte por el afecto negativo (Liu et al., 2023).

La inestabilidad emocional y las otras características negativas citadas, también podrían exteriorizarse en los mitómanos con conductas violentas explosivas o premeditadas dirigidas hacia distintas personas, en lugar de contra uno mismo. Igualmente, en los mitómanos descubiertos podrán presentarse comportamientos potencialmente homicidas previos a autolesionarse con intencionalidad suicida por determinar (Ashley et al., 2023). Se ha sugerido que la rabia, en el contexto de la vulnerabilidad narcisista, podría representar



una forma de agresividad orientada hacia sí mismo (Théberge y Gamache, 2023). También puede manifestarse falsa intención dañina u homicida para forzar, por ejemplo, la anhelada hospitalización psiquiátrica propia (Maniaci et al., 2019; Madan et al., 2021). La ira narcisista, a la que el mitómano probablemente será proclive, se caracteriza por suspicacia, abatimiento y reflexión enojada, y se ha sugerido que atribuir intenciones hostiles a otras personas resulta relevante para comprender la agresividad narcisista (Subra, 2023).

Para la adecuada valoración de la hostilidad-agresividad en algunos mitómanos, como rasgo o como síntoma, hay que considerar que puede serlo por comisión u omisión, ambas modalidades sensibles a la provocación e igualmente perjudiciales (van-Swol et al., 2022; Parton y Chester, 2024), y también puede ser abierta o encubierta, como se introducía en el epígrafe precedente al hablar de la violencia simbólica (Recuero, 2024). Además, los estilos de crianza recibidos pueden estar relacionados con las creencias y afectos agresivos posteriores (Salavera et al., 2024). La hostilidad podrá manifestarse mediante conductas pasivo-agresivas o invalidantes de las opiniones que sean contrarias o distintas a las propias, así como del menosprecio hacia otras personas. Las conductas de "agresiva defensa pasiva" son características de las llamadas "microagresiones", más frecuentes en algunos entornos, entre los que se incluye el asistencial de la salud (Farha et al., 2024). En particular, la ideación homicida será frecuente cuando existan problemas de conducta graves, que son comunes, entre otros, en los trastornos de la personalidad (Carbone et al., 2020).

En la personalidad del mentiroso habitual serán habituales la llamada "resistencia pasiva", junto con la ambigüedad intencional, así como los sentimientos crónicos de incompreensión y falta de aprecio de los demás, sentimientos que coexistirán con las referidas conductas personales pasivo-agresivas. La "falta de remordimiento" en sujetos mitómanos con personalidades propensas a conductas disociales es el mejor predictor de que pudiera ocurrir en el futuro violencia contra sí o contra otros y delincuencia (Risser y Eckert, 2016).

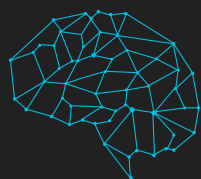
Si acontecieran conductas suicidas en el mitómano, con o sin actos de reconocida potencialidad letal, en ocasiones podría plantearse descartar el diagnóstico de un posible trastorno facticio. En este último y a diferencia de la mera simulación de enfermedad, se fingen, falsifican, inducen o agravan intencionalmente signos y síntomas de enfermedades y trastornos, pero el comportamiento engañoso no estará

motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (Bertolín, 2024b). La simulación o fingimiento de síntomas físicos o psicológicos que sea diferente del trastorno facticio y de otros, no constituirá por sí misma ningún tipo de evaluación diagnóstica formal de algún trastorno, pues con este tipo de engaño solo se pretenderá mostrar consciente e intencionadamente una enfermedad imaginaria, movida claramente por gratificaciones.

PERSPECTIVAS ÉTICA Y LEGAL DE LA MITOMANÍA

Referirse a la ética de la verdad y mentira es casi imposible sin recurrir a Immanuel Kant y su "Crítica de la razón práctica" de 1788 (Kant, 2024). El compromiso moral existe porque hay un valor moral previo, y la desvinculación moral conlleva que las normas morales se desapliquen en un determinado contexto. Lo habitual es que el mitómano actúe de modo deshonesto, pero que mantenga su conciencia tranquila y sin culpa. Por tanto, se puede preguntar: ¿es moralmente legítimo mentir? Si la respuesta fuera afirmativa, ¿bajo qué circunstancias? En cualquier caso, desde la perspectiva de la ética formal, universal, necesaria y categórica, así como desde la perspectiva ponderada, consistente y razonable de los principios *prima facie* de la ética "principalista", la psicopatología que sea de rango menor no excusará la falsedad de las personas. Los últimos principios éticos citados obligan a respetar la verdad (Bertolín, 2011; Marder, 2021), mientras no entren en conflicto recíproco, en cuyo caso se jerarquizarán en función de cada situación. Como distintos individuos pueden vivenciar la misma situación de manera diferente, conviene elucidar antes si usualmente el bien común debiera prevalecer siempre, en qué ocasiones o nunca, sobre el individual.

Desde la perspectiva legal ha de excluirse el denominado "error de prohibición" (regulado en el art. 14.3 del Código Penal español) y la creencia errónea de que se está actuando lícitamente, sin conciencia de antijuridicidad, por lo que se creará que las circunstancias pueden justificar la falsedad. Entonces, ¿se podrían considerar los actos falsarios o engañosos como condiciones potencialmente modificativas de la responsabilidad criminal como atenuantes o eximentes incompletas? Para que nuevamente la respuesta pudiera ser afirmativa debería haberse cumplido antes la condición necesaria de que el interesado no hubiera previsto o tenido que prever la ilicitud de la mentira. La mitomanía no constituye por sí sola una alteración psíquica que impida comprender la



presunta ilegalidad y consecuencias del hecho concreto, pues se trata de una característica, rasgo o síntoma transversal que puede o no formar parte de varios trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo, de gravedad y repercusión cognitivo-volitiva a evaluar en cada caso.

Ha de tenerse en cuenta que ser consciente del hecho de mentir habitualmente lo convierte en un acto no necesariamente mórbido. En el ámbito jurídico, los efectos de la falsedad sobre la memoria, como olvidar detalles o recordar incorrectamente características que no se hallaban presentes, dependerá del tipo de manifestación que sea contraria a lo que es sabido, pensado o sentido (Otgaar y Baker, 2018). Los testimonios pueden contaminarse por una amalgama de influencias externas e internas sobre la memoria (Otgaar et al., 2023). Con respecto al derecho civil, y al contrario de lo que en ocasiones se pretende o supone, la mitomanía como rasgo, no como síntoma, tampoco debiera considerarse que conlleva base psicopatológica para ser considerada causa de fuerza mayor que afecte a la responsabilidad. Tendrá especial relevancia la evaluación profesional pericial de la falsedad en cualquiera que sea el contexto en que suceda, incluyendo la posibilidad de incurrir o haber incurrido en perjurio. Son pocos y anecdóticos, sin embargo, los casos médico-forenses publicados sobre mitomanía (Frierson y Joshi, 2018; Hekim, 2022).

INTERVENCIONES DE AYUDA EN LA CONDUCTA MITÓMANA

Los rasgos o síntomas citados principalmente en el primer subapartado de "mitomanía y personalidad" interactúan y se refuerzan continuamente. Por ejemplo, el perfeccionismo largamente frustrado ocultará como previsible lógica consecuencia el exceso de miedo, carencia de gratificaciones a corto plazo, hábito de procrastinar (Bertolín, 2023) y baja tolerancia a la frustración. El perfeccionismo que además resulte desadaptativo podrá tener fuerte relación con la escrupulosidad y el neuroticismo, condición esta última asociada a tendencias impostoras (Sheveleva et al., 2023). La actitud del mitómano generalmente será acorde con su posición defensiva frente al entorno, que acostumbrará a considerar muy duro o claramente hostil, y que podría coincidir con que también presentara psicopatología formal. Con cierta frecuencia el mitómano narcisista "colapsará" en algún momento de forma abierta o encubierta. En todos los casos, la "alianza" con el mitómano por parte del facultativo de la salud que lo asista u otra persona que intervenga para ayudar, será

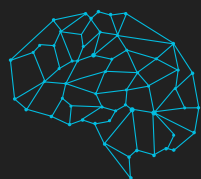
fundamental para el mejor beneficio del interesado (Korenis et al., 2015; Thom et al., 2017; Grey et al., 2020), así como lo será fomentar metas con recompensas cercanas, junto con la actitud tolerante de su entorno global.

El miedo excesivo y ambiguamente adaptativo, como el que habitualmente caracteriza a la persona mitómana, se asocia con reducida actividad en la corteza prefrontal medial, aunque las señales ambientales de seguridad pueden suprimir ese miedo (Ng et al., 2023). Neuroanatómo-fisiológicamente, la actividad de las subregiones dorsomedial y dorsolateral del núcleo estriado dorsal durante la extinción del temor a actuar puede tener efectos opuestos en la recurrencia posterior del miedo: la región dorsomedial promueve la desaparición del miedo y la dorsolateral lo favorece (Tanner et al., 2024; Hamati et al., 2024). El centro estriado dorsal es objetivo principal del sistema dopaminérgico nigroestriatal, implicado en la recompensa y el castigo, así como en las acciones dirigidas a objetivos. Hipotéticamente, esto podría promover intervenciones terapéuticas con fármacos agonistas del neurotransmisor dopamina cuando sucedan conductas mitómanas clínicamente relevantes. Cabría, pues, plantearse de modo teórico preliminar si se podría utilizar en algunos casos, entre otros psicofármacos, los nuevos agonistas parciales de los receptores dopaminérgicos D2 como lurasidona, cariprazina y brexpiprazol.

Para las intervenciones psicológicas de ayuda en las disfunciones de la personalidad como conjunto amplio, conviene tener presente que no existe acuerdo sobre las pruebas científicas que avalan la eficacia clínica superior de una u otra psicoterapia (Bertolín, 2024a). Lo habitual es que el mitómano rechace cualquier tipo de intervención para ayudarle, sea medicamentosa o psicológica. De modo genérico, en la mitomanía como rasgo prominente de la personalidad habrían de proponerse las intervenciones conversacionales empáticas (sean o no propiamente psicoterapias) que refuercen la autoestima, reduzcan la ansiedad y constante vivencia de estrés, y permitan al mitómano constatar que es más probable que los demás se acerquen a quienes dicen la verdad que a los mentirosos (ten-Brinke, et al., 2023). También convendrá entrenar al mitómano para mejorar las habilidades sociales afectadas negativamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La conducta del mitómano conlleva "autoengañarse", es decir, sustituir la realidad habitual por algo que es voluntaria



y largamente imaginado o fantaseado del presente o del pasado. Esa conducta será más o menos deliberada, pero siempre consentida, tolerada. Resulta complicada la recuperación de recuerdos de eventos, experiencias y emociones anteriores, sobre todo si existen enfermedades o trastornos de numerosos tipos con importante impacto psicológico. Estas patologías podrán provocar que algunos pacientes sean más susceptibles al olvido, la distorsión del recuerdo y a la influencia de la desinformación cotidiana habitual. En esos pacientes, sin embargo, las alteraciones del recuerdo no serán voluntarias ni generalmente conscientes, a diferencia de lo que normalmente sucede con el auténtico mitómano, que en numerosos casos no sufrirá ningún trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo. La personalidad del mitómano es compleja, pues no solo querrá mentir en el momento presente, sino que a menudo deseará seguir haciéndolo en el futuro, aunque pudiera haber sido desenmascarado. Especialmente en este último supuesto es cuando podría ocurrir violencia contra sí mismo u otras personas, con distintas repercusiones éticas y de trascendencia legal.

El conocimiento científico es crítico, verificable y sistemático, pero el conocimiento personal es solo una interpretación subjetiva vivenciada como verdadera. Se afirmará correctamente por los demás que ocurre falsedad, mentira, insinceridad, fingimiento o engaño de una persona cuando se sepa que tiene conciencia de alterar deliberadamente la realidad en favor de la percepción e interpretación que le sea más conveniente. Por lo común habrá razones abiertas o encubiertas que justifiquen la mentira. De entrada, el engaño evoca generalmente diversas experiencias afectivas, que pueden ser autogratificantes. Si esas características del sujeto conforman estilos, rasgos o propiedades estables y prominentes de su personalidad, será únicamente cuando pueda afirmarse que se trata de una persona que tiende o manifiesta conductas mitómanas. Según la CIE-11, esas estructuras de personalidad podrán inducir problemas prolongados en el funcionamiento particular o generar algún tipo de disfunción interpersonal que sea crónica y significativa. Se afectarán entonces la cognición, experiencia y expresión de las propias emociones, así como el comportamiento, que serán inadaptados y provocarán malestar considerable en el mitómano o en las personas relacionadas con él. Exclusivamente entonces se podrá diagnosticar correctamente en el mitómano la existencia de algún trastorno de la persona-

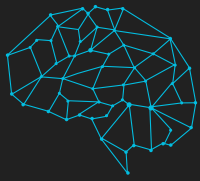
lidad concreto y que probablemente acarreará ausencia de motivación intrínseca para cambiar.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

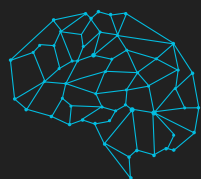
No existe ningún conflicto de intereses, ni el artículo ha recibido ninguna financiación.

BIBLIOGRAFÍA

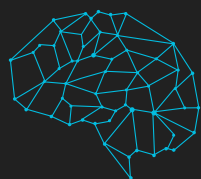
1. Aïmeur E, Amri S, Brassard G. Fake news, disinformation and misinformation in social media: A review. *Soc Netw Anal Min.* 2023; 13(1):30. doi: 10.1007/s13278-023-01028-5
2. American Psychological Association. *APA Dictionary of Psychology.* Washington, DC (USA); Amer Psychological Assn; 2006.
3. Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision DSM-5-TR.* Washington, DC (USA): APA Publishing; 2022.
4. Ashley J, Kim KV, Russell C, Lange S. A comparative analysis of solitary suicides, suicides following homicide, and suicide pacts using the National Violent Death Reporting System. *BMC Psychiatry.* 2023; 23(1):1. doi: 10.1186/s12888-022-04495-w
5. Bertolín-Guillén JM. Community treatment orders: Bioethical basis. *Eur J Psychiatry.* 2011; 25(3):134–43. doi: 10.4321/S0213-61632011000300003
6. Bertolín-Guillén JM. Neuropsychopathology and procrastination. *Rev Chil Neuro-Psiquiat (engl ed).* 2023; 61(2):1–8. <https://www.journalofneuropsychiatry.cl/articulo.php?id=139>
7. Bertolín-Guillén JM (a). Psychobiology and treatment of personality disorders and related prominent traits. *Psychiatr Psychol Dis.* 2024; 3(1):1–13. doi: 10.58489/2836-3558/PPD
8. Bertolín-Guillén JM (b). Falsehood and mental health: The "new truth" normalized in the era of "post-truth". *Psicosom Psiquiat (engl ed).* 2024. [En prensa]
9. Butterworth J, Trivers R, von-Hippel W. The better to fool you with: Deception and self-deception. *Curr Opin Psychol.* 2022; 47:101385. doi: 10.1016/j.copsyc.2022.101385
10. Calvillo DP, León A, Rutchick AM. Personality and misinformation. *Curr Opin Psychol.* 2024; 55:101752. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101752
11. JT, Holzer KJ, Vaughn MG, DeLisi M. Homicidal ideation and forensic psychopathology: Evidence from the 2016 Nationwide Emergency Department Sample (NEDS). *J Forensic Sci.* 2020; 65(1):154–9. doi: 10.1111/1556-4029.14156
12. Caussé-Versaveau F, Assié P, Jammet P, Lacambre M, Courtet P. L'expert psychiatre peut-il diagnostiquer la simulation en expertise de dommage corporel? *Inf Psychiatr.* 2018; 4(94):271–4. doi:10.1684/ipe.2018.1789
13. Daiku Y, Serota KB, Levine TR. A few prolific liars in Japan: Replication and the effects of dark triad personality traits. *PLoS One.* 2021; 16(4):e0249815. doi: 10.1371/journal.pone.0249815
14. de-Vere-Hunt I, Linos E. Social media for public health: Framework for social media-based public health campaigns. *J Med Internet Res.* 2022; 24(12):e42179. doi: 10.2196/42179
15. di-Giacomo E, Andreini E, Lorusso O, Clerici M. The dark side of empathy in narcissistic personality disorder. *Front Psychiatry.* 2023; 14:1074558. doi: 10.3389/fpsy.2023.1074558
16. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2004; 3(2):71–100. doi: 10.1177/1534582304267187



17. Duradoni M, Gursesli MC, Fiorenza M, Donati A, Guazzini A. Cognitive empathy and the dark triad: A literature review. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2023; 13(11):2642–80. doi: 10.3390/ejihpe13110184
18. Farha N, Bhama A, Tizzano A, Asfaw S, Kim MK, Burke CA. Impostor phenomenon and microaggressions in gastroenterology: Exposing the tip of the iceberg. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024; 22(1):3–8.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2023.10.001
19. Feng YJ, Hung SM, Hsieh PJ. Detecting spontaneous deception in the brain. *Hum Brain Mapp.* 2022; 43(10):3257–69. doi: 10.1002/hbm.25849
20. Fernandes M, Jonauskaitė D, Tomas F, Laurent E, Mohr C. Individual differences in self-reported lie detection abilities. *PLoS One.* 2023; 18(5):e0285124. doi: 10.1371/journal.pone.0285124
21. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry.* 2021; 20(1):34–51. doi: 10.1002/wps.20825
22. Frierson RL, Joshi KG. Implications of pseudologia fantastica in criminal forensic evaluations: A review and case report. *J Forensic Sci.* 2018; 63(3):976–9. doi: 10.1111/1556-4029.13616
23. Furnham A, Cuppello S. Correlates of the dark tetrad. *Acta Psychol (Amst).* 2024; 245:104222. doi: 10.1016/j.actpsy.2024.104222
24. Glenn AL, Han H, Yang Y, Raine A, Schug RA. Associations between psychopathic traits and brain activity during instructed false responding. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2017; 266:123–37. doi: 10.1016/j.pscychres.2017.06.008
25. Grant JE, Paglia HA, Chamberlain SR. The phenomenology of lying in young adults and relationships with personality and cognition. *Psychiatr Q.* 2019; 90(2):361–9. doi: 10.1007/s11126-018-9623-2
26. Grey JS, Durns T, Kious BM. Pseudologia fantastica: An elaborate tale of combat-related PTSD. *J Psychiatr Pract.* 2020; 26(3):241–5. doi: 10.1097/PRA.0000000000000462
27. Grimaltos T, Rosell S. Mentiras y engaños: Una investigación filosófica. Madrid (ESP): Ediciones Cátedra; 2021. <https://www.catedra.com/libro/teorema-serie-mayor/mentiras-y-enganos-tobies-grimaltos-9788437642864/>
28. Gunderson CA, Vo TVA, Harriot B, Kam C, Ten Brinke L. In search of duping delight. *Affect Sci.* 2022; 3(3):519–27. doi: 10.1007/s42761-022-00126-5
29. Hamati R, Ahrens J, Shvetz C, Holahan MR, Tuominen L. 65 years of research on dopamine's role in classical fear conditioning and extinction: A systematic review. *Eur J Neurosci.* 2024; 59(6):1099–140. doi: 10.1111/ejn.16157
30. Harrop TM, Preston OC, Khazem LR, Anestis MD, Juneaick R, Green BA, et al. Dark traits and suicide: Associations between psychopathy, narcissism, and components of the interpersonal-psychological theory of suicide. *J Abnorm Psychol.* 2017; 126(7):928–38. doi: 10.1037/abn0000300
31. Haustgen T, Bourgeois ML. L'évolution du concept de mythomanie dans l'histoire de la psychiatrie. *Ann Med Psychol.* 2007; 165(5):334–44. doi: 10.1016/j.amp.2007.03.013
32. Hekim A. An investigation at the point where mythomania meets manipulative lie: A forensic case. *J Psychiatr Neurol Sci.* 2022; 35:71–2. doi: 10.14744/DAJPNS.2022.00176
33. Hussain Z, Wegmann E, Griffiths MD. The association between problematic social networking site use, dark triad traits, and emotion dysregulation. *BMC Psychol.* 2021; 9(1):160. doi: 10.1186/s40359-021-00668-6
34. Kampe L, Bohn J, Remmers C, Hörz-Sagstetter S. It's not that great anymore: The central role of defense mechanisms in grandiose and vulnerable narcissism. *Front Psychiatry.* 2021; 12:661948. doi: 10.3389/fpsy.2021.661948
35. Kant I. Crítica de la razón práctica. [Kritik der praktischen Vernunft.] Trad. de E Miñana y MG Morente. 6.ª ed. Salamanca (ESP): Ediciones Sígueme; 2024. <https://www.sigueme.es/docs/libros/critica-de-la-razon-practica-r2024-web.pdf>
36. Kite J, Chan L, MacKay K, Corbett L, Reyes-Marcelino G, Nguyen B, et al. A model of social media effects in public health communication campaigns: Systematic review. *J Med Internet Res.* 2023; 25:e46345. doi: 10.2196/46345
37. Koreniz P, Gonzalez L, Kadri B, Tyagi A, Udolisa A. Pseudologia fantastica: Forensic and clinical treatment implications. *Compr Psychiatry.* 2015; 56:17–20. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.009
38. Lämmle L, Ziegler M. Our vulnerable dark side—Two laboratory approaches. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(8):3941. doi: 10.3390/ijerph18083941
39. Liu J, Ran G, Zhang Q, Li Y, Zhang Q. The association between callous-unemotional traits and suicide ideation among youth: A conditional process analysis. *J Affect Disord.* 2023; 328:245–54. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.063
40. Loeffler LAK, Huebner AK, Radke S, Habel U, Derntl B. The association between vulnerable/grandiose narcissism and emotion regulation. *Front Psychol.* 2020; 11:519330. doi: 10.3389/fpsyg.2020.519330
41. Madan P, Grayzel A, Felthous AR. Two cases of feigned homicidality: Assessing the third dimension in homicidal threats. *Healthcare (Basel).* 2021; 10(1):31. doi: 10.3390/healthcare10010031
42. Malivoire BL, Kuo JR, Antony MM. An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clin Psychol Rev.* 2019; 71:39–50. doi: 10.1016/j.cpr.2019.04.006
43. Mangione S. The empathy gap. *Am J Med.* 2024; 137(3):290–1. doi: 10.1016/j.amjmed.2023.12.008
44. Maniaci MJ, Burton MC, Lachner C, Vadeboncoeur TF, Dawson NL, Roy A, et al. Patients threatening harm to others evaluated in the emergency department under the Florida Involuntary Hold Act (Baker Act). *South Med J.* 2019; 112(9):463–8. doi: 10.14423/SMJ.0000000000001019
45. Mayo R. Trust or distrust? Neither! The right mindset for confronting disinformation. *Curr Opin Psychol.* 2024; 56:101779. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101779
46. Marder E. Truth even unto its innermost parts. *Elife.* 2021; 10:e66850. doi: 10.7554/eLife.66850
47. Mahadevan N, Jordan C. Desperately seeking status: How desires for, and perceived attainment of, status and inclusion relate to grandiose and vulnerable narcissism. *Pers Soc Psychol Bull.* 2022; 48(5):704–17. doi: 10.1177/01461672211021189
48. Moore JB, Harris JK, Hutti ET. 'Falsehood flies, and the truth comes limping after it': Social media and public health. *Curr Opin Psychiatry.* 2021; 34(5):485–90. doi: 10.1097/YCO.0000000000000730
49. Ng KH, Sangha S. Encoding of conditioned inhibitors of fear in the infralimbic cortex. *Cereb Cortex.* 2023; 33(9):5658–70. doi: 10.1093/cercor/bhac450
50. O'Neill C, Pratt D, Kilshaw M, Ward K, Kelly J, Haddock G. The relationship between self-criticism and suicide probability. *Clin Psychol Psychother.* 2021; 28(6):1445–56. doi: 10.1002/cpp.2593
51. Ortet-Walker J, Garofalo C, Vidal-Arenas V, Bogaerts S, Mezquita L, Ortet G, et al. The Spanish Short Dark Tetrad (SD4): Association with personality and psychological problems. *Psicothema.* 2024; 36(2):195–204. doi: 10.7334/psicothema2023.172



52. Otgaar H, Baker A. When lying changes memory for the truth. *Memory*. 2018; 26(1):2–14. doi: 10.1080/09658211.2017.1340286
53. Otgaar H, Mangiulli I, Battista F, Howe ML. External and internal influences yield similar memory effects: The role of deception and suggestion. *Front Psychol*. 2023; 14:1081528. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1081528
54. Parton DM, Chester DS. Aggression by omission: Redefining and measuring an understudied construct. *Aggress Behav*. 2024; 50(1):e22123. doi: 10.1002/ab.22123
55. Paulhus DL, Curtis SR, Jones DN. Aggression as a trait: The dark tetrad alternative. *Curr Opin Psychol*. 2018; 19:88–92. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.04.007
56. Preuter S, Jaeger B, Stel M. The costs of lying: Consequences of telling lies on liar's self-esteem and affect. *Br J Soc Psychol*. 2024; 63(2):894–908. doi: 10.1111/bjso.12711
57. Rassin E, de-Roos M, van-Dongen J. Dark personality traits and deception, and the short dark tetrad (SD4) as integrity screening instrument. *Sci Rep*. 2024; 14(1):311. doi: 10.1038/s41598-023-50968-7
58. Recuero R. The platformization of violence: Toward a concept of discursive toxicity on social media. *Soc Media Soc*. 2024; 10(1). doi: 10.1177/2056305123122426
59. Risser S, Eckert K. Investigating the relationships between antisocial behaviors, psychopathic traits, and moral disengagement. *Int J Law Psychiatry*. 2016; 45:70–4. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.012
60. Salavera C, Urbón E, Usán P, Antónanzas JL. Parental styles and aggressive beliefs. The mediating role of affects. *An Psicol*. 2024; 40(1):76–84. doi: 10.6018/analesps.532741
61. Schmitt HS, Sindermann C, Li M, Ma Y, Kendrick KM, Becker B, et al. The dark side of emotion recognition – Evidence from cross-cultural research in Germany and China. *Front Psychol*. 2020; 11:1132. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01132
62. Sheveleva MS, Permyakova TM, Kornienko DS. Perfectionism, the impostor phenomenon, self-esteem, and personality traits among russian college students. *Psychol Russ*. 2023; 16(3):132–48. doi: 10.11621/pir.2023.0310
63. Snyder S. Pseudologia fantastica in the borderline patient. *Am J Psychiatry*. 1986; 143(10):1287–9. doi: 10.1176/ajp.143.10.1287
64. Soliemanifar O, Soleymanifar A, Afrisham R. Relationship between personality and biological reactivity to stress: A review. *Psychiatry Investig*. 2018; 15(12):1100–14. doi: 10.30773/pi.2018.10.14.2
65. Subra B. Why are narcissists more likely to be aggressive? The role of hostile attribution bias. *Int J Psychol*. 2023; 58(6):518–25. doi: 10.1002/ijop.12924
66. Tanner MK, Hohorst AA, Westerman JD, Mendoza CS, Han R, Moya NA, et al. Pharmacological manipulations of the dorsomedial and dorsolateral striatum during fear extinction reveal opposing roles in fear renewal. *Neurobiol Learn Mem*. 2024; 212:107937. doi: 10.1016/j.nlm.2024.107937
67. ten-Brinke L, Raymundo I, Mukherjee M, Carney DR. Some evidence that truth-tellers are more attractive than liars. *Pers Soc Psychol Bull*. 2023; 1461672231207567. doi: 10.1177/01461672231207567
68. Théberge D, Gamache D. An appraisal of narcissistic rage through path modeling. *J Interpers Violence*. 2023; 38(1–2):nP796–nP818. doi: 10.1177/08862605221084746
69. Thom R, Teslyar P, Friedman R. Pseudologia fantastica in the emergency department: A case report and review of the literature. *Case Rep Psychiatry*. 2017; 2017:8961256. doi: 10.1155/2017/8961256
70. Turi A, Rebeleş MR, Visu-Petra L. The tangled webs they weave: A scoping review of deception detection and production in relation to dark triad traits. *Acta Psychol (Amst)*. 2022; 226:103574. doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103574
71. van-Swol LM, Polman E, Paik JE, Chang CT. Effects of gain/loss frames on telling lies of omission and commission. *Cogn Emot*. 2022; 36(7):1287–98. doi: 10.1080/02699931.2022.2105307
72. Verschuere B, Spruyt A, Meijer EH, Otgaar H. The ease of lying. *Conscious Cogn*. 2011; 20(3):908–11. doi: 10.1016/j.concog.2010.10.023
73. Webster GD, Nezelek JB. Daily aggression domains differentially relate to daily affect and self-esteem. *Aggress Behav*. 2024; 50(1): e22114. doi: 10.1002/ab.22114
74. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD). Genève (CHE), v. 2024-01. [Internet] <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> Wright GR, Berry CJ, Catmur C, Bird G. Good liars are neither 'dark' nor self-deceptive. *PLoS One*. 2015; 10(6): e0127315. doi: 10.1371/journal.pone.0127315



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DEFINITIONS AND CONCEPTS



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

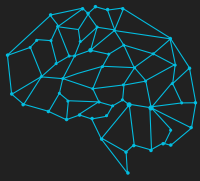
¿QUÉ ES LA TRÍADA OSCURA (Y LA TRÍADA LUMINOSA) DE LA PERSONALIDAD?

WHAT IS THE DARK TRIAD (AND THE LIGHT TRIAD) OF PERSONALITY?

Jesus Cobo

Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí - I3PT CREA - CIBERSAM (Sabadell, España).
Departament de Psiquiatria, Universitat Autònoma de Barcelona (Bellaterra, España).

Correspondencia: Jesus Cobo. Email: jcobo@tauli.cat



RESUMEN

El artículo pretende realizar una definición crítica de la denominada Tríada Oscura de la Personalidad. Se trata de una combinación de maquiavelismo, narcisismo y psicopatía que parece se da en alta proporción en personas con ambiciones de representación política. Por otra parte, se presentan las principales características de la Tríada de Personalidad opuesta, la Tríada Luminosa de la Personalidad, consistente en una combinación de fé en la humanidad, kantismo y humanismo, y proporciona un marco de rasgos positivos de personalidad que también influyen en las actitudes y comportamientos individuales. Igualmente, pone la Tríada Oscura en un contexto de relevancia a la hora de evidenciar la influencia de esta personalidad entre algunas personas dedicadas a la política.

Palabras Clave: Personalidad; Tríada Oscura; Tríada Luminosa; Maquiavelismo; Psicopatía; Sociopatía; Narcisismo.

ABSTRACT

The article aims to provide a critical definition of the so-called Dark Triad Personality. It is a combination of Machiavellianism, narcissism and psychopathy that seems to occur in high proportion in people with ambitions for political representation. On the other hand, it presents the main characteristics of the opposite Personality Triad, the Luminous Personality Triad, consisting of a combination of faith in humanity, kanticism and humanism, and provides a framework of positive personality traits that also influence individual attitudes and behaviours. It also puts the Dark Triad in a relevant context by highlighting the influence of this personality among some people involved in politics.

Keywords: Personality; Dark Triad; Light Triad; Machiavellianism; Psychopathy; Sociopathy; Narcissism.

ARTÍCULO:

La personalidad de las políticas y políticos es un tema de discusión en foros intelectuales y no tan intelectuales en todo el mundo. Como ciudadanos/as y como profesionales, siempre hemos sentido curiosidad por los motivos que llevan a uno u otra de nuestros/as conciudadanos o conciudadanas a entrar en este difícil "campo minado" que supone la arena política. En estos aspectos del análisis académico de la Psicología Política, uno de los conceptos que más se ha explorado últimamente se refiere a la conceptualización de la Tríada Oscura, o Tríada de Sombras de la Personalidad, "the Dark Triad". Pero también es muy interesante la conceptualización de su opuesto, la "Light Triad" o Tríada Luminosa de la Personalidad, por Rolfe Daus Peterson y Carl L. Palmer (2021).

La Tríada Oscura de la Personalidad ha sido estudiada previamente por diferentes autores a nivel internacional, sobre todo en USA. Los primeros que la describieron fueron Paulhus y Williams en 2002 (Paulhus y Williams, 2002; Furnham, Richards, & Paulhus, 2013), seleccionando los tres componentes claves de la personalidad "oscura": maquiavelismo, narcisismo y psicopatía.

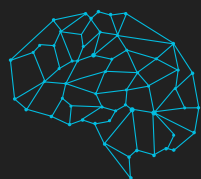
El maquiavelismo se describe aquí como una tendencia a manipular a los demás para sus propios fines. Es un estilo interpersonal con desprecio cínico por la moralidad y un enfoque en el interés propio y el beneficio personal.

El narcisismo incluye un sentido exagerado de la autoestima, la búsqueda de gratificación por vanidad o la admiración egoísta de los propios atributos.

La psicopatía es una falta de empatía o remordimiento por las propias acciones. Es un rasgo de personalidad caracterizado por un comportamiento antisocial y audaz en el sentido de impulsivo, pero sin empatía ni remordimiento.

La Tríada Oscura ya había sido descrita previamente como una personalidad característica de ciertos políticos y políticas, consistente en esta combinación de maquiavelismo, narcisismo y psicopatía. Por contra, la Tríada Luminosa descrita inicialmente por Kaufman y colaboradores (2019) y desarrollada después por Peterson y Palmer (2021), consiste en una combinación de fé en la humanidad, kantismo y humanismo, y proporciona un marco de rasgos positivos de personalidad que también influyen en las actitudes y comportamientos individuales.

El kantismo en la Tríada de la Luz consiste en la visión de que los individuos tienen un propósito distinto, en lugar de ser meramente un medio para un fin; el humanismo, es la creencia en la valía de todos y todas, en oposición a enfatizar la propia valía; y, finalmente, la fe en la humanidad es la idea de que todas las personas son fundamentalmente buenas. Aunque esta Tríada Luminosa se da frecuentemente unida, la fuerza de esta asociación no es tan intensa como la de la Tríada Oscura.



A nivel de ambición política, cuanto más rasgos oscuros presenta un individuo, más probable es que responda en las encuestas que ha pensado en presentarse a las elecciones... y que se siente capacitado para ello. Al igual que en estudios anteriores, la Tríada Oscura mantiene una relación sustancial con la ambición incipiente para entrar en política.

Por otra parte, sólo un rasgo de la Tríada de la Luz es significativo de ambición política: la Fe en la Humanidad. Los individuos que puntúan más alto en confianza en los demás y en la creencia de que la gente es buena en general tienen más probabilidades de considerarse cualificados para presentarse a las elecciones. En cambio, las otras "patas" de la Tríada de la Luz (kantismo y humanismo), no entran en el modelo estadístico (Peterson y Palmer, 2021).

Cuando se estudia la participación política, social y solidaria (ONG o "charitable" en inglés), los encuestados que puntúan más alto en maquiavelismo tienen una tendencia positiva a participar en todas las dimensiones de la participación, ya sea política, social o benéfica. Entre los restantes rasgos de la Tríada Oscura, vemos que el narcisismo se asocia positiva y significativamente con respecto a la voluntad de participación política, así como a la participación benéfica, pero no a la participación social. Además, quizá lo más importante sea señalar que, mientras que la psicopatía también se asocia positiva y significativamente con la participación política en sí, no está relacionada con la participación social y benéfica (Peterson y Palmer, 2021). O sea, los más psicópatas se dedican únicamente a la política, y desdeñan el resto de participación social.

Al examinar los rasgos de la Tríada de la Luz, observamos resultados contradictorios: la Fe en la Humanidad se asocia positiva y significativamente con los elementos de participación política y benéfica, pero no con la participación social. El humanismo se asocia positiva y significativamente en el modelo de participación social y, aunque no significativamente, con la participación política, y se aproxima a los niveles convencionales de significación en el modelo de participación benéfica ($p=0.07$). El kantismo no parece estar relacionado empíricamente con ninguna forma específica de participación, ya sea política, social o benéfica en este estudio (Peterson y Palmer, 2021).

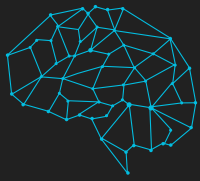
Las implicaciones de este concepto y de sus últimas investigaciones son también interesantes. Sobre todo, nos ayudan a entender cómo determinados perfiles de personas (especialmente aquellas "oscuras") se alinean con la am-

bición política, lo cual tiene implicaciones ciudadanas. No estoy diciendo que tengamos que hacer un "perfil de personalidad" a nuestros políticos o políticas, pero sí quizás que como ciudadanos y ciudadanas, estemos atentos a estas características de la Tríada Oscura e intentemos no apoyar su carrera política ni sus intenciones personales, evidentemente "oscuras" independientemente del punto del arco político que representen.

Por otra parte, al saber detectar que las características personales de la Tríada Luminosa se dan también unidas, podremos detectar aquellas personas dedicadas realmente a la labor política en bien de la ciudadanía, independientemente también del punto del arco político que representen.

Pero este concepto también nos sirven para acercarnos al problema del bien y del mal en el mundo, y más concretamente, de las personas "buenas" y por contraposición de las personas "malvadas". En la reciente revisión de Peter Muris y colaboradores (2017), sobre la naturaleza de la Tríada Oscura de la personalidad, se destaca como esta tríada oscura es una precursora muy importante de conductas transgresoras y que violan las normas sociales (en el sentido positivo del término). La tríada oscura se da intensamente unida, aunque es el componente psicopático en sí realmente el que otorga características de "maldad" al maquiavelismo y el narcisismo. Por otra parte, hay un efecto de género, ya que estos rasgos oscuros se dan mucho menos frecuentemente en mujeres. Por otra parte, la tríada oscura además se asocia también con otros rasgos de personalidad no necesariamente negativos en sí mismos, como la apertura a la experiencia (incluyendo aspectos como la curiosidad intelectual y la imaginación creativa), la conciencia (definida como capacidad de organización, productividad, responsabilidad) y la extroversión (definida como sociabilidad y asertividad). Pero claramente la tríada oscura se asocia negativamente con la humildad, la honestidad, la sinceridad, las modestias, la generosidad y la amabilidad (incluyendo la compasión, el respeto, y la confianza en los demás).

En este sentido, un metaanálisis de Lebudu, Figura & Karwowski (2021), explora las relaciones entre la creatividad (potencial creativo, actividades y logros) y la Tríada Oscura de la personalidad. Los modelos metaanalíticos multinivel demostraron una asociación positiva pequeña pero significativa entre la creatividad y el narcisismo ($r = 0,15 [0,10, 0,29]$) y el maquiavelismo ($r = 0,06 [0,02, 0,09]$), pero no con la psicopatía ($r = 0,03 [-0,02, 0,07]$), con varios factores moderadores. Así,



los autores plantean como Steve Jobs puede considerado simultáneamente un prototipo de gran innovador y como “un símbolo de jefe prepotente, despiadado y egoísta, dispuesto a manipular y sacrificar a los demás en aras de la ejecución de sus ideas” (Lebuda, Figura & Karwowski, 2021).

Por otra parte, aunque el narcisismo de la Tríada Oscura sí se asocia a un mejor bienestar de la persona (medido tanto en cuanto a características hedónicas o eudaimónicas), la psicopatía y el maquiavelismo no se asocian a mayor bienestar. Además, las personalidades oscuras, no son “genios malvados”, como afirman algunas opiniones populares, ni significativamente más inteligentes que los demás, (O’Boyle, Forsyth & Banks, 2013).

Sin embargo, como destaca críticamente la revisión citada de Muris y colaboradores (2017), la mayoría de los estudios en el área son transversales, o sea evalúan la personalidad y sus consecuencias en un momento determinado de la evolución de las personas. Y además están basados sobre todo en auto-reportes, o sea, en voluntarios o voluntarias que puntúan subjetivamente sobre sus propias características de personalidad, todo lo cual está sujeto a muchas desviaciones. Por lo tanto, a nivel científico, necesitaríamos estudios prospectivos y longitudinales para comprender realmente la naturaleza de la Tríada Oscura, o de la Tríada Luminosa en su caso.

Mientras tanto, como dicen Peterson y Palmer (2021), “Si entendemos que la política es a veces un lugar oscuro en el que la competencia y el conflicto son endémicos, tiene sentido que algunas personas se sientan atraídas por la política y otras se sientan repelidas”. La participación ciudadana es una parte vital de la democracia, y por tanto tenemos que fomentar que las personas más destinadas a cumplir el bien común se vean atraídas por esta participación. Quizás necesitamos también otras formas de hacer política para que aquellos enlazados con la Tríada Luminosa puedan sentirse atraídos hacia ella.

ARTICLE

The personality of politicians and politicians is a topic of discussion in intellectual and not-so-intellectual forums all over the world. As citizens and as professionals, we have always been curious about the reasons that lead one or other of our fellow citizens to enter the difficult ‘minefield’ of the political arena. In this aspect of the academic analysis of political psychology, one of the concepts that has been most explored lately refers to the conceptualisation of the Dark

Triad, or Triad of Shadows of the Personality, ‘the Dark Triad’. But also very interesting is the conceptualisation of its opposite, the Light Triad of Personality, by Rolfe Daus Peterson and Carl L. Palmer (2021).

The Dark Personality Triad has been previously studied by different authors at the international level, especially in the USA. The first to describe it were Paulhus and Williams in 2002 (Paulhus & Williams, 2002; Furnham, Richards, & Paulhus, 2013), selecting the three key components of the ‘dark’ personality: Machiavellianism, narcissism and psychopathy.

Machiavellianism is described here as a tendency to manipulate others for one’s own ends. It is an interpersonal style with a cynical disregard for morality and a focus on self-interest and personal gain.

Narcissism includes an exaggerated sense of self-esteem, the pursuit of vanity gratification or selfish admiration of one’s own attributes.

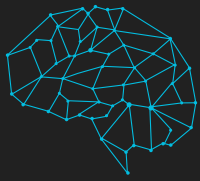
Psychopathy is a lack of empathy or remorse for one’s actions. It is a personality trait characterised by anti-social and bold behaviour in the sense of impulsive, but without empathy or remorse.

The Dark Triad has previously been described as a personality characteristic of certain politicians and politicians, consisting of this combination of Machiavellianism, narcissism and psychopathy. In contrast, the Light Triad, initially described by Kaufman et al. (2019) and further developed by Peterson and Palmer (2021), consists of a combination of faith in humanity, kanticism and humanism, and provides a framework of positive personality traits that also influence individual attitudes and behaviours.

Kantism in the Light Triad is the view that individuals have a distinct purpose, rather than being merely a means to an end; humanism is the belief in the worth of all, as opposed to emphasising one’s own worth; and, finally, faith in humanity is the idea that all people are fundamentally good. Although this Bright Triad often occurs together, the strength of this association is not as intense as that of the Dark Triad.

At the level of political ambition, the more dark traits an individual displays, the more likely they are to respond in surveys that they have thought about running for office... and that they feel qualified to do so. As in previous studies, the Dark Triad has a substantial relationship with incipient ambition to enter politics.

On the other hand, only one trait of the Triad of Light is significant of political ambition: Faith in Humanity. Individuals



who score higher in trust in others and in the belief that people are good in general are more likely to consider themselves qualified to run for office. In contrast, the other 'legs' of the Light Triad (kanticism and humanism), do not enter the statistical model (Peterson and Palmer, 2021).

When looking at political, social and charitable participation, respondents who score higher on Machiavellianism have a positive tendency to participate in all dimensions of participation, whether political, social or charitable. Among the remaining Dark Triad traits, we see that narcissism is positively and significantly associated with respect to willingness to participate politically, as well as charitable participation, but not with respect to social participation. Moreover, perhaps most importantly, while psychopathy is also positively and significantly associated with political participation per se, it is not related to social and charitable participation (Peterson and Palmer, 2021). That is, the most psychopathic engage only in politics, and disdain all other social participation.

When examining the traits of the Triad of Light, we observe contradictory results: Faith in Humanity is positively and significantly associated with the elements of political and charitable participation, but not with social participation. Humanism is positively and significantly associated in the social participation model and, although not significantly, with political participation, and approaches conventional levels of significance in the charitable participation model ($p=0.07$). Kantism does not appear to be empirically related to any specific form of participation, whether political, social or charitable in this study (Peterson and Palmer, 2021).

The implications of this concept and its latest research are also interesting. Above all, they help us to understand how certain profiles of people (especially the 'dark' ones) align with political ambition, which has implications for citizenship. I am not saying that we have to 'personality profile' our politicians, but perhaps as citizens, we should be aware of these characteristics of the Dark Triad and try not to support their political careers and personal intentions, which are obviously 'dark' regardless of which side of the political spectrum they represent.

On the other hand, by knowing how to detect that the personal characteristics of the Luminous Triad are also united, we will be able to detect those people who are truly dedicated to political work for the good of the citizenry, independently

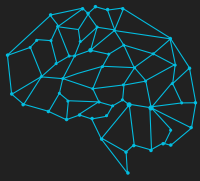
also of the point of the political arc they represent.

But this concept also helps us to approach the problem of good and evil in the world, and more specifically, of 'good' people and, in contrast, 'evil' people. Peter Muris et al.'s (2017) recent review of the nature of the Dark Triad of the personality highlights how this dark triad is a very important precursor of transgressive and norm-violating behaviour (in the positive sense of the term). The dark triad occurs intensely together, although it is the psychopathic component itself that actually lends 'evil' characteristics to Machiavellianism and narcissism. On the other hand, there is a gender effect, as these dark traits occur much less frequently in women. On the other hand, the dark triad is also associated with other personality traits that are not necessarily negative in themselves, such as openness to experience (including aspects such as intellectual curiosity and creative imagination), conscientiousness (defined as organisational ability, productivity, responsibility) and extroversion (defined as sociability and assertiveness). But clearly the dark triad is negatively associated with humility, honesty, sincerity, modesty, generosity and kindness (including compassion, respect, and trust in others).

In this regard, a meta-analysis by Lebudá, Figura & Karwowski (2021) explores the relationships between creativity (creative potential, activities and achievements) and the Dark Triad of personality. Multilevel meta-analytic models demonstrated a small but significant positive association between creativity and narcissism ($r = 0.15 [0.10, 0.29]$) and Machiavellianism ($r = 0.06 [0.02, 0.09]$), but not with psychopathy ($r = 0.03 [-0.02, 0.07]$), with several moderating factors. Thus, the authors argue that Steve Jobs can be seen simultaneously as a prototype of a great innovator and as 'a symbol of an overbearing, ruthless and selfish boss, willing to manipulate and sacrifice others for the sake of executing his ideas' (Lebudá, Figura & Karwowski, 2021).

On the other hand, while Dark Triad narcissism is associated with improved well-being (measured both in terms of hedonic and eudaimonic characteristics), psychopathy and Machiavellianism are not associated with improved well-being. Moreover, dark personalities are neither 'evil geniuses', as some popular views claim, nor significantly smarter than others (O'Boyle, Forsyth & Banks, 2013).

However, as the above-mentioned review by Muris et al. (2017) critically highlights, most studies in the area are

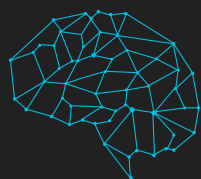


cross-sectional, i.e. they assess personality and its consequences at a particular point in time in people's development. Moreover, they are mostly based on self-reports, i.e. volunteers who subjectively rate their own personality characteristics, all of which is subject to many deviations. Therefore, on a scientific level, we would need prospective and longitudinal studies to really understand the nature of the Dark Triad, or the Light Triad as the case may be.

Meanwhile, as Peterson and Palmer (2021) put it, 'If we understand that politics is sometimes a dark place where competition and conflict are endemic, it makes sense that some people are drawn to politics and others are repelled'. Citizen participation is a vital part of democracy, and so we need to encourage those people who are most committed to fulfilling the common good to be attracted to this participation. Perhaps we also need other ways of doing politics so that those connected with the Luminous Triad can be attracted to it.

BIBLIOGRAFÍA

1. Furnham, A., Richards, S., & Paulhus, D. (2013). The dark triad: A 10-year review. *Social & Personality Psychology Compass*, 7, 199–216.
2. Furnham, A., Richards, S., Rangle, L., & Jones, D. (2014). Measuring malevolence: Quantitative issues surrounding the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 67, 114–121.
3. Kaufman, S.B., Bryce Yaden, D., Hyde, E., & Tsukayama, E. (2019). The Light vs. Dark Triad of Personality: Contrasting Two Very Different Profiles of Human Nature. *Front. Psychol.* 10, 1–26. doi:10.3389/fpsyg.2019.00467
4. Muris, P., Merckelbach, H., Otgaar, H., & Meijer, E. (2017). The Malevolent Side of Human Nature: A Meta-Analysis and Critical Review of the Literature on the Dark Triad (Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy). *Perspectives on Psychological Science*, March 2017; 12(2):183-204. DOI: 10.1177/1745691616666070
5. O'Boyle, E.H., Forsyth, D., & Banks, G.C. (2013). A meta-analytic review of the Dark Triad–intelligence connection *Journal of Research in Personality*, 47 (6), 789–794.
6. Paul A. Story dLebuda, I., Figura, B., & Karwowski, M. (2021). Creativity and the Dark Triad: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 92, 104088.
7. Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556–563.



CASO CLÍNICO

CLINICAL CASE

Recibido: 17/10/2024 . Aceptado: 02/12/2024

TRASTORNO BIPOLAR ASOCIADO A CABERGOLINA EN UNA PACIENTE JOVEN: CASO CLÍNICO EN UN HOSPITAL NACIONAL EN PERU

CABERGOLINE-ASSOCIATED BIPOLAR DISORDER IN A YOUNG PATIENT: A CASE REPORT IN A NATIONAL HOSPITAL IN PERU

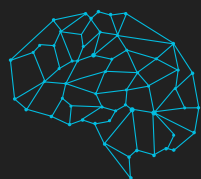
A.C. Niño-Puentes^{1,3,a}, R. Abanto-Marin^{1,3,b}, S. Quispe-Sigueñas^{2,3,c}, G. Aspilcuea-Montoya^{1,d}

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú. ²Universidad Nacional Federico Villareal. Lima, Perú. ³Hospital Víctor Larco Herrera. Departamento de Psiquiatría. Lima, Perú. ^aMagíster en Salud Mental Comunitaria. ^bMédico psiquiatra. ^cMédico cirujano.

^dEstudiante de Medicina Humana

Correspondencia: Asiri Cuyay Nathalie Niño Puentes. E-mail: asiri.nino@unmsm.edu.pe

Este caso clínico fue presentado como Póster
en el XXVII congreso peruano de Psiquiatría, Lima, noviembre 2023.



INTRODUCCIÓN

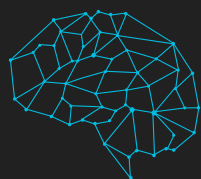
Los agonistas dopaminérgicos se consideran en la actualidad el manejo farmacológico de elección de la hiperprolactinemia asociada a micro o macroadenomas hipofisarios (Glezer et al., 2022). Dichos fármacos actúan promoviendo la normalización de los niveles de prolactina con la subsecuente corrección de los síntomas, entre ellos galactorrea y amenorrea (Molitch et al., 2000). La terapia con agentes agonistas dopaminérgicos incluye, derivados del cornezuelo de centeno, llamados también ergotamínicos, como la bromocriptina y cabergolina, los cuales actúan como agonistas potentes de los receptores de D2, reduciendo la recaptación de dopamina, induciendo de esta manera la producción y secreción de prolactina en la vía tuberoinfundibular. De igual manera se atribuye su efecto dopaminérgico en la vía nigroestriatal, por lo cual se ha evidenciado su utilidad en el manejo de los síntomas extrapiramidales en la Enfermedad de Parkinson (Weiser, 1998). El uso de la cabergolina ha demostrado ser un agonista puro de gran potencia, cuya vida media larga le confiere algunas ventajas con respecto a dosis requerida y frecuencia de la toma del medicamento (Ioachimescu et al., 2019). Las vías dopaminérgicas en el cerebro son la mesocortical relacionada con la conducta, mesolímbica encargada de la gestión emocional, sistema de recompensa y motivación, nigroestriatal asociada con las funciones motoras y tuberoinfundibular, esta última encargada de la producción de prolactina. Los efectos adversos asociados al uso de cabergolina, suelen aparecer con el inicio de la terapia y desaparecer conforme avanza el tratamiento, dentro de los más comunes se encuentran mareo, náuseas e hipotensión ortostática (Suárez et al., 2016). De igual manera, se han realizado publicaciones de casos de trastornos psiquiátricos, asociado a su uso en dosis altas, tales como trastornos del control de impulsos (compras compulsivas, ludopatía e hipersexualidad), y en menor medida psicosis, o síndrome de disregulación dopaminérgica en pacientes con enfermedad de Parkinson y consumo compulsivo de agonistas dopaminérgicos (Daray et al., 2014; Rovera et al., 2016).

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 21 años, procedente del área urbana de Lima, Perú. Estudiante de psicología, que en diciembre del 2022, acudió al servicio de endocrinología por cuadro de Galactorrea y amenorrea, sus exámenes de laboratorio en indicaron que los niveles plasmáticos de prolactina eran

de 536 uIU/ml, y la resonancia magnética cerebral contrastada no indicó algún cambio estructural. Se inició manejo con Cabergolina 0.25mg una vez, aumentando a 0.5mg a la semana desde la segunda semana. Luego de 1 semana del incremento de la dosis, notó un aumento de energía, dormía 2 horas al día, sentía euforia, realizó compras compulsivas y donaciones, su apetito disminuyó, tuvo ideas delirantes místico-religiosas y de grandeza, aceleración del pensamiento y cambios en su caligrafía. Presenta sensación de electricidad que recorre sus manos y antebrazos. Young Mania Rating Scale (autoaplicada): 21 puntos (Manía moderada). Es por ello que suspendió el consumo del medicamento y regresó a consulta de endocrinología. En febrero del 2023, sus niveles plasmáticos de prolactina fueron <0.5 uIU/ml. Se desconoce el motivo de elección de ese agonista dopaminérgico en este caso.

Tras el abandono del tratamiento nota que los síntomas iniciales desaparecen rápidamente e inicia con episodios de palpitaciones, dolor precordial y angustia autolimitados, que luego se asocian a llanto fácil, ánimo triste, anhedonia, distractibilidad, y olvidos. Adicionalmente presenta aislamiento social de forma progresiva, descuido de su aseo personal, y persiste con hiporexia, e hipersomnias; sin embargo, considera que sus síntomas se deben a patología hormonal, por esta razón, consulta nuevamente a Endocrinología en abril de 2023 por persistencia de cefalea y asociación a visión borrosa, se realiza nueva medición de prolactina: 746 uIU/ml, recomiendan reinicio de cabergolina a dosis bajas, sin embargo la paciente rechaza el tratamiento y acude a emergencias psiquiátricas en el mes de mayo 2023, por incremento progresivo de sus síntomas consistentes en: sensación de angustia y ánimo triste permanente, llanto, irritabilidad, hipersomnias, disminución del apetito con pérdida de peso, distraibilidad, ideas de culpa, minusvalía, y de muerte, adicionalmente, aplaza su ciclo universitario por deterioro progresivo de su rendimiento académico. Escala Hamilton de Depresión: 27 puntos (Muy severa) y Algoritmo de Naranjo para evaluar causalidad de reacción adversa a un medicamento (8): 5 puntos (Probable). Por la severidad de los síntomas depresivos y claro compromiso funcional de la paciente se decide iniciar manejo con sertralina 50mg/día y clonazepam 0.5mg en la noche, por ser medicamentos disponibles bajo la cobertura del Sistema integral de salud en hospitales nacionales, y su perfil de tolerancia. En los primeros 10 días presenta aparente mejoría del apetito, pero con incremento subjetivo de ansiedad, llanto y mayor deterioro



de habilidades sociales, asociado a temor de estar sola y salir de casa sin compañía, refiere que tiene control en centro de salud en donde suspenden el tratamiento por efectos adversos de tipo gastrointestinal como náuseas y epigastralgia.

Regresa a control por psiquiatría en junio del 2023 por presencia de síntomas predominantemente ansiosos, se incrementa la frecuencia e intensidad de las crisis de angustia, necesidad de dormir acompañada, llanto y temor ante la idea de salir de su casa y estar en espacios abiertos, manifiesta ideas de preocupación sobre su salud, y síntomas somáticos como dolor de cabeza, cuello y espalda, sudoración, temblores; durante la entrevista presenta postura retraída, se muestra intranquila, lábil, llorando, no mantiene el contacto visual, conducta pueril, requiere asistencia de su madre para responder a las preguntas, pero colabora con entrevista; evidencia inquietud motora, movimientos en manos y piernas, temblor distal en manos durante toda la entrevista. Presenta ideas de culpa, minusvalía, desesperanza; ideas de preocupación por su salud y pasivas de muerte sin ideación suicida estructurada. Hipoprosexia. Prospección alterada y Escala de Hamilton depresión: 35 puntos (Depresión severa), Escala Hamilton ansiedad: 32 puntos (Ansiedad severa). Se decide reiniciar el tratamiento farmacológico con escitalopram 10 mg/día por perfil de tolerabilidad y disponibilidad en el peticitorio institucional, teniendo en cuenta la aprensión de la paciente y su familiar ante el consumo de un nuevo medicamento por la experiencia previa con agonista dopaminérgico, y se adiciona clonazepam 0.5mg/ noche.

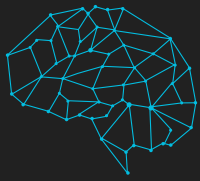
Acude a control a las 4 semanas, en julio del 2023, evidenciando que ingresa con vestimenta acorde a estación, maquillada (no extravagante), uso de accesorios (aretes y pulseras), facies de angustia, persiste aún con estereotipias tanto en manos y piernas, con evidencia de disminución en frecuencia e intensidad con respecto a la primera entrevista, fija mirada con el entrevistador, y es colaboradora, realiza preguntas sobre su salud. Discurso coherente, preocupaciones acerca de enfermedad y relación actual, ideas de minusvalía, no ideación autolítica, idea sobrevalorada sobre aspecto físico. Afecto ambivalente triste, predominantemente ansioso, Escala Hamilton Depresión: 18 (depresión moderada), Escala Hamilton de Ansiedad: 25 puntos (ansiedad moderada); se evidencia una disminución del 48% de los síntomas depresivos respecto a consulta previa, con persistencia de síntomas ansiosos. Se recomienda reinicio de controles por endocri-

nología, así como la práctica de ejercicios de relajación en su hogar, se incrementa dosis de escitalopram a 20mg/día (rechazado por la paciente), y se deriva a psicología para inicio de terapia cognitivo-conductual, por evidencia de mejoría sintomática y que tanto la paciente como su familiar indican que se siente menos insegura al salir de casa y puede cumplir con las sesiones de forma presencial.

Es evaluada al cumplir 12 semanas de tratamiento farmacológico, con apoyo psicoterapéutico e indica que ha reiniciado su ciclo universitario, continua con distractibilidad y persisten las ideas de minusvalía, culpa y distorsión de imagen corporal (aunque en menor intensidad), presenta episodios de emesis autoinducidos, ánimo triste e insomnio de conciliación, y refiere antecedente paterno (previamente desconocido) de posible diagnóstico de Trastorno Bipolar desde hace 20 años. Dentro de otros antecedentes psicopatológicos familiares, su hermana por línea materna cursa con depresión posparto y Madre con posible trastorno por consumo de alcohol. Por sospecha de Trastorno Bipolar inducido por fármacos se suspende ISRS y se inicia manejo con un estabilizador del afecto, Lamotrigina en titulación lenta, debido a su uso aprobado por FDA en depresión bipolar y como terapia de mantenimiento en trastorno bipolar I.

DISCUSIÓN

En la literatura científica se ha reportado con mayor frecuencia síntomas psicóticos y trastornos del control de impulso asociados al consumo de Cabergolina. Son pocos los casos que documentan - 5 - manía o hipomanía asociado al consumo de agonistas dopaminérgicos, en los cuales se presenta disminución de síntomas afectivos al suspender el ergotamínico y asociarlo al empleo de moduladores del estado del ánimo obteniéndose una remisión total de los síntomas, en general, durante el primer año del tratamiento. Existen pocos casos en la literatura que señalan el debut de Trastorno Bipolar tipo I asociado al uso de la cabergolina (Rovera et al., 2016). En un ensayo clínico realizado por Arduc et al. (2015), en el que se incluyeron 498 pacientes con diagnóstico de Hiperprolactinemia se observó una mayor eficacia de la cabergolina sobre la Bromocriptina, en la reducción de síntomas, disminución del tamaño del adenoma hipofisiario y niveles de prolactina. De igual forma, se describen en la literatura que debido a la menor frecuencia de consumo de cabergolina (1 o dos veces por semana) respecto a bromo-



criptina (diario), se favorece la adherencia al tratamiento y es mejor tolerado por los pacientes.

Harris et al. (2012) describe el caso de una mujer de 45 años con hiperprolactinemia sin tumor hipofisiario, quien presenta episodio único de manía secundario al tratamiento con cabergolina, que remite con estabilizadores del ánimo en un periodo de 10 meses. En el 2016, se publicó el caso de una paciente de 26 años que presentó un episodio maniaco inducido por la cabergolina, lo que sugiere que este medicamento puede ocasionar episodios hipomaniacos o maniacos en individuos susceptibles (Yüksel et al., 2016). En el 2022, se registró un caso de hipomanía inducida por cabergolina y quinagolida en el contexto de presentar un macroadenoma hipofisiario (Fucho-Rius et al., 2022), y en otros artículos describe que estos cambios del estado de ánimo sucedían en el contexto de la presencia de un adenoma hipofisiario (Lafuente et al., 2021; Mohapatra et al., 2017; Athanasoulia-Kaspar et al., 2018). En la paciente del presente caso, no se logró demostrar la presencia del adenoma hipofisiario, pero si estaba presente la hiperprolactinemia.

Al hacer la revisión de los casos reportados de manía asociada al uso de Cabergolina, cobra importancia adicional el hacer una evaluación sobre riesgo - beneficio del uso de este fármaco y otros derivados del centeno; es crucial tener en cuenta los antecedentes psiquiátricos de los familiares del paciente y el paciente mismo. De igual manera, debe considerarse que al inicio del tratamiento el uso de dosis bajas para prevenir la presentación de efectos adversos, y realizar una titulación lenta y progresiva hasta llegar a la dosis terapéutica de mantenimiento.

Un factor predominante a tener en cuenta en la definición del tratamiento en este caso fue la presencia de antecedentes familiares de trastornos del afecto, pues teniendo en cuenta el riesgo genético se incrementa la posibilidad de que se esté ante un trastorno bipolar primario. Sin embargo, en este caso se evaluó la forma de presentación, considerando que se trata de un trastorno bipolar inducido por medicamento, dado que el inicio de síntomas maniacos coincide con el uso de cabergolina y el viraje al polo depresivo con la suspensión de esta. En cuanto a la implementación de lamotrigina como estabilizador de ánimo, es una decisión que se toma a partir del momento en el cual la paciente informa de un posible antecedente familiar de trastorno bipolar, pues como Li et al. (2024) describen se ha encontrado evidencia del componente poligénico en esta patología que puede variar entre 40 y 70%.

CONCLUSIONES

En cuanto al uso de agonistas dopaminérgicos, se debe tener en consideración que no solo se asocian a la aparición de síntomas psicóticos, sino que se ha observado su asociación con trastornos del afecto como manía y depresión. Es recomendable la consideración de la presencia del antecedente de trastorno bipolar en la familia como un factor de riesgo al momento de la elección terapéutica de un agonista dopaminérgico.

De igual manera sería recomendable la suspensión progresiva de los agonistas dopaminérgicos en los casos de remisión de Hiperprolactinemia, pues en el presente caso, llama la atención que las conductas impulsivas de la paciente, así como la elevación del estado de ánimo, cesan de forma brusca al suspender la cabergolina; en adición, su estado de ánimo cambia a una condición depresiva severa con presencia de síntomas ansiosos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En relación con el presente artículo los autores declaran: Responsabilidades éticas Protección de personas y animales. Para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. En este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

FINANCIACIÓN

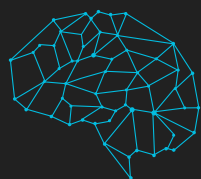
El presente artículo ha sido financiado por los autores.

CONFLICTO DE INTERES

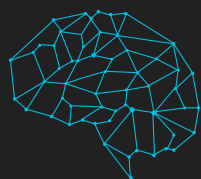
Los autores declaran no tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glezer, A., & Bronstein, M. D. (2022). Hyperprolactinemia. En K. R. Feingold et al. (Eds.), *Endotext*. MDText.com, Inc. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278958/>
2. Molitch, M. E., Drummond, J., & Korbonits, M. (2022, January 6). Prolactinoma management. En K. R. Feingold, B. Anawalt, M. R. Blackman, et al. (Eds.), *Endotext* [Internet]. MDText.com, Inc. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279174/>
3. Weiser, R. (2013, March 21). Agonistas dopaminérgicos. *Revista de Neuropsiquiatría* [Internet], 61, S38-S43. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1448>



4. Ioachimescu, A. G., Fleseriu, M., Hoffman, A. R., Vaughan lii, T. B., & Katznelson, L. (2019). Psychological effects of dopamine agonist treatment in patients with hyperprolactinemia and prolactin-secreting adenomas. *European journal of endocrinology*, 180(1), 31–40. <https://doi.org/10.1530/EJE-18-0682>
5. Suárez, I., Arcila, M., & Cruz, C. (2016). Desregulación dopaminérgica en enfermedad de Parkinson utilizando terapia de reemplazo dopaminérgica. *Psiquiatría y Salud Mental*, 33(1–2), 82–88.
6. Daray, F. M., & Rebok, F. (2014). *Neuropsicofarmacología: conceptos básicos*. Salerno.
7. Rovera, C., Cremaschi, L., Thanju, A., Fiorentini, A., Mauri, M., Serati, M., Lindenmayer, J., & Altamura, A. (2016). Cabergoline can induce mania with psychotic features in bipolar I disorder: A case report. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 94–95.
8. Arduc, A., Gokay, F., Isik, S., Ozuguz, U., Akbaba, G., Tutuncu, Y., Berker, D., Kucukler, F. K., Aydin, Y., & Guler, S. (2015). Retrospective comparison of cabergoline and bromocriptine effects in hyperprolactinemia: A single center experience. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(4), 447–453. <https://doi.org/10.1007/s40618-014-0212-4>
9. Harris, Y. T., Harris, A. Z., Deasis, J. M., Ferrando, S. J., Reddy, N., & Young, R. C. (2012). Cabergoline associated with first episode mania. *Psychosomatics*, 53(6), 595–600. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.01.005>
10. Yüksel, R. N., Elyas Kaya, Z., Dilbaz, N., & Cingi Yirün, M. (2016). Cabergoline-induced manic episode: Case report. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 6(3), 229–231. <https://doi.org/10.1177/2045125315626345>
11. Fucho-Rius, G., Cobo, J., Giménez, O., Cano, A., & Palao, D. (2022). Hipomanía inducida por cabergolina y quinagolida en un paciente con macroadenoma hipofisario: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Psicosomática y Psiquiatría*, 23, 1–12. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatr-num230934>
12. Lafuente, L., Guardia, A., Sánchez, T., Martínez-Bio, X., González-Rodríguez, A., Alberto, M., ... & Monreal, J. A. (2021). Agonistas dopaminérgicos para el tratamiento de microprolactinoma en pacientes con trastorno bipolar, a propósito de un caso: IV Simposio de Psicología y Psiquiatría, Barcelona, octubre 2021. *Psicosomática y Psiquiatría*, 19. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum19246>
13. Mohapatra, S., & Nayak, M. R. (2017). Cabergoline-induced mania in a patient of pituitary microadenoma. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(3), 350–351. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.207325>
14. Athanasoulia-Kaspar, A. P., Popp, K. H., & Stalla, G. K. (2018). Neuropsychiatric and metabolic aspects of dopaminergic therapy: Perspectives from an endocrinologist and a psychiatrist. *Endocrine Connections*, 7(2), R88–R94. <https://doi.org/10.1530/EC-17-0304>
15. Li, G., He, Q., Sun, M., Ma, Z., Zhao, H., Wang, Y., ... & Shen, Y. (2024). Association of healthy lifestyle factors and genetic liability with bipolar disorder: Findings from the UK Biobank. *Journal of Affective Disorders*, 364, 279–285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.001>



OBSERVATORIO EN SALUD MENTAL

REDES SOCIALES Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES

SOCIAL MEDIA AND ITS INFLUENCE ON ADOLESCENT MENTAL HEALTH

E. Hernández Encuentra¹, D. Molina², J. Artal³, J. Blanch⁴; R. Campos⁵, J.M. Farré⁶

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

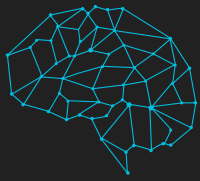
La presente edición del Observatorio parte de una investigación sobre las redes sociales para la salud mental adolescente. Se identifican, des de la literatura científica, algunos aspectos relevantes que permiten generar la discusión sobre el tema. Se remarca la necesidad de no basarse en apriorismos ni generalizaciones, y realizar análisis específicos y contextualizados, tal como la psicología ha abordado tradicionalmente los aspectos disciplinares.

Palabras clave: Salud mental; Redes sociales; Adolescencia; Alfabetización; Small data; Influencer.

ABSTRACT

This edition of the Observatory is based on research into social networks for adolescent mental health. Some relevant aspects are identified from the scientific literature that allow for discussion on the topic. The need to not rely on a priori assumptions or generalizations, and to carry out specific and contextualized analyses, as psychology has traditionally addressed disciplinary aspects, is emphasized.

Keywords: Mental health; Social media; Adolescence; Literacy; Small data; Influencer.



INTRODUCCIÓN

Eulàlia: En la intersección entre las plataformas digitales, la adolescencia y la salud, en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) estamos analizando cómo los chicos y chicas utilizan las redes sociales para gestionar su salud mental y bienestar emocional.

Este tema evoluciona no sólo junto con los cambios sociales, sino también con los tecnológicos. Ejemplo claro es la pandemia del COVID-19, que ha impulsado más el uso de tecnología y redes sociales en salud que ningún cambio tecnológico. Así, por ejemplo, en 2003 sólo se podía analizar qué información (unidireccional y con escasos hipervínculos) había sobre salud en Google. Pero, al menos desde 2019, la OMS, el gobierno de Finlandia, el Ayuntamiento de Barcelona y también la Generalitat de Catalunya empiezan a usar las redes sociales y los *influencers* para diseminar contenidos de salud general y mental. Veamos un ejemplo de hoy mismo (17.06.2024). Al entrar en Instagram, he encontrado un "reel" publicado por el Departament de Salut de la Generalitat. Se trata de un vídeo en el que aparece una chica que dice:

- te doy 5 claves para detectar la ansiedad

En los 30 segundos que dura el vídeo, la chica, que es una actriz de moda en una serie y a quien recurre el Departament de Salut para que ejerza de *influencer*, proporciona contenidos de salud mental y el contacto de un recurso de la red asistencial pública

Lo más relevante es que no se trata de una información que he tenido que buscar, sino que ha aparecido automáticamente en mi pantalla inicial en la plataforma, y que lo ha hecho como consecuencia de mis acciones y decisiones previas de navegación (como seguir el perfil del Departament de Salut en Instagram, o buscar perfiles y contenidos de salud mental). Es también relevante que el vídeo no sólo transmite una información (5 claves para detectar la ansiedad) sino que también invita a la acción (qué hacer y dónde acudir en el caso de que la detectes) e incluso proporciona una experiencia emocional (sentirse acompañado por alguien relevante). De hecho, la *influencer* es alguien relevante para el público al que se dirige el vídeo (los jóvenes), y por tanto, de algún modo está acompañando a quien ve el vídeo en una situación es-

pecialmente vulnerable, con lo que el efecto de la información es todavía mayor.

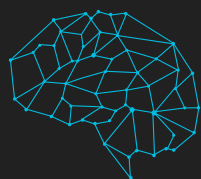
Me ha parecido relevante usar este "reel" para introducir el proyecto en el que estamos trabajando y, con ello, el tema de hoy, que es el del uso de las redes sociales para la salud mental adolescente.

REDES SOCIALES, SALUD MENTAL ADOLESCENTE, UNA FORMA DE ABORDAJE

El proyecto se llama *Ecologías de aprendizaje en salud mental de los adolescentes de Barcelona en plataformas digitales (ehealthlit4teen¹)* y el concepto, el de la alfabetización para la salud mental en jóvenes en plataformas digitales. Es un proyecto subvencionado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PID2021-127129OB-100) que pretende: describir cuáles son las formas que tienen los chicos y las chicas en Barcelona de la ESO, para informarse sobre salud mental, analizar cómo los servicios de salud se ofrecen a estos chicos en las plataformas digitales y, finalmente, intentar ver cuáles serían las claves para que estos dos grandes actores (los chicos que buscan y los servicios que se ofrecen), se encuentren y se gusten, por decirlo de algún modo (no que "simplemente" se detecten, sino que gusten y por tanto se usen). Después de un tiempo recogiendo y analizando información, ya evidenciamos que las necesidades y usos de uno y otro grupo a menudo transcurren por sendas paralelas, con lo que es difícil que confluyan.

Es igualmente complejo el abordaje que requiere esta situación, de naturaleza necesariamente interdisciplinaria. Para ello, contamos con un equipo de profesionales de la psicología, enfermería, comunicación y educación, que combina la experiencia en investigación, la práctica asistencial en jóvenes, y el conocimiento de la red asistencial del territorio (Barcelona, en este caso). De este modo, el Centre de Higiene Mental Les Corts forma parte, junto con la UOC, del equipo investigador del proyecto. Y a éste se une una psicóloga clínica infantojuvenil y una profesora de secundaria y ciclos formativos de la familia de salud. Finalmente, contamos con el apoyo del Consorci d'Educació de Barcelona para facilitarnos la entrada a los centros educativos y el Institut de la Infància y Adolescència de Barcelona, que ha compartido con nosotros su experiencia en los análisis del bienestar en la infancia y adolescencia en nuestra ciudad.

1. <https://blogs.uoc.edu/ehealthlit4teen/es/>



Este proyecto se apoya en 4 conceptos distintos: la alfabetización para la salud mental, las redes sociales, el diseño del comportamiento y las ecologías de aprendizaje.

La alfabetización para la salud mental en jóvenes se apoya en la definición revisada del australiano Anthony Jorm (2020) según el cual nos estaríamos refiriendo no sólo a conocimientos y creencias, sino también a acciones para el reconocimiento, gestión y prevención de la salud mental propia y de las personas próximas. El concepto de ecología de aprendizaje facilita enormemente el análisis de cómo se realiza esta alfabetización. Se trata de un concepto ampliamente trabajado entre 2015 y 2019 (González Sanmamed et al. 2019) y que pone el foco en el entramado de relaciones, acciones y actividades que hace una persona para capacitarse en un ámbito concreto; en este caso analizamos cuál es la ecología de aprendizaje de los adolescentes sobre salud mental.

Los adolescentes son usuarios intensivos de las redes sociales. En España, la población de entre 12 y 17 años ya ha usado un promedio de 5,6 redes sociales en algún momento de su vida y un promedio de 5,2 durante el último mes (IAB Spain, 2024). Es por ello, que las redes sociales han sido usadas desde hace unos años para acercarse al público adolescente en salud pública y salud mental (Engel et al, 2024). Este uso es analizado desde el máquetin social, para dar cuenta de la viralización de contenido de salud y salud mental a través de redes sociales, ya sea a través de creadores de contenido que, sin ser famosos, abordan contenidos de salud mental (McCosker, 2018) o a través de *influencers* (Jiménez-Marín et al, 2024). Pretorius et al. (2022) atribuyen el éxito de estas figuras híbridas de profesional-*influencer* al uso de formatos adaptados a los lenguajes y códigos de las plataformas en las que tienen presencia y a la interacción que generan con sus seguidores

El cuarto pilar del proyecto es el diseño del comportamiento, como un sello del grupo de investigación de la UOC (BdLab) en el que se enmarca el proyecto. Organismos como la ONU o la OMS, reconocieron en época de pandemia COVID-19 que la salud estaba basada en conductas: lavarse las manos, ponerse la mascarilla, mantenerse a distancia, o hacer ejercicio, alimentarse de forma saludable, dormir un intervalo de horas suficiente, etc. Indicaciones iniciales que evolucionaron hacia establecer como necesidad que los profesionales de la salud (en genérico) tuvieran en cuenta las aportaciones de las ciencias de comportamiento (ONU,

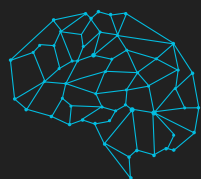
2021; WHO, 2022). Los profesionales de la psicología debemos aprovechar este reconocimiento (aunque tardío) para ejercer el liderazgo de nuestra especialidad.

Estos cuatro pilares son los que dan solidez al proyecto y permiten abordar la complejidad de la situación de estudio. Hasta ahora, hemos hecho entrevistas, encuestas, escucha activa en redes sociales y análisis de perfiles en redes. Los primeros resultados muestran algo con lo que no contábamos, a pesar de que los y las adolescentes buscan información sobre salud mental en redes sociales, no es el sitio donde van a buscar ayuda; prefieren las personas significativas de su entorno (familia y amigos) en una situación cara a cara. Los profesionales debemos tomar nota de ello y dar pistas a adolescentes y familias para "alfabetizarlos para la acción" en salud mental, y acompañar a los adolescentes donde puedan ayudarlos. Asimismo, hemos encontrado un porcentaje bastante importante de adolescentes que, a pesar de su malestar emocional, no pide ayuda, con lo que se agrava ese malestar y, en el momento en que reciben la información o la ayuda necesaria, el nivel de malestar ha aumentado y les cuesta más procesar la información. Necesidad de confidencialidad, creencia de autonomía y de no necesitar ayuda son barreras para la petición de ayuda que aumentan con la edad (en la franja 12-16 años). Finalmente, hemos encontrado un claro desconocimiento de los servicios asistenciales del territorio "físico", y también del "territorio virtual". Si ponemos todo esto en una coctelera: desconocimiento de los servicios, necesidad de autonomía, barreras para la búsqueda de información, no búsqueda de ayuda, no búsqueda de ayuda en profesionales, tenemos un panorama bastante complejo al que dar respuesta (Hernández et al., 2024).

En este contexto, vamos a analizar la evidencia científica hasta el momento sobre el uso de las redes sociales para la salud mental adolescente. Sin ánimo de exhaustividad, señalamos algunos trabajos significativos, por lo que muchos de ellos son revisiones sistemáticas.

REDES SOCIALES Y SALUD MENTAL ADOLESCENTE DESDE LA LITERATURA

La OMS recomienda un enfoque integral para promover la salud mental, utilizando diversos canales como medios digitales, además de los centros sociales, escuelas y comunidades (OMS, 2024). En esta línea, se han desarrollado estrategias de divulgación e intervención en salud mental en plataformas digitales como webs, blogs e redes sociales



(Instagram, TikTok), que facilitan el acceso y aceptación a información y recursos. Y en el caso de los adolescentes, se acercan a un entorno y lenguaje que intrínsecamente forma parte de su cotidianidad (Loades et al, 2024).

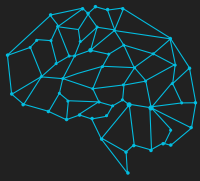
Existe evidencia científica de la aceptación y efectividad de las intervenciones basadas en redes sociales para mejorar la salud mental de los jóvenes (Ridout et al, 2018; Engel et al, 2024). La revisión de Kruzan et al. (2022), junto a esta evidencia, señala la necesidad de aprovechar la naturaleza de las relaciones entre pares *on* y *off-line*, explorar las intervenciones inmediatas y la necesidad de diseñar intervenciones escalables. Por lo que los profesionales no podemos considerar las redes sociales como un universo paralelo en nuestra práctica asistencial sinó, de la misma forma en que la viven los adolescentes, considerar el continuo *on-off line* y, especialmente, apoyarnos en ello. De hecho, no podemos obviar que el éxito de las primeras comunidades virtuales en salud (antes de 2010) radicaba precisamente en la relación que podía establecerse entre ambos lados de la pantalla.

Y ¿qué nos dicen las organizaciones referentes y regulatorias al respecto? En la misma línea que la revisión anterior, el APA, en 2023, publicó una declaración de la potencial utilidad de las redes sociales en las intervenciones en salud mental, a la vez que identificó posibles consecuencias de un uso intensivo de las redes. Pero lo más interesante del documento son las recomendaciones que incluye al final, que actuarían como requisitos para que una intervención en salud mental fuera primero adecuada, y luego efectiva en adolescentes y jóvenes. Se trata de la necesidad de que el uso de las redes sociales debe estar acorde al nivel de madurez de los chicos y las chicas, y que debe estar precedido de una alfabetización en su uso. Es decir, reclama la necesidad de información y formación para hacer un uso significativo y seguro. También da algunas indicaciones sobre cómo deben ser informados los jóvenes sobre este uso y cómo debe monitorizarse su privacidad para un uso positivo. Finalmente, una de las indicaciones más difíciles de seguir es el intentar evitar que se utilicen las redes sociales para la comparación social, precisamente porque este aspecto es una de los mecanismos que sustenta no sólo el uso de las redes sociales, sinó que también está en la base de muchas de las intervenciones psicológicas. En cualquier caso, los profesionales debemos conocer la referencia y guía del APA, que inspiran informes paralelos (US Department of Health and Health sciences, 2023).

Es difícil hablar de redes sociales, salud mental y adolescencia sin hacer mención, en un sentido u otro de la relación potencial entre su (mal) uso y problemas de salud mental, incluso la relación con cambios en las estructuras cerebrales.

Respecto al impacto en la salud mental de los jóvenes, las diversas revisiones arrojan resultados inconcluyentes (Valkenburg et al, 2022). Y en lo relativo a los cambios en las estructuras cerebrales, algunos estudios identifican cambios relacionados con el uso intensivo en niños entre 0-12 años en la corteza prefrontal, la amígdala y el núcleo estriado; por tanto, en emociones, recompensa y funciones ejecutivas (ej. Wu et al., 2023). Sin embargo, es imprescindible aludir a una investigación en Reino Unido publicada en *Nature Mental Health* (Panayiotou et al., 2023) realizada con más de 12.000 adolescentes ingleses. Los resultados evidencian que el tiempo de uso de las redes sociales no es el factor más determinante de la salud mental de los jóvenes. Si tradicionalmente habíamos estado tratando de identificar el tiempo adecuado de uso de las redes, deberíamos estar poniendo nuestra atención en otros aspectos como la satisfacción que el adolescente con la vida y cuán seguro se siente en el núcleo familiar y en el centro escolar la familia, como determinantes del bienestar. En la misma línea, un estudio norteamericano señalaba el rol de las predisposiciones psicológicas de los adolescentes (ej. sentimiento de soledad, falta de satisfacción con la vida) como variables a tener en cuenta al analizar el impacto de las redes sociales (Vaid et al, 2024). Estos resultados nos están diciendo que los adolescentes que usan las redes sociales y que tienen un buen apoyo, no tienen por qué sufrir los (supuestos) efectos perniciosos del uso de las redes sociales. Los profesionales de la psicología hace años que conocemos el efecto protector de los vínculos sociales fuertes y las relaciones satisfactorias en el bienestar, ¿por qué no lo hemos tenido en cuenta al analizar el uso que hacen los jóvenes de las redes sociales?

Estos efectos también parecen estar sujetos a ventanas de sensibilidad a las redes sociales. Según una investigación publicada en *Nature Communication* (Orben et al., 2022) realizada con una muestra de 17.000 jóvenes, identificó dos períodos de mayor sensibilidad a los efectos del uso de las redes sociales en su bienestar. Estas ventanas, se situaban entre los 11-13 años para las chicas y entre los 14-15 años para los chicos; y posteriormente en los 19 años para ambos, y en ellas era más probable establecer una relación entre el uso de las redes sociales y menor bienestar (ansiedad, en



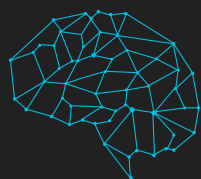
este caso). Pero son resultados que los autores piden tomar con prudencia, puesto que en un estudio anterior (Orben y Przybylski, 2019), el mismo equipo había identificado una relación entre beber leche y menor bienestar, o ir al cine y menor bienestar, e incluso entre comer patatas y menor bienestar. Con lo que dejan de manifiesto, de forma empírica, la necesidad de cautela ante el establecimiento de relaciones entre el uso de las redes sociales y el bienestar o malestar adolescente sin realizar un análisis riguroso.

Si bien parece ineludible (también por esperado) hacer mención de los posibles efectos adversos relacionados con el uso que hacen los adolescentes de las redes sociales, también lo es reconocer que la literatura, y la sociedad en todos sus ámbitos, a menudo señala sólo los aspectos negativos, no los positivos, que estás tienen (Orben, 2020). La revisión de esta autora remarca las carencias metodológicas de muchos de los estudios existentes, especialmente en el tamaño de las muestras, en no cuantificar el efecto de las relaciones, y en no tener en cuenta de forma diferencial el tipo de red social ni las diferencias individuales. Desgraciadamente, la existencia (atávica) de escasos estudios con un diseño longitudinal, también se refleja en los estudios de este ámbito. Es precisamente una revisión de estudios longitudinales sobre la relación entre el uso de pantallas y la salud mental adolescente la que subraya la necesidad de tener en cuenta el tipo de red social, el dispositivo, el uso específico y la motivación para ello (Tang et al, 2021). No deja de ser curioso que en un momento de proliferación de diversidad plataformas y dispositivos este (la diversidad de plataformas y dispositivos) no sea un aspecto ampliamente contemplado en las investigaciones.

Creo que podemos resumir la evidencia respecto al uso de las redes sociales para la salud mental adolescente en las ideas siguientes:

- Las redes sociales tienen un diseño que favorece el uso continuado (*scroll* infinito, reforzamiento con razón fija e intervalo variable, algoritmos prescriptores, automatismo de reposición de contenidos, retos...)
 - Existen unos momentos vitales de especial vulnerabilidad a las redes sociales
 - Las redes sociales amplifican, muestran, son alternativas a..., pero no causan
 - Hemos conducido a los niños y jóvenes al uso indiscriminado de las redes sociales sin saber cuál debe ser el resultado ni cómo limitarlo.
 - Para mitigarlo, hemos prohibido en algunos ámbitos el uso de redes sociales alargando la falta de competencias y postergando el problema.
 - Nos hemos centrado en la (supuesta) malignidad natural de las redes sociales de forma generalizada y acrítica.
 - Controlamos el acceso y el tiempo de uso, pero controlamos qué se hace con las redes, cómo se hace (¿contabilizaríamos el uso compartido con un adulto?) ni por qué se hace.
 - Los diseños metodológicos son fundamentalmente transversales, mostrando datos de un corte temporal y generalizando los resultados en extremo sin tener en cuenta la variabilidad individual ni, a menudo, distinguir por tipo de red social.
 - Hemos ido al *big data* sin tener en cuenta el *small data*, las especificidades.
- En resumen, que el objetivo del análisis del uso de las redes sociales para la salud mental debería ir más allá de la comparación entre usuarios y no usuarios, y analizar en qué circunstancias las redes sociales pueden tener un efecto concreto en la salud mental de los jóvenes.

Todos reconocemos que hemos dado un móvil, una tableta, una pantalla a niños sin saber (ni tan solo nosotros) cómo usarlo, para qué y en qué circunstancias. Bueno, pues ahí lo tienen, y ahora además estamos intentando regularlo. Nos hemos obcecado en la supuesta malignidad natural de las redes sociales cuando, efectivamente tienen un efecto, pero existe evidencia científica sobre efectos negativos y positivos. Incluso en el caso de que apoyemos nuestras afirmaciones en evidencia científica, la metodología de estos tiene evidentes carencias y no considera aspectos como los diseños longitudinales, el tipo de red que se utiliza, el tipo de dispositivo, la variabilidad individual, etc., conllevando a menudo resultados ambivalentes y no concluyentes. Y otra cosa importante es que hemos ido a analizar aspectos generalizadores, el *big data*: cuántas horas, cuántos chicos, en lugar de ir a buscar el qué, para qué, por qué, qué hace sentir, cómo un chico o una chica cree que podría utilizar de distinta forma esas redes sociales, etc. que sería situarnos desde el *small data*. O, como sintetizan en su revisión sobre el tema Sala y cols (Sala et al, 2024): "One size doesn't fit all (adolescents nor platforms), y en este caso el contenido entre paréntesis es relevante. Entonces, más allá de comparar entre usuarios y no-usuarios de una red concreta, creo que deberíamos ir para analizar en qué circunstancias las redes sociales, en este caso, pueden tener un efecto positivo en la salud mental de los chicos.



COLOQUIO

Diana Molina: Me parece un proyecto bastante ambicioso, en el que trabajáis con muchísimos datos, obtenidos de diferentes edades, entre 12 y 16 años. Al final lo que pretendéis es que el adolescente que se informe, pida ayuda lo más pronto posible, vaya a una acción útil lo más pronto posible, entiendo.

Eulàlia: Lo que pretendemos es básico, y a su vez necesario; que un adolescente sepa cómo informarse y dónde buscar ayuda sobre salud mental y bienestar emocional en el momento que lo necesite (para él o para otro).

Diana Molina: Y aquí parece ser que los adolescentes, se van a informar en las redes sociales, pero luego ¿Se dejan aconsejar por las familias?

Eulàlia: Exactamente, aunque buscan información en las redes, buscan la ayuda en las personas significativas próximas.

Diana Molina: ¿Cómo tenemos a las familias como proveedoras de esta información, si ellos son al final las personas que les van a ayudar? Yo me he quedado impresionada con todos los datos que has dado que creo los tendría como que poder asimilar, porque al final, por una parte, el tiempo usado en las redes sociales no es el principal factor que influye en la salud mental, pero luego hay otro estudio que sí que lo dice, son resultados contradictorios, ¿no?

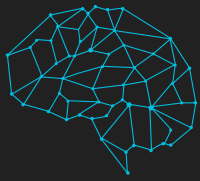
Eulàlia: Ese es el problema, que la evidencia hoy en día es contradictoria, las metodologías son muy distintas y no podemos atribuir relación causal entre un determinado uso y una determinada situación. Ante esto, ¿qué deberíamos hacer? De nuevo vamos a la conclusión extraída, no vayamos a los grandes datos, sino a analizar y a dar significado a cada situación (cuáles son las motivaciones de uso, qué piensa el joven mientras usa las redes, en qué situación lo hace, etc.), porque mirando grandes números ya hemos visto que no sacamos una conclusión. Pero, como os decía, a mí lo que más me impresionó fue el estudio que os comentaba antes de los adolescentes en Inglaterra (Panayiotou et al., 2023). Anteriormente, cuando nosotros analizábamos el uso que hacían los chicos y las chicas de las redes sociales para informarse sobre salud y salud mental, ya habíamos visto que, contrariamente a lo esperado, el uso de las redes sociales estaba relacionado con la autoestima, y sentimiento de seguridad y estabilidad en el núcleo familiar (Hernández et al., 2017).

Diana Molina: una cosa que has dicho me ha parecido muy interesante, los chicos que tenían la autoestima más alta, ¿Eran los que hacían más uso, mejor uso?

Eulàlia: Seguramente este es uno de los aspectos a analizar de forma pormenorizada, porque depende del instrumento de medida que uses puedes obtener resultados distintos (e incluso interpretar de forma distinta un mismo resultado). Pero la idea, contrastada con entrevistas, planteaba que los jóvenes con mayor uso de redes sociales eran los que se sentían más seguros de sí mismos y, a su vez, ese sentimiento era reforzado por un uso exitoso de las redes para la búsqueda de información sobre salud mental que buscaban y necesitaban.

Diana Molina: Y respecto a las formas en que los adolescentes se informan y los servicios que se ofrecen, ¿Quién ofrece esto? Te refieres a organismos públicos o a centros privados. ¿Quién ofrece los servicios?

Eulàlia: Diversos servicios. Nosotros hemos restringido el análisis para no caer también en la tentación de recurrir al big data e intentar analizar la gran cantidad de servicios a los que un adolescente puede acceder a través de su móvil (y ya hemos visto que en la tesitura de que te aparezca un contenido sin buscarlo activamente, se multiplican las opciones). De ahí que hicimos una escucha activa en las redes sociales de forma sistemática y con un programa específico para ver cuáles eran los contenidos y perfiles sobre salud mental y bienestar emocional que tenían más interacción con los adolescentes. Identificamos que entre los contenidos y perfiles con más interacción no aparecían los profesionales ni los servicios de salud mental, en cambio se trataba de *influencers* que difundían contenido sobre su tema o área específica de especialización y, en algún momento, introducían un contenido sobre el tema. Por ejemplo, una joven *influencer* cuya temática en redes gira entorno a la belleza que cuenta que ese día en concreto ha amanecido ansiosa, y muestra cómo se relaja maquillándose, bebiendo agua caliente, sacudiendo las manos y brazos, etc. Lo cierto es que tampoco podemos decir que los adolescentes se informen sobre salud mental con el visionado de estos vídeos, porque si tras el visionado les preguntas por el contenido, no son capaces de responder. Por tanto, los adolescentes no usan las redes sociales para buscar contenidos sobre salud mental, pero tampoco sabrían dónde hacerlo, ni tienen un referente específico en las redes que les hable de salud mental y de la forma en que ellos prefieren.



Lo que quieren es disponer de esta información (está bien que sea en redes sociales) en el momento en que lo necesitan, esa es la clave, por lo que tampoco sería muy útil que los profesionales fuéramos proporcionando información de forma ininterrumpida, que ejercería el efecto contrario, de rechazo (como bien sabemos los que estamos en contacto con adolescentes).

Diana Molina: Entonces, básicamente son los influencers los que dan información de salud mental mezclada con otras cosas, por lo que dices, ¿no?

Eulàlia: La mezcla de contenidos de salud mental con otros temas es característico de los *influencers*, sí, que deben su éxito entre los jóvenes precisamente por el formato y código que usan en sus contenidos. Lo que pasa es que los servicios de salud mental de jóvenes dependientes de organismos oficiales (Generalitat o Ajuntament de Barcelona), normalmente no tienen un perfil específico en redes sociales, por lo que necesariamente tienen que difundir todos sus contenidos (incluidos los de salud mental) dirigidos a jóvenes a través de perfiles genéricos y, por tanto, "mezclados".

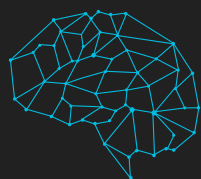
Jordi Blanch: el tema es muy interesante y muy actual y yo quería hacer una pregunta sobre una cuestión que has dicho. Es verdad, siempre estamos hablando de asociaciones y la asociación no siempre implica causalidad, un hallado casual y que a veces atribuimos una cosa a otra y no siempre es así, pero sí, aparte de que haya estudios contradictorios, a veces cuesta interpretar estas asociaciones; y segundo, lo que también has dicho, que tampoco sabemos cómo aconsejar, opinar o decidir en relación a toda esta temática ¿Cómo valoras tú iniciativas que hay en Barcelona también de limitar el uso de las pantallas móviles en las clases y que se está extendiendo ahora? Esto empezó en un instituto, en colegios y esto se está generalizando un poco por contagio. quizás no hay una normativa clara en esto y se están tomando decisiones: cada centro hace la suya, pero justamente si no hay una evidencia clara de perjuicio claro entonces lo que influye son bastantes variables contextuales de la persona o entorno familiar. Luego, tomar decisiones de este tipo no sé hasta qué punto pueden tener efectos quizás contradictorios o contraproducentes, porque quizás estamos intentando mejorar la socialización y la perjudicamos, porque estos niños se ven diferentes a los demás, ¿puedo saber tu opinión sobre estas medidas?; parecen muy populares, pero quizás tampoco son tan convenientes y no tienen una evidencia científica al menos clara, ¿no?

Eulàlia: Creo que estamos actuando como un péndulo, yendo de un extremo al otro y comportándonos, casi como los adolescentes, que ahora te quieren e idolatran y cinco minutos más tarde, te odian. Exactamente lo mismo. Entiendo que es una medida preventiva mientras, ninguno de nosotros (adultos, profesionales, jóvenes, organismos, etc.) sabemos exactamente cómo usar de forma correcta los dispositivos. La prohibición de uso de estos dispositivos y acceso a las redes sociales en la escuela es evidenciar esta situación (aunque sin decirlo abiertamente) y posponer el aprendizaje de buen uso de estos dispositivos al final de la educación secundaria (cuando no habrá restricción de uso) o fuera de los centros. Sólo posponemos, sin afrontar lo realmente interesante, que es aprender a usar herramientas que sean útiles para determinadas situaciones (en este caso, para informarse sobre salud mental y/o acceder a recursos disponibles). ¿Por qué no buscamos la forma de hacerlo en lugar de prohibirlo?

Por otro lado, no se trata tanto del tiempo que estás accediendo a las redes sociales, sino para qué lo haces y cómo lo haces. Lo mismo que si yo tengo un cuchillo, que puedo usarlo con distintas finalidades.

Efectivamente, la educación de los niños y jóvenes no debe delegarse en las pantallas, y en especial entre 0-6 años, pero hay que identificar en qué pueden ser útiles, y usarlas. Por tanto, hay que hacer un análisis fino, cuidemos el detalle; hay que analizar el *small data*, que al final es lo que los profesionales de la salud mental nos encontramos en nuestra práctica profesional, y no dejarnos llevar tanto por el *big data*.

J.M. Farré: hace pocos días pudimos asistir a un debate sobre el efecto del informe Pisa en la enseñanza en España y en su caso concretamente Cataluña, que no nos han dejado muy bien, que digamos. Estaban presentes en la Mesa, un director de instituto, un maestro y un psicólogo, que es un profesional muy conocido en este mundo, el Dr. Joaquim Puntí del hospital Parc Taulí. En el coloquio los asistentes se mostraron muy interesados y se debatió lo que ha preguntado el Dr. Jordi Blanch. Tú lo has dicho: lo importante no es el tiempo de uso, sino qué se hace, cómo se hace y es lo mismo que defendían el director del instituto y el maestro: esto no era el tema central. Con lo que estaban más conformes es con lo que habéis más o menos anunciado, sobre todo en tu contestación, no es el *big data* sino el *small data*. A nosotros no nos importa que se utilice, lo que nos gustaría saber



cómo utilizarlo para que esto fuera un feedback positivo para nuestros alumnos. Yo creo que las cosas van mucho más allá y la segunda pregunta que te quería hacer, se han hecho muchas cosas para adultos, lo miramos y hay de todo, desde emociones hasta psicooncología, etc., pero a mí hay una cosa muy importante, cuando se habla de emociones trans diagnóstico en los adultos, un estudio del grupo de Azucena García Palacios, en la Universitat Jaume I de Castelló de la Plana, preguntaban como desearían los adultos utilizar estos sistemas, relativamente sofisticados, para plantear el tratamiento. Lo que les vinculaba mejor no era pinchar el programa en línea ni siquiera utilizar los programas tan interesantes en webs, sino lo que les gustaba era el cara a cara con el terapeuta y que no hubiera un avatar por allí medio. En los adolescentes, que utilizan mucho más que nosotros las redes, ¿crees que esto también va a pasar? Lo digo por lo que has manifestado de los colegios y de los padres. ¿Creas que va a pasar qué al final la terapia, lo que les va a gustar es qué, a través de una web o a través de lo que sea, no digo que no sea online, es el cara a cara?

Eulàlia: me gusta que hayas utilizado los ejemplos de Joaquim Puntí y del grupo de Cristina Botella; nos conocemos desde hace años, y con ambos hemos colaborado en alguna actividad y/o proyecto. La respuesta a tu pregunta es que sí, los adolescentes nos han manifestado que cuando buscan ayuda para estos temas, no quieren ayuda en las redes, lo que quieren es ayuda cara a cara (Hernández et al., 2024). Explícitamente, si les preguntas: ¿Creas qué es mejor recibir la ayuda a través de una plataforma digital o recibirla cara a cara?, responden: cara a cara ¡Fantástico! De hecho, si hubieran dicho "a través de una plataforma digital", sería también fantástico, pero yo creo que incluso es mejor así, porque colocamos en su justa medida esa creencia de estar perdiendo el trato personal por el uso de las pantallas. Por tanto, los adolescentes, aunque sean unos usuarios intensivos de redes, siguen queriendo esa atención cara a cara para pedir ayuda cuando se encuentran mal. Eso no quiere decir que, por ejemplo, no utilicen el *scroll* infinito para relajarse o divertirse; o que usen buscadores para identificar o validar alguna preocupación que tienen, pero quieren la ayuda de especialistas, y de forma presencial.

J.M. Farré: bueno, nosotros después del COVID-19 también recurrimos a muchos videotratamientos online, es evidente. Supongo que, gracias estas opciones hemos podido controlar mejor el proceso terapéutico.

Yo lo que hablaba es de esto que has dicho tú, que me parece muy importante, del *big data* versus el *small data*. Recuerdo un número monográfico de la revista de Psicología y Psiquiatría que dirigió Rubén Nieto sobre los adultos, no sobre los niños y me sorprendió por el abordaje emocional es lo que más les gusta, "dejémonos de avatares, lo que queremos es vernos".

El centro sobre el que os movéis vuestro grupo de investigación es el un centro de Les Corts, en Barcelona, que es una muy conocida, pero supongo que estéis también en contacto con otros grupos de trabajo.

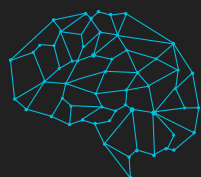
Eulàlia: En nuestro equipo de investigación hay profesionales del centro de Les Corts, porque no entendemos un equipo que trabaje este tema sólo desde la Universidad, por lo que es imprescindible trabajar junto con profesionales asistenciales. Pero el análisis de la situación de la alfabetización de los adolescentes de Barcelona en redes sociales lo hemos hecho con base a una muestra representativa de centros de secundaria de toda la ciudad.

Diana Molina: Eulàlia, muchísimas gracias por tu por tu charla, creo que muy clarificadora. Los periodos evolutivos de sensibilidad a las redes sociales, me parece un tema muy curioso. No sé en qué sentido, porque las ventanas de tolerancia en las redes sociales, están en muchos matices y aspectos.

Eulàlia: Para finalizar, me gustaría añadir que el estudio publicado en Nature que relacionaba horas de uso de redes sociales y malestar emocional, identificó que tanto el grupo de los que más las usaban como el grupo que menos las usaban, eran los que tenían más malestar a los 19 años. Eso es importante porque, claramente, otra vez se pone sobre la mesa que el problema no es el uso en cuanto a número de horas, sino un conjunto de variables contextuales y no podemos generalizar. Hay muchísimas variables más que intervienen, incluso las ventanas de sensibilidad a las propias redes; por tanto, el abordaje del tema de las redes sociales y la salud mental merece un análisis pormenorizado.

Diana Molina: Sí, como decía Jordi Blanch, sobre el tema de las variables contextuales que hay muchas más situaciones que están influyendo en el efecto de las redes sociales y no se si lo tenemos presente. Considero que hace falta una mayor reflexión, para no demonizar las redes sociales ni tampoco para decir que son fantásticas.

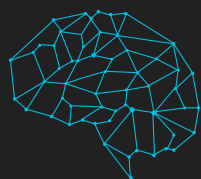
Muchísimas gracias, Eulàlia por tu charla y por habernos dado estas pinceladas. La verdad es que nos han abierto otras ventanas.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychological Association (2023). Health Advisory on social media use in adolescence. <https://www.apa.org/topics/social-media-internet/health-advisory-adolescent-social-media-use>
2. Engel, E., Gell, S., Heiss, R., & Karsay, K. (2024). Social media influencers and adolescents' health: A scoping review of the research field. *Social Science & Medicine*, 340: 116387. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116387>
3. González-Sanmamed, M., Muñoz-Carril, P. y Santos-Caamaño, F. (2019). Key components of learning ecologies: A Delphi assessment. *Br J Educ Technol*, 50: 1639-1655. <https://doi.org/10.1111/bjet.12805>
4. Hernández Encuentra, E., Boixadós Anglès, M., Casañas Sánchez, R., Merino Rubio, L., Martín Fernández, J. & Lalueza Bosch, F. (2024). Cerca d'ajuda per a la salut mental i benestar emocional en l'alumnat de secundària de Barcelona. [Póster]. *Revista de psicopatologia y salud mental del niño y del adolescente*, 44, 122 <https://www.fundacioorienta.com/producte/revista-semestral-no-44>
5. Hernández, E., Perpiñà, M., Guilmón, N., Malo, S., Viñas, F., Reinoso, M., Pousada, M., y Gómez, B. (2017). Internet no sirve a los adolescentes para tomar decisiones sobre su salud. En JP Espada, MT González (comp). *3rd International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents, Book of abstracts* (p 212). Ediciones Pirámide.
6. IAB SPAIN (Ed.) (2024). *Estudio redes sociales 2024*. XV edición. IAB Spain / Elogia. <https://bit.ly/3Ygla1C>
7. Jiménez-Marín, G y Fernández-Osso, M (2024). Comunicación, marketing digital y salud. La imagen del influencers con finalidad social sanitaria. *Visual review*, 16 (2), 5229. <https://doi.org/10.62161/revvisual.v16.5229>
8. Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
9. Kruzan, K.P., Williams, K.D.A., Meyerhoff, J., Yoo, D.W., O'Dwyer, L.C., DeChoudhury, M., & Mohr, D.C. (2022). Social media-based interventions for adolescent and Young adult mental health: A scoping review. *Internet interventions*, 30: 100578. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100578>
10. Loades ME, Desrochers DM, Edgar S, Luximon M, & Sung B. (2024). Sharing information about mental health services: To reach adolescents where they are, we need to market early help provision on social media. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(1), 10-14. <https://doi.org/10.1177/13591045231209800>
11. McCosker, A. (2018). Engaging mental health online: Insights from beyond-blue's forum influencers. *New Media & Society*, 20(12), 4748-4764. <https://doi.org/10.1177/1461444818784303>
12. OMS (2024). *Salud mental de los adolescentes* [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
13. ONU (2021). *Nota orientativa del secretario general sobre las ciencias del comportamiento* [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/es/content/behaviouralscience/>
14. Orben, A., Przybylski, A.K., Blakemore, S.J., et al. (2022). Windows of developmental sensitivity to social media. *Nature Commun*, 13: 1649. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-29296-3>
15. Orben, A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55, 407-414 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>
16. Orben, A., Przybylski, A.K. (2019). Screens, Teens, and Psychological Well-Being: Evidence From Three Time-Use-Diary Studies. *Psychological Science*, 30 (5), 682-696. <https://doi.org/10.1177/0956797619830329>
17. Panayiotou, M., Black, L., Carmichael-Murphy, P. et al. (2023). Time spent on social media among the least influential factors in adolescent mental health: preliminary results from a panel network analysis. *Nature Mental Health*, 1, 316-326. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00063-7>
18. Ridout, B. and Campbell, A. (2018). The Use of Social Networking Sites in Mental Health Interventions for Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20(12):e12244.
19. Sala, A., Porcaro, L., y Gómez, E. (2024). Social media use and adolescents' mental health and well-being: an umbrella review. *Computers in human behavior reports*, 14: 100404. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2024.100404>
20. Tang, S., Werner-Seidler, A., Torok, M., Mackinnon, A.J., Christensen, H. (2021). The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 86, 102021. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102021>
21. US Department of health and health sciences (2023). *Office of the surgeon general Social media and youth mental health: The US surgeon general's advisory*. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/sg-youth-mental-health-social-media-advisory.pdf>
22. Vaid, S.S., Kroencke, L., Roshanaei, M. et al. (2024). Variation in social media sensitivity across people and contexts. *Scientific Reports*, 14: 6571 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-55064-y>
23. Valkenburg, P. M., Meier, A., & Beyens, I. (2022). Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Current opinion in psychology*, 44, 58-68. <https://doi.org/10.31234/osf.io/y8zdg>
24. WHO (2022). *Behavioural insights units. Setting up behavioural insights units for improved health outcomes: considerations for national health authorities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-2022-4886-44649-63372>
25. Wu, D, Dong X, Liu, D & Li, H. (16 Nov 2023). *How Early Digital Experience Shapes Young Brains During 0-12 Years: A Scoping Review*, *Early Education and Development*. <https://doi.org/10.1080/10409289.2023.2278117>

Los resultados recientes obtenidos en la investigación propia, se derivan del proyecto eHealthLit4Teen, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Ref. PID2021-127129OB-I00).



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, J. Gonzalez Sanchez⁷, A. Vargas⁷, A. Lobo Satué⁸

Asesor: 8 Catedrático emérito de Psiquiatría. UNIZAR.

Editor Asociado: 1 psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

Consejo de Redacción: 2 Psicóloga Hospital Universitario Dexeus; 3 Psicóloga HUD (Universidad Internacional de la Rioja); 4 Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. 5 Psiquiatra. CHUO. 6 MIR Psiquiatría. Hospital Universitario de la Rivera (Alcira-Valencia) 7 Psiquiatras Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Cd. De México. México.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa

AUTISMO Y MENOPAUSIA



EXPERIENCIAS COMUNES Y ÚNICAS DE LA MENOPAUSIA EN PERSONAS AUTISTAS Y NO AUTISTAS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

COMMON AND UNIQUE
MENOPAUSE EXPERIENCES AMONG AUTISTIC AND
NON-AUTISTIC PEOPLE: A QUALITATIVE STUDY

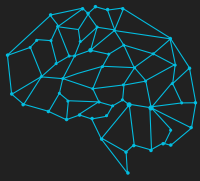
M.A Piper & R.A. Charlton

Journal of Health Psychology 2025

Palabras Clave: adults, autism spectrum disorders, menopause, menstruation, women

RESUMEN

Antecedentes: Históricamente, la investigación sobre el autismo se ha centrado en la infancia y ha habido pocos estudios en la mediana edad o en la vejez; solo el 0,4% de los estudios sobre el autismo en la última década se centraron en personas de 50 años o más (mason et al., 2022). También faltan investigaciones sobre el autismo en personas a las que se les asignó el sexo femenino al nacer. Dada la falta de personas mayores y mujeres en la investigación sobre el autismo, no



sorprende que se hayan realizado pocos estudios que investiguen cómo las personas autistas experimentan la menopausia. Las personas autistas informan síntomas angustiantes durante la menstruación que son distintos de los que experimentan las personas no autistas, incluidas sensibilidades sensoriales y dificultades para regular las emociones y el comportamiento (Steward et al., 2018). Por lo tanto, otros períodos de cambios hormonales (como la menopausia) podrían resultar particularmente desafiantes para las personas autistas.

MÉTODOS

Todas las participantes eran mujeres cis. En total, 15 personas autistas y 14 controles no autistas fueron evaluadas. Se incluyeron personas autistas si se autoidentificaban como autistas o tenían un diagnóstico formal de autismo. Las personas autoidentificadas como autistas completaron el Cociente del Espectro de Autismo (AQ), donde una puntuación superior a 32 indica rasgos autistas clínicamente significativos. En las entrevistas se solicitó información general sobre la menstruación, la menopausia y el acceso a apoyo. Se formularon preguntas sobre experiencias positivas y negativas de los síntomas físicos y psicológicos de la menopausia.

RESULTADOS

Aunque se realizó un análisis temático por separado para los grupos autistas y no autistas, los subtemas se agruparon en cuatro temas comunes: (1) Información sobre la menopausia, (2) Experiencias de la menopausia, (3) Apoyo médico para la menopausia y (4) Contexto de la menopausia. Cada uno de estos cuatro temas se compone de subtemas, que son exclusivos de un grupo o comunes a los grupos autistas y no autistas.

En el primer tema, las personas de ambos grupos no reconocieron los primeros signos de la menopausia porque no eran conscientes de lo que podría implicar y tenían una falta de educación al respecto. Las personas de ambos grupos explicaron que no saber acerca de los posibles síntomas de la menopausia significaba que se sentían confundidas y asustadas cuando los experimentaban por primera vez. Para varias personas no autistas, las amistades fueron importantes para compartir información sobre la menopausia. En cambio, las personas autistas describieron cómo la falta de apoyo social redujo la información que aprendieron naturalmente sobre la menopausia. Las personas autistas hablaron de la necesidad de que se les diera información científica sobre la menopausia de forma directa.

En cuanto al Segundo tema sobre las experiencias sobre la menopausia, Las personas de ambos grupos experimentaron una variedad de cambios psicológicos negativos durante la menopausia, desde la ira hasta el aislamiento social. Tanto las personas autistas como las no autistas hablaron sobre la creación de nuevos hábitos que promueven la salud durante la menopausia. Las personas autistas también describieron dificultades para interpretar cambios impredecibles en sus cuerpos debido a una mala conciencia corporal. En referencia al apoyo médico, la opinión sobre el tratamiento hormonal fue mixto en ambos grupos. En cambio, muchas de las personas autistas encontraron barreras para acceder a ayuda médica durante la menopausia. Las personas autistas sintieron que los médicos debían adoptar un enfoque diferente con los pacientes autistas. Muchas personas autistas tenían dificultades para confiar en los consejos de los profesionales médicos. Esto puede haber sido influenciado por experiencias de toda la vida sin un diagnóstico de autismo. En el último tema que se exploró sobre el contexto de la menopausia, no se hallaron diferencias entre grupos excepto en la sensación de pertenencia: varias personas autistas explicaron que su sensación de no encajar durante toda su vida se prolongó hasta la menopausia.

CONCLUSIONES

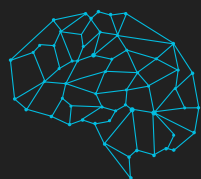
El análisis cualitativo identificó cuatro temas que describen experiencias comunes y únicas de la menopausia para personas autistas y no autistas. Las experiencias comunes se describieron en la mayoría de los términos de información, síntomas experimentados y antecedentes de la menopausia, mientras que hubo experiencias más singulares en torno al apoyo médico.

COMENTARIO

Es importante que los profesionales de la salud tengan en cuenta las diferencias de comunicación de los autistas y permitan diferencias en la forma en que se describen los síntomas para garantizar el tratamiento y el apoyo adecuados. Es vital realizar más estudios que examinen las experiencias de los grupos autistas y otros grupos neurodivergentes para apoyar el bienestar durante la menopausia.

BIBLIOGRAFÍA

1. M.A Piper & R.A. Charlton (2025). Common and unique menopause experiences among autistic and non-autistic people: A qualitative study. *Journal of Health Psychology* <https://doi.org/10.1177/13591053251316500>



Gemma Mestre Bach

TABACO Y TRASTORNOS ALIMENTARIO



PREVALENCIA ACTUAL DEL CONSUMO DE TABACO EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN METANÁLISIS Y METARREGRESIÓN

CURRENT TOBACCO SMOKING PREVALENCE IN INDIVIDUALS LIVING WITH EATING DISORDERS: A META-ANALYSIS AND META-REGRESSION

B.E. Valladão Flores, M.O. Pozzolo Pedro, G. Perrotte, M.A. Accari Pedrosa, L. Florence, L. Florio, J. Torales, A. Ventriglio, J.M. Castaldelli-Maia

Journal of Psychosomatic Research. 2025

Palabras Clave: smoking prevalence, eating disorders, women, Meta-regression, dsm5

RESUMEN

Antecedentes: Un creciente conjunto de pruebas sugiere una posible asociación entre la dependencia del tabaco y los trastornos alimentarios. Dados los efectos del tabaco supresores del apetito, su uso puede estar relacionado con conductas de control de peso entre personas con trastornos alimentarios. Este estudio tuvo como objetivo revisar la prevalencia del tabaquismo actual entre personas diagnosticadas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón.

Métodos: Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en bases de datos científicas internacionales para identificar estudios elegibles. Las tasas de prevalencia del tabaquismo se extrajeron y agregaron mediante modelos de efectos aleatorios. Se realizaron análisis de metarregresión y sensibilidad para explorar los factores que influyen en las tasas de prevalencia.

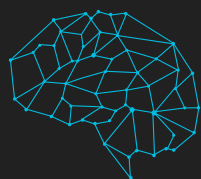
Resultados: El análisis final incluyó 30 estudios, que abarcaron 2970 personas con anorexia nerviosa, 5032 con bulimia nerviosa y 7704 con trastorno por atracón. La prevalencia agrupada de tabaquismo actual fue del 23,4 % para anorexia nerviosa, del 19,3 % para bulimia nerviosa (ajustada por sesgo de publicación) y del 11,9 % para trastorno por atracón. La metarregresión reveló que los estudios con proporciones más altas de participantes femeninas y aquellos que utilizan herramientas de diagnóstico no DSM informaron una prevalencia de tabaquismo significativamente menor en trastorno por atracón. Además, se observó una mayor prevalencia de tabaquismo en el trastorno por atracón en América del Norte y en estudios con años de publicación más recientes. No se identificaron covariables significativas en los modelos de metarregresión para anorexia y bulimia nerviosas. Los análisis de sensibilidad confirmaron la solidez de estos hallazgos.

Conclusiones: Este metanálisis destaca las elevadas tasas de tabaquismo actuales entre personas con AN y BN en comparación con la población general, particularmente entre las mujeres.

El reconocimiento formal del trastorno por atracón por parte del DSM-5 puede explicar los aumentos recientes en los datos de prevalencia en este grupo. Fumar puede servir como estrategia de control de peso en estos grupos, lo que subraya la necesidad de intervenciones integradas para dejar de fumar dentro del tratamiento de los trastornos alimentarios. Los hallazgos también revelan distintas influencias regionales y demográficas en el comportamiento de fumar en el trastorno por atracón, lo que sugiere un enfoque matizado para la prevención y la intervención en todos los subtipos de trastornos alimentarios.

Comentario: Conociendo los múltiples riesgos del consumo de tabaco, muchas personas con trastorno alimentario deciden mantener el consumo por miedo a su relación con el apetito. Se necesita incluir en los protocolos de intervención de trastornos alimentarios acompañamiento específico para afrontar los temores relacionados con el cese del consumo.

Ampliando el foco, varios estudios en población general (no específicamente en trastornos alimentarios), nos muestran que uno de los motivos para no cesar consumo tabáquico en población que consume es el miedo a aumentar de peso. Añadiríamos la importancia de tratar y ofrecer acompañamiento sobre el temor de aumentar de peso en los protocolos de deshabitación tabáquica en población general y específicamente en personas con trastornos alimentarios.

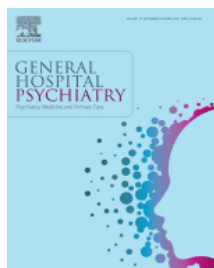


BIBLIOGRAFÍA

1. B.E. Valladão Flores, M.O. Pozzolo Pedro, G. Perrotte, M.A. Accari Pedrosa, L. Florence, L. Florio, J. Torales, A. Ventriglio, J.M. Castaldelli-Maia (2025). Current tobacco smoking prevalence in individuals living with eating disorders: A meta-analysis and meta-regression study. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112047>

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

TRASTORNO MENTAL SEVERO



RELACION ENTRE CARGA ALOSTÁTICA Y ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES CARDÍACAS EN PACIENTES ADULTOS JOVENES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

ASSOCIATION BETWEEN ALLOSTATIC LOAD
AND CARDIAC STRUCTURAL AND FUNCTIONAL
ABNORMALITIES IN YOUNG ADULTS WITH
SERIOUS MENTAL DISORDERS. CHEN PH, HSIAO
CY, WANG JK, KU HL, CHUNG KH, TSAI SY

General Hospital Psychiatry (2025).

Palabras clave : Schizophrenia, Bipolar disorder, Allostatic load index
Cardiac remodelling, Cumulative stress

RESUMEN

Objetivo: La carga alostática se refiere a las consecuencias fisiopatológicas de la adaptación no compensada al estrés crónico. Pocos estudios han investigado el efecto de la carga alostática en la salud cardíaca en pacientes con **trastornos mentales severos** (TMS), una población con alto riesgo de mortalidad cardíaca. En este trabajo evaluamos las asociaciones entre la carga alostática y la estructura y función cardíaca en adultos jóvenes con TMS.

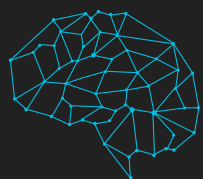
Método: Un total de 106 participantes menores de 45 años se sometieron a un estudio ecocardiográfico, examen de bioquímica sanguínea y análisis de recuento de células sanguíneas. Las imágenes ecocardiográficas se realizaron de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecocardiografía y la Asociación Europea de Imágenes Cardiovasculares. El índice de carga alostática se calculó utilizando 15 medidas que representan marcadores cardiovasculares, metabólicos e inflamatorios u oxidativos.

Resultados: El grupo TMS exhibió un índice de carga alostática significativamente más alto que el grupo de control (d de Cohen = 0,59). Además, mostraron un mayor grosor relativo de la pared del ventrículo izquierdo (LVRWT, d de Cohen = 0,39) y una relación E/A de la válvula mitral menos favorable (d de Cohen = 0,31), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (d de Cohen = 0,51) y tensión longitudinal global (d de Cohen = 0,71). Después de ajustar las características demográficas y clínicas, la regresión lineal múltiple reveló que el índice de carga alostática se asoció positivamente con LVRWT ($\beta = 0,255$) y negativamente con la relación E/A de la válvula mitral ($\beta = 0,247$) en el grupo TMS.

Conclusiones: Este es el primer estudio que sugiere que la carga alostática puede desempeñar un papel crítico en la remodelación cardíaca adversa acelerada entre pacientes jóvenes con TMS. Los estudios futuros deberían dilucidar los mecanismos subyacentes.

Comentario: El artículo no solo reviste un notable interés desde el punto de vista de la investigación, sino que también aporta enseñanzas y me sugiere reflexiones a valorar en nuestra práctica clínica. Antes de profundizar en el artículo, creo que es necesario una definición del concepto **remodelación cardíaca adversa acelerada que es uno de los conceptos que como psiquiatras debemos de tener en cuenta a partir de ahora con estos pacientes**. Este es un proceso patológico en el cual el corazón experimenta cambios estructurales y funcionales de manera más rápida y severa de lo esperado, generalmente en respuesta a una agresión como un infarto de miocardio, hipertensión arterial, miocardiopatías o sobrecarga de volumen o presión. Estos cambios incluyen hipertrofia, fibrosis, dilatación ventricular y alteraciones en la contractilidad, lo que conduce a una disfunción progresiva del miocardio.

Entre las reflexiones a las que me lleva el artículo, estaría en primer lugar, la necesidad de **desarrollar programas específicos para el tratamiento de los TMS en las salas de**



Hospital general, donde desde la interconsulta el psiquiatra puede tratar de introducir una visión multisistémica en su cuidado. Como se subraya en este estudio, los TMS no deben ser considerados únicamente desde una perspectiva psicopatológica, sino como trastornos de naturaleza multisistémica, con implicaciones metabólicas, cardiovasculares e inflamatorias que requieren una visión integral y una estrecha colaboración entre psiquiatría y otras especialidades médicas.

En segundo lugar, la arquitectura hospitalaria, la organización asistencial y la cultura clínica del personal de enfermería y médicos no están pensadas para abordar las necesidades específicas de un grupo importante de estos pacientes. Esto puede generar un incremento en el uso de contenciones mecánicas –en muchas ocasiones potencialmente evitables–, una mayor utilización de psicofármacos de forma subóptima o incluso altas prematuras con el consiguiente riesgo de reingreso. La enfermería de las unidades de enlace podría jugar un papel fundamental en la concienciación del personal sanitario en el manejo de estos pacientes.

En tercer lugar, el concepto de carga alostática que representa el impacto fisiopatológico acumulativo del estrés crónico y se asocia con alteraciones neuroendocrinas, inmunológicas y cardiovasculares que contribuyen al exceso de mortalidad en esta población.

En este estudio, la selección de biomarcadores como variables de análisis se fundamentó en dos fuentes principales: (1) la evidencia disponible en la literatura sobre carga alostática, con especial referencia a la revisión sistemática y metaanálisis citado en la referencia 28, que incluyó datos de 67.126 individuos, y (2) la propia trayectoria investigadora de los autores en el estudio de factores asociados a alteraciones cardiovasculares en pacientes con trastornos mentales severos (TMS).

Los biomarcadores utilizados en la investigación los clasifican en cuatro subíndices:

- Subíndice cardiovascular: frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica (rango de 0 a 3).
- Subíndice metabólico: IMC, glucosa en ayunas, triglicéridos, colesterol total, colesterol LDL y HOMA-IR (rango 0 a 6).
- Subíndice de inflamación y estrés oxidativo: recuento de leucocitos, NLR, MLR, PLR, PCR-as y ácido úrico (rango de 0 a 6).
- Puntuación total del índice de carga alostática: suma de los subíndices anteriores (rango de 0 a 15).

Las razones neutrófilos-linfocitos (NLR), monocitos-linfocitos (MLR) y plaquetas-linfocitos (PLR), son biomarcadores

inflamatorios y de estrés inmunológico que reflejan el equilibrio entre la activación del sistema inmune y su regulación.

Siguiendo los métodos establecidos en la literatura se identificaron los valores del percentil 75 para cada uno de los 15 biomarcadores. Los valores por encima del percentil 75 en los 15 biomarcadores se le asignó un 1 y los valores por debajo de este umbral se le asignó un 0. Posteriormente, se calculó la suma de estos valores de biomarcadores para determinar los distintos subíndices.

En cuarto lugar y dado que los pacientes con TMG presentan mayor grosor relativo de la pared ventricular izquierda (LVRWT) y peor relación E/A mitral, podría ser recomendable indicar una **interconsulta a cardiología** en todos los

- Pacientes con factores de riesgo cardiovascular previos.
- Individuos con signos de disfunción autonómica o síntomas inespecíficos como fatiga, disnea o edemas.
- Casos con carga alostática elevada según parámetros bioquímicos y clínicos.

La relación E/A de la válvula mitral es un parámetro ecocardiográfico que mide el flujo de sangre que pasa del atrio izquierdo al ventrículo izquierdo durante el ciclo cardíaco.

E: Representa el llenado rápido del ventrículo durante la diástole temprana, cuando la válvula mitral se abre y la sangre entra debido a la diferencia de presión entre la aurícula y el ventrículo.

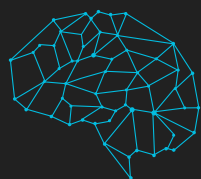
A: Representa la fase de llenado tardío del ventrículo, impulsada por la contracción auricular.

Una relación E/A normal (aproximadamente entre 1 y 2) indica que el ventrículo izquierdo se llena adecuadamente. Si E/A es baja (<1), sugiere disfunción diastólica con un ventrículo más rígido, como en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.

En quinto lugar, La modificación del Tratamiento Psicofarmacológico, en la medida de lo posible, en función del perfil metabólico y cardiovascular del paciente, utilizando fármacos con menor impacto cardiometabólico (ej., aripiprazol, Lurasidona, Cariprazina) y evitar Clozapina y Olanzapina si no son estrictamente necesarias.

Por último, se podrían tratar de implementar estrategias de reducción del estrés dentro de los programas de rehabilitación de estos pacientes.

- Técnicas de mindfulness y regulación emocional.
- Programas de actividad física supervisada.
- Intervenciones nutricionales específicas para mejorar la resistencia a la insulina y reducir la inflamación.



Volviendo de nuevo al propio trabajo y para terminar el comentario de esta investigación, resumimos las limitaciones del estudio que los propios autores señalan en el artículo.

1. **Diseño transversal**, lo que impide establecer causalidad.
2. **Muestra pequeña**, especialmente en el grupo control, lo que reduce la potencia estadística.
3. **Falta de datos sobre estilo de vida**, como tabaquismo, dieta, actividad física y sueño, factores clave en la salud cardíaca.
4. **Sesgo de memoria** en la información retrospectiva sobre medicación psicotrópica, dificultando evaluar su impacto.
5. **Medición parcial de la carga alostática**, sin incluir algunos marcadores clave (eje HHA, inflamación, estrés oxidativo).
6. **Sesgo de selección**, ya que todos los participantes fueron atendidos en hospitales docentes, limitando la generalización de los hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen PH, Hsiao CY, Wang JK, Ku HL, Chung KH, Tsai SY. Association between allostatic load and cardiac structural and functional abnormalities in young adults with serious mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2025 Jan 1;92:40–5.
2. (Referencia 28) McCrory C, McLoughlin S, Layte R, NíCheallaigh C, O'Halloran AM, Barros H, et al. Towards a consensus definition of allostatic load: a multi-cohort, multi-system, multi-biomarker individual participant data (IPD) meta-analysis. Vol. 153. *Psychoneuroendocrinology*. Elsevier Ltd; 2023.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Aunque el artículo relaciona la carga alostática con el funcionamiento cardíaco, me ha parecido de interés hacer una breve referencia a otro artículo que os señalo al final del párrafo, que hace ya algunos años leí en la plataforma INTRAMED y que plantea **el modelo de alostasis aplicado a la Salud mental**. Este se basa en la capacidad del cerebro para adaptarse y responder a distintas señales del ambiente y del propio cuerpo. Estas señales pueden ser pensamientos, emociones, recuerdos, necesidades fisiológicas y experiencias previas.

Cuando la **respuesta del cerebro es flexible y adaptativa**, la persona puede cambiar de pensamientos, emociones y comportamientos de manera adecuada según la situación. Esto es lo que llamamos **salud mental**.

Por el contrario, el **trastorno mental ocurre cuando esta flexibilidad se pierde**. En estos casos, el paciente queda atrapado en un pensamiento repetitivo (por ejemplo, una idea obsesiva), una emoción persistente (como la depresión) o una respuesta exagerada al entorno (como el miedo en los

trastornos de ansiedad). El modelo de alostasis sugiere una definición de la salud mental: como la capacidad de **respuesta** de la mente consciente e inconsciente a la gama completa de señales de muchas fuentes: pensamientos actuales, recuerdos personales y familiares, recuerdos y apetitos innatos

1. Bruce S. McEwen, PhD: Allostasis and the Epigenetics of Brain and Body Health Over the Life Course. *The Brain on Stress JAMA Psychiatry*. 2017;74(6):551–552.

LEGAL Y ETICA



SESIÓN CLÍNICA: EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DISPOSICIONAL EN PACIENTES MÉDICOS COMPLEJOS

C-L CASE CONFERENCE: ASSESSMENT OF DISPOSITIONAL CAPACITY IN MEDICALLY COMPLEX PATIENTS

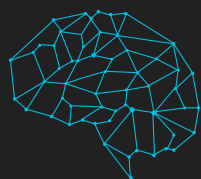
William Wylie, Mia Coleman, Cynthia Geppert, David Arciniegas, James Whiton, Davin Quinn

Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry (2024)

Palabras Clave: decisional capacity, delirium, cognitive impairment, dispositional capacity, cognitive testing, ethics.

RESUMEN

Presentamos el caso de un hombre de 76 años con deterioro cognitivo leve y delirium que fue derivado a psiquiatría de consulta-enlace para una evaluación de la competencia sobre su capacidad para tomar la decisión de seguir o no en su domicilio tras el alta. Los casos que involucran "capacidad disposicional" son complejos y cada vez más frecuentes, con consecuencias trascendentales para los pacientes y sus familias, pero rara vez se analizan en la bibliografía. En este artículo, expertos en evaluación funcional, cognición y ética brindan orientación para este escenario clínico, en función



de su experiencia y la literatura disponible. Revisamos el contenido y la formulación de las evaluaciones de terapia ocupacional y fisioterapia y su utilidad para el psiquiatra de consulta-enlace. También examinamos la relación del deterioro cognitivo con la capacidad de decisión y ofrecemos sugerencias sobre un enfoque estructurado para la evaluación. Finalmente, analizamos las consideraciones éticas y sistémicas de la capacidad disposicional y exploramos los posibles obstáculos que pueden conducir a conflictos interprofesionales y oportunidades perdidas en la atención al paciente.

CASO CLÍNICO

El Dr. X, un hombre de 76 años con antecedentes personales de demencia mixta (enfermedad de Alzheimer/vascular), trastorno convulsivo bien controlado, estenosis aórtica, enfermedad arterial coronaria, dislipidemia e hipertensión, acudió a urgencias desde la consulta de su médico de atención primaria debido a una mordedura de gato en la mano. Al llegar, el Dr. X estaba alerta y orientado en persona, situación, tiempo y lugar. Su temperatura (36,6 °C) y frecuencia respiratoria (18 rpm) estaban dentro de los límites normales, pero presentaba bradicardia (52 lpm) y presión arterial sistólica elevada (164/71 mmHg). Sus resultados de laboratorio eran normales, excepto por hemoglobina baja (4,39 millones/ μ L) y recuento de plaquetas reducido (146 millones/ μ L). Su mano estaba inflamada y dolorosa, con un rango de movimiento reducido.

El Dr. X asistía regularmente a consultas ambulatorias con atención primaria y neurología. Su diagnóstico de demencia se había realizado mediante pruebas neuropsicológicas que evidenciaron déficits en "memoria, fluidez semántica y destreza manual rápida". Evaluaciones recientes documentaron déficits estables en "atención, memoria verbal, lenguaje y funciones ejecutivas, consistentes con un deterioro cognitivo leve (DCL)".

Dr. X estaba tomando aspirina 81 mg al día, atorvastatina 40 mg al día, enalapril 20 mg dos veces al día (BID), metoprolol 25 mg al día, carbamazepina XR 200 mg dos veces al día (BID), Donepezilo 5 mg por la noche (QHS) y memantina 5 mg dos veces al día (BID).

El Dr. X tenía un doctorado en historia y era músico semiprofesional. Actuaba como tutor legal de su nieto de 13 años, con quien vivía. Su nieto gozaba de buena salud física y era capaz de realizar sus actividades de la vida diaria. Sin

embargo, asistía a un programa de educación especial y se le describía como impulsivo, agresivo y oposicionista. Según el Dr. X, "no había otros familiares que pudieran hacerse cargo de su nieto a largo plazo." El Dr. X estaba divorciado y mantenía una relación distante con su exesposa. Varios miembros de la familia, incluida una sobrina, vivían cerca.

INGRESO HOSPITALARIO

El Dr. X fue ingresado para tratamiento con antibióticos y evaluación quirúrgica. Durante su primera noche, comenzó a mostrar un cuadro creciente de confusión y fue encontrado deambulando por el servicio de urgencias, donde permanecía en espera de una cama. Al ser confrontado, se agitó, recibió 2.5 mg de olanzapina intramuscular y fue colocado en contenciones blandas.

En el día hospitalario 1, los cirujanos ortopédicos realizaron un desbridamiento e irrigación de su herida, utilizando 50 mcg de fentanilo para control del dolor. El médico hospitalario a cargo diagnosticó delirium y prescribió olanzapina oral 2.5 mg al día para tratar la agitación persistente.

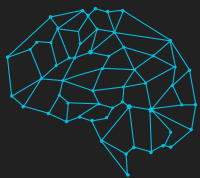
EVOLUCIÓN CLÍNICA

En el tercer día de hospitalización (HD 3), el Dr. X estaba afebril y presentaba un recuento normal de glóbulos blancos, pero seguía mostrando episodios intermitentes de desorientación y agitación, lo que planteaba preocupaciones sobre su capacidad para vivir de forma independiente y cuidar a su nieto. Las evaluaciones realizadas por los equipos de fisioterapia y terapia ocupacional arrojaron recomendaciones diferentes: el equipo de fisioterapia concluyó que el Dr. X tenía la capacidad física para regresar a su hogar, mientras que el equipo de terapia ocupacional sugirió su colocación en un centro de atención a largo plazo.

En el HD 5, el médico a cargo documentó una mejora en el delirium, pero expresó preocupación por un posible "empeoramiento de la demencia respecto a su estado basal."

Día hospitalario 6: evaluación por psiquiatría de enlace

En el día hospitalario (HD) 6, el equipo de psiquiatría de enlace fue solicitado para evaluar la capacidad del Dr. X para decidir sobre su alta hospitalaria. Durante la entrevista, el Dr. X se encontraba sentado junto a su cama, vestido con ropa de calle y leyendo un periódico. Describió con precisión sus diagnósticos, el curso hospitalario y la propuesta de alta: "Quieren enviarme a un centro de cuidados porque tengo problemas de memoria."



Reconoció dificultades en el hogar, señalando que probablemente necesitaría un mayor nivel de cuidados en el futuro. Sin embargo, el Dr. X rechazó el ingreso en un centro debido a su papel como cuidador, afirmando que ningún otro miembro de la familia podía encargarse de su nieto debido a los problemas de comportamiento del niño. Esta información fue respaldada por su exesposa, quien informó que su nieto estaba "rotando" entre varios familiares porque nadie podía cuidarlo de forma permanente.

Basándose en su capacidad para describir el alta recomendada, su razonamiento lógico sobre la prioridad de cuidar a su nieto y la aparente ausencia de un deterioro cognitivo descalificante, el equipo de CL concluyó que el Dr. X conservaba la capacidad de decidir sobre su disposición al alta.

DISCREPANCIAS EN LAS EVALUACIONES

Cuando el médico a cargo fue informado de este resultado, expresó su preocupación de que se permitiera al Dr. X regresar a un entorno de vida inseguro. El equipo de CL acordó reevaluar al Dr. X, pero en la mañana previa a esta segunda entrevista, el equipo de hospitalización realizó de forma independiente una evaluación. Señalaron que el Dr. X no estaba orientado respecto al lugar o la situación y, por lo tanto, carecía de capacidad para decidir a donde ir tras el alta debido a un "estado de delirium agudo."

En contraste, la segunda entrevista del equipo de CL confirmó los hallazgos iniciales: el Dr. X estaba orientado respecto a la persona, el lugar y la situación, con un nivel de percepción preservado sobre sus diagnósticos y necesidades médicas. Declaró de manera consistente su preferencia por regresar a casa a pesar de los riesgos, enfatizando la importancia de cuidar a su nieto y la falta de otras opciones. No obstante, el Dr. X mostró dificultades para recordar su conversación previa con el equipo de CL Psiquiatría.

Cuando el equipo de CL contactó al equipo principal para compartir sus hallazgos, fueron informados de la conclusión del médico a cargo de que el Dr. X carecía de capacidad para decidir sobre su disposición y se les pidió que no realizaran más consultas. El equipo de CL documentó los resultados de su segunda entrevista, sus recomendaciones sin cambios y esta solicitud final del equipo principal.

DECISIÓN FINAL

A la luz de la precaria situación del Dr. X en su hogar y su admisión de que probablemente necesitaría un mayor nivel

de cuidados "en el futuro," el equipo consultor decidió cerrar su participación en el caso y no escalar el desacuerdo a la dirección del hospital ni al servicio de ética.

El Dr. X permaneció en el hospital durante 10 días adicionales. Se mantuvo orientado, aunque con déficits estables en la memoria a corto plazo. Su mano se recuperó sin complicaciones adicionales.

Su sobrina fue designada como apoderada legal, y con su consentimiento, el Dr. X fue dado de alta a un centro de cuidados a largo plazo.

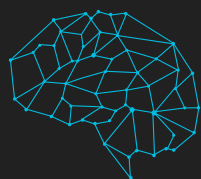
COMENTARIOS Y APRENDIZAJES DEL ARTÍCULO

EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE VALORACIONES FUNCIONALES (JAMES WHITON)

La primera idea es que en el alta hospitalaria deben participar distintas disciplinas desde el coordinador de alta, el gestor de casos, enfermería, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional y los médicos. Siendo Terapeutas ocupacionales y Fisioterapeutas personal fundamental, que en mi experiencia no suelen participar de estas decisiones.

Una segunda enseñanza es que hay que hacer una valoración funcional exhaustiva, no existiendo herramientas únicas para esta evaluación. La tabla 1 del artículo nos enuncia diferentes aspectos de la evaluación funcional.

- **Función previa al evento o condición.**
- **Capacidad para participar en terapia:** Factores como la fatiga, la anhedonia o la falta de comprensión de los beneficios afectan la participación en la rehabilitación.
- **Potencial para una mejora significativa:** En trastornos neurocognitivos mayores avanzados, enfoques específicos como la deambulación segura pueden ser más realistas que buscar independencia total.
- **Conciencia de la enfermedad.**
- **Desempeño en traslados y movilidad:** Evaluar cómo el paciente se mueve y cambia de posición puede ser crucial, especialmente en casos de depresión mayor con inhibición psicomotora.
- **Actividades de la vida diaria.** Utilizar escalas para sistematizar evaluación.



- **Capacidad para usar equipos médicos.** Evaluar si el paciente puede manejar dispositivos como bastones, sillas de ruedas o inhaladores.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria y Cognición funcional:** Aplicar habilidades cognitivas en actividades prácticas diarias, como cocinar o gestionar medicación. <https://www.fundacioncaser.org/actualidad/te-acompanamos/escala-de-lawton-y-brody-definicion-y-funcionamiento>). Este enlace os explica la escala de Lawton y Brody. En el artículo se señala una prueba de simulación de preparación de comidas en una cocina de prueba o *Kettle Test*.

Es importante considerar que un paciente que no reconozca los resultados de la evaluación o no pueda elaborar un plan realista para sus necesidades futuras, podría no entender su situación y carecer de capacidad para decidir sobre su alta. Esto se ve en muchas ocasiones en pacientes que, a pesar de tener un problema leve cognitivo, se niegan a aceptar sus limitaciones, lo que impide una vida completamente independiente, y esa discrepancia determina la necesidad de un informe sobre valoración de la competencia centrado sobre todo en una cognición funcional alterada. También hay que tener en cuenta en muchas ocasiones las dificultades económicas que pueden impedir el alta a un centro adecuado.

En el caso que nos ocupa la demanda cognitiva dinámica requerida para realizar las AIVD en el hogar y la comunidad, combinada con las responsabilidades de cuidar a un nieto, generó incertidumbre sobre la capacidad del Dr. X para ser dado de alta de manera segura a su hogar. La evaluación funcional y la complejidad de su vida doméstica llevaron a priorizar la seguridad sobre la autonomía.

ENFOQUE PASO A PASO PARA PRUEBAS COGNITIVAS JUNTO A LA CAMA (DAVID ARCINIEGAS)

En este segundo apartado del artículo se señalan algunos conceptos claves. Fundamentalmente la evaluación de deterioro cognitivo y la situación funcional que incluye la capacidad decisional y cuya relación es compleja y no siempre lineal.

Relación cognición - capacidad decisional: El deterioro cognitivo no implica automáticamente una capacidad decisional disminuida. La capacidad decisional tiene correlatos tanto cognitivos como no cognitivos. Debemos realizar evaluaciones específicas y validadas para caracterizar:

- a. Función cognitiva.
- b. Capacidad decisional.
- c. Relación entre ambas.

La *función cognitiva* en estos pacientes, inicialmente nos debe llevar a valorar la *presencia o no de un Delirium* y/o de otros trastornos neurocognitivos cuya presencia previa aumenta el riesgo de incapacidad. Recomiendan el uso de escalas cuantitativas como la Delirium Rating Scale-98 Revisada (RDS-98) y la Confusion Assessment Method (CAM-ICU). Deberíamos documentar el inicio, gravedad y resolución del Delirium. *Tras la resolución del delirium deberemos hacer una evaluación cognitiva detallada.* Para ello utilizaremos herramientas estandarizadas y normativamente interpretables. En el artículo se recomiendan El Mini-Mental State Examination (MMSE) o el Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Aquí deberemos recordar que en España la validación MMSE es *el MEC de Lobo*. Si este primer análisis sugiere deterioros específicos deberemos utilizar test focalizados en esos dominios, por ejemplo:

Atención: Trail-Making Test (5-10 min).

Función ejecutiva: [Frontal Assessment Battery](#) (FAB, 10 min) o [prueba de antisacadas](#) (3 min).

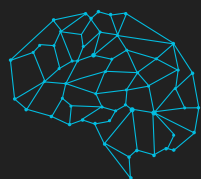
Por último, deberemos evaluar la cognición aplicada a la toma de decisiones: Entender, apreciar, razonar y comunicar.

Herramienta recomendada: [MacArthur Competence Tool-Treatment](#) (MacCAT-T).

CAPACIDAD DISPOSICIONAL EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE: EVALUACIÓN Y MANEJO ÉTICO (CYNTHIA GEPPERT)

La capacidad disposicional evalúa si un paciente puede cumplir de manera funcional, dinámica y realista con las exigencias de su entorno tras el alta hospitalaria, incluyendo ABVD/AIVD, apoyo familiar/social, y otras variables socioeconómicas. En el artículo se hace una clara diferenciación entre la evaluación de la competencia para una prueba o procedimiento y la de una evaluación más centrada en la capacidad de vida independiente y adaptada a sus circunstancias. Las principales diferencias entre ambas se pueden agrupar en cuatro áreas.

1. **Ámbito de la Evaluación:** La capacidad médica se centra en un procedimiento/tratamiento específico (p. ej., cirugía, quimioterapia). Capacidad disposicional: Evalúa la habilidad global para manejarse en el entorno tras el alta (autocuidado, cuidado de dependientes, manejo del hogar).
2. **Estado Actual vs. Futuro:** La capacidad médica considera el estado actual del paciente. La capacidad disposicional incluye un juicio clínico sobre la capacidad futura si se resuelve una condición reversible (p. ej., delirium) y se proporciona soporte adecuado.



3. *Criterios Cognitivos vs. Contexto Integral*: Capacidad médica: Basada principalmente en criterios cognitivos (comprensión, razonamiento). Capacidad disposicional: Integra factores cognitivos, pero los equilibra con el entorno, apoyo disponible y juicios funcionales.
4. *Factores Sociales y Sistémicos*: Incluye variables como el costo de la hospitalización prolongada, disponibilidad de recursos comunitarios, y riesgos de un alta insegura.

Principios Éticos en la Evaluación. Alternativa Menos Restrictiva: Optar por soluciones que respeten la autonomía del paciente, siempre que no haya un riesgo grave e inminente para su salud o vida. Respeto por los Valores del Paciente: Considerar las preferencias del paciente, incluyendo compromisos importantes (p. ej., cuidado de dependientes). Equilibrio de Valores: *No maleficencia*: Proteger al paciente de daño. *Justicia*: Considerar los recursos del sistema. *Autonomía*: Respetar las decisiones del paciente siempre que sea seguro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wylie W, Coleman M, Geppert C, Arciniegas D, Whiton J, Quinn D. C-L Case Conference: Assessment of Dispositional Capacity in Medically Complex Patients. Vol. 65, Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. Elsevier B.V.; 2024. p. 379–87.

INFORMACIÓN ADICIONAL

<https://www.millisecond.com/download/library/letterfluency>

<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=389>

Capacidad Decisiva y Capacidad Disposicional: La capacidad decisiva se refiere a la habilidad de un paciente para tomar decisiones informadas sobre un procedimiento médico específico, mientras que la capacidad disposicional se refiere a la habilidad del paciente para manejarse a sí mismo después del alta hospitalaria, incluyendo la adherencia a recomendaciones médicas y la capacidad de vivir de manera independiente.

El término "functional cognition" (cognición funcional) se refiere a la capacidad de una persona para emplear sus habilidades cognitivas en actividades prácticas y significativas de la vida diaria. Implica no solo la presencia de funciones cognitivas intactas (como memoria, atención o planificación) sino también su uso efectivo y eficiente en contextos reales, como realizar tareas, resolver problemas cotidianos y mantener la independencia en el entorno.

Francisco Gotor Sánchez-Luengo

EUTANASIA Y ENFERMEDAD MENTAL



SOLICITUDES DE ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR POR PARTE DE JÓVENES HOLANDESES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

REQUESTS FOR MEDICAL ASSISTANCE IN DYING BY YOUNG DUTCH PEOPLE WITH PSYCHIATRIC DISORDERS

JAMA Psychiatry, 2025

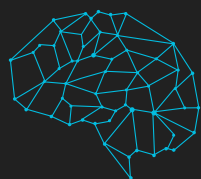
RESUMEN

Antecedentes: En los Países Bajos, un grupo cada vez mayor de jóvenes solicita asistencia médica para morir basada en sufrimiento psiquiátrico (MAID-PS). Se sabe poco sobre este grupo, sus características y resultados.

Objetivos: Evaluar la proporción de solicitudes y muertes por MAID-PS entre los pacientes jóvenes, los resultados de su solicitud y los procedimientos de evaluación, y las características de los pacientes que murieron por MAID o por suicidio.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, que incluyó a individuos neerlandeses menores de 24 años que solicitaron MAID-PS entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de junio de 2021, cuyo expediente de paciente se había cerrado el 1 de diciembre de 2022, en el "Expertisecentrum Euthanasie", un centro de atención médica especializado que brinda consultas y atención para MID.

Resultados: El estudio incluyó 397 solicitudes tramitadas presentadas por 353 individuos (73,4% mujeres; edad media [DE], 20,84 [1,90] años). Entre 2012 y el primer semestre de 2021, el número de solicitudes de MAID-PS por pacientes jóvenes aumentó de 10 a 39. El resultado más probable fue la solicitud revocada por el paciente (188 [47,3%]) seguida de la solicitud rechazada (178 [44,8%]). En 12 solicitudes (3,0%), los pacientes fallecieron por MAID. 17 solicitudes (4,3%) se detuvieron porque el paciente falleció por suicidio durante



el proceso de solicitud y 2 (0,5%) porque el paciente falleció después de dejar voluntariamente de comer y beber. Todos los pacientes que murieron por suicidio o MAID ($n = 29$) tenían múltiples diagnósticos psiquiátricos, con mayor frecuencia depresión mayor, trastorno del espectro autista, trastornos de la personalidad, trastorno alimentario y/o trastorno relacionado con el trauma, así como amplios antecedentes de tratamientos previos. 28 de estos pacientes (96,5%) tenían una historia de suicidalidad que incluía múltiples intentos de suicidio antes de la aplicación del MAID. Entre los 17 pacientes que murieron por suicidio, 13 de 14 (92,9%) tenían antecedentes de ingresos hospitalarios relacionados con crisis, y 9 de 12 pacientes que murieron por MAID (75,0%) tenían antecedentes de autolesiones.

Conclusiones: Este estudio de cohortes encontró que el número de pacientes psiquiátricos jóvenes en los Países Bajos que solicitaron MAID-PS aumentó entre 2012 y 2021 y que las solicitudes fueron revocadas o rechazadas para la mayoría. Los que murieron por MAID o suicidio eran en su mayoría mujeres y tenían largos historiales de tratamientos previos e intentos autolíticos. Estos hallazgos nos muestran la necesidad urgente de un mayor conocimiento sobre los deseos de muerte persistentes y estrategias eficaces de prevención del suicidio para este grupo de alto riesgo.

Comentario: Este trabajo nos muestra el creciente número de solicitudes de MAID-PS entre individuos jóvenes en los Países Bajos. Esto sugiere un deterioro de la salud mental dentro de este grupo demográfico, lo que indica necesidades insatisfechas y una creciente desesperación entre los pacientes psiquiátricos de esta franja etaria. El estudio destaca la necesidad urgente de mejorar la comprensión de los deseos de muerte persistentes en individuos jóvenes con enfermedad mental. Muchos pacientes expresaron deseos de morir estables y bien meditados, al tiempo que experimentaban una ideación autolítica fluctuante, lo que apunta a la necesidad de

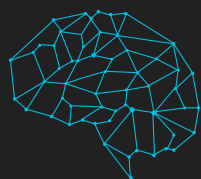
implementar estrategias eficaces de prevención del suicidio adaptadas a este grupo de tan alto riesgo.

Al igual que los Países Bajos, España es uno de los escasos países del mundo en donde se contempla la MAIS-PS. Aunque no existen hasta la fecha registros de pacientes que hayan solicitado MAIS-PS en nuestro país, es cierto que tanto en 2022 como en 2023 hubo entre un 15-17% de solicitudes en las que la enfermedad de base o bien no estaba especificada o no constaba en la solicitud (<https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm>). Es por ello por lo que, dado que nuestra ley es aún menos restrictiva que la holandesa, haya podido existir en este grupo de usuarios una enfermedad mental de base como origen de su sufrimiento.

Un dato alarmante que arroja este estudio, e importante fuente de debate aún no resuelto sobre la MAID-PS, es que estos pacientes habían sido tratados de una manera insuficiente. A pesar de que el diagnóstico más frecuente fue el de depresión mayor, alrededor del 67% de los fallecidos por MAID-PS no habían tomado inhibidores de la monoamino oxidasa, un 25% no había recibido antidepresivos tricíclicos, un 42% no había tomado litio, y un 67% no había sido sometido a terapia electroconvulsiva. Aunque es posible que sus psiquiatras no considerasen indicadas estas opciones, al menos algunos de los receptores de MAID-PS podrían haber respondido a tratamientos más intensivos. Esto puede ser relevante en nuestro país, donde la legislación actual ni siquiera exige una irreversibilidad, pudiendo considerarse el padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Es posible entonces que se pueda solicitar la MAID-PS habiéndose rechazado tratamientos efectivos.

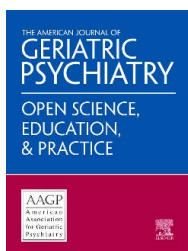
BIBLIOGRAFÍA

1. Lizanne J.S. Schweren; Sanne P.A. Rasing; Monique Kammeraat; Leah A. Middelkoop; Ruthie Werner; Saskia Y.M. Mérelle; Julian M. Garcia; Daan H.M. Creemers; Sisco M.P. van Veen. JAMA Psychiatry. Published online January 2, 2025. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4006



Jorge Gómez-Reino López

CUIDADOS PALIATIVOS Y TMS



PERSPECTIVA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ANCIANOS DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE: ESTUDIO CUALITATIVO MULTICÉNTRICO

CLINICIAN PERSPECTIVES ON PALLIATIVE CARE FOR OLDER ADULTS WITH SERIOUS MENTAL ILLNESSES: A MULTISITE QUALITATIVE STUDY

The Am J of Geriatric Psychiatry, 2025

RESUMEN

Objetivos: aproximadamente el 5,5% de la población de Estados Unidos padece un trastorno mental grave (TMG). Los pacientes ancianos que padecen un TMG suelen tener asociado una serie de enfermedades médicas graves y sintomatología de difícil manejo. Por ello el objetivo del estudio es explorar las perspectivas interdisciplinarias en los cuidados paliativos de pacientes con TMG y comorbilidades médicas asociadas.

Materiales y Métodos: se llevó a cabo un estudio cualitativo multicéntrico que utiliza el análisis de entrevistas semiestructuradas a personal sanitario de múltiples ramas de la medicina (cuidados paliativos, geriatría o psiquiatría) de cuatro hospitales diferentes que intervienen en el manejo de pacientes ancianos con diagnóstico de TMG comórbido a enfermedades médicas graves focalizándose en la experiencia del personal, los desafíos en su manejo y las oportunidades de mejora de la atención clínica.

Resultados: Se entrevistaron a 45 médicos, cuyas respuestas se agruparon en tres necesidades actuales:

1. Paradigmas insuficientes para las necesidades de los pacientes TMG.
2. Creciente interés y motivación en el manejo de estos pacientes, aunque con falta de entrenamiento y experiencia.

3. Necesidad de integrar los servicios de psiquiatría en los cuidados paliativos.

Conclusiones: los cuidados paliativos actuales no están adecuadamente preparados para manejar pacientes con TMG. Se requiere un modelo que combine una adecuación de recursos y personal especializados para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

COMENTARIO

Este estudio, a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales sanitarios, busca conocer su experiencia actual en el manejo de pacientes con TMG que están incluidos en programas de cuidados paliativos o presentan enfermedades médicas graves. Se identifican las necesidades para mejorar su atención y se exploran perspectivas futuras para un adecuado manejo de este perfil tan complejo de población.

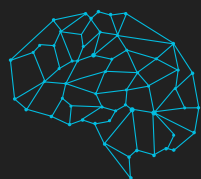
La pregunta principal que se realizaba en este estudio fue: "¿Cuáles son las perspectivas médicas en cuanto a los cuidados paliativos necesarios para los ancianos que presentan enfermedades médicas graves, así como un diagnóstico de TMG?".

Se entrevistó a un total de 45 participantes que formaban parte del ámbito sanitario entre los cuales el 60% son médicos, el 20% trabajadores sociales, 13% personal de enfermería y 7% que engloba a otros. De todos ellos el 71% pertenecían al ámbito de la geriatría o de los cuidados paliativos y el otro 29% al de la psiquiatría.

Las diferentes respuestas se agruparon en tres bloques:

1. *Necesidades actuales para los cuidados paliativos en pacientes diagnosticados de TMG:* donde se recalcó la dificultad de estos pacientes para acceder a cuidados médicos de calidad, la dificultad de manejo no solo a nivel clínico sino a nivel social y la complejidad de los casos a nivel ético y legal.
2. *Motivación para mejorar la asistencia clínica de estos pacientes:* se observó un gran interés por conocer el manejo más adecuado de estos pacientes desde una visión holística que requiere de entrenamiento y experiencia.
3. *Necesidad de integración de la psiquiatría en los servicios de cuidados paliativos:* para ello se precisa de modelos que adapten los cuidados paliativos en los pacientes con un diagnóstico de TMG, así como un equipo con una visión comunitaria y social además de la médica.

El estudio destaca las oportunidades para la psicogeriatría, llamada a liderar esta integración por su visión integral. Se reconoce la necesidad de ampliar la investigación en este



campo, considerando las limitaciones del estudio, como la exclusión de pacientes en las entrevistas y la concentración geográfica en el área de Nueva York, que cuenta con más recursos en comparación con otras regiones de Estados Unidos.

La unión de la psiquiatría y los cuidados paliativos es un tema de creciente interés y necesidad para ofrecer una atención de calidad a estos pacientes. Es esencial iniciar

programas de formación para profesionales y promover la integración efectiva en la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shalev D, Ekwebelem M, Brody L, Sadowska K, Bhatia S, Alvarez D, Riffin C, Reid MC. Clinician Perspectives on Palliative Care for Older Adults with Serious Mental Illnesses: A Multisite Qualitative Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2025 Mar;33(3):275-286.

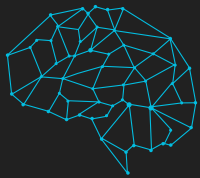
ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

En esta ocasión os traigo un enlace a la página de búsqueda de instrumentos del CIBERSAM, donde podéis encontrarlos, ordenados, con las referencias a su validación y en ocasiones con los manuales para su aplicación. Muchos de ellos los podemos utilizar en la interconsulta como el PHQ-9; GAD-7, MEC de Lobo etc. Sin duda una dirección de gran utilidad y en uno de nuestros idiomas.

<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>

Siglas	Título del instrumento	Detalle
	Cuestionario de Actitudes	Ver ficha
	Cuestionario de Información	Ver ficha
	Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia <small>Cornell Scale for Depression in Dementia</small>	Ver ficha
	Escala de detección del TAG de Carroll y Davidson	Ver ficha



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH SECTION

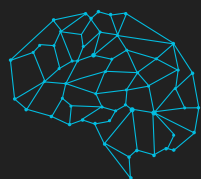
**G. Lasheras^{1,9}, M. de Gracia de Gregorio^{2,9}, B. Farré-Sender^{3,9}, M.L. Imaz^{4,9}, L. Molinero^{5,9}, B. Palacios^{6,9},
C. Sanz^{7,9}, E. Serrano-Drozdowsky^{8,9}**

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. PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESPUÉS DEL PARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y UN METANÁLISIS.

PREVENTING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER FOLLOWING CHILDBIRTH: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Palabras clave: Parto por cesárea; trauma del parto; trastorno de estrés posttraumático relacionado con el parto (TCC-PT); parto; morbilidad materna; complicaciones obstétricas; obstetricia; periodo posparto; trastorno de estrés posttraumático (TEPT); intervención psicológica.

Keywords: Cesarean delivery; childbirth trauma; childbirth-related posttraumatic stress disorder (CB-PTSD); delivery; maternal morbidity; obstetrical complications; obstetrics; postpartum period; posttraumatic stress disorder (PTSD); psychological intervention.

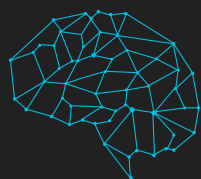
Antecedentes: El parto es una experiencia intensa y profunda, que a menudo conlleva un estrés físico y psicológico extremo. Se estima que un tercio de las mujeres que paren experimentan un parto muy estresante y potencialmente traumático, y está documentado que los partos complicados pueden repercutir en el bienestar psicológico materno. El trastorno de estrés posttraumático (TEPT) es el trastorno psiquiátrico que resulta de la exposición a la muerte, la amenaza de muerte o una lesión grave (experimentada o presenciada). Las investigaciones existentes brindan validación para el TEPT que surge de una experiencia de parto traumático; esto incluye eventos que amenazan la vida de la mujer o le hacen creer que su vida, o la vida de su bebé, están en peligro. Una definición más amplia de trauma del nacimiento se refiere a interacciones y/o eventos directamente relacionados con el parto, que causan emociones y reacciones angustiantes y abrumadoras, y que pueden generar un impacto negativo en el bienestar de las mujeres. Se estima que el trastorno de estrés posttraumático relacionado con el parto (TEPT-CB por sus siglas en inglés) afecta al 5-6% de todas las mujeres en posparto. Aunque es altamente comórbido con la depresión periparto, el TEPT-CB es una condición distinta que, en gran medida, consiste en la constelación de síntomas formales del TEPT. Esto incluye síntomas de intrusión relacionados con el trauma (parto), como flashbacks y pesadillas, intentos de evitar recuerdos del parto, alteraciones negativas en las

cogniciones y el estado de ánimo, una marcada hiperexcitación y reactividad manifestada principalmente en irritabilidad, problemas de sueño, de concentración e hipervigilancia. Si no se trata, el TEPT-CB puede perjudicar el funcionamiento materno durante el posparto y plantear riesgos para la salud del bebé. Las mujeres con TEPT-CB pueden presentar una lactancia materna reducida y un deterioro en el vínculo afectivo entre madre e hijo/a, lo cual es fundamental para el desarrollo socioemocional saludable del niño/a.

Objetivo: Realizaron una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos controlados aleatorizados y ensayos no aleatorizados para informar qué terapias son las más prometedoras para prevenir o tratar el TEPT-CB, y cuál puede ser el momento óptimo para la intervención.

Métodos: Los estudios se evaluaron de forma independiente de acuerdo con el Marco PICOS y cumplieron con los siguientes criterios: a) intervenciones; b) indicación de cualquier tipo de tratamiento para el TEPT; c) indicación de medición posterior al tratamiento del TEPT-CB; d) escritos en inglés. Se excluyeron los estudios duplicados, los informes de casos, los protocolos de estudio, los ensayos clínicos activos y los ensayos sin resultados del TEPT-CB, o que implicaran casos de muerte fetal. La revisión se realizó de acuerdo con las pautas PRISMA. Se realizaron búsquedas en PsycInfo, PsycArticles, PubMed, ClinicalTrials.gov, CINAHL, ProQuest, Sociological Abstracts, Google Scholar, Embase, Web of Science, ScienceDirect, Scopus y el Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), para encontrar artículos publicados hasta septiembre de 2023. Un total de 41 ensayos clínicos cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados de acuerdo con el proceso de flujo de trabajo PRISMA.

Resultados: Este estudio, derivado de 41 ensayos clínicos psicológicos (32 ensayos controlados aleatorizados, y 9 ensayos no aleatorizados), aborda una necesidad clínica no satisfecha en relación con las intervenciones destinadas a reducir la morbilidad psicológica materna después de partos médicamente complicados y/o experiencias de parto potencialmente mortales. La presente revisión sistemática y metanálisis de intervenciones preventivas primarias, secundarias y terciarias, para reducir la aparición de síntomas de TEPT-CB, pueden orientar a las recomendaciones basadas en la evidencia de terapias efectivas. Los principales hallazgos derivados de ensayos controlados aleatorizados demuestran que las intervenciones psicológicas breves realizadas en el



posparto temprano, antes de que el TEPT-CB se presente como un trastorno clínicamente diagnosticable, pueden ayudar a amortiguar el estrés traumático en mujeres que tuvieron una experiencia de parto traumático en la que existe una amenaza (o potencial amenaza) experimentada o percibida, para la vida de la mujer o su bebé. Las intervenciones tempranas con el mayor apoyo basado en la evidencia son las terapias centradas en el trauma, cuyo objetivo principal es procesar el evento traumático. En cambio, las intervenciones realizadas fuera del periodo posparto a mujeres que probablemente presenten síntomas clínicos de TEPT-CB, revelan efectos de tratamiento relativamente pequeños; así mismo, el conocimiento sobre prevención primaria es limitado. La TCC convencional centrada en el trauma, que es el tratamiento de primera línea para el TEPT general, así como la escritura sobre la experiencia traumática, parecen ser beneficiosos según grandes estudios de esta revisión. Los análisis de este estudio respaldan los beneficios combinados de las terapias centradas en el trauma como prevención terciaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dekel, S., Papadakis, J. E., Quagliarini, B., Pham, C. T., Pacheco-Barrios, K., Hughes, F., Jagodnik, K. M., & Nandru, R. (2024). Preventing posttraumatic stress disorder following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(6), 610–641.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.12.013>.

2. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL PARTO Y CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN LA SALUD MENTAL MATERNA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.

PREGNANCY AND BIRTH COMPLICATIONS AND LONG-TERM MATERNAL MENTAL HEALTH OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Palabras clave: trastornos de ansiedad, nacimiento, complicaciones, depresión, salud mental materna, posparto, embarazo, trastorno de estrés postraumático.

Keywords: Anxiety disorders, birth, complications, depression, maternal mental health, postpartum, pregnancy, PTSD.

Introducción: Aunque se ha investigado ampliamente la depresión y la ansiedad en el periodo posnatal temprano, existen pocos datos sobre el impacto a largo plazo de condiciones como la preeclampsia, el parto prematuro, la cesárea y la pérdida gestacional. El artículo examina la relación entre complicaciones obstétricas y trastornos mentales maternos persistentes más allá del posparto inmediato (más de 12 meses después del parto).

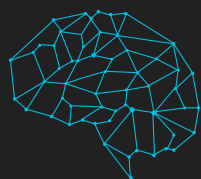
Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática y un meta-análisis siguiendo las directrices PRISMA y MOOSE, con un protocolo registrado en PROSPERO. Se incluyeron 33 estudios observacionales publicados hasta agosto de 2022, con una muestra total de 3.973.631 participantes. Los criterios de inclusión seleccionaron estudios que analizaran la asociación entre complicaciones en el embarazo o parto y trastornos mentales diagnosticados al menos un año después del parto, excluyendo mujeres con antecedentes psiquiátricos previos. Los datos se obtuvieron de bases de datos como PubMed, Embase y PsycInfo.

Resultados: El meta-análisis identificó asociaciones significativas entre complicaciones obstétricas y trastornos de salud mental materna a largo plazo:

- **Pérdida del embarazo:** Se vinculó con un mayor riesgo de depresión (OR: 1.97) y ansiedad (OR: 1.24).
- **Parto prematuro:** Incrementó la probabilidad de depresión (OR: 1.37) y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (OR: 1.75).
- **Cesárea:** Mostró resultados menos consistentes, aunque algunos estudios la asociaron con TEPT.
- **Otros factores:** Condiciones como la preeclampsia y la muerte fetal aumentaron el riesgo de TEPT y ansiedad.

Se reportó una alta heterogeneidad en los análisis, especialmente en trastornos menos estudiados como la psicosis y los trastornos alimentarios.

Discusión: El estudio destaca que las complicaciones obstétricas pueden actuar como factores de estrés significativos con efectos duraderos en la salud mental materna. Se resalta el impacto emocional de la pérdida gestacional, que puede estar mediado por procesos de duelo y culpa. A pesar de la solidez de los hallazgos, existen limitaciones metodológicas: 1. Alta heterogeneidad: Diferencias en los métodos de diagnóstico y ajuste de variables entre los estudios incluidos. 2. Falta de diversidad poblacional: Predominancia de participantes blancas de Europa y América del Norte, lo que limita la generalización de los resultados. 3. Factores confusionales no controlados: no se consideraron variables como el apoyo



social o eventos adversos posteriores. 4. Sesgo de publicación: la escasez de estudios en ciertos subgrupos impidió evaluar posibles sesgos.

Conclusión: El estudio concluye que las complicaciones en el embarazo y el parto aumentan el riesgo de trastornos mentales como depresión, ansiedad y TEPT a largo plazo. Sin embargo, las limitaciones metodológicas resaltan la necesidad de investigaciones más diversas y rigurosas que consideren factores confusionales y amplíen la representatividad de la muestra. Estos hallazgos enfatizan la importancia de diseñar estrategias de prevención e intervención dirigidas a mujeres con antecedentes de complicaciones obstétricas, así como una comprensión más amplia de los factores de riesgo para la salud mental materna, lo que podrá promover políticas de prevención e intervención temprana para garantizar un mejor abordaje del bienestar psicológico a largo plazo de las mujeres en el posparto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bodunde, E. O., Buckley, D., O'Neill, E., Al Khalaf, S., Maher, G. M., O'Connor, K., McCarthy, F. P., Kublickiene, K., Matvienko-Sikar, K., & Khashan, A. S. (2025). Pregnancy and birth complications and long-term maternal mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 132(2), 131–142. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17889>

3. ASOCIACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PARTO CON RESULTADOS PSICOLÓGICOS A LARGO PLAZO: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

ASSOCIATION OF CHILDBIRTH EXPERIENCE WITH LONG-TERM PSYCHOLOGICAL OUTCOMES: A PROSPECTIVE COHORT STUDY.

Palabras clave: Satisfacción al nacimiento; Salud mental; Reproducción; Salud sexual.

Keywords: Birth satisfaction; Mental health; Reproduction; Sexual health.

Antecedentes: La experiencia de parto se ha descrito como un acontecimiento que genera un gran impacto en la mujer tanto a nivel físico como emocional y mental. Una experiencia de parto negativa puede causar depresión pos-

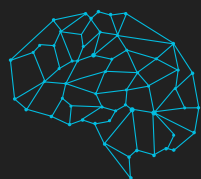
parto, trastorno de estrés postraumático, disfunción sexual, influir en la lactancia materna, así como en el tipo de parto posterior; así mismo, a corto plazo influye en la salud mental de la mujer y en el vínculo madre-hijo. Debido a la alta prevalencia de partos negativos en Irán (38%), resulta relevante investigar a largo plazo el recuerdo de las mujeres sobre su experiencia de parto y sus implicaciones.

Objetivo: Este estudio se propone investigar los recuerdos de las mujeres en relación con su propia experiencia de parto tras 4 meses y a los 4 años después del parto y examinar a su vez como esa experiencia se relaciona con la salud mental de la mujer, la satisfacción sexual, la lactancia materna exclusiva y el tipo de parto posterior.

Método: Este trabajo siguió a 580 mujeres que dieron a luz en hospitales de Tabriz, Irán, en 2018 durante 4 años. Se utilizaron los siguientes instrumentos para recabar los datos: el cuestionario sobre la experiencia de parto (CEQ 2.0) completado a los 4 meses y a los 4 años del parto, el inventario de salud mental (MHI), la escala de satisfacción sexual para la mujer (SSS-W) y una escala verificación de resultados maternos y neonatales que se completó por teléfono.

Resultados: Las puntuaciones en relación con la experiencia de parto a los 4 meses y a los 4 años del nacimiento mostraron una correlación significativa entre sí ($r = 0,51$; $p < 0,001$). También se relacionó la variable de satisfacción sexual de la mujer con la experiencia de parto y las complicaciones posparto. Se observó a su vez, que la salud mental tenía relación con la experiencia de parto, las complicaciones posparto y los bajos ingresos. Las limitaciones de este estudio radican en las dificultades para realizar seguimiento a las mujeres de suburbios de Tabriz por dificultades para contactar con ellas, así como el no conocer el estado de base en relación con la salud mental y la satisfacción sexual previa al parto. Como punto fuerte, destaca la alta tasa de respuesta de las participantes de zonas urbanas y su seguimiento a largo plazo. Los resultados en relación con el tipo de parto y la lactancia pueden no generalizarse por la muestra reducida que finalmente se obtuvo. Así mismo, completar las entrevistas por teléfono pudiera ser un aspecto a mejorar en próximos estudios.

Conclusión: La experiencia tras el parto 4 años después se asocia de forma significativa con variables como la satisfacción sexual de la mujer, la salud mental materna, la lactancia exclusiva y el tipo de nacimiento posterior. Existe un recuerdo claro en la mujer de su experiencia de parto aún



4 años después de éste. Por estas implicaciones, resulta importante mejorar la experiencia de parto de las mujeres y por ende, su salud mental posparto. En el caso de mujeres con una experiencia negativa de parto, sería importante prestarles ayuda posterior. Para futuras investigaciones podría ampliarse el periodo de estudio y también evaluar la experiencia de parto en aquellas mujeres a las que se les realizó una cesárea.

BIBLIOGRAFÍA

2. Nahaee, J., Rezaie, M., Abdoli, E., Mirghafourvand, M., Ghanbari-Homaie, S., & Jafarzadeh, M. (2024). Association of childbirth experience with long-term psychological outcomes: a prospective cohort study. *Reproductive health*, 21(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01819-9>

4. RESULTADOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DEL CEREBRO EN LA DESCENDENCIA DE MUJERES CON SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO.

BRAIN STRUCTURAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN THE OFFSPRING OF WOMEN EXPERIENCING PSYCHOLOGICAL DISTRESS DURING PREGNANC.

Palabras clave: Angustia psicológica; Desarrollo cerebral fetal; Trastornos neuropsiquiátricos; Conectividad funcional.

Keywords: Psychological distress; Fetal brain development; Neuropsychiatric disorders; Functional connectivity.

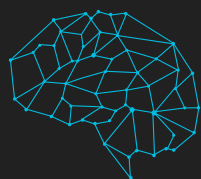
Antecedentes: El sufrimiento psicológico materno durante el embarazo, que incluye síntomas de estrés, ansiedad y depresión, es reconocido como un factor de alteración del desarrollo cerebral fetal y neonatal. Estudios recientes apuntan que niveles elevados de estrés materno están asociados con alteraciones significativas en el tamaño y la forma del hipocampo, el cerebelo y otras estructuras cerebrales del feto. Además, se han observado cambios funcionales, como alteraciones en la conectividad entre regiones del cerebro, que pueden ser indicadores precoces de disfunciones neuroconductuales. Estas alteraciones cerebrales tempranas pueden conllevar implicaciones inmediatas en el desarrollo

del neonato y, además, se relacionan con problemas neuropsiquiátricos y cognitivos en etapas posteriores de la vida. De este modo, el estrés prenatal podría influir en el desarrollo cortical, la organización funcional y la química cerebral, sentando las bases para problemas conductuales y emocionales en la infancia y, posiblemente, en la adultez. A pesar de estos hallazgos, aún se desconocen los mecanismos subyacentes que median estas alteraciones y las intervenciones más efectivas para prevenir o mitigar sus efectos.

Objetivo: Revisar la literatura científica existente para explorar cómo el malestar psicológico durante el embarazo afecta el desarrollo estructural y funcional del cerebro en la descendencia. Además, examinar los posibles mecanismos biológicos detrás de las alteraciones y evaluar las intervenciones disponibles para abordar el estrés materno durante la gestación.

Métodos: El artículo revisa la literatura disponible de investigaciones previas que comprenden el periodo fetal hasta las primeras etapas de la adultez. En su análisis, se han considerado estudios de resonancia magnética, permitiendo examinar tanto el volumen cerebral como la conectividad funcional. Además, se han incluido trabajos que exploran marcadores biológicos relacionados con el estrés, como el cortisol e indicadores de inflamación. También se han considerado investigaciones del ámbito de la epigenética y el microbioma, con el propósito de entender mejor cómo las condiciones maternas durante la gestación pueden influir en el desarrollo cerebral del feto. Se analizan tanto las alteraciones estructurales, como las metabólicas y microestructurales, asociándolas con niveles de ansiedad y estrés materno. Por último, el artículo incluye una revisión de las intervenciones terapéuticas disponibles, abarcando tanto opciones farmacológicas como no-farmacológicas, destinadas a mitigar los efectos negativos del sufrimiento psicológico materno.

Resultados: Se han observado alteraciones importantes en la estructura cerebral de la descendencia expuesta a altos niveles de sufrimiento psicológico materno. Concretamente, se han encontrado reducciones en el tamaño del hipocampo y el cerebelo fetales, mayor girificación cortical y cambios en la conectividad funcional. Estas alteraciones persisten después del nacimiento, con menores volúmenes de sustancia gris cerebral y cerebelosa, así como microestructura alterada y conectividad funcional alterada. En los años posteriores, dichas alteraciones se manifiestan en problemas cognitivos,



emocionales y conductuales en los niños y niñas, incluyendo déficits en la memoria, dificultades de aprendizaje, problemas sociales y mayor riesgo de trastornos neuropsiquiátricos. El artículo señala varios procesos implicados, entre ellos el deterioro en la función placentaria, alteraciones epigenéticas, cambios en la microbiota materna, aumento de la inflamación y disfunciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

Limitaciones: La mayor parte de las investigaciones revisadas se basan en enfoques observacionales, lo que dificulta establecer relaciones de causales. Además, las diferencias en metodologías, poblaciones y períodos de seguimiento obstaculizan la comparación y la generalización de los resultados. Por otra parte, se observa un sesgo derivado del enfoque en ciertos grupos de mujeres y los problemas técnicos para evaluar áreas cerebrales pequeñas o con bajo contraste en las imágenes fetales, lo que puede afectar la precisión de los hallazgos.

Conclusiones: El sufrimiento psicológico materno durante el embarazo genera un impacto profundo y duradero en la estructuralidad y funcionalidad cerebral de la descendencia. Las alteraciones cerebrales observadas en etapas fetales y neonatales pueden predisponer a los infantes a problemas neuropsiquiátricos y cognitivos en el futuro. Aunque el artículo destaca la importancia de intervenciones farmacológicas y psicológicas, subraya la necesidad de identificar biomarcadores cerebrales tempranos que permitan una intervención más precoz y específica. La detección y el tratamiento precoz del estrés materno no solo mejoraría el bienestar de las madres, sino que también conllevaría una repercusión positiva en la salud cerebral y emocional de futuras generaciones. El artículo concluye que, para avanzar en esta área, es esencial realizar estudios longitudinales a gran escala que integren múltiples enfoques, desde neuroimagen avanzada hasta análisis genéticos y epigenéticos, para comprender mejor el impacto del sufrimiento psicológico materno y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas más efectivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wu, Y., De Asis-Cruz, J., & Limperopoulos, C. (2024). Brain structural and functional outcomes in the offspring of women experiencing psychological distress during pregnancy. *Molecular psychiatry*, 29(7), 2223–2240. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02449-0>

5. SÍNTOMAS DEPRESIVOS MATERNOS DURANTE, Y MÁS ALLÁ DEL PERIODO PERINATAL: ASOCIACIONES CON EL SUEÑO EN POBLACIÓN INFANTIL Y PREESCOLAR.

MATERNAL DEPRESSIVE SYMPTOMS IN AND BEYOND THE PERINATAL PERIOD: ASSOCIATIONS WITH INFANT AND PRESCHOOLER SLEEP.

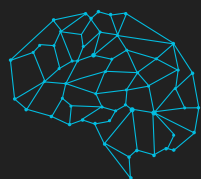
Palabras clave: sueño infantil; depresión; desigualdades en salud; bebés; salud mental materna; perinatal; embarazo; preescolares; duración del sueño; problemas de sueño.

Keywords: child sleep; depression; health inequities; infants; maternal mental health; perinatal; pregnancy; preschoolers; sleep duration; sleep problems.

El **objetivo** del presente estudio es: 1. Describir el sueño en la infancia y la primera infancia entre niños nacidos de madres, con y sin síntomas depresivos clínicamente significativos, y 2. Explorar las relaciones entre los síntomas depresivos maternos y los patrones y problemas del sueño durante la infancia y la primera infancia.

Con **este fin**, se realizó un análisis de los datos longitudinales del estudio Moe Kura: Mother and Child, Sleep and Wellbeing in Aotearoa/New Zealand. Los datos se recolectaron durante el embarazo (T1), 12 semanas posparto (T2) y 3 años posparto (T3). Los participantes fueron 262 díadas madre-hijo maoríes y 594 no maoríes. Las pruebas de Chi-cuadrado y T independiente midieron asociaciones bivariadas entre el estado de ánimo materno (T1, T2, T3) y las características del sueño infantil (T2, T3). Los modelos de regresión logística binaria analizaron las asociaciones longitudinales y concurrentes entre los síntomas depresivos maternos y el sueño de bebés y niños en edad preescolar. Los modelos ajustados tuvieron en cuenta variables sociodemográficas clave, así como variables del sueño infantil en modelos de niños en edad preescolar.

Respecto a **los resultados**, se encontraron asociaciones bivariadas entre la sintomatología depresiva previa y concurrente y muchos de los resultados del sueño de bebés y niños preescolares. En los modelos ajustados, los síntomas depresivos prenatales permanecieron asociados de forma independiente con duraciones de sueño más cortas de lo recomendado en niños en edad preescolar. En estos modelos, la depresión concurrente también se asoció con el despertar



nocturno, el *período de sueño autorregulado continuo más largo (PSACL)* nocturno, los problemas de sueño percibidos a las 12 semanas posparto, y los problemas de sueño percibidos y determinados por el *Cuestionario de Hábitos de Sueño en los Niños (CHSN)* a los 3 años después del nacimiento.

En cuanto a **las conclusiones**, este estudio muestra que se encontraron asociaciones longitudinales y transversales entre los síntomas depresivos maternos y las características del sueño infantil. El sueño parece ser una vía por la cual la depresión materna confiere riesgo de resultados de salud infantil subóptimos. Los hallazgos respaldan la necesidad de servicios de salud mental materna que sean capaces de intervenir mejor y de forma más temprana en los síntomas depresivos maternos, lo que redundará en una disminución del impacto en el sueño y la salud de la población infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carter, M. L., Paine, S. J., Sweeney, B. M., Taylor, J. E., & Signal, T. L. (2024). Maternal depressive symptoms in and beyond the perinatal period: Associations with infant and preschooler sleep. *Sleep*, zsae255. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsae255>.

6. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO.

ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER IN PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD.

Palabras clave: TDAH, anfetamina, atomoxetina, leche materna, bupropion, clonidina, dextroanfetamina, guanfacina, lactancia, lisdexamfetamina, salud mental, metilfenidato, no estimulantes, farmacoterapia, posparto, embarazo, estimulantes, terapia, viloxazina.

Keywords: ADHD, amphetamine, atomoxetine, breast milk, bupropion, clonidine, dextroamphetamine, guanfacine, lactation, lisdexamfetamine, mental health, methylphenidate, nonstimulants, pharmacotherapy, postpartum, pregnancy, stimulants, therapy, viloxazine.

Introducción: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarrollo que implica problemas de atención y funcionamiento ejecutivo, como la capacidad de concentrarse y planificar, y/o el control de los impulsos y la hiperactividad. Con frecuencia coexiste con otros trastornos del neurodesarrollo (p.ej: trastorno de

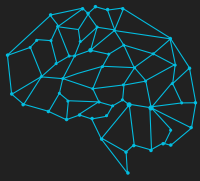
tics, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual), con los problemas de conducta (p.ej: trastorno oposicionista desafiante), y con otras enfermedades psiquiátricas (p.ej: trastorno de ansiedad y/o depresión). Es una enfermedad crónica que comienza en la infancia y que con frecuencia persiste hasta la edad adulta. La prevalencia del TDAH entre las mujeres adultas es del 3,2% y del 4,4% entre los adultos de género diverso a quienes se les asignó sexo femenino al nacer. Si bien no existe un diagnóstico formal de TDAH perinatal, muchas mujeres son diagnosticadas y tratadas durante la etapa reproductiva, lo que conlleva implicaciones en el manejo durante el embarazo y el posparto.

Objetivo del estudio: El objetivo de esta revisión narrativa fue resumir la literatura actual sobre el TDAH en el embarazo y el posparto, y ofrecer orientación clínica sobre el diagnóstico y manejo de esta condición en el período perinatal.

Metodología: Dada la escasez de investigaciones que evalúen la eficacia de la psicoeducación, las estrategias de autocuidado, el asesoramiento (*coaching*) y las psicoterapias (terapia cognitivo conductual, intervenciones basadas en *mindfulness*, terapia dialéctica conductual) para el tratamiento del TDAH en el período perinatal, las autoras resumen la investigación que se ha realizado en adultos con TDAH y los extrapolan a la población perinatal. Por otra parte, se recoge la evidencia sobre el riesgo fetal, neonatal o infantil asociado al uso de fármacos psicoestimulantes (anfetamina, dextroanfetamina, lisdexamfetamina, metilfenidato) y no estimulantes (atomoxetina, bupropion, clonidina, guanfacina, viloxazina) para el tratamiento del TDHA durante el embarazo o la lactancia.

Discusión: El tratamiento del TDAH frecuentemente implica la combinación de psicoterapia y psicofarmacología, comúnmente con estimulantes. Para el TDAH de leve a moderado o pacientes con TDHA que deseen evitar el uso de medicación durante el embarazo o el período posparto, se recomiendan como intervenciones de primera línea la psicoeducación, las estrategias de autocuidado, el asesoramiento y las psicoterapias.

La psicoeducación disminuye la desorganización y la falta de atención y aumenta la confianza en sí mismos entre los adultos con TDAH. El objetivo de la psicoeducación para el TDAH en el período perinatal es, ayudar a las personas embarazadas y a sus familias a comprender los síntomas que está experimentando y el trastorno subyacente, conocer las modalidades de tratamiento disponibles y reforzar las es-



trategias de afrontamiento existentes que han demostrado ser efectivas.

Las estrategias de autocuidado o el asesoramiento, se ha demostrado que mejoran la atención, la gestión del tiempo, la concentración, la impulsividad, la autoestima, la calidad de vida y la realización general de tareas.

De las opciones de psicoterapia, la terapia cognitivo conductual (TCC) ha sido la más estudiada. Los tratamientos de TCC desarrollados específicamente para el TDAH apoyan el establecimiento de cogniciones más adaptativas relacionadas con la gestión, organización y planificación del tiempo, y enseñan habilidades conductuales más adaptativas. También existen programas de TCC que se centran en la autorregulación emocional, el manejo del estrés y el control de los impulsos. Se ha descubierto que es la psicoterapia más eficaz para el tratamiento del TDAH, así como la ansiedad y depresión comórbidas.

Aunque las intervenciones basadas en *mindfulness* se han introducido hace relativamente poco tiempo en el tratamiento del TDAH en la población perinatal, los resultados sugieren una gran mejora en la autocompasión, la autoeficacia de los padres y varias dimensiones de la atención plena, incluida la observación y la acción consciente, sin juzgar ni falta de reactividad.

La terapia dialéctica conductual (TDC) se ha modificado para satisfacer las necesidades de los pacientes adultos con TDAH: el módulo de atención plena aborda la falta de concentración, el módulo de tolerancia a la angustia aborda la desorganización, el módulo de habilidades interpersonales aborda las relaciones interpersonales problemáticas que son comunes para las personas con TDAH, y el módulo de regu-

lación de las emociones aborda la labilidad afectiva. Los resultados sugieren un mejor funcionamiento neuropsicológico y una reducción de la ansiedad y la depresión coexistentes.

La psicofarmacología puede ser necesaria para el manejo del TDAH de moderado a grave. Los fármacos psicoestimulantes suelen ser la primera opción de tratamiento porque funcionan para entre el 70% y el 80% de las personas afectadas. Aunque los estudios farmacológicos del TDAH en el embarazo son limitados, particularmente para los no estimulantes, los datos de seguridad en el embarazo son, en gran medida, tranquilizadores, ya que no parecen estar asociados con malformaciones congénitas importantes, incluidas malformaciones cardíacas u otros resultados obstétricos o de desarrollo adversos relevantes. La investigación sobre la seguridad de los medicamentos para el TDAH durante la lactancia es escasa. No hay estudios publicados sobre viloxazina durante el embarazo y la lactancia.

Conclusión: Los riesgos y los impactos del TDAH durante el embarazo se pueden gestionar con éxito mediante asesoramiento preconcepcional y una planificación, gestión y apoyo perinatales adecuados. Los profesionales de la salud deben trabajar en colaboración con los pacientes y sus redes de apoyo para balancear los riesgos de la medicación para el TDHA perinatal vrsus los riesgos de un tratamiento inadecuado del trastorno durante el embarazo y el posparto.

BIBLIOGRAFÍA

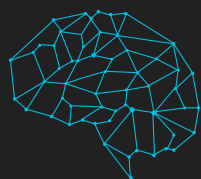
1. Scoten O, Tabi K, Paquette V, Carrion P, Ryan D, Radonjic NV, Whitham EA, Hippman C. Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Jul; 231(1):19-35. doi: 10.1016/j.ajog.2024.02.297. Epub 2024 Mar 1. PMID: 38432409.

NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL (SMP) EN LATINOAMÉRICA Y DE LA RED IBEROAMERICANA DE SMP

1. PRIMER CONGRESO DE SALUD MENTAL PERINATAL (15-18 OCTUBRE, 2025), VIÑA DEL MAR, CHILE

El encuentro de profesionistas de la salud mental perinatal de Latinoamérica y España en la pasada conferencia bianual de la Marcé Society en septiembre 2024 en Barcelona, España, subrayó la necesidad de construir un evento que

permitiera construir un espacio de intercambio de experiencias y avances en el campo de la salud mental perinatal en español, portugués para fortalecer la colaboración y el intercambio entre todos los países y pueblos de América Latina y la Península Ibérica. Dicho acuerdo se ha hecho realidad al abrir la convocatoria para la realización del *Primer Congreso*



Internacional de Salud Mental Perinatal a realizarse del 15 al 18 de octubre del 2025 en Viña del Mar, Chile. El evento es organizado por la Universidad Andrés Bello y la Red Chilena de Salud Mental Perinatal bajo la presidencia de la Psic. Yanira Madariaga Baeza y con la colaboración de diversas redes de la región, organizaciones de salud y universidades.

El Congreso tendrá como objetivos centrales:

1. Facilitar la divulgación y el intercambio de experiencias contextualizadas a las realidades locales y culturales de los participantes.
2. Promover el acceso al conocimiento científico para avanzar en la comprensión y el abordaje de la salud mental perinatal en la región.
3. Impulsar el desarrollo e implementación de políticas públicas que prioricen la salud mental perinatal en los sistemas de atención.

El congreso se enfocará en presentar experiencias centradas en los siguientes cuatro ejes principales y siete subtemáticas de interés en modalidades de conferencias, simposios y comunicaciones orales y pósters:

1. *Investigación*: Avances científicos y estudios recientes en salud mental perinatal.
2. *Clínica*: Estrategias de evaluación, intervención y buenas prácticas terapéuticas.
3. *Innovación*: Diseño de programas novedosos y específicos a la región, uso de Tecnologías de Información y Comunicación, aplicaciones e intervenciones online en salud mental.
4. *Políticas Públicas*: Modelos de políticas y programas ajustados a diferentes realidades culturales y sociales.

La fecha límite de envío de trabajos a presentar será el 2 de mayo del 2025. Hacemos una extensa invitación a participar en este importante evento y a seguir noticias de éste en los siguientes contactos y redes sociales:

Correo Electrónico: info@congresosmp2025.com

Redes Sociales: Instagram @congresosmp

Sitio web: www.congresosmp2025.com

2. ¿QUÉ VES, CUANDO VES A UNA NIÑA EMBARAZADA?

ESTRATEGIA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS DE NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS EN SITUACIÓN DE EMBARAZO EN URUGUAY

La Psic. M. Soledad Vieytes, Directora de la Red Uruguay de Salud Mental Perinatal y de Neuraiz, nos comparte aspectos relevantes del proceso que Uruguay desarrolla mediante la *Estrategia de notificación y análisis de casos de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embar-*

zo, con la finalidad de mejorar la atención integral desde un enfoque de protección, garantía y reparación de derechos.

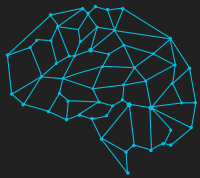
Sus antecedentes refieren a la "Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes" implementada desde 2016 en Uruguay¹ y la herramienta técnica en 2019 de un *Mapa de Ruta para la atención intersectorial de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo*, desarrollado con el apoyo de OPS/OMS, UNICEF y UNFPA, dirigido al personal de la salud y de la educación junto con una campaña de prevención de embarazo en la niñez y adolescencia: "Antes y después de un embarazo en la adolescencia".

En abril del 2021, se crea la *estrategia de notificación y análisis de casos de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo* que implementan los servicios de salud pública junto con los técnicos de la dirección de salud del área niñez y adolescencia, el área salud sexual reproductiva y la unidad de violencia basada en género y generaciones de los servicios de salud del Estado uruguayo. La misma, brinda apoyo técnico y sistemático a los equipos de salud de ASSE para fortalecer las herramientas conceptuales y las prácticas necesarias en el abordaje de las situaciones, y desarrolla un canal de notificación del caso por parte del equipo de salud y otorgar una respuesta estandarizada y sistemática, adoptada a las características.

IMPORTANCIA DE LA ESTRATEGIA DE NOTIFICACIÓN:

- Favorece la participación y las alternativas de intervención, acuerda las acciones, prioriza responsables y tiempos para implementación, sistematiza la información, retroalimenta a los equipos con la experiencia acumulada.
- Instrumenta la implementación de la política pública, involucrando direcciones y equipos técnicos de los sectores incluidos en el mapa de ruta para el avance de estrategias y protocolos desde cada institución.
- Promueve el equipo multidisciplinario e interniveles acordando objetivos, estrategias de articulación interinstitucional en territorio con actores claves en instituciones educativas de protección y Justicia.

En el período 5/2021 - 4/2023, de 229 notificaciones, 119 casos fueron de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas, y más del 90% de los eventos fueron asistidos en los servicios de salud pública. Del total de casos atendidos, el 49% tenía antecedentes de violencias, 18% de violencia sexual previo al embarazo, 28% presentó una pato-



logía orgánica y 27% una patología en Salud Mental, así como se identificó que el 50% de los embarazos fueron producto de abuso sexual. A finales del 2024 se presentó el trabajo realizado en el marco de la Estrategia: *¿Qué ves ... Cuando vez una niña embarazada?* (Disponible en línea: <https://www.youtube.com/watch?v=O2DGH-i9O3F&t=11s>).

En este sentido, cobra relevancia la dimensión de los factores de daño, riesgo, protección biopsicosocial para la Atención en Salud Mental Perinatal a niñas y Adolescentes menores de 15 años en situaciones de embarazo. Esta experiencia, destaca la necesidad de la especialización en salud mental perinatal, en salud y derechos de infancias y adolescencias como una acción necesaria para el abordaje interdisciplinario, territorial y comunitario de acciones que contribuyan a la detección precoz y a la atención de los factores psicosociales que inciden en los procesos de vulneración

de derechos de infancia y adolescencia, que el embarazo en estas etapas vitales evidencia y denuncia.

Agradecemos la importante aportación de la Psic. M. Soledad Vieytes² en esta sección para destacar esta relevante experiencia en Uruguay.

1. Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFFPA.
2. Directora de la Red Uruguay de Salud Mental Perinatal y de Neuraiz. Sol.vieytes2024@gmail.com

AGENDA DE SMP



XIII JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES)

Sevilla, 15 y 16 de Mayo 2025
Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

Presencial y streaming

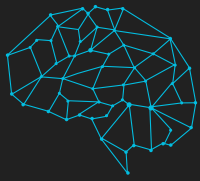


Sociedad Marcé Española (MARES)

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.

Puede consultarse el programa aquí: https://www.sociedadmarce.org/IMAGES_35/programa-jornada.pdf

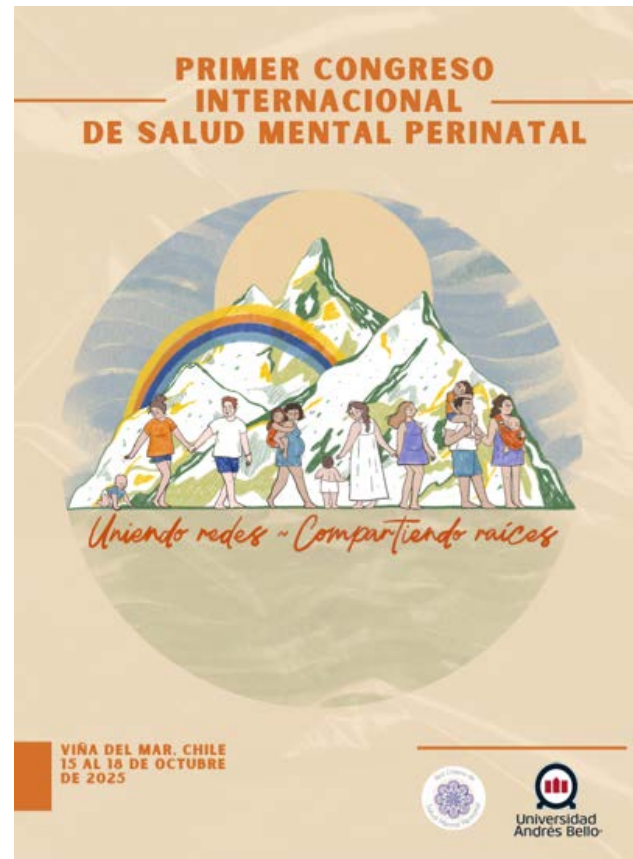


TALLERES DE LA XIII JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL DE LA MARES

Este año la Jornada de la MARES cuenta con dos Talleres el día previo (jueves 15 de abril). Uno versará sobre Atención al duelo perinatal, y será impartido por Clara García-Terol, matrona del Parc Sanitari Sant Joa de Deu, y Gracia Lasheras, psiquiatra del H. U. Dexeus.

El segundo taller tratará cómo incorporar la evaluación del neurodesarrollo del bebé en la clínica y la investigación, y será desarrollado por Carmen Henández, psicóloga de la Universitat Rovira i Virgili.

Más información en: <https://www.sociedadmarce.org/detall-agenda.cfm/ID/20785/ESP/xiii-jornada-anual-salud-mental-perinatal-sociedad-marce-espanyola.htm>

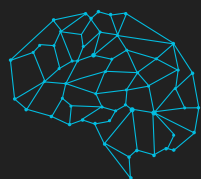


I CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL PERINATAL

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, y representa un hito para el campo de la salud mental perinatal en países de habla hispana y portuguesa.

Aquí puede descargarse PDF con más información: https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES_12/congreso-2025---chile-.pdf



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL

CHILDREN-ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

Natàlia Fort¹, Anaïs 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)

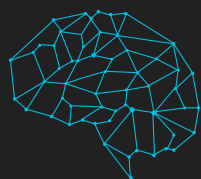
SALAS INMERSIVAS DE REALIDAD VIRTUAL

El Hospital Clínic de Barcelona ha inaugurado dos salas inmersivas de realidad virtual para los niños y adolescentes ingresados en Salud Mental del Hospital Clínic, a la vez que se estudiará el impacto de esta tecnología en el contexto del abordaje de las crisis de agitación así como en las terapias grupales. Proyecto posibilitado gracias a Reale Foundation (fundación corporativa de Reale Seguros) con el Área de Responsabilidad Social Corporativa del Hospital Clínic de Barcelona.

Proyecto de implementación de estrategias sensoriales innovadoras en el ámbito de la psiquiatría, con posibilidad

de ayudar en la reducción del número de contenciones y aislamiento, la disminución de la ansiedad, el aumento del bienestar emocional en línea con el objetivo de desarrollar estrategias terapéuticas que sean a la vez respetuosas y efectivas.

El acto inaugural contó con la presencia de la Dra Josefina Castro, directora del Instituto Clínic de Neurociencias (ICN) y coordinadora del grupo de investigación de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia del IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer), la Dra Luisa Lázaro, jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Clínic Barcelona e investigadora del IDIBAPS, la Dra Astrid Morer, jefa de la sección de hospitalización psiquiátrica, coordinadora del proyecto e investigadora del IDIBAPS, la Sra Cindy Frías, coordinadora de enfermería de dicho servicio, la Sra Anna Jover, jefa del



Área de Responsabilidad Social Corporativa y el Sr Jordi Rosich, director Territorial de Catalunya y Baleares.

<https://www.clinicbarcelona.org/noticias/instituto/instituto-clinic-de-neurociencias>

2. NOTICIAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

Palabras clave: pensamientos suicidas, comportamiento suicida, trastorno dismórfico corporal, infancia, adolescencia, ideación suicida, intentos de suicidio, impulsividad.

PREADOLESCENT SUICIDAL THOUGHTS AND BEHAVIORS: AN INTENSIVE LONGITUDINAL STUDY OF RISK FACTORS⁽¹⁾

Debido al aumento de la presencia de pensamientos y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes, nace la necesidad de determinar factores de riesgo precoces en la etapa preadolescente.

Por ello, se implicaron 192 participantes de 7 a 12 años de edad que completaron una entrevista diagnóstica en la que se examinaron las experiencias de ideación suicida, y 11 variables psicosociales con vínculos ya conocidos con trastornos de la conducta sexual en adolescentes y adultos. Se administraron encuestas semanales a los preadolescentes antecedentes con trastorno de la conducta sexual de alto riesgo y encuestas mensuales a los preadolescentes con menor riesgo, durante 12 meses.

Se observó que, los factores psicosociales que predominan en los trastornos de conducta sexual en adolescentes y adultos también afectan a los preadolescentes en la vida diaria. Se evidenciaron como indicadores de factores de riesgo la supresión expresiva y la percepción de que el trastorno es una carga para la salud, por lo que pasarían a ser objetivos principales para el tratamiento. Asimismo, el incremento de la depresión, la rumia y la crítica, el conflicto

de los cuidadores y la disminución del afecto positivo podrían ser señales de detección y evaluación de los trastornos de conducta sexual en preadolescentes con antecedentes de trastornos de conducta sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Renee J. Thompson, Diana J. Whalen, Kirsten Gilbert, ... Caroline P. Hoyniak, - Deanna M. Barch, Joan L. Luby. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2025.

EPIDEMIOLOGY OF BODY DYSMORPHIC DISORDER AND APPEARANCE PREOCCUPATION IN YOUTH: PREVALENCE, COMORBIDITY AND PSYCHOSOCIAL IMPAIRMENT⁽²⁾

Se trata de un estudio cuyo objetivo fue especificar la prevalencia, la comorbilidad y el deterioro psicosocial asociados con el trastorno dismórfico corporal en la población juvenil.

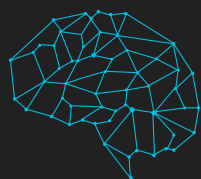
Los datos fueron extraídos de la encuesta de Salud Mental de Niños y Jóvenes en Inglaterra de 2017, determinando el trastorno dismórfico corporal y la comorbilidad psiquiátrica, según criterios de DSM5, de una muestra de 7.654 niños y jóvenes de 5 a 19 años de edad. Además, se valoró el deterioro psicosocial con una escala cuantitativa y se registró en función de los intentos de suicidio y autolesiones informados.

Los resultados mostraron que el trastorno dismórfico corporal fue significativamente más frecuente en adolescentes que en niños, y en mujeres que en hombres. También se demostró que aproximadamente el 70% de los jóvenes con el trastorno dismórfico corporal tenían comorbilidad psiquiátrica, generalmente, trastornos internalizantes.

En conclusión, el trastorno dismórfico corporal y la preocupación se asociaron con altas tasas de comorbilidad psiquiátrica y deterioro psicosocial significativo. Los hallazgos favorecen la detección y diagnóstico del trastorno dismórfico corporal y de su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

2. Georgina Krebs, Bruce R. Clark, Tamsin J. Ford, Argyris Stringaris. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2025.



NEGATIVE URGENCY AND LACK OF PERSEVERANCE PREDICT SUICIDAL IDEATION AND ATTEMPTS AMONG YOUNG ADOLESCENTS⁽³⁾

El objetivo del presente estudio fue precisar la asociación entre la impulsividad y la ideación suicida y los intentos de suicidio.

Así pues, se utilizó una muestra de 10.286 participantes de 9 a 12 años de edad, del Estudio de Desarrollo Cognitivo Cerebral AdolescenteSM (Estudio ABCD[®]), y se valoró la impulsividad en los niños de 9-10 años y la ideación e intentos suicidas en los de 11-12 años.

Los resultados concluyeron que la urgencia negativa y la falta de perseverancia en los niños de 9-10 años revelaron una mayor probabilidad de ideación suicida e intentos de suicidio cuando los niños tenían 11-12 años. Por ello, se demuestra la importancia de considerarlos como son predictores evidentes en adolescentes-jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

3. Ben Scheve, Zhuoran Xiang, Brendan Lam, Naomi Sadeh & Arielle Baskin-Sommers. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2025.

3. RESEÑAS DE JORNADAS Y/O CONGRESOS DE SMIJ

13º CURSO AEPNYA: INTERVENCIÓN EN CRISIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

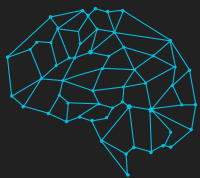
El pasado 22 de noviembre de 2024 se impartió el curso AEPNYA en su decimotercera edición, tanto en formato presencial como online. Como novedad se impartió en Barcelona, con sede en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Coordinado por la Presidenta de la Comisión Científica de AEPNyA (Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia), Rosa Calvo Escalona, el curso versó en esta edición sobre "Intervención en crisis en niños y adolescentes". Con un apretado programa en 3 mesas redondas, la primera

titulada: "Nuevas estrategias para el abordaje del paciente complejo" y moderada por Covadonga Martínez Díaz-Caneja, Inmaculada Baeza nos recordó el uso de la farmacoterapia con clozapina también para niños y adolescentes, con uso menor al esperable dada su gran eficacia en casos de esquizofrenia resistente, psicosis o trastorno bipolar con riesgo suicida, o agresividad en el Trastorno del espectro autista resistente a otros antipsicóticos.

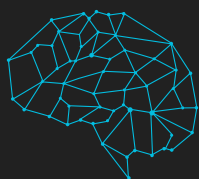
Arantza Fernández nos recordó el gran papel de la Terapia Dialéctica Conductual también para adolescentes, en el tratamiento de los adolescentes con desregulación emocional, terapia transdiagnóstica para aquellas patologías que cursan con desregulación emocional, sus fases iniciando el abordaje de los comportamientos peligrosos para la vida, su abordaje en individual y en grupo de entrenamiento en habilidades, la tolerancia al malestar y el camino del medio para los adolescentes. Carmen Moreno finalizó la primera mesa con la ponencia titulada: "Qué hacer cuando los pacientes no responden. Más allá de los tratamientos de primera y segunda línea en psiquiatría de la infancia y la adolescencia". Aspectos sumamente interesantes sobre evidencia de los fármacos, la pseudo-resistencia, la polifarmacia, la importancia de la historia farmacológica, la farmacogenómica, las decisiones compartidas, los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada, la importancia de la documentación en la historia clínica y muchos otros aspectos interesantes.

La segunda mesa, titulada "Urgencias y hospitalización", moderada por Ana Blázquez, se inició con la ponencia de Luisa Lázaro sobre la Evaluación de las urgencias psiquiátricas en la última década, aspecto más que esencial para comprender y planificar la situación, aspectos como el paciente frecuentador, y el hiperfrecuentador, el aumento ascendente de las urgencias, el papel del confinamiento y la pandemia de la COVID-19, los factores de vulnerabilidad socio familiar, el descenso de la edad del paciente que consulta a urgencias, la duplicación del número de urgencias en días lectivos, entre otros. Marc Ferrer explicó el modelo integrado con Hospital de Día en el Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, consistente en Hospital de Día en el Hospital General, integrado a la Unidad de Hospitalización (adolescente) y el tratamiento de la "nueva psicopatología" adolescente, la desregulación emocional con autolesiones suicidas y/o no



suicidas, el programa TaySH y el terciarismo, tratamiento ambulatorio especializado. Astrid Morer abordó el controvertido y complejo tema de "la Utopía de la Contención Cero: Retos en el manejo del paciente menor agitado en el hospital". María Giralt nos adentró en las "Buenas Prácticas en Quality Rights y hospitalización en salud mental infantojuvenil". La tercera y última mesa, titulada Debate, moderada por Rosa Calvo

con M. Esperança Ginebra, profesora titular de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona, nos instruyó sobre las "Decisiones compartidas en pacientes complejos", las "decisiones acompañadas", el menor maduro, el menor con capacidad natural y muchos otros conceptos legales. El debate con todos los ponentes, dio el broche final al interesante y esperado curso anual de AEPNYA.



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN ACTUALIZACIÓN Y REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

NEWS AND THOUGHTS ON SEXOLOGY

F. Muñoz-Montesinos¹, I. Tolosa², G. Serrano¹, B. Ruiz¹, G. Chenoll¹,
A. Galarreta¹, G. Mestre-Bach^{2,3}, C. Chiclana-Actis¹

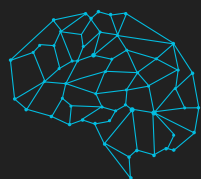
¹Grupo de trabajo e investigación en sexualidad consulta dr. Carlos chiclana.

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).



IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE EDUCACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESCUELAS DE ASIA Y ÁFRICA: UN ANÁLISIS EXPLORATORIO⁽¹⁾

IMPLEMENTATION OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION POLICY IN SCHOOLS IN ASIA AND AFRICA: A SCOPING REVIEW.

Autores: Khosla, R., & Brown, V. T.

Publicación: International Journal of Sexual Health.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2409129>

Cita Completa: Khosla, R., & Brown, V. T. (2024). Implementation of Sexual and Reproductive Health Education Policy in Schools in Asia and Africa: A Scoping Review. *International Journal Of Sexual Health*, 1-19.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: la salud sexual y reproductiva (SRH) de los adolescentes se ha descuidado un poco desde el milenio. La SRH, proporciona una salida para informar a estos jóvenes sobre la importancia de su salud sexual, junto con sus derechos humanos, incluidos los sexuales. A pesar de reconocer su importancia, la educación SRH sigue siendo de baja prioridad política en Asia y África. La política que exige dicha educación es esencial para promover la SRH, especialmente en las escuelas primarias y secundarias, que son un buen entorno para regular y maximizar la entrega. Sin embargo, aunque existen políticas en Asia y África, no está claro si estas políticas se implementan.

Objetivo: responder a dos preguntas clave sobre la aplicación de la política de SRH: ¿En qué medida se implementan las políticas educativas de SRH en Asia y África?; ¿Cuáles son las barreras para la aplicación de políticas?

Método: en febrero de 2023, se recopilaban 1639 artículos de cuatro bases de datos (PubMed, Scopus, Embase, Web of Science) y 218 artículos adicionales a través de búsquedas en Google Scholar y Global Index Medicus. Tras eliminar duplicados en Zotero, quedaron 1537 artículos únicos. Luego

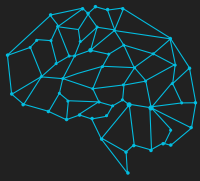
de revisar títulos, resúmenes y textos completos, 17 estudios cumplieron los criterios de inclusión, y otros 7 se añadieron tras revisar las referencias de los seleccionados. Los artículos finales se analizaron temáticamente utilizando el marco de Braun y Clarke (2006).

Resultados: de 24 estudios, 15 analizaron el grado y escala de implementación de políticas de SRE en 8 países. 10 estudios utilizaron métodos mixtos y 14 fueron cualitativos, principalmente mediante cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. Los participantes incluyeron estudiantes, educadores y actores clave como legisladores, padres y líderes religiosos. En los diferentes estudios se pudo observar que muchos países no respetaron los tiempos recomendados en las políticas. Por ejemplo, en China, las horas dedicadas a SRE variaron entre 1 y 8 por grado; en Ghana y Kenia, menos de un tercio de las escuelas cumplió las recomendaciones mínimas. La falta de capacitación de maestros y monitoreo provocó una implementación parcial o inadecuada. En Nigeria, solo el 10 % de las escuelas cubrían SRH, y en Sudáfrica, el 42 % de las escuelas reconocieron dificultades en la implementación. También se observó que los planes de estudio priorizaron la abstinencia y evitaron temas esenciales como anticoncepción, derechos sexuales y relaciones. Esto resultó en información incompleta o sesgada. Por último, muchos docentes se sentían avergonzados o incapaces de abordar temas relacionados con la sexualidad debido a creencias personales o falta de capacitación.

Conclusión: aunque algunos países han mostrado avances en la implementación de SRH, la falta de recursos, la estigmatización, las políticas incompletas y la formación insuficiente continúan siendo desafíos recurrentes. La integración curricular, la capacitación docente y el compromiso de las partes interesadas son esenciales para mejorar la implementación y efectividad de las políticas de SRH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khosla, R., & Brown, V. T. (2024). Implementation of Sexual and Reproductive Health Education Policy in Schools in Asia and Africa: A Scoping Review. *International Journal Of Sexual Health*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2409129>



ESCALA DE CONSECUENCIAS DE LA CONFORMIDAD SEXUAL (CSCS): DESARROLLO DE LA ESCALA Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS⁽²⁾

THE CONSEQUENCES OF SEXUAL COMPLIANCE SCALE (CSCS): SCALE DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES.

Autores: Nickull, S., Lagerström, M., Jern, P., & Gunst, A.

Publicación: The Journal of Sex Research.

DOI: <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2445742>

Cita completa: Nickull, S., Lagerström, M., Jern, P., & Gunst, A. (2025). The Consequences of Sexual Compliance Scale (CSCS): Scale Development and Psychometric Properties. *The Journal of Sex Research*, 1-12.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: el cumplimiento sexual se refiere al consentimiento y la participación en la actividad sexual sin deseo sexual, y como el consentimiento se da libremente, el cumplimiento es distinto de la coerción sexual o la agresión. El cumplimiento es un fenómeno generalizado en las relaciones comprometidas, con investigaciones previas utilizando muestras de conveniencia que muestran que entre el 37 % y el 64 % de las personas han cumplido con el sexo al menos una vez con su pareja actual. Hay muchas razones diferentes para cumplir con el sexo, como querer promover la intimidad o evitar la tensión en una relación. Los estudiantes de pregrado también han informado de cumplir con el sexo debido a la intoxicación por alcohol o ganarse el respeto de los compañeros. Actualmente, no se ha desarrollado una medida psicométricamente evaluada de las consecuencias percibidas del cumplimiento sexual.

Objetivo: desarrollar y validar la Escala de Consecuencias del Cumplimiento Sexual (CSCS), basada en hallazgos cualitativos previos. La escala mide las consecuencias positivas y negativas del cumplimiento sexual en el bienestar individual y la relación de pareja.

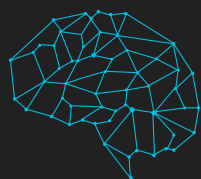
Método: la escala se construyó a partir de un análisis cualitativo de contenido (Gunst et al., 2024), seleccionando 12 categorías de consecuencias negativas y 8 de consecuencias positivas, con tres ítems por categoría, resultando en 60 ítems. La escala fue traducida al finlandés y al sueco por traductores bilingües. Los datos se recolectaron mediante una encuesta poblacional en Finlandia, con una muestra aleatoria de 30,000 personas de 18 a 50 años. La tasa de respuesta fue del 7,2 %, y la muestra final incluyó 1,159 participantes. Se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de factores principales y rotación Oblimin, evaluando el ajuste del modelo con RMSEA, SRMR y TLI.

Resultados: el análisis factorial exploratorio sugirió una solución de dos factores, que mide consecuencias positivas y consecuencias negativas del cumplimiento sexual. Aunque modelos con más factores explicaban mayor varianza, la solución de dos factores ofreció una mejor interpretación teórica y estructura más clara. Después de eliminar ítems con cargas bajas, redundantes o altamente correlacionados, la versión final de la escala incluyó 10 ítems por factor. Los análisis descriptivos mostraron que los participantes reportaron significativamente más consecuencias positivas que negativas. Los hombres percibieron más consecuencias positivas que las mujeres, mientras que las mujeres experimentaron más consecuencias negativas. La edad tuvo una relación negativa con las consecuencias negativas, indicando que estas disminuyen con la edad, mientras que la duración de la relación y el nivel educativo no estuvieron relacionados con ninguna de las dimensiones.

Conclusión: el CSCS puede evaluarse más y usarse para arrojar luz sobre posibles predictores de la conformidad sexual, así como para usarse como un recurso cuando se discute la conformidad sexual en la terapia sexual.

BIBLIOGRAFÍA

2. Nickull, S., Lagerström, M., Jern, P., & Gunst, A. (2025). The Consequences of Sexual Compliance Scale (CSCS): Scale Development and Psychometric Properties. *The Journal of Sex Research*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2445742>



ANÁLISIS CRÍTICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN ADULTOS LGBTQ+: FACTORES DE RIESGO DE VICTIMIZACIÓN ⁽³⁾

LGBTQ+ ADULT SEXUAL VIOLENCE CRITICAL SCOPING REVIEW: VICTIMIZATION RISK FACTORS.

Autores: Ison, J., Hindes, S., & Fileborn, B.

Publicación: Trauma, violence & abuse.

DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380241311930>

Cita completa: Ison, J., Hindes, S., & Fileborn, B. (2025). LGBTQ+ Adult Sexual Violence Critical Scoping Review: Victimization Risk factors. *Trauma Violence & Abuse*.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la violencia sexual ha sido ampliamente estudiada desde una perspectiva feminista, destacando su impacto en mujeres heterosexuales cisgénero y la dinámica de poder de género. Sin embargo, las experiencias de las personas LGBTQ+ han recibido menos atención, lo que ha llevado a una comprensión limitada de los factores que influyen en su victimización. En respuesta a esta brecha, se realizó una revisión crítica de alcance de la literatura académica en inglés sobre violencia sexual en adultos LGBTQ+ (mayores de 14 años).

Objetivo: analizar los factores de riesgo asociados con la victimización, identificando cuatro áreas clave: consumo de alcohol y otras drogas (AOD); homofobia, bifobia, transfobia y estrés de minorías; comportamiento sexual "arriesgado" y transmisión del VIH; y abuso sexual infantil (CSA). Se realizó una revisión de la cual se publicaron 2 artículos, este es el segundo.

Método: se realizó una revisión de alcance siguiendo el marco de Arksey y O'Malley (2005) y Levac et al. (2010) para identificar estudios cualitativos y cuantitativos en inglés sobre violencia sexual en personas LGBTQ+. Se aplicaron criterios de inclusión que requerían un mínimo del 50 % de enfoque en violencia sexual y en población LGBTQ+, excluyendo estudios

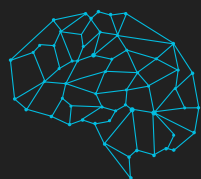
centrados en abuso sexual infantil, acoso sexual o sin datos empíricos. Se seleccionaron 108 estudios tras un proceso de cribado en Covidence (Veritas Health Innovation, 2022), y los hallazgos se analizaron mediante un enfoque temático. Se sintetizaron los resultados en función de su contribución al conocimiento sobre los factores de riesgo de victimización, excluyendo estudios con datos descriptivos sin análisis.

Resultados: se centraron principalmente en factores individuales de riesgo, como el consumo de sustancias y el comportamiento sexual "arriesgado", con un énfasis limitado en factores estructurales. Se identificó una tendencia a considerar el "riesgo" como un fracaso personal, sin explorar suficientemente el rol de los perpetradores ni las desigualdades socioeconómicas que pueden influir en la victimización. En particular, los estudios sobre la relación entre violencia sexual y transmisión del VIH tendieron a enmarcar a los sobrevivientes como responsables del riesgo, sin un análisis profundo de las dinámicas contextuales. Además, el abuso sexual infantil (CSA) fue recurrentemente identificado como un factor de riesgo para la violencia sexual en adultos, con pocos estudios que abordaran los aspectos estructurales detrás de la victimización infantil y adulta.

Conclusiones: los estudios revisados tienden a adoptar un enfoque individualizante de la violencia sexual en poblaciones LGBTQ+, enfatizando los comportamientos y decisiones de los sobrevivientes en lugar de centrarse en el papel de los perpetradores o en los factores estructurales que facilitan la violencia. La falta de análisis interseccionales y estructurales limita la capacidad de estos estudios para ofrecer soluciones efectivas y contextualizadas. Además, la estigmatización implícita en algunos estudios, especialmente en torno al comportamiento sexual "arriesgado" y la transmisión del VIH, subraya la necesidad de un enfoque más matizado y menos moralizante en la investigación sobre violencia sexual en comunidades LGBTQ+.

BIBLIOGRAFÍA

3. Ison, J., Hindes, S., & Fileborn, B. (2025). LGBTQ+ Adult Sexual Violence Critical Scoping Review: Victimization Risk factors. *Trauma Violence & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380241311930>



BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SANITARIA EN LÍNEA Y CIBERCONDRIA ENTRE HOMBRES CON RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH: UN MODELO DE MEDIACIÓN MODERADAS⁽⁴⁾

ONLINE HEALTH INFORMATION SEEKING AND CYBERCHONDRIA AMONG MEN AT RISK OF HIV INFECTION: A MODERATED MEDIATION MODEL.

Autores: Guo, Y., Wang, Y., & Li, Y.

Publicación: International Journal of Sexual Health.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2408345>

Cita completa: Guo, Y., Wang, Y., & Li, Y. (2024). Online Health Information Seeking and Cyberchondria Among Men at Risk of HIV Infection: A Moderated Mediation Model. *International Journal of Sexual Health*, 1–14.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: buscar mucha información médica y hacer más consultas puede aumentar la cibercondría, especialmente en personas con baja tolerancia a la incertidumbre. Esto ayuda a diseñar estrategias para reducir la ansiedad relacionada con la salud.

Objetivo: investigar la relación entre la búsqueda de información sanitaria en línea relacionada con el VIH/SIDA y la cibercondría entre hombres chinos que han tenido conductas sexuales de alto riesgo. Propone un modelo de mediación moderada para explorar el papel de la escalada de consultas como mediador y la intolerancia a la incertidumbre como moderador en esta relación.

Método: el estudio analiza cómo las búsquedas de información de salud en internet, el aumento en la frecuencia de estas consultas y la interacción con otros usuarios influyen en la aparición de cibercondría (ansiedad excesiva por la salud) en hombres con alto riesgo de contraer VIH.

Resultados: buscar información sobre salud en línea con mucha frecuencia, está directamente relacionado con un mayor riesgo de cibercondría. Además, este efecto ocurre porque esas búsquedas frecuentes llevan a realizar más consultas médicas. Sin embargo, cuando una persona tiene una alta tolerancia a la incertidumbre, esta conexión se debilita. Es decir, las personas con mayor capacidad para manejar la incertidumbre tienden a buscar menos consultas médicas

y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de desarrollar cibercondría.

Conclusión: la búsqueda de información sobre salud en internet, el aumento en la cantidad de consultas médicas y la forma en que las personas interactúan con esa información pueden contribuir a la cibercondría (ansiedad excesiva por la salud) en personas con alto riesgo. Estos hallazgos son importantes para crear estrategias que ayuden a reducir esta ansiedad, enfocándose en controlar la búsqueda excesiva de información médica y ayudando a las personas a manejar mejor su dificultad para lidiar con la incertidumbre.

BIBLIOGRAFÍA

- Guo, Y., Wang, Y., & Li, Y. (2024). Online Health Information Seeking and Cyberchondria Among Men at Risk of HIV Infection: A Moderated Mediation Model. *International Journal of Sexual Health*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2444590>

ACTIVIDAD SEXUAL Y BIENESTAR SEXUAL ENTRE ADULTOS SOBRIOS: EL PAPEL DEL ESTIGMA PERCIBIDO POR LA SOBRIEDAD⁽⁵⁾

SEXUAL ACTIVITY AND SEXUAL WELL-BEING AMONG SOBER ADULTS: THE ROLE OF FELT SOBRIETY STIGMA.

Autores: Moran, J. B., Masterson, A. P., Eaton, C., Rohleen, T. K., & Hone, L. S. E.

Publicación: International Journal Of Sexual Health.

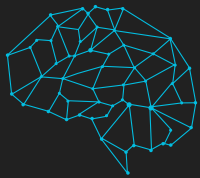
DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2439346>

Cita Completa: Moran, J. B., Masterson, A. P., Eaton, C., Rohleen, T. K., & Hone, L. S. E. (2024). Sexual Activity and Sexual Well-Being Among Sober Adults: The Role of Felt Sobriety Stigma. *International Journal Of Sexual Health*, 1–11.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el estigma asociado a la sobriedad puede afectar negativamente áreas importantes de la vida, incluido el bienestar sexual. Este estudio busca entender esa relación para promover estrategias de apoyo más efectivas

Objetivo: explorar la relación entre las experiencias de estigma y la actividad sexual y el bienestar sexual entre personas sobrias.



Método: 238 adultos sobrios y sexualmente activos informaron sobre la duración de su sobriedad, sus experiencias de estigma por la sobriedad, su actividad sexual y su bienestar sexual.

Resultados: la duración de la sobriedad no se relaciona con ninguno de los resultados. Sin embargo, el estigma de la sobriedad se relaciona negativamente con la actividad sexual y el bienestar sexual.

Conclusión: el estigma de la sobriedad tiene implicaciones no solo para la prevención de recaídas, sino también para las intervenciones en materia de salud y bienestar sexual. Las iniciativas para reducir el estigma entre las personas sobrias pueden conducir a iniciativas de promoción de la salud y el bienestar sexual más exitosas.

BIBLIOGRAFÍA

5. Moran, J. B., Masterson, A. P., Eaton, C., Rohleen, T. K., & Hone, L. S. E. (2024). Sexual Activity and Sexual Well-Being Among Sober Adults: The Role of Felt Sobriety Stigma. *International Journal Of Sexual Health*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2439346>

ACTITUDES SEXISTAS, CONFLICTOS Y SATISFACCIÓN EN LAS RELACIONES DE PAREJA Y BIENESTAR DE HOMBRES Y MUJERES⁽⁶⁾

SEXIST ATTITUDES, RELATIONSHIP CONFLICT AND SATISFACTION IN HETEROSEXUAL COUPLES, AND MEN'S AND WOMEN'S WELLBEING.

Autores: Waddell, N., Overall, N. C., Cross, E. J., & Sibley, C. G.

Publicación: Sex Roles.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01556-0>

Cita completa: Waddell, N., Overall, N. C., Cross, E. J., & Sibley, C. G. (2025). Sexist Attitudes, Relationship Conflict and Satisfaction in Heterosexual Couples, and Men's and Women's Wellbeing. *Sex Roles*, 91(1).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el sexismo ambivalente, compuesto por actitudes hostiles y benévolas, afecta las relaciones de pareja al influir en el conflicto, la satisfacción y el bienestar de ambos miembros.

Objetivo: examinar las implicaciones de las actitudes relacionadas con el género (sexismo hostil y benévolo) de hombres y mujeres en la calidad de las relaciones de pareja y su impacto en el bienestar psicológico. Aplicando la teoría del sexismo ambivalente, se analizaron cómo estas actitudes influyen en el conflicto, la satisfacción en la relación y el bienestar de ambos miembros de parejas heterosexuales.

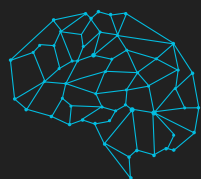
Método: se realizó un análisis de interdependencia actor-pareja con datos de un estudio de panel representativo a nivel nacional, que incluyó a 755 parejas heterosexuales. Se evaluaron las actitudes sexistas de hombres y mujeres, el nivel de conflicto y satisfacción en sus relaciones, y el bienestar psicológico asociado.

Resultados: el sexismo hostil en hombres aumentó el conflicto y redujo la satisfacción en la relación, afectando negativamente el bienestar de ambos. En cambio, el sexismo benévolo en hombres disminuyó el conflicto y mejoró su propio bienestar, aunque no el de sus parejas. Para las mujeres, el sexismo hostil redujo el conflicto y mejoró el bienestar de sus parejas masculinas, mientras que el sexismo benévolo incrementó el conflicto, afectando negativamente a ambos.

Conclusión: las actitudes sexistas, diferenciadas entre hostiles y benévolas, tienen impactos específicos y significativos en la calidad de las relaciones y el bienestar psicológico de hombres y mujeres. El estudio destaca la importancia de abordar estas actitudes relacionadas con el género para promover relaciones más saludables y mejorar el bienestar general.

BIBLIOGRAFÍA

6. Waddell, N., Overall, N. C., Cross, E. J., & Sibley, C. G. (2025). Sexist Attitudes, Relationship Conflict and Satisfaction in Heterosexual Couples, and Men's and Women's Wellbeing. *Sex Roles*, 91(1). <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01556-0>



PROSTITUCIÓN Y TRABAJADORAS DEL SEXO COMO SUJETOS EMERGENTES. ESTUDIO DE CASOS A MUJERES TRANS Y HETEROSEXUALES⁽⁷⁾

PROSTITUCIÓN Y TRABAJADORAS DEL SEXO COMO SUJETOS EMERGENTES. ESTUDIO DE CASOS A MUJERES TRANS Y HETEROSEXUALES.

Autores: Rosales, Y., Hernández, I., & Marcano, A.

Publicación: Revista Sexología y Sociedad.

DOI: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/807/832>

Cita completa: Rosales, Y., Hernández, I., & Marcano, A. (2025). Prostitución y trabajadoras del sexo como sujetos emergentes. Estudio de casos a mujeres trans y heterosexuales. *Revista Sexología y Sociedad*, 30(2).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la prostitución ha existido desde tiempos remotos, adaptándose a contextos sociohistóricos diversos y siendo objeto de análisis desde múltiples disciplinas como la sociología, la psicología, el derecho y la antropología. Este fenómeno, asociado a la feminización de la pobreza y las desigualdades de género, afecta principalmente a mujeres, quienes representan el 80% de quienes la ejercen, enfrentando además diversas violencias físicas, psicológicas y estructurales. Las perspectivas feministas han generado debates contrapuestos: unas consideran la prostitución una forma de explotación, mientras otras la ven como una decisión autónoma y una profesión válida. Estudios recientes, como los realizados en Cuba, destacan la experiencia de mujeres cis y trans en estas prácticas, evidenciando problemáticas como la violencia, estigma y la discriminación. Asimismo, la prostitución se inscribe en dinámicas patriarcales y capitalistas, donde el cuerpo femenino se mercantiliza en un sistema que perpetúa la desigualdad.

Objetivo: analizar las experiencias, significados y representaciones de mujeres transexuales y heterosexuales en relación con el sexo transaccional, para identificar las dicotomías entre prostitución y trabajo sexual, y comprender las dimensiones emocionales, sociales y culturales asociadas a estas prácticas.

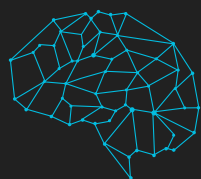
Método: enfoque cualitativo para recoger datos subjetivos y profundizar en las experiencias de las participantes. Las técnicas incluyeron análisis documental, historias de vida y entrevistas en profundidad. El muestreo fue no probabilístico intencional, utilizando la técnica de bola de nieve para contactar a las participantes. La muestra estuvo compuesta por 8 mujeres, en la Habana entre 2021 y 2022.

Resultados: la mayoría de las entrevistadas prefieren el término "trabajadora sexual" para reducir el estigma asociado a "prostituta". Las mujeres tras de la red Transcuba muestran mayor conocimiento sobre derechos y riesgos gracias a talleres educativos, mientras que las mujeres heterosexuales enfrentan más carencias en este ámbito. Todas coinciden en la necesidad de regulación legal para proteger su autonomía y reducir riesgos, considerando el sexo transaccional una forma de trabajo legitimada por necesidad económica.

Conclusión: los debates feministas han ampliado la perspectiva sobre la prostitución, abogando por políticas que protejan a quienes la ejercen, reconociendo tanto la violencia como la cosificación de los cuerpos involucrados. Las experiencias de las entrevistadas están marcadas por vulneraciones de derechos, discriminaciones y falta de oportunidades, lo que influye en su identificación como trabajadoras sexuales. Por tanto, se subraya la necesidad de visibilizar las complejidades de la práctica y generar políticas públicas que minimicen las condiciones de vulnerabilidad, garantizando el respeto a sus derechos y a un ejercicio protegido de esta actividad.

BIBLIOGRAFÍA

7. Rosales, Y., Hernández, I., & Marcano, A. (2025). Prostitución y trabajadoras del sexo como sujetos emergentes. Estudio de casos a mujeres trans y heterosexuales. *Revista Sexología y Sociedad*, 30(2). Recuperado de <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/807/832>



CUIDADOS Y POBLACIONES LGBTQ+: UNA MIRADA A LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE EL TEMA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS (2013-2023)⁽⁸⁾

CUIDADOS Y POBLACIONES LGBTQ+: UNA MIRADA A LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE EL TEMA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS (2013-2023).

Autores: Rosales, Y.

Publicación: Revista Sexología y Sociedad.

DOI: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/808/834>

Cita completa: Rosales, Y. (2025). Cuidados y poblaciones LGBTQ+: una mirada a la literatura científica sobre el tema en los últimos diez años (2013-2023). *Revista Sexología y Sociedad*, 30(2).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: los estudios sobre los cuidados surgieron en los años 80 en Europa y EE. UU., destacando la sobrecarga femenina al combinar el trabajo remunerado con el de cuidados. En América Latina, el análisis comenzó en los 90, centrado en el trabajo no remunerado y su vínculo con lo afectivo. En Cuba, aunque se han implementado políticas sociales para apoyar a cuidadores y personas dependientes, el cuidado sigue feminizado, lo que requiere cambios estructurales. La Red Cubana de Estudios sobre Cuidados, creada en 2021, busca fortalecer políticas y visibilizar desigualdades. Sin embargo, aún hay vacíos en la investigación, especialmente sobre la realidad de las mujeres lesbianas cuidadoras, quienes enfrentan discriminación y violencia de género, lo que exige una mayor inclusión de sus experiencias en la agenda académica y política.

Objetivo: valorar, a partir de la sistematización de la producción teórico-metodológica sobre cuidados LGBTQ+, el tratamiento de las problemáticas de las mujeres lesbianas en calidad de cuidadoras y cuidadas durante los últimos diez años.

Método: se realizó una revisión de investigaciones publicadas entre 2013 y 2023 en bases de datos como Scielo, MEDLINE, Latindex y Google Académico, incluyendo artículos,

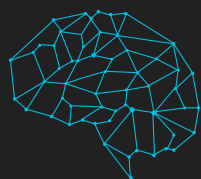
tesis y textos científicos. La búsqueda se centró en tres categorías: cuidados, discriminación y diversidad sexual, aplicando filtros para restringir los resultados a estudios en español, en humanos y con acceso a texto completo. Se incluyeron estudios con participantes LGBTQ+, que analizaran la relación entre cuidados en este grupo y fueran revisados por pares, excluyendo revisiones y validaciones de instrumentos. La extracción de datos consideró metodología, características de los participantes, discriminaciones abordadas y hallazgos sobre el vínculo entre cuidados y derechos, salud, educación y mercado laboral en la vida de las mujeres lesbianas.

Resultados: la atención a personas con sexualidades no heteronormativas enfrenta barreras estructurales y discriminación en el ámbito de la salud, especialmente hacia personas trans y lesbianas. Las mujeres lesbianas, además, asumen labores de cuidados sin el apoyo familiar y enfrentan violencia y estigmatización, tanto en el hogar como en su entorno laboral. Las posturas cisheteronormativas en los servicios de salud dificultan su acceso a cuidados de calidad. Las políticas inclusivas y con enfoque de derechos humanos son esenciales para garantizar su bienestar, especialmente en etapas finales de la vida, como en los cuidados paliativos.

Conclusión: a pesar de que los cuidados se han centrado en diversas investigaciones y políticas públicas, las poblaciones LGBTQ+ siguen siendo invisibilizadas en este campo. La escasa literatura sobre cuidados para estas poblaciones, especialmente mujeres lesbianas, muestra que la cisheteronormatividad y la desigualdad de género en los servicios de salud son barreras persistentes. La falta de preparación del personal sanitario y la invisibilidad de las prácticas homoeóticas femeninas contribuyen a mantener el silencio y la exclusión en el ámbito de la salud. Para garantizar una atención inclusiva y libre de discriminación, es esencial abordar las desigualdades en salud desde una perspectiva interseccional, de género y derechos humanos, eliminando barreras en el acceso y mejorando la formación del personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA

8. Rosales, Y. (2025). Cuidados y poblaciones LGBTQ+: una mirada a la literatura científica sobre el tema en los últimos diez años (2013-2023). *Revista Sexología y Sociedad*, 30(2). Recuperado de <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/808/834>



ENTRE FRONTERAS Y PANTALLAS: EROTISMO Y VÍNCULOS EN EL CONTEXTO MIGRATORIO⁽⁹⁾

ENTRE FRONTERAS Y PANTALLAS: EROTISMO Y VÍNCULOS EN EL CONTEXTO MIGRATORIO.

Autores: Peña, I.

Publicación: Revista Sexología y Sociedad.

DOI: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/811/833>

Cita completa: Peña, I. (2025). Entre fronteras y pantallas: erotismo y vínculos en el contexto migratorio. *Revista Sexología y Sociedad*, 30(2).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la migración es un proceso complejo con múltiples causas y consecuencias, no solo económicas y políticas, sino también psicosociales y afectivas. Más allá del desplazamiento físico, impacta las relaciones interpersonales, las dinámicas de pareja y la vivencia de la sexualidad. En un contexto de modernidad líquida y digitalización, donde las pantallas median cada vez más las interacciones, la migración configura nuevas formas de vinculación y erotismo. Este ensayo busca reflexionar sobre estos cambios desde una perspectiva psicosocial, explorando cómo la movilidad transnacional influye en la construcción de los vínculos afectivos y la experiencia de la sexualidad.

Objetivo: reflexionar sobre cómo la migración y la tecnología influyen en la sexualidad y las relaciones de pareja en la actualidad.

Método: el artículo adopta un enfoque cualitativo, revisando la literatura existente sobre migración, relaciones vinculares y erotismo. Analiza diversos estudios previos sobre migración cubana, la emigración en el contexto de América Latina y el Caribe, y las implicaciones para las relaciones familiares y de pareja. También examina cómo las tecnologías, como los chats y las redes sociales, han alterado las prácti-

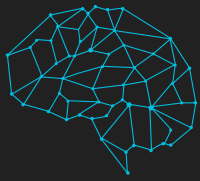
cas eróticas y vinculares. Ofrece una perspectiva integradora sobre cómo las tecnologías digitales y las separaciones físicas afectan las relaciones personales.

Resultados: la migración cubana actual está marcada por su multicausalidad y diversificación, con un crecimiento notable de mujeres, jóvenes y profesionales involucrados, influenciados tanto por políticas internacionales como factores internos del país. La emigración afecta profundamente la vida cotidiana, especialmente las relaciones de pareja, que sufren desestructuraciones debido a la distancia física. Esta separación genera cambios en la organización familiar y la intimidad, donde las parejas deben redefinir roles y formas de comunicación afectiva, a menudo utilizando herramientas tecnológicas como aplicaciones de mensajería. El impacto psicológico de la emigración en los cónyuges es considerable, afectando su bienestar físico y emocional debido a la ausencia de contacto físico y la falta de prácticas íntimas. Además, la tecnología se ha convertido en una nueva forma de vinculación sexual y emocional, afectando la manera en que las personas experimentan la intimidad y el deseo.

Conclusión: la sociedad contemporánea, influenciada por factores como la migración, la tecnología y el individualismo, está transformando profundamente las relaciones afectivas y eróticas. Los vínculos y el erotismo se ven afectados por la virtualidad y la mediación tecnológica, que ofrecen accesibilidad pero también vulneran la intimidad y la estabilidad de las conexiones. Este fenómeno, propio de la "modernidad líquida", presenta relaciones más flexibles y cambiantes, pero también más frágiles. Sin embargo, no se busca imponer un modelo de relación sobre otro, sino reflexionar sobre cómo los diferentes factores influyen en nuestra manera de vivir la sexualidad y los vínculos, siempre respetando la singularidad de cada individuo.

BIBLIOGRAFÍA

9. Peña, I. (2025). Entre fronteras y pantallas: erotismo y vínculos en el contexto migratorio. *Revista Sexología y Sociedad*, 30(2). Recuperado de <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/811/833>



TEORIZAR LA MASCULINIDAD, EL ENVEJECIMIENTO Y EL CUERPO VIVIDO: EL CASO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA⁽¹⁰⁾

THEORISING MASCULINITY, AGEING, AND THE LIVED BODY: THE CASE OF PROSTATE CANCER.

Autores: Andreasson, J. & Johansson, T.

Publicación: Culture Health & Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2442605>

Cita completa: Andreasson, J., & Johansson, T. (2024). Theorising masculinity, ageing, and the lived body: the case of prostate cancer. *Culture Health & Sexuality*, 1-15.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la próstata tiene como función producir la secreción lechosa del fluido seminal, además de esto, alrededor de la próstata están lis nervios que controlan y posibilitan la función eréctil. A lo largo de la historia, las enfermedades o disfunciones de la próstata han generado un debate con respecto a la relación compleja entre lo que se considera como masculino y no masculino en la cultura. Se puede decir que el discurso sobre la masculinidad, la capacidad sexual y la interpretación de los cuerpos masculinos "atraviesa" y se cruza con la cuestión de la próstata en general y del cáncer de próstata en particular. En las personas diagnosticadas con cáncer de próstata, su tratamiento suele marcar el inicio de un largo proceso de recuperación, en el que los pacientes pueden esperar encontrarse con una serie de efectos secundarios, como: disfunción eréctil, cambios en el orgasmo, reducción del líquido seminal, incontinencia urinaria, disfunción intestinal, falta de deseo y dificultades en las relaciones sexuales. Estos efectos, a menudo conducen a una mayor conciencia del cuerpo vivido y de género, y a problemas de salud.

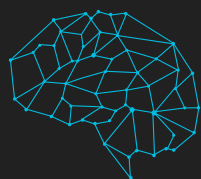
Objetivo: conceptualizar cómo la masculinidad y los ideales masculinos se ponen en juego en relación con el tratamiento del cáncer de próstata y sus efectos secundarios, ofreciendo una perspectiva heurística y teórica capaz de dar sentido a la interrelación entre los cuerpos de género vividos y las estructuras sociales (de poder).

Método: se realiza una entrevista semiestructurada de 90 minutos tres personas que tuvieron un cáncer de próstata, donde se tiene en cuenta las siguientes variables: efectos

secundarios del tratamiento, disfunción eréctil y los cambios en la autoimagen.

Resultados: se entrevistó a tres varones mayores de 60 años que recibieron tratamiento de cáncer de próstata y el mismo impactó en su identidad masculina. Se encontraron cinco categorías que se tuvieron en cuenta de las entrevistas con estos participantes. 1. Pérdida de funciones corporales y su impacto en la masculinidad, en ella se observó que los participantes asociaron la masculinidad a su virilidad y por lo tanto a la pérdida de la misma y observaron que su identidad como "hombres completos", estaba en riesgo. 2. Estrategias para afrontar los cambios y reconfigurar la masculinidad, estas se dividieron en tres partes: recuperación de la potencia sexual muy relacionada con el mantener relaciones sexuales (uso de medicamentos, masaje tántrico), reformulación de la masculinidad (enfocar la masculinidad en otros aspectos de su vida, su identidad sexual no solo depende de la función sexual), y rechazo de la masculinidad tradicional (distancia de que la masculinidad tiene que ver con la potencia sexual y la virilidad). 3. Pareja y vida íntima, mencionaron dificultades para comunicarse con su pareja acerca de su nueva realidad sexual y buscar nuevas formas de sexualidad. 4. Impacto psicológico y emocional, referido a la vergüenza, inutilidad, ansiedad; por otro lado, aquellos que pudieron reformular su identidad masculina tuvieron menos angustia y mayor autoestima. 5. Masculinidad hegemónica y flexible, haciendo referencia a la modificación del concepto de la masculinidad en función de sus experiencias individuales.

Conclusión: el concepto de hegemonía masculina proporciona un marco para entender cómo el género y el poder operan en múltiples niveles de forma simultánea. Como marco de análisis, la fluidez y el dinamismo de la masculinidad hegemónica permiten ilustrar cómo se producen y mantienen las desigualdades entre hombres y mujeres. La potencia masculina se enmarca como una experiencia encarnada con la que deben relacionarse las mujeres en general y las parejas en particular. Esto es quizás más evidente en la forma en que cada uno de nuestros casos centró la atención en la importancia de la potencia masculina. Al mismo tiempo, este aspecto no está exento de problemas. Como muestran los distintos estudios de caso, ciertos elementos de la masculinidad hegemónica hacen hincapié en la reflexividad, el cuidado y la cercanía emocional. La comprensión de las formas en que se representa la masculinidad tras un cáncer de próstata puede tener implicaciones significativas.



BIBLIOGRAFÍA

10. Andreasson, J., & Johansson, T. (2024). Theorising masculinity, ageing, and the lived body: the case of prostate cancer. *Culture Health & Sexuality*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2442605>

ACCESO Y USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN AUSTRALIA⁽¹¹⁾

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: en Australia, los adultos entre 18-25 años tienen mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de los estudiantes en Australia se encuentra en este rango de edad. Varias entidades públicas y privadas han manifestado su preocupación por problemas sexuales y reproductivos en esta población. Una encuesta reciente observó que los extranjeros que estudian en universidades australianas, tienen una menores conocimientos sobre sexualidad y menores pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), que los australianos, por lo que se considera importante implementar un programa de alfabetización sobre sexualidad para esta población. Ciertos estudios buscan concienciar acerca de las dificultades por no tener una revisión periódica en las ETS. Hoy en día, existen pocos estudios que se han centrado en evaluar a la población universitaria que acude a los servicios de salud sexual y reproductiva en Australia.

Objetivo: comprender el acceso y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva en los estudiantes universitarios

en Australia, analizando las razones por las que usan estos servicios, los obstáculos que enfrentan y las diferencias según género, orientación sexual y estatus de inscripción.

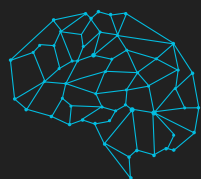
Método: cuenta con una n= 4291, de estudiantes universitarios provenientes de cinco universidades distintas. Se realiza una entrevista estructurada sobre el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), sus barreras y los facilitadores.

Resultados: los hallazgos se dividieron en cuatro categorías: Uso de los SSR, motivos para acceder a los SSR, barreras para el acceso de los SSR y preferencias y facilitadores para mejorar el acceso a los SSR. En la primera categoría se halló que el 41% de los estudiantes había hablado previamente sobre salud sexual con un médico. De los que hablaron con los profesionales el 60% lo realizó 12 meses previo al estudio. Las mujeres y las personas de género no binario o diverso fueron los grupos que mas acudieron a estos servicios, así como los estudiantes australianos frente a los extranjeros. Se encontraron ocho motivos principales para acudir a los SSR: infecciones de transmisión sexual, uso de anticonceptivos, salud reproductiva femenina, atención médica, función sexual y lívido, embarazo y fertilidad, violencia sexual y por ultimo síntomas generales. Se identificaron cuatro barreras para acudir a los SSR: factores psicosociales, falta de información y accesibilidad, económicos, cultura y discriminación. Como aspectos que podrían facilitarlo se encontró: acudir al médico de cabecera, privacidad por medio de las clínicas, el acceso gratuito o subsidiado.

Conclusión: es fundamental centrarse en las principales barreras de acceso identificadas por los estudiantes. Los distintos subgrupos de estudiantes experimentan barreras y facilitadores de acceso únicos, lo que exige que las universidades proporcionen servicios de promoción de la SSR y de salud de apoyo, no prejuiciosos e inclusivos que atiendan las diversas necesidades de SSR de todos los universitarios. Las universidades deberían proteger la salud y bienestar de sus estudiantes a través de servicios en el campus y derivación a sanitarios adecuados. Una de las limitaciones fue la deseabilidad social de los participantes, teniendo en cuenta que había que hablar sobre un tema que puede causar incomodidad en ciertos universitarios.

BIBLIOGRAFÍA

11. 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>



HOMBRES JÓVENES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y LAS TECNOLOGÍAS DIGITALES PARA LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL VIH: RESULTADOS CUALITATIVOS DEL ESTUDIO CONECTAD@S⁽¹²⁾

*YOUNG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND DIGITAL
TECHNOLOGIES FOR HIV PREVENTION AND CARE:
QUALITATIVE FINDINGS FROM CONECTAD@S STUDY.*

Autores: Castanheira, D., Pereira, C. R., Jalil, C. M., Novaes, D.,
Peixoto, E., Fernandez, N. M., Neto, E. C., Bezerra, D. R. B., Alves,
A. S., Jalil, E. M., Veloso, V. G., Farland, W. M., Wilson, E. C.,
Grinsztejn, B., & Torres, T. S.

Publicación: Culture Health & Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2428329>

Cita completa: Castanheira, D., Pereira, C. R., Jalil, C. M., Novaes, D.,
Peixoto, E., Fernandez, N. M., Neto, E. C., Bezerra, D. R. B., Alves, A. S.,
Jalil, E. M., Veloso, V. G., Farland, W. M., Wilson, E. C., Grinsztejn, B., &
Torres, T. S. (2024). Young men who have sex with men and digital
technologies for HIV prevention and care: qualitative findings from the
conectad@s study. *Culture Health & Sexuality*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: los hombres que tienen sexo con hombres están desproporcionalmente afectados por el VIH en Brasil. Aproximadamente el 23% de los hombres diagnosticados con esta patología durante los últimos 15 años, tenían entre 18-24 años. Se encuentra una mayor prevalencia de VIH en los adultos jóvenes, frente a los mayores de 30 años. El grupo de edad joven, reportó ser más sensible por las conductas sexuales practicadas: sexo anal sin condón, múltiples parejas sexuales sexo bajo la influencia de alcohol y/o drogas y una menor percepción de contagio por VIH. Este grupo de personas también reportó un menor grado de conocimiento acerca de las medidas tecnológicas preventivas para el VIH, menores ratios de pruebas VIH y menor uso de Profilaxis de preexposición. En varios estudios realizados en Estados Unidos, se observó que la telemedicina por medio del móvil (mSalud), fue crítico para llegar e impactar en los más jóvenes. El uso de estrategias para incrementar la prevención en VIH por medio de mSalud resulta muy prometedor para el grupo de edad más joven de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

Objetivo: analizar los datos cualitativos formativos del proyecto "Conectad@s" para adaptar una intervención de telemedicina

(Isalud) dirigida a hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres que viven en Brasil. En particular, exploramos aspectos clave como las tecnologías digitales utilizadas por los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, las estrategias eficaces para implicar a los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres y la viabilidad y aceptabilidad de las intervenciones de Isalud para la prevención y atención del VIH.

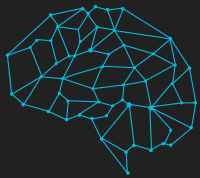
Método: estudio cualitativo n= 38 jóvenes HSH de 18-24 años en Rio de Janeiro. Se realizaron entrevistas semi estructuradas con los participantes además de grupos focales acerca de los usos de Isalud y mSalud por medio telefónico debido al Covid-19.

Resultados: WhatsApp fue la aplicación más utilizada para socializar y obtener información sobre VIH. Las apps de citas como Grindr y Hornet se usan para conocer parejas sexuales. Se halló una elevada aceptación de recordatorios semanales por WhatsApp sobre prevención del VIH y adherencia a la Profilaxis de preexposición. Algunos de los participantes tuvieron temor de recibir información sobre VIH en sus teléfonos. Con respecto a las estrategias de información, se encontró una preferencia al uso de Instagram para difundir información y foros en línea para discutir temas de salud sexual. Se encontró que muchos jóvenes desconocen de los recursos que existen online para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, por lo que supone un desafío adaptar la comunicación al mundo tecnológico y tener una mayor apertura ante esta población.

Conclusión: el estudio destaca el papel clave de las plataformas digitales y las intervenciones de mSalud en el avance de la prevención y atención del VIH entre jóvenes HSH brasileños. La preferencia generalizada por aplicaciones como WhatsApp e Instagram, junto con la aceptación de estrategias de Isalud, subraya el valor de esta tecnología para llegar a la población diana. Nuestros resultados concuerdan con los datos internacionales, que muestran la eficacia de las intervenciones digitales en diversos contextos. Los problemas de privacidad y las preferencias relacionadas con la edad ponen de manifiesto la necesidad de adoptar enfoques personalizados y de seguir investigando para satisfacer las necesidades cambiantes de los HSH.

BIBLIOGRAFÍA

12. Castanheira, D., Pereira, C. R., Jalil, C. M., Novaes, D., Peixoto, E., Fernandez, N. M., Neto, E. C., Bezerra, D. R. B., Alves, A. S., Jalil, E. M., Veloso, V. G., Farland, W. M., Wilson, E. C., Grinsztejn, B., & Torres, T. S. (2024). Young men who have sex with men and digital technologies for HIV prevention and care: qualitative findings from the conectad@s study. *Culture Health & Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2428329>



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

BAD OR MAD: GLORIA ACERTÓ

BAD OR MAD: GLORIA WAS RIGHT

Así inicia la presentación de su nuevo libro⁽¹⁾ Enric Álvarez, en recuerdo a una sugerencia que le hizo su secretaria sobre el título de una conferencia; una persona excepcional que le acompañó hasta su dolorosa pérdida prematura. "Malos o locos" se reconvierne en *Anima Malus* en lo que quiero creer que es respeto y homenaje al latín primigenio, como hizo con su primera creación literaria⁽²⁾, sino que además es un valor añadido a la belleza del epígrafe.

Álvarez no abandona su profesión y pasión en esta monografía, ni tan siquiera en la estructura de comentar y profundizar en casos vividos casi todos por él. En cualquier caso, estamos ante un esfuerzo notable -por otra parte, tan propio del autor- de conjugar una perspectiva psiquiátrica, sólida y reconocida (47 años de actividad asistencial y docente le contemplan) con la impronta literaria que, a medida que va avanzando en su inexorable camino de progresiva ansia de perfección del lenguaje, aplomo de su uso y fluidez en los argumentos y adjetivos, se instala en el camino que le transporta hasta unos textos desembocados en una brillante exposición digna de la mejor y más fascinante literatura. Al igual que en su primer libro, Álvarez consigue una narración intensa, una versión en la que la tragedia que acompaña a la maldad es vivida por el lector hasta reconocer los matices más clarividentes, profundos y trágicos en los que la "ausencia de una perspectiva psiquiátrica sistemática puede dificultar en muchos casos la prevención del delito" (sic). Y no lo podemos dejar hasta los apogeos finales de cada uno de sus tres capítulos.

Arrancamos con la referencia a la **Psicopatía**, aderezada con Parafilia (Sadismo) en este caso. *Protervia* es el sugerente título que nos conlleva al sinónimo de la maldad, de la perversidad y su persistencia. Una tremenda historia sobre la impredecible peligrosidad de quienes transportan en su cerebro unas etiquetas que son auténticas bombas de relojería. Un espantoso crimen del que fueron víctimas dos mujeres policía es analizado sin liberarnos de todo el horror con el que fue perpetrado. Álvarez nos revela con la combinación co-

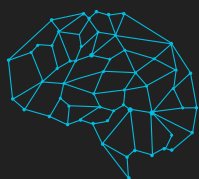
nocimiento profesional/situación casi novelesca, la realidad de la psicopatía, sus intrínquilos que, si convergen con otras patologías peligrosas, como es este caso, pueden desembocar en tragedias como las que, de hecho, sucedieron. A destacar los papeles dedicados a analizar el constructo de la psicopatía en todas sus facetas, evidencias empíricas, las inanidades terapéuticas y las particularidades neurofisiológicas y la rotunda posición del autor -que se repetirá a lo largo del libro- en congeniar la protección de la víctima con procesamiento psicológico del psicópata, no únicamente punitivo. No extraña que recurra a dos dos de los más grandes expertos del tema como lo son Hare y Torrubia y la recomendación de la escala PCL-R para dilucidar la autenticidad del diagnóstico y su utilidad predictiva de peligrosidad.

Sigue Álvarez con la segunda plausibilidad de consecuencias como lo es el trastorno **delirante** -la "realidad paralela y la invisibilidad de su mundo"- al que dedica cinco casos que recorren el mundo dramático y resistente a cualquier racionalización como lo es el del delirio: *celos*, *erotomanía*, al que nuestro autor nos apresa con un subtítulo especialmente acertado: "amor con final amargo", la *posesión diabólica*, significada en un parricidio con un cierto valor mediático, los "dobles idénticos" o sustitución de allegados, reconocido como *delirio de suplantación* y el *contagio del delirio*, este último la variante más sugerente de los trastornos delirantes, la famosa *folie a deux*, que incluso sigue impresionando a autores tan bregados como lo es Álvarez.

El denominado **contagio delirante** da entrada a la *fusión de identidad*, un concepto ligado a pertenencias a etnias, religión o nación entre otras conexiones, cuyas asociaciones con ciertas experiencias y facilitadores de la acción de sectas y grupos violentos. Algunos de los ejemplos de los contagios masivos y paradigmáticos como el nazismo y otras cuestiones y valores ejemplifican el recorrido y las resistencias de emociones desbordadas a la mínima racionalización sobre los conocidos *Valores sagrados* cuando son sometidos a la acción emotiva amigdalina en la acción de fusión de identidad, con el resultado de la violencia masiva, absolutamente decorticalizada por el secuestro y la contaminación radicalizada del grupo dominante.

ISSN 2565-0564

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum321601>



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Y un apunte final: cinéfilo y excelente divulgador como es, Enric Álvarez acompaña sus escritos con recomendaciones filmográficas para mejorar la aprehensión en vivo de la patología descrita. Films tan emblemáticos e impactantes como "No es país para viejos", "Duel" o "Escalofrío" acompañan a otros de notable calidad.

Parafraseando al propio autor, la ausencia de una perspectiva psiquiátrica sistemática siempre será una dificultad para la prevención y posible tratamiento en los delitos a los que conduce la maldad, a pesar de que los enfermos psiquiátricos, como es bien sabido, generan menos violencia que la población general.

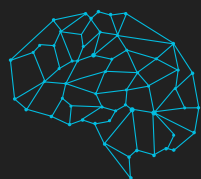
Un libro luminoso y lúcido que es absolutamente recomendable para aproximarnos a una realidad que no por turbadora, debe ser analizada con la racionalidad científica y divulgada con la luz necesaria para entender el origen de la maldad, más allá de la patología, sea individual o colectiva

BIBLIOGRAFÍA

1. Anima Malus (2024). Enric Álvarez. Permanyer Ed. Barcelona
2. Morbo Mentis (2023). Enric Álvarez Permanyer Ed. Barcelona

J.M. Farré Martí

Editor



AGENDA

DIARY

EAPM
MUNICH
2025
GERMANY

12TH ANNUAL SCIENTIFIC
CONFERENCE OF THE
EUROPEAN ASSOCIATION OF
CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY,
PSYCHOSOMATIC MEDICINE
AND INTEGRATED CARE

ARI TUM
TUM Klinikum Rechts der Isar
Technical University of Munich

10 - 13 SEPTEMBER 2025

TRANSFORMING THE **BIOPSYCHOSOCIAL MODEL**: CONCEPTUAL AND CLINICAL ASPECTS



<https://www.eapm.eu.com/2025-eapm-conference-munich/>



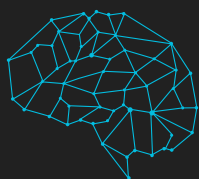
WEB

ISSN 2565-0564


Cómo citar

Sardà, Neus. "Agenda". Psicosomàtica y Psiquiatria, no. 32,
<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/432697>





Agenda



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 de Salut Mental

HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT FAU
HOSPITAL DE LA CIUTAT DE BARCELONA

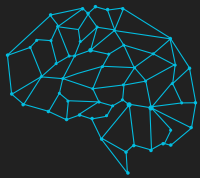
AUDITORI HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS
C/ Sabino Arana 5-19
BARCELONA

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

Ramon Bayés

Professor emérito. Universitat Autònoma de Barcelona

VIVIR A SALTO DE MATA

Erase una vez un gran país lleno de matas llamado Trampolín en el que los niños, desde pequeños aprendían a vivir a saltos.

Las abuelitas de este país eran excelentes saltarinas y adiestraban a sus nietos y nietas a saltar incluso las matas más altas de las praderas del Norte que, en algunos casos, podían alcanzar dos metros de altura.

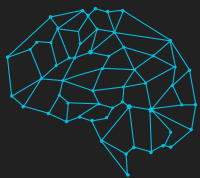
De este modo, los jóvenes trampolines ocupaban siempre los podios de honor en las competiciones deportivas internacionales, tanto en salto de longitud como de altura y muy en especial, se mostraban casi sobrehumanos en el salto de pértiga.

Lo extraño es que en otro país cercano llamado Gagonia una gran sequía había hecho desaparecer las matas y, con el paso de las generaciones, a las abuelitas cagonas se les habían atrofiado las piernas y los pequeños saltitos que daban en momentos de alegría eran objeto de burla o compasión para los trampolines adolescentes que, prudentemente, las contemplaban con prismáticos desde lo alto de la cordillera donde se encontraba la frontera. En compensación, la naturaleza había dotado a las abuelitas de Gagonia de

taimados cerebros para el poker. Casi siempre solían jugar de farol y depositaban sus enormes ganancias en cuentas numeradas de bancos de Panamá.

En las competiciones de salto de vallas los atletas gagones siempre quedaban postergados a los últimos lugares de la clasificación y, con el tiempo, sus caras, al conocer los magníficos saltos de los trampolines, habían adquirido el color verde malva de la envidia más pura.

Los gagones nunca se resignaron, a pesar de sus cuantiosas ganancias, a quedar relegados a las mesas de poker y los jóvenes emprendedores de Gagonia primero intentaron importar matas del país vecino pero como, después de trasplantarlas, no las cuidaban ni les hablaban con ternura, las matas pronto de mustiaban de tristeza y morían. Más tarde contrataron por una elevada cantidad a una de las mejores abuelitas saltarinas de Trampolín para adiestrar a sus propias abuelitas pero, a pesar de sus constantes esfuerzos, las abuelitas gagonas no tenían madera de saltador y sólo consiguieron algunas caderas y rodillas rotas. Finalmente, instalaron matas de plástico en todo el país y aquel año consiguieron alcanzar un honroso cuarto lugar en una mo-

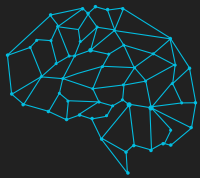


desta competición local. Pero para los orgullosos gagones el resultado fue claramente insuficiente.

Los gagones más poderosos y ricos, aspiraban a más. Y como eran malos, muy malos, malos de verdad, decidieron pasar a la acción directa: adquirieron grandes cantidades de napalm sobrante de la guerra de Vietnam a precio de saldo y una noche, utilizando drones rociaron las tierras de Trampolin con tanta eficacia que el país entero se quedó sin matas y los trampolines ya no pudieron seguir viviendo a salto de

mata. Sin entrenamiento posible, las abuelitas trampolinesas perdieron rápidamente la habilidad de saltar. Y sus nietos, al crecer y tratar de competir pasaron a ocupar lugares cada vez más bajos en la clasificación mundial.

Y cuando las mejores abuelitas saltarinas murieron, los trampolineses dejaron de poder subsistir a salto de mata. Llenos de tristeza pronto desaparecieron en la espesa niebla de un incierto mañana de whisky, humo, vampiresas y mesas de poker.



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

J.J. de la Gándara Martín

Psiquiatra y escritor

ESOS DÍAS QUE SOBRAN

Últimamente se habla mucho de la soledad. Los científicos la estudian con la lupa del saber, los filósofos la piensan y repiensen, las porteras y tertulianos la moralizan, los prelados la pontifican, los bates la adjetivan de mil maneras. Los políticos, asesorados por "expertos", han programado una ofensiva contra ella. Pero soledad no se queja, no se lamenta, no vota ni pide consulta... Pero hace poco, alguien trajo a... ¡Soledad!

Esta es su historia, que no es leyenda.

A Soledad a veces se la ve pasar por la umbría, pasear no suele. Como mucho se acerca a la tienda de la esquina y si ve gente dentro, se demora un merodeo. Luego entra, compra un chusco, media de huevos, cuatro cosas y le sobra una. A veces olvida que va en zapatillas, las gafas de cerca, la cartera... se sale sin nada. El móvil sabe usarlo, pero casi siempre está sin batería; wasap no tiene, ni ordenador. Tenía uno que murió de obsolescencia. Si prende la tele olvida apagarla, la adormila, pero al viejo sillón le han crecido espinas que la despiertan temblando de soledumbre.

¡Qué más da...!, si no tiene manta que la acune, ni nadie que venga a fiscalizarla.

Si hace sol se asoma a la ventana; ¡debería salir!, pero le duele la espalda y le cruje una rodilla. ¡Otro día!

Si siente hambre se acerca a la nevera, hay una lechuga lacia, tres huevos, una lata de sardinas abierta, un cartón de leche, una morcilla entera, no hay cervezas, ¡oh, aquellos días de vino y rosas!, ¿de quién era esa poesía?

Esa es otra, la desmemoria, la alacena oscura, se ha fundido la bombilla y sus manos tantean las palabras, a veces las encuentran. Pero Soledad fue poetisa, musa, diva, y ahora solo recuerda aquella de Espronceda.

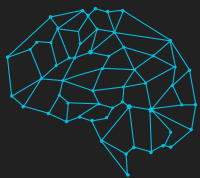
Hoy ha amanecido con sol, duda si salir, ¿hará frío? Retira el visillo, da a un patio de cotillas, las insulta, ¡son todas unas...! Lo deja.

Se prepara una tisana, tendría que haber galletas, margarina, mermelada, sacarina, no las encuentra. Lo deja.

Desayuna sola, sola come, nunca merienda..., cenar solo si no está adormecida.

Tendría que cambiarse de ropa, de rutina, salir al sol, hablar con alguien, ir a la peluquería, al cine, ¡pero sola!, le daría vergüenza. ¿A la iglesia?, para qué, si ella nunca fue de esas. Una vez intentó ir a una conferencia sobre la soledad, en la tienda había un cartel, de un psiquiatra, ¿qué sabrá ese? Otro día.

Alguna vez pensó viajar, pasó por delante de una agencia, ¿a dónde iría?



Esos días que sobran

J.J. de la Gándara

Al lado había un gimnasio, se acercó, tendría que... pero antes tendría que mirarme la rodilla.

Al regresar a casa, en la tele había un documental de naturaleza: con lo que me ahorro de esas cosas compro una tele nueva y "amplio las pulgadas de mi horizonte"

Esa fue la última sonrisa que esbozó Soledad, pero ni ella la vio, pues su espejo nunca la mira.

Pero Soledad no es triste, es que a este barrio "nadie viene con sonrisas", eso lo recuerda de algún libro, antes también leía, no era tonta, pero ya no, así no sufre cuando lee la palabra amistad, o compañía, o amor, o amar...

No era tan tonta Soledad..., pero ya... hay días que... "sola en la sala", en... ¡esos días que sobran!, solo piensa en... ¡cómo acabar de una puñetera vez esta poesía!