

# CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

## DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

<b>Editor:</b>	<i>J.M<sup>a</sup>. Farré Martí.</i> Hospital Universitario Quirón-Dexeus (H.U.Q.D.) Universitat Autònoma. Barcelona (U.A.B)	<b>Editora Científica:</b>	<i>N. Mallorquí.</i> Barcelona. H.U.Q.D.
<b>Editor Asociado:</b>	<i>R. Campos.</i> Hospital Clínico Universitario (H.C.U.) Facultad de Medicina (F.M). Zaragoza.	<b>Sección de Psiquiatría Perinatal y Reproducción:</b>	<i>G. Lasheras (Coordinación).</i> Barcelona. <i>B. Farré Sender.</i> Barcelona. <i>LL. García Esteve.</i> Barcelona. <i>M.L. Imaz.</i> Barcelona. <i>I. Olza.</i> Madrid. <i>S. Subirá.</i> Barcelona. <i>M<sup>a</sup> Paz Viveros.</i> Madrid.
<b>Editor Honorario:</b>	<i>J.J. García Campayo.</i> Presidente de la SEMP. Zaragoza.		
<b>Dirección Científica:</b>	<i>J.J. García Campayo.</i> Hospital Miguel Servet. Zaragoza.		
<b>Jefes de Redacción:</b>	<i>J.J. de la Gándara.</i> H. Divino Vallés. Burgos. <i>E. García-Camba.</i> H. de la Princesa U. Autónoma de Madrid (U.A.M.). <i>M.A. Vallejo Pareja.</i> F.P. UNED. Madrid.		

### Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil:

*J. Toro* ASESOR. Barcelona.  
*M. Agulló y A. Orobitg.* COORDINADORES. Barcelona.  
*J.A. Alda.* Barcelona.

*J. Deus.* Barcelona.  
*N. Fort.* Sabadell.  
*M. Pamiás.* Sabadell.  
*J. Puntí.* Sabadell.

### Consejo Editorial:

COORDINACIÓN: *A. Lobo.* H.C.U.F.M. U. Zaragoza.  
*E. Álvarez.* H.U. St. Pau U.A.B. Barcelona.  
*A. Bulbena.* H.U. del Mar Barcelona.(U.A.B.)  
*J. de Pablo.* H.Psiq. Pere Mata.(U.R.V.) Reus.  
*F. Labrador.* U. Complutense de Madrid  
*F. López.* F. Psicología. (F.P.) U. de Salamanca  
*J.C. Mingote.* H.U. 12 de Octubre. Madrid.  
*T. Palomo.* H.U. 12 de Octubre. Madrid.  
*C. Saldaña.* U.B. Barcelona.  
*PA. Soler Insa.* H. Mutua de Terrassa.  
*M. Valdés.* H.C. F.M. U.B. Barcelona.

### Consejo Asesor:

*A. Bados.* Barcelona.  
*P.N. Barri.* Barcelona  
*R. Bayés.* Barcelona.  
*G. Cardoso.* Lisboa.  
*D. Clark.* Londres.  
*A. Colodrón.* Madrid  
*S. Dexeus.* Barcelona.  
*E. Echeburúa.* S. Sebastián.  
*F. Fernández.* Barcelona.  
*S. Fortes.* Río de Janeiro.  
*LL. García-Sevilla.* Barcelona.

*F. Huyse.* Amsterdam.  
*J.L. Lanchares.* Salamanca.  
*K. Lyketsos.* Baltimore.  
*E. Maideu.* Girona.  
*I. Marks.* Londres.  
*X. Méndez.* Murcia.  
*J.J. Mira.* Alicante.  
*A.L. Montejo.* Salamanca.  
*A. Moriñigo.* Sevilla  
*D.J. Palao.* Sabadell.  
*J.M. Peri.* Barcelona.  
*M. Planes.* Girona.  
*R.M. Raich.* Barcelona.  
*J.A. Ramos-Quiroga.* Barcelona.  
*M. Rigatelli.* Modena.  
*M. Roca.* Palma de Mallorca.  
*P.M. Salkovskis.* Londres.  
*L. Salvador Carulla.* Sidney.  
*R. Sender.* Barcelona.  
*D. Souery.* Bruxelles.  
*F. Tremeau.* New York.  
*R. Torrubia.* Barcelona.  
*J. Vallejo-Ruiloba.* Barcelona.

# CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

## DE ENLACE · REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

### Consejo de Redacción:

*M. Agulló, J. Monreal.*

**Coordinadores.** Barcelona.

*S. Alario.* Valencia.

*M. Álvarez Romero.* (SAMP). Sevilla.

*J. Arbesu.* (SEMERGEN). Madrid.

*C. Giménez Muniesa.* Barcelona.

*B. Gómez Vicente.* Castellón de la Plana.

*K. Gunnard.* Barcelona.

*L. Hinojosa.* Barcelona.

*S. Jiménez-Murcia.* Barcelona.

*C. López Sosa.* Salamanca.

*G. Mestres.* Barcelona

*A. Orobítg.* Barcelona.

*L. Ros.* Sabadell.

*S. Ruiz-Doblado.* Sevilla.

*J. Soler.* Barcelona

**Documentalistas:** *M. Catalán.* Sabadell.

*E. Salas.* Barcelona.

**Redacción en Portugal:** *S. Morais.* Viseu.

**Redacción en Colombia:** *A. Sánchez Castiblanco.* Bogotá.

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

*N. Sardá.* Barcelona.

**El Dueto:** *E. Tomás.* Barcelona.

CUADERNOS ESTÁ INCLUIDO EN LAS BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS INTERNACIONALES

### PSICODOC E ISOC

(BASE DE DATOS DEL CSIC)

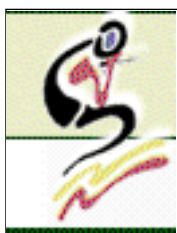
EXCERPTA MÉDICA – INRECS – LATINDEX – MIAR – CARHUS

SUMARIS – CBUC – ULRICH'S – ERIH – SciELO – DIALNET

CUADERNOS ES LA REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA

PSICOSOMÁTICA (SEMP) Y DE LA SOCIEDAD MARCÉ ESPAÑOLA DE SALUD

MENTAL PERINATAL (MARES)



EDITA **m** editorial  
édica  
COORDINA: MARISA PRIETO  
ISSN: 1695-4246

Edición Electrónica: [www.editorialmedica.com](http://www.editorialmedica.com) • E-mail: [contacto@editorialmedica.com](mailto:contacto@editorialmedica.com)

**Año 26** ♪ **Nº 105** ♪ **Enero - Febrero - Marzo 2013**

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

Fotocomposición, Fotomecánica y Maquetación: Grupo Fotocomposición. Madrid.

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

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

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

## *MONOGRÁFICO*

### *Tercer Congreso Catalán de mujer y Salud Mental*

Presentación .....	5
Ponencias .....	7
- I) Diferencias genéticas y trastornos mentales .....	7
- II) Sexología y mujer .....	8
- III) Genética t trastornos mentales en la mujer .....	9
Sesión plenaria .....	11
Comunicaciones orales .....	13
Posters .....	20

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

## CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Nombre.....

Apellidos.....

Calle y N°.....

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

Profesión.....Teléfono.....

Correo Electrónico.....

Forma de pago  Domiciliación bancaria. Es más cómoda y reduce incidencias  
 (rellenar boletín adjunto)

PAYPAL (on line)

Firma

Otros países  Talón adjunto  
 Cheque bancario

Precio suscripción de un año (cuatro números)

Instituciones: 75€

España y Países Europeos: 45€

Estranjero: 48\$ USA

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

Estudiantes (Con documento acreditativo): 20€

### Domiciliación: autorización de pago

Nombre.....

Domicilio.....

Población.....

Titular de la cuenta.....

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

Firma Banco o Caja de Ahorros.....  
Domicilio.....  
Cuenta.....  
Sucursal.....C.P.....  
N° de cuenta (10 dígitos).....

(Regamos escriban con letra de imprenta o a máquina)

Enviar suscripción a:

EDITORIAL MÉDICA

C/ Gamonal, 5, 5ª planta, nº 9

28031 Madrid – Correo Electrónico: [editorialmedica@editorialmedica.com](mailto:editorialmedica@editorialmedica.com)

## Tercer Congreso Catalán de mujer y Salud Mental

### PRESENTACIÓN

*El 3er Congreso Catalán de mujer y salud mental* tuvo lugar los días 4 y 5 de octubre de 2012 en Barcelona. El objetivo principal de los congresos organizados por el *Grupo de trabajo e investigación en mujer y salud mental* es divulgar y fomentar el estudio y la investigación en el área de mujer y salud mental. Este año, el tercer congreso se ha focalizado en algunas de las enfermedades mentales que se inician en fases tempranas de la vida, la vulnerabilidad genético-ambiental tratada desde una perspectiva de género y un tema importante, aunque a menudo olvidado por los y las profesionales, como la sexualidad de la mujer.

El *Grupo de trabajo e investigación en mujer y salud mental* fue constituido en junio de 2004 como grupo de trabajo de la Sociedad Catalana de Psiquiatría (Actualmente *Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental*). Surgió a partir de las iniciativas de un grupo de profesionales interesados y interesadas en los estudios de la mujer y su salud mental que en el año 2003 organizó, con el apoyo de la *Societat Catalana de Psiquiatria*, la primera Jornada de Género y Salud Mental. A partir de aquí se convocaron dos Congresos Nacionales y varias Jornadas monográficas.

Actualmente el grupo está formado por profesionales del campo de la psiquiatría, psicología, las adicciones, enfermería, y ginecología comprometidos y comprometidas con la promoción de la investigación y el trabajo clínico en la salud mental de la mujer. Los objetivos del grupo son fomentar la formación y los trabajos de investigación en el área de la mujer y la salud mental, difundirlos y crear una cultura de normalización del tema en el ámbito del conocimiento de la Psiquiatría, la Psicología y la Enfermería. Actualmente, a parte de las iniciativas de difusión y formación (congresos, cursos...) realiza diferentes estudios multicéntricos a nivel estatal e internacional.

Los estudios sobre mujer y salud mental han ido en aumento de manera importante en las últimas décadas. En sus inicios, los estudios de la mujer y su salud mental se centran exclusivamente en aquellas enfermedades que ocurrían durante el embarazo, el posparto, el ciclo menstrual y la menopausia. Más adelante, se centraron en aquellas enfermedades más prevalentes en la mujer como por ejemplo los trastornos de la alimentación. Sin embargo, este campo de estudio se ha ido ampliando y actualmente se interesa en la influencia del sexo y el género en la etiología, la presentación, el curso y el tratamiento de diferentes trastornos mentales incluidas las adicciones.

Gracias al trabajo de diferentes equipos de profesionales de la salud mental se ha constatado que la atención sanitaria de las mujeres exige una ciencia médica con una mirada de género que tenga en cuenta las posibles diferencias anatómicas, fisiológicas y

psicológicas. A su vez, sin olvidar que la discriminación y la desigualdad social pueden condicionar la salud de las mujeres.

A nivel internacional, para difundir estos estudios se creó la *International Association for Women's Mental Health*. En el año 2004 se consensuó la Declaración Internacional de Mujer y Salud Menal, aprobada por en el World Psychiatric Association Congress. Esta declaración pretende conseguir que los y las profesionales de la salud mental y las organizaciones de la salud integren la salud mental de las mujeres como una prioridad en las políticas y programas de desarrollo. Entre otras recomendaciones, destacan el dar apoyo para poder proveer a los profesionales de la salud mental de una buena formación y entrenamiento sobre temas de género y poder así incrementar la investigación en estos temas. Varias personas del GTRDSM forman parte de los Comités de la IAWMH y colaboran en diversas actividades de divulgación e investigación.

***Dra. Laia Miquel de Montagut  
Psiquiatra del CAS Vall d'Hebron  
Agencia de Salud Pública de Barcelona  
Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universitat  
Autònoma de Barcelona, CIBERSAM.***

## I) DIFERENCIAS GENÉTICAS Y TRASTORNOS MENTALES

### 1) PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: DIFERENCIAS DE GÉNERO

**Inmaculada Baeza.**  
**Psiquiatra. Hospital Clínic Universitari de Barcelona. Cibersam.**

Los trastornos psicóticos manifiestan algunas características diferentes en su presentación en hombres y mujeres. Ya Kraepelin hace más de un siglo describió una edad de inicio más precoz de la psicosis en varones y, posteriormente, se ha descrito una edad más precoz en la primera hospitalización en ellos. También se dan diferencias en el tipo de sintomatología más frecuente, el consumo de tóxicos y la respuesta a antipsicóticos. En población infanto-juvenil existen pocos estudios al respecto. Se aportaron datos del estudio Child and Adolescent First Episode of Psychosis (CAFEPS) desarrollado en varios centros españoles, en el que no se observan p.ej., diferencias en la edad de inicio, en el consumo de cannabis ni en el pronóstico a largo plazo entre sexos, siendo todas éstas características distintas a la presentación en hombres y mujeres adultos.

### 2) DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

**Josep Matalí**  
**Psicólogo Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues. Barcelona.**

En los últimos años la forma de consumo de los adolescentes está cambiando. La encuestas sobre prevalencia de consumo de sustancias en población escolar (14-18 años) ponen de manifiesto que a raíz de la progresiva incorporación de las chicas al consumo, preferentemente de sustancias legales, podemos observar diferencias en relación al patrón de consumo de los chicos. Un claro ejemplo resulta de la observación que hay más mujeres fumadoras y que presentan más episodios de borrachera. Esta nueva realidad ha modificado el concepto clásico de que los hombres consumen más cantidad de drogas (legales e ilegales), con más intensidad y frecuencia que las mujeres. Paralelamente, estudios recientes indican que el consumo de chicos y chicas pueden presentar diferencias en las motivaciones, las trayectorias, los patrones de recaída y/o las consecuencias. Consecuentemente se deberán desarrollar estrategias terapéuticas específicas para cada una de estas diferencias. Durante la presentación se realizó una actualización de las diferencias de género en el consumo de sustancias en adolescentes, y se presentaron datos en relación a las diferencias de género observadas en los estudios con población clínica adolescente.

### 3) TRASTORNO DEPRESIVO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

**Montserrat Pàmies Massana.**  
**Psiquiatra. Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí.**  
**mpamias@tauli.cat**

La depresión es un trastorno que se puede iniciar durante la infancia. La prevalencia se incrementa desde el 1-2% en la infancia hasta el 3-5% de los pacientes adolescentes. En la infancia la distribución por sexo es de 1:1 mientras que con el inicio de la pubertad la distribución se hace más asimétrica, con un incremento de la enfermedad en la población femenina. Factores biológicos hormonales relacionados con el desarrollo cerebral podrían

explicar tales diferencias. Las tentativas autolíticas son más frecuentes en chicas (2:1) y el suicidio consumado en chicos.

En un estudio realizado en nuestro territorio, un screening inicial y poblacional de los adolescentes de 15 años de Sabadell, se describe que un 6,9% de los adolescentes de la población general presentan signos de riesgo de depresión y en el 1,64% se diagnostica depresión mayor. El riesgo relativo de la población femenina es de 4,6. La comorbilidad también es diferente por sexos, así las chicas presentan mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad y de la conducta alimentaria. Las guías clínicas actuales proponen iniciar el tratamiento con psicoterapia cognitivo conductual (y también interpersonal en la adolescencia) en casos de depresión leve y moderada y tratamiento farmacológico asociado a psicoterapia en la depresión moderada-grave.

En el Estado Español, el único antidepressivo con indicación aprobado para el tratamiento de la depresión en esta población es la fluoxetina a partir de 8 años y la FDA tiene aprobado también el escitalopram a partir de los 12 años.

## II) SEXOLOGÍA Y MUJER

### 1) SEXOLOGÍA E IDENTIDAD SEXUAL

**Esther Gómez Gil.**

**Psiquiatra. Unidad de Identidad de Género. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic Universitari de Barcelona**

La sexualidad en las personas transexuales es un ámbito escasamente estudiado. Además, la mayoría de las escasas investigaciones sobre el tema se han centrado en la satisfacción referida por el grupo de mujeres transexuales (hombre a mujer) tras la cirugía de reasignación sexual tipo vaginoplastia.

En la presentación se abordaron diversos aspectos de la sexualidad en las personas transexuales: su orientación sexual, primeras experiencias, estrategias de adaptación, relaciones de pareja, prácticas de masturbación, el uso de prótesis y de la imaginación, satisfacción tras cirugía de reasignación sexual (vaginoplastia en el grupo hombre-a-mujer y mastectomía y faloplastia en el grupo mujer-a-hombre), cambios en la orientación sexual de las parejas, deseo de maternidad-paternidad y satisfacción global con su vida sexual.

### 2) TRASTORNOS SEXUALES EN LA MUJER

**Josep M<sup>a</sup> Farré-Martí\*. Lúdia Hinojosa-Marqués\*\*.**

**\*Psiquiatre. Institut Universitari Dexeus. \*\*Psicòloga. Servei de Psiquiatria, Psicologia i Medicina Psicosomàtica. Institut Universitari Dexeus.**

A lo largo de la literatura científica nos encontramos con diferentes intentos de definir el concepto de Disfunción Sexual (DS), en el 1992 la OMS se posiciona afirmando que es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal y como lo desea, años más tarde, en el 2002 el DSM-IV-TR defiende que las DS se caracterizan por una alteración del deseo sexual, debido a cambios fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual, y por la provocación del malestar y problemas interpersonales. Actualmente todas las disfunciones, tanto las masculinas como las femeninas, proceden del mismo concepto integrador de DS, sin tener en cuenta las diferencias en la respuesta y conducta sexual en



---

cada uno de los géneros. En el caso de las Disfunciones Sexuales Femeninas (DSF), detrás del concepto de malestar subjetivo atribuido a la experiencia sexual, quedan englobados un conjunto de visiones integradoras de orden biológico, psicológico, social, cultural y antropológico que marcan el desarrollo de una vida sexual determinada. Debido al carácter multidimensional y contextual de este tipo de trastornos es necesaria una consideración holística de la sexualidad femenina. El objetivo de nuestra investigación es el conocimiento del estado actual de las diferentes DSF según diferentes aspectos etiológicos, clínicos, diagnósticos y de intervención. Se expusieron a su vez líneas de investigación en el campo de la sexualidad femenina transcultural, ofreciendo los primeros resultados de un estudio realizado en mujeres víctimas de mutilación genital femenina.

### **3) DISFUNCIONES SEXUALES EN LA MUJER CON UN TRASTORNO MENTAL**

**Anna Romaguera Piñol**  
**Psiqüiatra Adjunta de la Unitat d'Aguts i l'Hospital de Dia de Granollers,**  
**Germanes Hospitalàries de Benito Menni. Sexòloga clínica. 42968arp@comb.cat**

*Objetivos:* determinar cuáles son las disfunciones sexuales presentes en la mujer con trastorno mental y su prevalencia. *Métodos:* Se realiza una revisión bibliográfica a través de Pubmed sobre disfunciones sexuales en la mujer afecta de: depresión, trastorno bipolar, ansiedad (fobias, trastorno obsesivo compulsivo), esquizofrenia, trastornos de personalidad y trastorno por uso de sustancias, así como también se revisa la relación entre disfunción sexual y el uso de psicofármacos. *Resultados:* En todos los trastornos mentales revisados se observa comorbilidad con disfunción sexual afectando a todas las áreas de la función sexual femenina (deseo, excitación y orgasmo). En la depresión se ve una mayor afectación del deseo y en los trastornos de ansiedad se objetivan más disfunciones en la excitación y el orgasmo. Por otro lado, casi todos los psicofármacos afectan la sexualidad de la mujer, generando disfunciones sexuales secundarias. *Conclusiones:* A pesar de que los estudios revisados tienen algunas limitaciones, y resultados contradictorios, se objetiva una comorbilidad entre disfunción sexual y trastorno mental (en tratamiento o no) que afectan de forma importante en su calidad de vida.

## **III) GENÉTICA Y TRASTORNOS MENTALES EN LA MUJER**

### **1) LA INTERACCIÓN ENTRE EL GEN DEL RECEPTOR DE MINERALOCORTICOIDES Y CONCENTRACIONES ELEVADAS DE CRH AUMENTAN LA VULNERABILIDAD PARA LA DEPRESIÓN POSTPARTO.**

**Elisabet Vilella Cuadrada, Javier Costas Costas, Javier Labad Arias, Luisa García Esteve, Rocio Martin-Santos Laffon, Alfonso Gutiérrez Zotes.**  
**Universitat Rovira i Virgili. Reus-Tarragona.**  
**vilellae@peremata.com**

*Objetivos:* determinar si las concentraciones plasmáticas de pCRH, ACTH y cortisol, medidas 48 horas después del parto, y los genotipos del receptor de glucocorticoides y mineralocorticoides (NR3C1 y NR3C2) se asocian con la depresión postparto (DPP). *Métodos:* estudio longitudinal prospectivo de 32 semanas de 525 mujeres caucásicas

reclutadas inmediatamente tras el parto. El diagnóstico de la DPP se realizó mediante criterios DSM-IV después de pasar la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo a las 48h, 8 y 32 semanas. Se recogieron muestras de sangre a las 48h para los análisis hormonales y genéticos. Resultados: Cuarenta y dos mujeres (8%) desarrollaron DPP. Se observó una fuerte asociación entre DPP e interacción entre pCRH y el genotipo rs4635799 NR3C2. El nivel medio de pCRH en mujeres con el genotipo rs4635799TT y DPP fue de 71 pg/ml, un 58% superior a la media de las mujeres portadoras del genotipo TC o CC ( $P < 0,0001$ ). Las portadoras del genotipo rs4635799TT con elevados niveles de pCRH tuvieron un riesgo más alto de desarrollar DPP (OR = 1,022, IC 95% 1,008-1,037,  $P = 0,002$ ). Conclusiones: existe una interacción importante entre pCRH y el genotipo rs4635799TT NR3C2 que aumenta moderadamente el riesgo de desarrollar DPP.

## 2) IMPACTO CLÍNICO DE LA INTERACCIÓN GENÉTICA/AMBIENTE EN MUJERES CON PSICOSIS.

**Javier Labad Arias**  
**Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata. Reus**  
**labadj@peremata.com**

*Introducción:* la expresión fenotípica de los trastornos psicóticos está modulada por factores genéticos, ambientales y su interacción. ¿Existen, no obstante, diferencias de género en relación a esta interacción genético-ambiental? *Métodos:* Se revisa el concepto de interacción genético-ambiental aplicada al campo de la psicosis con un especial énfasis en los estudios que han evaluado el papel del género en tal relación. *Resultados:* de todos los genes estudiados, la evidencia es mayor para algunos genes determinados como el del Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF). Estudios realizados en población general han evidenciado una interacción genético-ambiental entre este gen y la historia de maltrato infantil en relación a la presencia de clínica psicótica. Modelos animales sugieren que existen diferencias de sexo en la expresión del BDNF a nivel cerebral. En esta línea, un estudio reciente en psicosis también ha mostrado diferencias de género en la interacción genético-ambiental del gen BDNF y el consumo de cannabis en relación a la edad de inicio de la psicosis en mujeres.

**1) SED DE PIEL**

**Manuel Lucas.**

**Jefe de Servicio. Coordinador de la Estrategia de Salud Sexual de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Profesor del Master Oficial de Sexología. Universidad de Almería. Presidente. Sociedad Española de Intervención en Sexología. Secretario General de la Academia Internacional de Sexología Médica**

Análisis del hecho sexual como un elemento determinante, en nuestra evolución, de suma importancia. Importancia que contrasta con el desdén, el ocultismo, la frivolidad y la hipócrita indiferencia, que la sociedad occidental ha prestado a un hecho que inunda nuestras vivencias cotidianas, nuestras costumbres, nuestros miedos, nuestras contradicciones, nuestras actitudes vitales y finalmente nuestras conductas. Después de años investigando en las profundidades del hecho sexual humano, y sus repercusiones sobre nuestras vidas, ver que en él podemos encontrar buena parte del origen de nuestra situación actual. Y como es lógico y consecuente, también ver que en este hecho podemos encontrar una buena parte de las claves de nuestro futuro. Y las claves de nuestro pasado, son desde luego un importante cimiento de las claves de nuestro futuro.

El hecho de que la sexualidad humana, trascendiera lo meramente procreativo, convirtiéndose en un elemento fundamental en nuestra impresionante capacidad y necesidad de comunicación, que se concreta en lo que de forma simbólica he llamado "sed de piel"

El papel decisivo de la mujer en esta intensa evolución de la sexualidad humana, que protagonizó una verdadera revolución sexual igualitaria, con la desaparición del período de celo y el cambio de la fisiología de la respuesta sexual femenina, pasando a depender más de una inducción neurológica, que de una inducción hormonal, y dejando de ser cíclica como las de todas las hembras mamíferas. Es decir, se igualó a la del macho, en un hecho evolutivo sin precedentes, que engarza perfectamente con la clave anterior.

Frente a la sexualidad productivista y gimnástica, generadora de ansiedad .de rendimiento, hay que romper este esquema reduccionista y patologizante, y comprender que nuestras herencias son más poderosas que nuestras represiones culturales, y que en el fondo, aparte de la genitalidad, la necesidad de amor, de pasión, de ternura, de sentimientos, de afectividad, de sensualidad, de sensibilidad y en suma de calidez y calidad, llenan en mayor o en menor proporción la mayoría de nuestros anhelos sexuales.

Las culturas sexualmente reprimidas y agresivas, coinciden también con culturas que reprimen lo femenino. La mujer ocupa un papel secundario desde el punto de vista social, sexual y económico. Lo femenino es denostado. Un ejemplo es la consideración negativa sobre la menstruación y la sangre menstrual, frente a la valoración del semen como un líquido vital. Y lo contrario ocurre en las culturas sexualmente flexibles y pacíficas. En ellas el predominio de lo femenino es casi una constante. Por tanto una sociedad que pretenda rebajar su agresividad, aparte de relajar su moral sexual, tendrá que "feminizarse".

Y nuestra sociedad, que da muestras de cotidianas de generar una agresividad más allá de sus necesidades sociobiológicas, necesita hacerlo, si pretende mejorar el futuro.

En las últimas décadas, el protagonismo de la mujer, en lo social, lo político, y lo económico, ha cobrado un fuerte impulso. Pero hay síntomas de que hay que ir más allá. Por ejemplo, la violencia contra las mujeres sigue siendo una plaga absolutamente inasumible. Yo creo que hay tres elementos importantes que necesitan una importante revisión:

La educación y la formación de las futuras generaciones, de lo cual ya hemos hablado.

El modelo de liberación de la mujer. El papel de los hombres en el camino hacia una sociedad más feminizada.

---

Reflexionar sobre la forma, en la que muchas mujeres se están incorporando a la vida social, política y económica. En una sociedad dominada por lo masculino durante siglos, altamente competitiva y agresiva, la mujer se ve obligada a imitar el modelo masculino, para poder sobrevivir en una "selva" hostil. Si esto se perpetua, sumaríamos más masculinidad "impuesta", a la que ya sufrimos los hombres.

La esperanza es que todo sea una etapa pasajera, que no cuaje, y que al final las mujeres, ya consolidadas en sus nuevas posiciones, cambien el modelo desde dentro de la "selva". Por eso, en la lucha por la incorporación de las mujeres, no ha de ser solo la de ocupar posiciones políticas, sociales y económicas, sino en la forma de desarrollarlas.

Pero hay un elemento sobre el que hay que reflexionar más en profundidad: el papel de los hombres en el camino hacia una sociedad más feminizada. Es una necesidad imperiosa que los hombres exploren y vivan más su feminidad. Y ¿qué quiero decir esto? Los hombres en nuestra cultura, y también en otras de las que he estudiado, tenemos una imposición adicional que nos obliga a cumplir un patrón que erróneamente, se equipara a la masculinidad, y que se concreta en más rigidez gestual, menor expresividad de los sentimientos, más dureza relacional, mayor demostración de poder y de fuerza, actitudes homofóbicas y un excesivo protagonismo falocrático en las relaciones sexuales, que van mucho más allá de nuestra esencia y de lo que realmente somos. Nos dicen: ¡Sé un hombre! desde pequeños. Y eso supone ajustarse a ese patrón cultural y a un sobreesfuerzo absurdo. Ese sobreesfuerzo es lo que nos sobra, para ser lo realmente que somos. Eso es para mí feminizar el futuro. Deshacernos de ese sobreesfuerzo. Deconstruir la actual normalidad masculina

### 1) EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Roser Cirici y Pilar Delgado.  
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

*Objetivos:* Evaluar la eficacia de una intervención grupal de orientación cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de Género (VG). *Métodos:* Los grupos tienen una duración de 20 sesiones de una hora. Hay un máximo de 10 participantes por grupo. Antes y después de la intervención se realiza una entrevista individual y se pasa una batería de pruebas: BDI, STAI, MMPI, Escala de gravedad de síntomas de TEPT, Escala de Inadaptación (EI), Inventario de cogniciones postraumáticas (FOA) y ISA. *Resultados:* Se presentan los resultados de 70 mujeres víctimas de VG que han participado en los grupos terapéuticos. Edad media 47 años (DS= 12,2), el 65% están casadas al inicio de la intervención, el 85% tienen un trabajo remunerado y el 53,5% son nacidas en Cataluña. Presentan violencia psicológica todas las pacientes de la muestra, violencia física un 81,4%, violencia de control un 94,6%, violencia económica un 76,7% y violencia sexual un 64,3%. Se detecta un índice de violencia del 10,5 (máximo 15). ISA físico=35,5% y ISA no físico=67,23%. Comparación pre-post: diferencias significativas en: BDI, STAI, MMPI, TEPT, EI y FOA. Nivel de satisfacción=9,29 (DS=6,88). *Conclusiones:* Los grupos terapéuticos son eficaces para mejorar el estado psicopatológico de las mujeres víctimas de VG. Se reduce el índice de depresión, el nivel de ansiedad, los síntomas de TEPT, las cogniciones postraumáticas y el estado psicopatológico general. El grupo aumenta su bienestar subjetivo y refuerza los lazos sociales de estas mujeres. El grado de satisfacción en la participación al grupo es muy alto.

### 2) CARACTERÍSTICAS, PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VDG) Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN MUJERES CON TRASTORNO POR DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS QUE REALIZAN SEGUIMIENTO EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM).

Eulàlia Sabater <sup>(1)</sup>, Judith Tirado <sup>(2)</sup>, Laia Miquel <sup>(3)</sup>, Rosa Montero <sup>(4)</sup>, Anna Maria Giralte <sup>(5)</sup>, Cecilia Brando <sup>(5,6)</sup>, Roser Cirici <sup>(7)</sup>, Francina Fonseca <sup>(2)</sup>, Esther Westermeyer <sup>(5)</sup>, Gemma García-Pares <sup>(5,8)</sup>, Lourdes Nieto <sup>(9)</sup>, Gail Gilchrist <sup>(2,10)</sup>, Jesús Cobo <sup>(5,8)</sup>.

<sup>(1)</sup> CASD de Reus. <sup>(2)</sup> Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar (Barcelona). <sup>(3)</sup> CAS Vall d'Hebron. Departament de psiquiatria de l'hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>(4)</sup> CASD de Sabadell. <sup>(5)</sup> CASD de St. Cugat. <sup>(6)</sup> Mental Health Department, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Fundació Parc Taulí - Institut Universitari, Universitat Autònoma de Barcelona (Sabadell, Barcelona). <sup>(7)</sup> Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat (Adscrita UAB). <sup>(8)</sup> Hospital Universitari Mútua de Terrassa. <sup>(9)</sup> Department of Psychiatry and Forensic Medicine. Universitat Autònoma de Barcelona (Bellaterra, Barcelona). <sup>(10)</sup> Department of Health and Clinical Psychology - Research Unit. Universitat Autònoma de Barcelona (Bellaterra, Barcelona). <sup>(10)</sup> Greenwich University.

*Objetivos:* Estudio de las características, prevalencia de VdG (psíquica, física y/o sexual) y TEPT asociado en mujeres con un Trastorno por Dependencia de Opiáceos que

siguen PMM. *Métodos:* Estudio transversal observacional multicéntrico, que evalúa mujeres en PMM vs mujeres de la población general. Área de Barcelona (CAS-Barceloneta, CAS-Extracta/La Mina, CAS Vall d'Hebron), Área del Vallès (CAS-Sabadell y CAS-San Cugat), Área de Tarragona (CAS-Reus). Se recogen datos sociodemográficos y toxicológicos. Cuestionario de evaluación de agresiones físicas, psíquicas y sexuales. Escala de Trauma de Davison (TDS). Cuestionario de Salud General (GHQ-28). *Resultados:* Los centros participantes suman unas 200 usuarias activas en PMM. Se reclutan y evalúan 69 mujeres en PMM y 72 voluntarias sanas. Prevalencia de VdG y de sus subtipos es significativamente superior en el grupo de PMM: violencia psíquica 84,8% vs. 19,7%; física: 72,7% vs. 9,9% y/o sexual: 44,6% vs. 2,8%. Los factores relacionados con la presencia de VdG son diferentes. La VdG está relacionada con el inicio y/o empeoramiento de la adicción. La presencia de TEPT es significativamente superior entre las mujeres en PMM y especialmente las mujeres en PMM que experimentan violencia psicológica. *Conclusiones:* La prevalencia de VdG, sus subtipos y del TEPT es significativamente superior en las mujeres en PMM. La violencia psicológica hacia las mujeres en PMM, contribuye significativamente al desarrollo de un TEPT.

### **3) RELACIÓN ENTRE EDAD DE PUBERTAD Y DEBUT DE PSICOSIS EN MUJERES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO.**

**Elena Rubio; Judith Usall; Anna Barajas; Janina Carlson; Raquel Iniesta; Elena Huerta; Iris Baños; Montse Dolz; Bernardo Sánchez; Susana Ochoa.  
Parc Sanitari Sant Joan de Déu**

*Introducción:* Los hombres presentan un pico de debut de psicosis previo a las mujeres, que tienen mejor pronóstico de la enfermedad, hecho que se relaciona con la teoría estrogénica. Estudios que han trabajado la relación entre edad de menarquia y edad de debut de la psicosis han obtenido resultados poco concluyentes. La predisposición genética, el uso de cannabis y las complicaciones obstétricas al nacer se han descrito como factores que también determinan la edad de debut de la psicosis. *Objetivos:* Evaluar la relación entre la edad de la menarquia, y la edad del primer episodio psicótico con la severidad clínica y el pronóstico, en una población de mujeres con un primer episodio psicótico. *Métodos:* Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos, edad de menarquia y de primer episodio psicótico, escalas PANSS, GAF y Lewis and Murray de complicaciones obstétricas, antecedentes paternos de psicosis y uso personal de cannabis en 42 mujeres con un primer episodio psicótico. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS versión 17.0 calculando correlaciones de primer grado y tests U de Mann Whitney. *Resultados:* No se observó correlación significativa entre edad de menarquia y edad de primer episodio psicótico, PANNS o escala GAF. Se observó sujetos con menor edad de menarquia acumulaban más antecedentes familiares de psicosis sin llegar a una significación estadística. *Discusión:* Los resultados negativos obtenidos indican una mayor complejidad de la teoría estrogénica. Sugerimos la necesidad de proseguir con la investigación en este área dado el potencial beneficio de los efectos estrogénicos en la terapéutica.

---

#### **4) EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL CATASTROFISMO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO EN SEGUIMIENTO DE 6 MESES.**

**Marta Alda <sup>(1)</sup>, Juan Vicente Luciano <sup>(2)\*</sup>, Eva Andrés <sup>(3)</sup>, Antoni Serrano <sup>(2)</sup>, Baltasar Roderó <sup>(4)</sup>, Yolanda López del Hoyo <sup>(5)</sup>, Miquel Roca <sup>(6)</sup>, Sergio Moreno <sup>(5)</sup>, Rosa Magallón <sup>(7)</sup>, Javier García Campayo <sup>(1)</sup>.**

<sup>(1)</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Miguel Servet y Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), RedIAPP. <sup>(2)</sup> Unitat de Recerca i Desenvolupament, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, RedIAPP. <sup>(3)</sup> Unidad Epidemiología Clínica, Hospital 12 de Octubre, Madrid, CIBER Epidemiología y Salud Pública. <sup>(4)</sup> Clínica de Neurociencias, Centro Roderó, Santander. <sup>(5)</sup> Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), RedIAPP. <sup>(6)</sup> Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, RedIAPP. <sup>(7)</sup> Centro de Salud Arrabal, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), RedIAPP.

*Objetivos:* Analizar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento del catastrofismo delante del dolor en pacientes con fibromialgia (FM) en comparación con el tratamiento farmacológico recomendado (TFR) y el tratamiento habitual (TH) en Atención Primaria. *Métodos:* Ensayo clínico controlado y aleatorizado con seguimiento de 6 meses. Los pacientes con FM fueron aleatorizados en los siguientes grupos: TCC (n= 57), TFR (n= 56) y TH (n= 56). *Resultados:* La TCC redujo significativamente el catastrofismo a los seis meses de seguimiento (Cohen's d= 0.73 y 1.01 vs. TFR y TH, respectivamente). La TCC fue también más efectiva que los otros dos tratamientos en el aumento de la aceptación del dolor, (d= 0.77 y 0.80, vs. TFR y TH, respectivamente). En comparación con el tratamiento farmacológico y el tratamiento habitual, la TCC mejoró la funcionalidad medida con el Fibromyalgia Impact Questionnaire (d= 0.44 y 0.53, respectivamente) y la calidad de vida basada en el cuestionario Euroqol (d= 0.11 y 0.40, respectivamente). *Conclusiones:* La TCC es más efectiva que el tratamiento farmacológico y el tratamiento habitual no solamente en variables clave en FM, como la funcionalidad y la calidad de vida, sino también en variables mediadoras como el catastrofismo y la aceptación del dolor.

#### **5) ANÁLISIS DESCRIPTIVO: LAS MUJERES EN LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN**

**Martín Jurado, M<sup>a</sup> Dolores; Paños Martínez, Montserrat; Santiago Barragan, Angel María; Patró Moncunill, Ester; Romero Rosales, Josep; Westermeyer Martín, Esther. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (Sabadell).**

*Introducción:* Se ha evidenciado en la literatura que los hombres tienen una mayor adicción y vulnerabilidad a consumir sustancias tóxicas. Sólo una de cada tres mujeres solicita ayuda o tratamiento para la dependencia. Existen diferencias de género en el patrón de consumo y en las enfermedades físicas y mentales comórbidas. *Objetivo:* Identificar y analizar las variables relacionadas con el ingreso de mujeres en una unidad de desintoxicación. *Métodos:* Estudio descriptivo retrospectivo. La realización se ha lle-

vado a cabo desde enero de 2010 hasta junio de 2012 en la Unidad de Desintoxicación de la Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. La recogida de variables se ha realizado a partir de una base de datos interna del servicio. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para la exploración estadística de las variables a estudio. *Resultados:* Partimos de una muestra general de 268 usuarios que ingresaron en el período referido; de los cuales, nuestra muestra de estudio corresponde a 61 mujeres. La media de edad es de 44 años. Un 74% ingresaron para desintoxicarse de alcohol. La edad de inicio del consumo más prevalente es durante la adolescencia (32%). Se objetiva comorbilidad con enfermedades psiquiátricas en un 61% de la muestra, siendo la más destacable el trastorno de personalidad. Del mismo modo también se observa comorbilidad con enfermedades orgánicas (66%), destacando la dislipemia y la hepatitis C. Un 62% de la muestra tiene problemas relacionados con el grupo de apoyo primario. Al alta, tras finalización de la desintoxicación, un 61% de las mujeres llevan tratamiento con interdictores. *Conclusiones:* Las mujeres ingresan en menor proporción que los hombres. La sustancia principal de desintoxicación en las mujeres es el alcohol. La patología psiquiátrica que se asocia con mayor frecuencia al consumo de alcohol es el trastorno de personalidad. No existe una gran comorbilidad con hepatopatías de origen alcohólico.

#### **6) EFECTO DEL RALOXIFENO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN MUJERES ESQUIZOFRÉNICAS EN LA POSTMENOPAUSIA.**

**M<sup>ª</sup> Elena Huerta-Ramos** <sup>(1,2,3)</sup>, **Judith Usall i Rodié** <sup>(2,3,4)</sup>, **Raquel Iniesta Benedicto** <sup>(1,2)</sup>, **Jesús Cobo Gómez** <sup>(3,5,6)</sup>, **Mercedes Roca Casasús** <sup>(2,4)</sup>, **Susana Ochoa Güerre** <sup>(2,3,4)</sup>.

<sup>(1)</sup> Fundació Sant Joan de Déu. <sup>(2)</sup> Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM). <sup>(3)</sup> Grup de Treball i recerca en dona i Salut Mental. <sup>(4)</sup> Parc Sanitari Sant Joan de Déu. <sup>(5)</sup> Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (Sabadell). (Departament de Psiquiatria i Medicina legal, Universitat Autònoma de Barcelona.

*Introducción:* Los estudios en relación a la terapia estrogénica en mujeres postmenopáusicas proporcionan pruebas de un efecto de las hormonas sexuales sobre la función cognitiva. Los estrógenos han demostrado alguna utilidad para prevenir el declive normal relacionado con la edad en las funciones cognitivas, especialmente la memoria. El potencial terapéutico de los estrógenos en la esquizofrenia está cada vez más reconocido. El raloxifeno, un modulador selectivo del receptor estrogénico (SERM), que parece actuar de manera similar a los estrógenos conjugados en el sistema dopaminérgico y serotoninérgico cerebrales, puede ser una mejor opción terapéutica, dado que no tiene los posibles efectos negativos de los estrógenos sobre el tejido mamario o uterino. *Objetivo:* Evaluar la utilidad del raloxifeno como tratamiento adyuvante para los síntomas cognitivos en las mujeres postmenopáusicas con esquizofrenia. *Métodos:* Ensayo clínico de 12 semanas, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo. Las pacientes fueron reclutadas en las unidades de hospitalización y consultas externas del Parc Sant Joan de Déu (Barcelona) y la Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell). Treinta y tres mujeres postmenopáusicas con esquizofrenia (DSM-IV) fueron aleatorizadas para recibir raloxifeno (14 mujeres) o placebo (12 mujeres) durante un periodo de tres meses. Las medidas de eficacia son: tests de memoria, tests de atención y de funcionamiento ejecutivo. Evaluados al inicio y a la semana 12. *Resultados:* Las pacientes tratadas con raloxifeno obtuvieron mejores resultados en las áreas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo y aspectos



---

relacionados con la memoria. Esta mejora no correlaciona con la mejora clínica. *Conclusión:* El uso de raloxifeno como tratamiento adyuvante en mujeres postmenopáusicas con esquizofrenia parece útil en la mejora de síntomas cognitivos en funciones relacionadas con el lóbulo prefrontal. La mejora de los síntomas cognitivos es independiente de la mejora clínica.

#### **7) ABUSO SEXUAL EN JÓVENES ADOLESCENTES: CARACTERÍSTICAS Y RIESGOS DIFERENCIALES.**

**Silvia López García, Conxita Faro Mestre, Mercè Samsó Sagrera, Lourdes Lopetegui Zabaleta, Isabel Fernández Delgado.**  
**Unitat Funcional de Psicologia (UFP) del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR).**

*Objetivos:* Detectar características y riesgos asociados al abuso sexual (AS) en adolescentes (13-17), comparándolas con menores de 13. *Métodos:* Diseño multicéntrico, descriptivo y transversal. Muestra: 1015 mujeres <18 años. Instrumento: cuestionario estructurado, autoadministrado y anónimo. Análisis estadístico descriptivo y bivariado. *Resultados:* Refirieron AS 345 pacientes, 206 (63,4%) < 13, y 119 (36,6%) (13-17). AS por penetración: 35,7% <13 versus 64,3% 13-17; (P<0,001). Violación por pareja o amigo: 20,0% <13 versus 80,0% 13-17; (P=0,001). AS con violencia física: 16,6% <13 vs. 40,2% 13-17; (P <0,001). Revelación a la madre: 21,8% <13 versus 16,8% 13 - 17; (P=0,274). Contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS): 31,7% <13 versus 49,2% 13-17; (P=0,0029). AS después de los 18 años: 8,7% <13 versus 31,7% 13-17; (P<0,001). Maltrato en edad adulta: 51,9% <13 versus 66,4% 13-17; (P<0,01). *Conclusiones:* En la adolescencia encontramos una menor prevalencia, más frecuencia de violación, 4 de cada 10 AS presentan violencia física, el agresor es la pareja o amigo/s, revelan menos a la familia lo sucedido, tienen más riesgo de ITS, y de sufrir AS y maltrato de pareja en la edad adulta.

#### **8) PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES AFECTAS DE SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.**

**Cristina García Gibert<sup>(2)\*</sup>, Esther Gómez Gil<sup>(1)</sup>, Teresa Godás Sieso<sup>(2)</sup>, Jose Manuel Fernández-Huerta<sup>(3)</sup>, Joaquín Fernández-Solà<sup>(3)</sup>.**

**<sup>(1)</sup> Servicio de Psiquiatría. <sup>(2)</sup>Servicio de Psicología. <sup>(3)</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Fatiga Crónica. Hospital Clínic. Barcelona. \*Psicóloga Interna Residente. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.**

*Objetivos:* Evaluar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres afectas SFC comparándolas con un grupo control y analizar la atribución subjetiva de las posibles causas. *Métodos:* Las participantes completaron cuestionarios autoadministrados sobre datos demográficos, clínicos, sexuales y el cuestionario estandarizado de disfunción sexual CSFQ. *Resultados:* La muestra final fue de 64 mujeres afectas de SFC y 45 muje-

res control, con similares características sociodemográficas. El 89 % de mujeres con SFC informa de algún problema sexual frente al 42% en controles. Según puntuaciones en el CSFQ, las mujeres afectas de SFC presentan una diferencia significativa en el porcentaje de disfunción sexual que las controles, tanto evaluando la puntuación total (94% vs 49%) como en los dominios deseo/interés (89% vs 79%), deseo/frecuencia (89% vs 4,7%), placer (81% vs 32,6%), excitación (94% vs 58%) y orgasmo (80% vs 21%). El grupo de pacientes atribuyen la disfunción principalmente al dolor y la fatiga (60.7%) y la sequedad vaginal (55%), frente al grupo control que lo atribuyeron al agotamiento por el trabajo (21%). *Conclusiones:* Más del 80% de las mujeres afectas de SFC tienen algún problema en la esfera sexual. Su impresión subjetiva es que son consecuencia principalmente de la fatiga y el dolor.

### **9) EFECTOS DEL MALTRATO INFANTIL EN LA PSICOPATOLOGÍA Y LOS ESTILOS DE RELACIÓN EN LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.**

**Sandra Forcadell<sup>(1)</sup>,  
Beatriz Olaya<sup>(2)</sup>,  
Ana Rodríguez<sup>(3)</sup>.**

<sup>(1)</sup>**Psicòloga Interna Resident. Unitat de Formació i Docència.  
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.**

<sup>(2)</sup>**Doctora en Psicologia. Unitat de Recerca i Desenvolupament.  
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, CIBERSAM, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.**

<sup>(3)</sup>**Psicòloga Clínica. Centre de Salut Mental de Cornellà. Parc  
Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona.**

*Introducción:* Las mujeres abusadas por la pareja con abuso durante la infancia pueden presentar problemas mentales más graves, i esta asociación podría explicarse por la presencia de estilos de “attachment” alterados. *Objetivo:* Estudiar las diferencias clínicas y del vínculo en tres grupos: mujeres que nunca han sufrido abuso, mujeres maltratadas por la pareja sin abuso infantil i mujeres maltratadas con antecedentes de abuso infantil. *Métodos:* La muestra consta de 60 pacientes del Programa de atención a las víctimas de violencia intra-familiar del CSMA de Cornellà, 25 de las cuales informaron haber sufrido abuso durante la infancia. El grupo control fueron mujeres no abusadas por su pareja ni durante la infancia (30 del CSMA y 30 del ABS). Se utilizó el MCMI-II, CAMIR, STAI y BDI. Se calcularon Odds Ratio (OR) y MH test. *Resultados:* Las mujeres maltratadas con abuso en la infancia, en comparación con los otros grupos, presentaron más puntuación en la personalidad de tipo agresivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite, paranoide, abuso de alcohol y otras drogas, depresión alta y ansiedad elevada. Además, tuvieron mayor riesgo de presentar un estilo inseguro y preocupado. *Conclusiones:* Las mujeres maltratadas con abuso infantil tienen unas características de personalidad y clínicas diferentes de las que no han sufrido abuso. Una posible explicación sería en el hecho que presentan alteración en los vínculos. Futuros estudios deberán determinar el papel mediador de estos vínculos.

## 10) DIFERENCIAS DE GÉNERO EN SÍNTOMAS PRODRÓMICOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PSICOSIS INCIPIENTE.

A Barajas<sup>(1,2,3,4)\*</sup>, J Usall<sup>(2)</sup>, M Dolz<sup>(3)</sup>, I Baños<sup>(2)</sup>, B Sánchez<sup>(3)</sup>, E Huerta<sup>(2)</sup>, J Carlson<sup>(2,3)</sup>, S Ochoa<sup>(2)</sup> & Grup GENIPE<sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup>Unitat d'investigació. Centre d'Higiene Mental Les Corts. Barcelona, Espanya. GTRDSM. <sup>(2)</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Espanya. GTRDSM. <sup>(3)</sup>Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Esplugues de Llobregat, Barcelona, Espanya. <sup>(4)</sup>Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Facultat de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, Espanya. <sup>(5)</sup>Grupo GENIPE és un grup multidisciplinar d'investigadors: Araya S, Arranz B, Arteaga M, Asensio R, Autonell J, Baños I, Bañuelos M, Barajas A, Barceló M, Blanc M, Borrás M, Busquets E, Carlson J, Carral V, Castro M, Corbacho C, Coromina M, Miquel L, Dolz M, Domenech MD, Elias M, Espezel I, Falo E, Fargas A, Foix A, Fusté M, Godrid M, Gómez D, González O, Granell L, Gumà L, Haro JM, Herrera S, Huerta E, Lacasa F, Mas N, Martí L, Martínez R, Matalí J, Miñambres A, Muñoz D, Muñoz V, Nogueroles R, Ochoa S, Ortiz J, Pardo M, Planella M, Pelaez T, Peruzzi S, Rivero S, Rodriguez MJ, Rubio E, Sammut S, Sánchez M, Sánchez B, Serrano E, Solís C, Stephanotto C, Tabuena P, Teba S, Torres A, Urbano D, Usall J, Vilaplana M, Villalta V.

*Objetivo:* Analizar las diferencias de género en sintomatología prodrómica en un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico. *Métodos:* Estudio longitudinal-retrospectivo de 79 casos consecutivos con un primer episodio psicótico. *Criterios de inclusión:* dos o más síntomas psicóticos; edad entre 7 y 65; primera consulta en el centro de estudio; menos de 6 meses desde el primer contacto con los servicios; y menos de un año de evolución de los síntomas. Los pacientes evaluados con un cuestionario sociodemográfico y clínico, y la entrevista IRAOS para valorar la presencia/ausencia de 53 síntomas prodrómicos. Se realizaron tests de comparación de medias para analizar las variables continuas (prueba no paramétrica U-Mann Whitney y el test t-Student), y el test Chi-cuadrado para variables categóricas (SPSS 18.0).

*Resultados:* 44.3% (n=35) pacientes eran mujeres, con una media de duración de los síntomas prodrómicos de 25.5 semanas (DE=29.8), similar a la del grupo de hombres (M=25.4, DE=40.7). En relación a la frecuencia de síntomas prodrómicos, en el grupo de mujeres los síntomas predominantes son la distraibilidad (80%) y las ideas sobrevaloradas (80%); en el grupo de hombres fue la distraibilidad (86.4%) y el humor delirante (77.3%). No se observaron diferencias significativas en relación a la cantidad de síntomas prodrómicos presentados en el grupo de mujeres (M=19.0, DE=6.6) vs. el grupo de hombres (M=18.3, DE=6.7). En un subanálisis por subescalas y para cada síntoma prodrómico tampoco se observaron diferencias significativas, excepto en alucinaciones táctiles, más predominantes en el grupo de mujeres (p=0.020).

*Conclusiones:* Estos resultados sugieren que las posibles diferencias de género en fase prodrómica son muy sutiles. Ambos géneros son igualmente vulnerables al desarrollo de la psicosis, por consiguiente, la variable género no permite detectar diferentes subtipos de psicosis antes del debut de la enfermedad.

### **1) CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP)**

**Núria Grases, Olga Pérez, Espe Marsó, Cristina Ventura, Cristina Garcia, Susana Ochoa, Inés Cots**  
**Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.**

*Objetivos:* Describir las diferencias en la evaluación y el proceso de demanda según el género del MAP así como la correlación diagnóstica entre los MAPs y las psicólogas. *Métodos:* Estudio descriptivo-prospectivo realizado durante el año 2010. Muestra: personas atendidas en el PSP de salud mental de siete ambulatorios de la provincia de Barcelona. N=770: 224 hombres y 545 mujeres. Se incluyen todos los pacientes derivados a las psicólogas. Se excluyen los derivados al Centro de Salud Mental. *VARIABLES:* diagnóstico previo del MAP por género y diagnóstico de las psicólogas según criterios CIE-10 y cierre del proceso. *Análisis estadístico:* estadística descriptiva y índice Kappa. (SPSS19). *Resultados:* Según el género del MAP hay diferencias en el cierre del proceso (abandonos: hombres 27,6%- mujeres 17,3%; otras derivaciones: hombres 8,3%-mujeres 16,8%). Hay diferencias en la correlación diagnóstica entre el género del MAP y las psicólogas en los diagnósticos de Trastorno mixto de ansiedad-depresión (hombres: 16,7%, mujeres: 46,2%), trastorno de personalidad (hombres: 0%, mujeres: 18,2%), problemas familiares (hombres: 22,2%, mujeres: 43,9%) y trastornos somáticos (hombres: 25%, mujeres: 3,3%). *Conclusiones:* Hay poca concordancia entre los MAPS y las psicólogas, siendo inferior en el caso de los MAP hombres.

### **2) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DUELO POR LA PÉRDIDA PERINATAL**

**Figueras Uranga, Itxaso; Artigao Castaño, Llanos; Doñate Font Marta; Marcos Vilà, Nohemi**  
**Centre de Salut Mental. Programa de Suport a la Primària. Hospital Mútua de Terrassa.**

*Objetivo:* Mostrar las características cognitivas y emocionales del duelo por pérdida perinatal (últimos meses de gestación, pérdida durante el parto o en los primeros días de la vida) y presentar el tratamiento psicológico realizado en el CSMA de l'Hospital Mútua de Terrassa. *Introducción:* Una pérdida perinatal afecta a la mujer en muchos niveles: cambios fisiológicos, emocionales, en la pareja, en el reinicio del ciclo y en el proyecto de vida. La mujer frecuentemente se siente sola e invalidada. El entorno acostumbra a invalidar su dolor con mensajes como "eres joven", "tendrás más", "mejor ahora"... provocando en muchos casos la auto invalidación y los sentimientos de culpa, que aparece delante de la necesidad de explicar lo vivido. Las características del impacto emocional hacen conveniente un abordaje psicológico integrador que recoja las especificidades de estos duelos. *Métodos:* Muestra de 15 pacientes en proceso de duelo complicado. *Características del tratamiento:* aceptación de la realidad de la pérdida, trabajo con las emociones y el dolor (identificación y validación de las emociones), adaptación al medio posterior (autoconcepto y revisión del mundo de significados). Uso de técnicas útiles en la elaboración del duelo como el cuestionamiento de las creencias disfuncionales que aparecen (RC) (sobre la maternidad, el autopermisos a la reacción del duelo, el proyecto de vida, etc) y otros. *Conclusiones:* Los resultados conseguidos mediante la entrevista clínica son positivos. Las mujeres señalan la importancia de la ventilación y la validación emocional y la resignifica-

---

ción de los esquemas disfuncionales. Necesidad de visibilizar, validar y normalizar el impacto de las pérdidas. En los casos de dificultad en la elaboración, conveniencia de que el tratamiento psicológico recoja las características específicas de estos procesos para evitar el duelo patológico.

### **3) ¿ES LA ESCUCHA NEUTRAL?**

**María Sánchez Jiménez y María Jesús Soriano Soriano**

*Introducción:* Las diferentes prácticas profesionales se encuadran en un marco teórico que intenta dar cuenta de los fenómenos que intentan explicar, pero lo que se observa depende del cristal con el que se mira. Las diferentes formas de psicoterapia se describen como disciplinas neutrales y objetivas pero no existe la mirada ni la escucha neutral. Los/as profesionales de la salud podemos estar interfiriendo – consciente y/o inconscientemente – en nuestra tarea, porque es difícil sustraerse a la carga ideológica que cada disciplina lleva implícita, ya que forma parte del sistema de valores socio-culturales que la sostiene. *Objetivos:* 1. Nombrar malestares invisibilizados. 2. La necesidad de ir más allá de la descripción diagnóstica clásica para ampliar el marco de exploración del sufrimiento humano introduciendo las variables sexo y género, que confieren gran significado en la explicación del malestar. 3. Exponer viñetas clínicas para ilustrar. *Conclusiones:* Nuestro planteamiento no pretende cuestionar la descripción diagnóstica, sino los criterios que nos llevan a la misma, los significados y la explicación del origen y las causas de los síntomas. Los/as profesionales de la salud debemos utilizar una escucha eficaz que nos permita desvelar lo ocultado y silenciado históricamente y darle nombre para poder ser más útiles a nuestros/as pacientes.

### **4) DIFERENCIAS DE GÉNERO ENTRE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE SOPORTE A LA PRIMARIA (PSP) EN EL AÑO 2010.**

**Cristina Ventura, Olga Pérez, Espe Marsó, Nuria Grases, Cristina García, Susana Ochoa, Inés Cots**  
**Parc Sanitari Sant Joan de Déu. CSMA Cornellà. Barcelona.**

*Objetivos:* Evaluar las diferencias de género en relación al diagnóstico y atención psicológica recibida en el PSP. *Métodos:* Estudio descriptivo-prospectivo realizado en el año 2010. *Muestra:* personas atendidas en PSP de salud mental de siete ambulatorios de la provincia de Barcelona. N=770: 224 hombres y 545 mujeres. Se incluyeron todos los pacientes derivados a las psicólogas. Se excluyen los derivados al Centro de Salud Mental. *Variables:* sexo, media de visitas realizadas, antecedentes psiquiátricos, y diagnóstico de las psicólogas según criterios CIE 10. *Análisis estadístico:* estadística descriptiva, t de Student y chi cuadrado (SPSS19). *Resultados:* Se encuentran diferencias significativas en la media del número de visitas ( $\mu$ 2,2 hombres,  $\mu$ 2,6 mujeres), en atención previa de salud mental (44,6% hombres vs 76,9% mujeres) y en el diagnóstico de consumo de sustancias (3,1% hombres vs 0,7% mujeres) y Trastorno mixto Ansiedad-Depresión (1,8% hombres vs 5,1% mujeres). *Conclusiones:* las mujeres se visitan más en el programa PSP, presentan más antecedentes de tratamientos previos y diagnóstico de Trastorno mixto Ansiedad-Depresión en relación a los hombres.

## 5) GÉNERO Y DÉFICIT DE INSIGHT EN PACIENTES PSICÓTICOS: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

L. Nieto<sup>(1)</sup>, S. Ochoa<sup>(2)</sup>, I. Baños<sup>(2)</sup>, B. González<sup>(3)</sup>, J. Usall<sup>(2)</sup>, I. Ruiz<sup>(4)</sup>, J.E. Obiols<sup>(1)</sup>, J. Cobo<sup>(4,5)</sup>, E. Pousa<sup>(1,5)</sup>, A.I. Ruiz<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Department of Health and Clinical Psychology - Research Unit. Universitat Autònoma de Barcelona (Bellaterra, Barcelona). <sup>(2)</sup>Research and Development Unit, Parc Sanitari San Joan de Dèu (Sant Boi de Llobregat, Barcelona). CIBER-SAM. <sup>(3)</sup>Mental Health Department, Hospital Benito Menni (Sant Boi de Llobregat, Barcelona). <sup>(4)</sup>Department of Psychiatry and Forensic Medicine. Universitat Autònoma de Barcelona (Bellaterra, Barcelona). <sup>(5)</sup>Mental Health Department, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Fundació Parc Taulí - Institut Universitari, Universitat Autònoma de Barcelona (Sabadell, Barcelona). <sup>(6)</sup>Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar (Barcelona).

*Objetivo:* Analizar el papel del género en el déficit de insight y en su relación con la sintomatología psicótica en pacientes psicóticos en diferentes situaciones clínicas. *Métodos:* Muestra final de 401 pacientes (131 mujeres) con edad media de 35.8, seleccionados cuatro departamentos de Salud Mental del Área de Barcelona. Los diagnósticos se realizaron bajo criterios DSM-IV (confirmados por SCID). *Instrumentos:* Para la psicopatología la Escala PANSS, el índice PANSS-C y los factores de Linder Mayer. Para el insight y sus dimensiones la Escala SUMD y para la funcionalidad la Escala GAF. *Resultados:* No se observaron diferencias de género en el déficit de insight ni el de sus dimensiones. En las mujeres el factor positivo se relacionó con la conciencia de trastorno (SUMD1) y con la de las consecuencias sociales (SUMD3), el excitativo con la de los efectos de la medicación (SUMD2). En los hombres el factor positivo se relacionó con las tres dimensiones del insight, mientras que el negativo con SUMD3. La funcionalidad de manera negativa con SUMD2. En ambos géneros, el tiempo de evolución lo hizo con SUMD2. *Conclusiones:* No se observaron diferencias de género en el déficit de insight ni el de sus dimensiones. Sin embargo, sí existen diferencias de género en el tipo de relaciones que se establecen entre el insight y sus dimensiones con la sintomatología psicótica y la funcionalidad.

## 6) EPIDEMIOLOGÍA Y DESIGUALDADES POR GÉNERO, TARRAGONA 1991-2011.

**Marga Gonzalvo Cirac**  
**Facultat Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Internacional de Catalunya.**  
**Barcelona.**

*Objetivo:* Esta investigación describe y analiza la evolución de la esperanza de vida. Las mujeres son protagonistas de esta tendencia. Para entender esta desigualdad por género se utiliza el marco conceptual de la Teoría de la Transición Epidemiológica. *Métodos:* Se utilizan datos y estadísticas del INE y de IDESCAT; se realizan tablas de mortalidad y se usa la metodología de la estandarización indirecta. Mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades se elabora una agrupación de grandes causas de muerte. *Resultados:* En 2011 los hombres igualan la esperanza de vida que poseían las mujeres en 1981. Tarragona presenta una gran incidencia de muertes provocadas por el conjunto de "otras enfermedades": nuevas enfermedades degenerativas, mentales, sistema nervioso, etc.

---

afectan a edades muy avanzadas generando un nuevo cambio de patrón epidemiológico, donde las mujeres vuelven a ser pioneras. *Conclusiones:* La estandarización indirecta es buena metodología para el análisis epidemiológico, para conocer con mayor profundidad las transformaciones de la estructura de la población y su impacto sobre la desigualdad de salud. Las mujeres van rompiendo los patrones demográficos y epidemiológicos detectados.

### **7) "UNA ENFERMERA SE SUICIDA": CUANDO LA ENFERMERA ES LA PROTAGONISTA DE LA NOTICIA.**

**Montes Hidalgo Fco Javier, Tomás Sábado Joaquín, Brando Garrido Cecilia, El Bouchaibi Dali Imad.  
Escoles Universitàries Gimbernat. Barcelona.**

*Introducción:* Aunque no se tienen datos concretos de cuál podría ser la incidencia de suicidios en enfermeras, lo cierto es que, en la actualidad, la mayoría de las investigaciones realizadas, parecen ser unánimes en concluir un alto índice de suicidios en la profesión enfermera. *Objetivos:* El objetivo de este trabajo es contribuir a la comprensión del fenómeno del suicidio en enfermería, mediante una búsqueda de noticias en periódicos digitales que informen del suicidio de una enfermera o estudiante de enfermería. *Métodos:* Se realizó una búsqueda en los principales portales de noticias de Internet, utilizando los términos "enfermera se suicida" y "nurse committed suicide".

*Resultados:* Se encontró noticias de 13 suicidios consumados de enfermeras y cinco de estudiantes de enfermería. No se encontró ninguna noticia de suicidio de enfermera en España ni en Europa. *Conclusión:* Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, en principio, que el hecho de que se publique la noticia de un suicidio, en general, y de una enfermera, en particular, obedece básicamente a criterios sociales y culturales. Esto permite aventurar que el suicidio de enfermeras no es un fenómeno exclusivo de aquellos países donde este hecho aparece en los medios de comunicación.

### **9) EL DUELO COMPLICADO DEBERÍA CONSIDERARSE COMO UN TRASTORNO MENTAL DIFERENCIADO EN EL DSM-V?**

**Iris Pérez-Bonaventura, Annabel Cebrià, José Antonio Monreal  
Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (Sabadell). Barcelona.**

*Introducción:* En los últimos años, diferentes autores han propuesto reclasificar el duelo complicado o Prolonged Grief Disorder [PGD] como un trastorno mental en el DSM-V y CIE-11. El cambio supondría diferenciar el duelo normal de aquel considerado patológico con la intención de incluir aquellos individuos con una experiencia prolongada e intensa de reacciones de duelo con dificultades significativas de adaptación a la pérdida del ser querido. *Métodos:* Paciente de 20 años de edad que acude a consulta de salud mental por duelo complicado debido a pérdida de la pareja hacía 5 años, En la exploración psicopatológica destaca tristeza, irritabilidad, soledad, ideas de muerte, pensamientos intrusivos relacionados con la pérdida, culpa, autoestima baja, conductas de evitación y escasos proyectos de futuro. *Resultados:* La intervención terapéutica que se realiza es la

terapia cognitivo-conductual, quincenal, con un total de 11 sesiones. Con el objetivo de reelaborar la pérdida se utilizan técnicas de exposición y reestructuración cognitiva. Al finalizar el tratamiento, la paciente obtiene una clara mejora clínica. Se observa una disminución en los síntomas de tristeza, evitación e irritabilidad. Se aprecia una disminución en la frecuencia y cantidad de pensamientos intrusivos y refiere un mayor control de su vida. *Discusión:* la propuesta de incluir el PGD como un nuevo diagnóstico es controvertida. El escepticismo de algunos autores estaría relacionado con el riesgo de estigmatización, medicalización y del sobrediagnóstico. Sin embargo, la mayoría de autores comentan que este nuevo diagnóstico tendría el potencial de mejorar la detección y el tratamiento de esta causa substancial de morbilidad, a la vez que haría posible la identificación de los factores de riesgo que llevarían a presentar el PGD ante una pérdida.

#### **10) DERIVACIONES DEL COLECTIVO DE MUJERES DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DE UN CENTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS DROGODEPENDENCIAS.**

**Rodriguez-Martos, Lola; Miquel, Laia; Voltes Manils, Núria; Daigre, Constanza; Rodriguez-Cintas, Laia, Roncero, Carlos. CAS Vall d'Hebron. HUVH. Barcelona.**

*Introducción:* Las dificultades que tienen las mujeres drogadictas en el acceso a los diferentes servicios específicos enfocados a la mujer son elevadas. Últimamente existe una especial sensibilización en implementar estrategias multidisciplinares para mejorar la prevención, detección y atención integral. *Métodos:* Desde el año 2008 hasta la actualidad se han atendido en el CAS de la Vall d'Hebron 169 mujeres de las cuales 44 fueron atendidas por Trabajo social. *Objetivo:* Se evaluaron el número de derivaciones a recursos destinados a las mujeres. *Resultados:* La media de edad de la muestra fue de 34,2 (DE 8,7) años. El 64,7% de la muestra presentó antecedentes psiquiátricos. El 63,6% presentaban dependencia a opiáceos, el 27,3% dependencia a cocaína, el 4,5% dependencia de alcohol, el 2,3% dependencia al CNN y 2,3% benzodiazepinas. Durante el año 2008, 2009, 2010, 2011 y mediados de 2012 fueron atendidas 26, 28, 18, 18, 18 mujeres respectivamente de las cuales fueron derivadas a los servicios específicos de mujeres (n=3,2,1,0,6) respectivamente. *Conclusiones:* Se observa un incremento de las derivaciones a los recursos específicos de las mujeres. Parece que es necesario mejorar la sensibilización en relación a la problemática de la mujer drogadicta, facilitando espacios donde los profesionales puedan adquirir formación, y favorecer el trabajo transversal entre los servicios de la Comunidad.

#### **11) HETEROGENEIDAD PONDERADA: ¿PRINCIPAL VARIABLE FACILITADORA DE LA RECUPERACIÓN INDIVIDUAL, EN UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE MUJERES?**

**Sonia García Calvo, Conxita Faro Mestre, Mercè Samsó Sagrera, Míriam Burballa Rived, Maite Auferil Font Unitat Funcional de Psicologia (UFP) del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR). Barcelona.**

*Introducción:* La UFP del PASSIR ofrece atención a problemas relacionados con: la sexualidad, la pareja, el maltrato, salud ginecológica/mamaria, embarazo, posparto.



---

*Desarrollo:* para acoger la diversidad de problemas, con un número mínimo de criterios de exclusión, se diseñó un grupo heterogéneo (cerrado/12 sesiones/8-12 participantes), tomando la autoestima como elemento transversal. Se consideró que las diferencias podían beneficiar si se ponderaba con las similitudes. En las mujeres: diferencias personales, culturales; contrastes en ciertas problemáticas, elementos de identificación. En las psicoterapeutas similitudes en orientación/enfoque; diferencias en el perfil/personalidad; contraste en el estilo/estrategias. *Conclusiones:* Se realizaron 3-4 grupos al año desde el 2006 con evaluación positiva y estable. Las mujeres valoran principalmente el valor de las participantes, la posibilidad de identificarse entre ellas y las diferencias de las terapeutas. Hipotetizamos que la heterogeneidad ponderada permite y facilita la identificación, neutraliza la estigmatización, amplía la percepción y conceptualización de la realidad e incrementa el repertorio de imputs terapéuticos y los modelos de afrontamiento. Para la paciente es suficiente saber que la intervención es beneficiosa aunque el reto en psicoterapia es conocer mejor el porqué.

### **12) ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN MUJERES ATENDIDAS EN VISITA PSICOLÓGICA.**

**Conxita Faro Mestre, Silvia López García, Mercè Samsó Sagrera, Lourdes Lopetegui Zabaleta, Isabel Fernández Delgado**  
**Unitat Funcional de Psicologia (UFP) del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR). Barcelona.**

*Objetivos:* Describir la prevalencia del abuso sexual infantil (ASI) y relacionar los antecedentes de ASI con la salud autopercebida actual de las mujeres. *Métodos:* Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal. 24 equipos del PASSIR de Cataluña. Se incluyeron 1015 mujeres mayores de 18 años. Se utilizó el cuestionario estructurado, autoadministrado y anónimo. *Análisis estadístico:* Descriptivo y bivalente. Nivel de significación estadística para hipótesis bilaterales del 5%. *Resultados:* Edad de las participantes (media (DE)) 40,6 (11,6) años. Refieren ASI 345 mujeres (37.6 %; IC 95% 35,4-40,8). Las mujeres que reconocen ASI difieren en la percepción de su salud actual ( $P < 0.05$ ): Excelente (4,8% no ASI versus 1,8% ASI), Muy buena (17,8% no ASI versus 16,4% ASI), Buena (39,4% no ASI versus 37,1% ASI), Regular (30,8% no ASI versus 33,3% ASI), Mala (6,9% no ASI versus 9,6% ASI), Muy mala (0,4% no ASI versus 1,8% ASI). *Conclusiones:* Entre las mujeres que solicitan atención psicológica en PASSIR 1/3 ha sufrido algún tipo de ASI. Las mujeres con antecedentes de ASI, tienen mayor tendencia a percibir su salud como regular, mala o muy mala.

### **13) MUJER Y SALUD MENTAL: DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA/ASISTENCIAL A LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**Conxita Faro Mestre, Montse Aiger Vallés, Míriam Burballa Rived, Mercé Samsó Sagrera, Sonia García Calvo, Maite Auferil Font.**  
**Unitat Funcional de Psicologia (UFP) del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR).**

*Introducción:* Los centros públicos de atención psicológica tienen acceso a múltiple información sobre el malestar psíquico de la mujer. *Desarrollo:* Se ha diseñado un registro anónimo, codificado, con 45 variables (sociodemográficas, situación reproductiva, presencia de malos tratos, síntomas psíquicos, patologías asociadas, motivos de consulta, sexua-

lidad, situación de pareja, información sobre la pareja) que sistematizan una completa base de datos asistenciales, permitiendo su almacenamiento y análisis posterior. Se ha realizado una experiencia piloto para validar la idoneidad de las variables y la sencillez y comprensibilidad de la hoja de procedimiento. *Conclusiones:* el protocolo permite medir la prevalencia de los motivos de consulta, la comorbilidad y detectar problemas emergentes asociados a problemas psicológicos. Esta información genera perfiles clínicos que orientan sobre líneas de intervención (asistencial y preventiva) y visualizan hipótesis de trabajo y líneas específicas de investigación. Partir de una base de datos, sistematizada, fiable y explotable, permite aportar información observacional y trabajar posteriormente, de forma conjunta, con otras instituciones. La creación de instrumentos de conexión entre la psicología aplicada y la académica-científica puede constituir una estrategia que enriquezca ambas partes, favoreciendo el conocimiento, la innovación y el avance.

#### **14) MANEJO DE ENFERMERÍA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA/TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA UNIDAD DE AGUDOS**

**M. Sastre Rus, A. Sánchez Mateo, D. Albéstequi, J. Capdevila Jané, A. García, R. Trillo Vilchez.**  
**UIPA. Hospital San Rafael. Barcelona.**

*Objetivos:* Conocer la realidad del entorno en relación a los TCA/TLP, identificar la prevalencia en nuestro hospital, verificar las dificultades de manejo en una unidad convencional a causa de la falta de centros especializados y proponer un modelo funcional que pueda dar respuesta a los usuarios/clientes y a la institución. *Métodos:* Se plantea la necesidad de tener infraestructuras que permitan un mayor control de las conductas disruptivas, autolesivas o que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Se debe destacar la comorbilidad entre los TCA y TP que dificultan el abordaje y el tratamiento. Estudio descriptivo retrospectivo transversal realizado en UIPA del Hospital de San Rafael de Barcelona. *Resultados:* Prevalencia de TCA y TP de más del 10%, destacando la elevada prevalencia en el sexo femenino, siendo del 92.85%. Los TP pueden ser un factor que predispone a una complicación o a una entidad independiente del TCA. Existe una alta tasa de comorbilidad de TCA con los TP, en general más altas en régimen ambulatorio, llegando al 74%. *Conclusiones:* A partir de los datos obtenidos del estudio, y la observación dinámica de esta unidad de agudos, nace el proyecto de la creación de una unidad o de la adopción de nuevas infraestructuras personales y materiales que cubran todas las necesidades asistenciales para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria y los trastornos de personalidad.

#### **15) ACONTECIMIENTOS VITALES TRAUMÁTICOS Y DIFERENCIA DE GÉNERO**

**Alfredo Aguilar, Vanessa Nárvaez, Ma. José Martín, José Gascón, Pedro Antón Soler Insa.**  
**Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona.**

*Introducción:* Los acontecimientos vitales estresantes están relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental. (Wichers, M., 2012)

Los estudios que relacionan los acontecimientos vitales estresantes en función del género aportan resultados controvertidos. Algunos apuntan a que en población psiquiátrica, los tipos de trauma más comunes son iguales en ambos sexos. (Kate Zona, 2011). Otros concluyen que existen diferencias entre el tipo de evento estresante según el

---

género: mientras las mujeres tienden a sufrir más violación, asalto sexual y abuso sexual infantil, los hombres que sufren más accidentes, asalto no sexual y lesiones graves (Kate Zona, 2011). *Objetivo:* El objetivo del estudio es comprobar si existen diferencias significativas en función del género en la frecuencia y tipología de acontecimientos vitales estresantes. *Métodos:* Muestra: El estudio incluye una muestra de 142 pacientes ingresados en la unidad de Agudos del Hospital Universitario Mutua de Terrassa. 95 mujeres (66,9%) y 47 hombre (33,1%) Material. Los instrumentos utilizados son: - Recopilación de datos sociodemográficos. - Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ) (Davison, Hugues y Blazer, 1990). *Resultados:* Hay una diferencia estadísticamente significativa entre las experiencias traumáticas vividas por mujeres y hombres. Las mujeres han sufrido más "Abuso Físico" ( $p = 0,039$ ) y "Violación" ( $p = 0,017$ ), e "Incesto" ( $p = 0,062$ ). Los hombres superan a las mujeres, aunque no de forma estadísticamente significativa, en los ítems: "accidente de coche, tren o avión", "combate" y "agresión".

### **16) PERFIL Y CARGA FAMILIAR DE LOS CUIDADORES / AS DE PERSONAS CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO**

**Dachs I<sup>(1)</sup>, Irazábal M<sup>(1)</sup>, Usall J<sup>(1)</sup>, Barajas A<sup>(1)</sup>, Baño Y<sup>(1)</sup>, Dolz M<sup>(2)</sup>, Sánchez B<sup>(2)</sup>, Coromina M<sup>(1)</sup>, Ochoa S<sup>(1)</sup>**

<sup>(1)</sup>Parque Sanitario Sant Joan de Deu. CIBERSAM. <sup>(2)</sup>Hospital San Juan de Dios. CIBERSAM. Barcelona.

*Objetivos:* Describir el perfil y la carga familiar (CF) de los cuidadores / as de personas con un primer episodio psicótico (PEP). *Métodos:* Se incluyeron consecutivamente los cuidadores / as de personas con un primer episodio psicótico que se visitaron en algún servicio de salud mental de Parque Sanitario San Juan de Dios y Hospital San Juan de Dios Infantil y Juvenil. Se recogieron datos sociodemográficos del cuidador / a y de los pacientes a través de entrevistas semiestructuradas. La CF del cuidador / a principal se evaluó mediante la ECFOs-II. La muestra incluía 75 cuidadores / as y pacientes en el estudio. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva. *Resultados:* El 92% de los cuidadores / as eran los progenitores del paciente, de los cuales el 85% eran mujeres. La edad media de estas era de 48 años. El 75% había reducido las horas de trabajo o la vida social, el 53% no había hecho vacaciones y el 48% había perdido amistades a raíz de la enfermedad de su hijo/a. El grado de preocupación por la enfermedad del hijo era especialmente alto en áreas como: el futuro (75%), la seguridad (72%), la vida social (70%) y la salud física (58%). *Conclusiones:* El perfil de los cuidadores / as de personas con un PEP corresponde a madres de mediana edad que presentan una elevada CF a raíz de la enfermedad de su hijo / a.

### **17) GRUPO DE MUJERES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

**Toribio, M., Pou, C., Barber, A.**  
**Unitat de Subaguts, Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.**

*Objetivo:* En enero de 2011 se inicia un Grupo de mujeres en Subagudos del PSSJD. Nuestro objetivo es crear un espacio que permita la expresión verbal a las mujeres ingresadas, trabajando desde el empoderamiento y con el fin de fomentar su salud mental. Entre los objetivos específicos buscamos que ellas sean capaces de instaurar hábitos saludables, así como de ejercer mayor control sobre sus sentimientos y acciones, incrementando su participación social y autonomía, posibilitando su crecimiento personal, bienes-

tar y calidad de vida. Métodos: 1 Sesión semanal. Núm. usuarias: 10. Ubicación: sala talleres RHB. Dirigido por: 1 TO, 1 Psiq., 1 DUE. Resultados: Se han beneficiado 40 mujeres. Conclusiones: - El empoderamiento es procesual. La finalidad del grupo es mejorar la salud de las participantes, su desarrollo y su relación con el entorno. - El formato grupal ha permitido trabajar aspectos que no se han aparecido en la terapia individual. - Las participantes han verbalizado cambios, aunque no hemos podido cuantificar la percepción de empoderamiento. Se requiere desarrollar instrumentos para medirla.

### **18) INCESTO Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

**G. Caupena\*, M. Santamaria \*\*, G. Severino\*, A. Granell\*, J. Cobo\*.  
\*Psiquiatras i \*\*Psicóloga. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí  
(Sabadell , Barcelona)**

*Introducción:* La prevalencia del TLP en la población general es del 1 al 2 % (1). El TLP se caracteriza por una alta comorbilidad con trastornos afectivos, de ansiedad, abuso de sustancias y una elevada tasa de intentos de suicidio (2). Es muy conocida la comorbilidad que presenta el abuso sexual infantil con el trastorno alimentario y el consumo de tóxicos con el TLP y su mayor riesgo de suicidio (3). *Objetivos:* Describir la posible relación entre incesto infantil y trastorno límite grave. *Métodos:* Estudio descriptivo de 7 pacientes mujeres adultas con diagnóstico de TLP grave y antecedentes de incesto infantil en todas ellas. **Caso 1:** 41 años, TLP grave, múltiples intentos autolíticos por sobreingesta fármacos, anorexia purgativa. **Caso 2:** 37 años, TLP grave, TUS, TDM, autolesiones e intentos autolíticos. **Caso 3:** 38 años, TLP grave, TUS, alcoholismo. **Caso 4:** 24 años, TLP grave, TUS grave (politoxicomanía), sobreingestas tóxicos. **Caso 5:** 39 años, TLP grave, TUS, alcoholismo, intentos autolíticos graves. **Caso 6:** 35 años, TLP grave, TDM, múltiples intentos autolíticos. **Caso 7:** 32 años, TLP grave, TEPT, alcoholismo grave, múltiples intentos autolíticos por sobreingesta fármacos, anorexia purgativa. *Resultados:* Mayor antecedentes de incesto infantil en pacientes mujeres afectas de TLP grave. *Conclusiones:* El incesto infantil en niñas como causa de sufrir un TLP grave con elevada comorbilidad psiquiátrica. Haber sido físicamente maltratado o abusado sexualmente ha sido asociado a una mayor probabilidad de alcoholismo(4). Wagner y Linehan (5) describen una relación entre antecedentes de abusos infantiles y un mayor riesgo de suicidio y de conductas autolíticas. Las probabilidades de que un paciente abusado sexualmente en la infancia intente suicidarse en la edad adulta es diez veces mayor que uno no abusado. Este riesgo también aumenta según la gravedad del TLP.

### **19) VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD GLOBAL DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA, EN LA COMUNIDAD**

**Gemma Albareda Colilles\*, Vanessa Barneda Faudot, Esther Francisco Salas,  
Daniel Díaz Rodríguez, Elena Rubio Abadal, Nuria del Cacho Ortega.  
Grupo EFGEC. Servicios comunitarios Parque Sanitario Sant Joan de Déu. CIBER-  
SAM. Barcelona.**

*Objetivo:* Describir la funcionalidad de los y las pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en seguimiento en los CSMA y analizar posibles variables de influencia, estudiando específicamente la relación entre género y funcionalidad. *Métodos:* Estudio descriptivo

---

transversal con pacientes en seguimiento en 4 CSMA diagnosticados de esquizofrenia (n = 95). Se han recogido variables sociodemográficas, clínicas y se ha administrado la escala PSP. La PSP es una escala que evalúa de manera aislada diferentes áreas del funcionamiento (autocuidado, actividades sociales habituales, relaciones, comportamientos perturbadores) y asigna un valor final entre los límites 0-100. *Análisis estadístico*: test de correlación de Pearson y análisis de la varianza (ANOVA),  $p < 0.05$ . *Resultados*: Se ha objetivado mayor disfunción en las áreas “actividades habituales” y “relaciones personales” y una mayor preservación del funcionamiento del autocuidado, destacando una escasa presencia de comportamiento perturbador, todos ellos sin significación estadística. Se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre la GAF y la PSP. No se ha obtenido resultados estadísticamente significativos entre la PSP y el resto de variables sociodemográficas ni clínicas analizadas. Tampoco se han detectado diferencias en cuanto al sexo y el funcionamiento global de los pacientes con esquizofrenia. *Conclusiones*: En este estudio no se han descrito diferencias estadísticamente significativas entre la funcionalidad y las diferentes variables evaluadas.

## **20) INFLUENCIA DE INSIGHT Y GÉNERO EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS**

**Silvia Ramírez Perdomo, Esther Francisco Salas, Gemma Albareda Colilles, Berta Blanch Rubio, Raquel Puertas Pascual, Susana Ochoa Guerre.**  
Parque Sanitario Sant Joan de Déu. Barcelona

*Introducción*: Debido al impacto de los primeros episodios psicóticos en la sociedad son muchos los estudios de investigación dirigidos a ampliar su conocimiento. Se conoce la influencia del insight sobre la evolución de los trastornos psicóticos. Se han desarrollado varios instrumentos de evaluación como la escala SUMD (Scale Unawareness of Mental Disorders). *Objetivo*: Analizar la relación del insight en hombres y en mujeres y el uso de los diferentes recursos sanitarios. *Métodos*: Estudio descriptivo transversal, pacientes de entre 7 y 65 años que presentan sintomatología psicótica por primera vez, seleccionados de forma consecutiva a medida que consultan la red de salud mental. Se han recogido variables sociodemográficas, clínicas y se ha administrado la escala SUMD. *Análisis estadístico*: t Student y Rho de Spearman,  $p < 0.05$ . *Resultados*: Muestra n = 90, mujeres 42.2%, media de edad 21 ( $\pm 7$ ), solteros 89%, escolarización secundaria 83.3%, estudiantes 51.1%. SUMD1 conciencia global =  $4,9 \pm 0,4$ , SUM 2 conciencia de efectos del tratamiento =  $1,75 \pm 2,1$ , SUMD3 conciencia de las consecuencias sociales =  $4,7 \pm 0,9$ . En hombres, se ha detectado una correlación estadísticamente significativa entre la SUMD1 y las consultas en psiquiatría privada y otras especialidades ( $p = 0,019$  y  $p = 0,001$ ). En mujeres, encontramos una correlación significativa entre la SUMD2 y el número de consultas a enfermería, número de ingresos hospitalarios y mayor estancia media ( $p = 0,012$ ,  $p = 0,0046$  y  $p = 0,006$  respectivamente). *Conclusiones*: La conciencia de enfermedad en los primeros episodios psicóticos, medida con la SUMD, puede presuponer el uso de diferentes servicios sanitarios. Encontramos un patrón de uso de servicios sanitarios diferente por género según la conciencia de enfermedad. A menor conciencia de necesidad de tratamiento, las mujeres de nuestra muestra presentan mayor número de ingresos hospitalarios y mayor estancia media.

## 21) PSICOFÁRMACOS Y EMBARAZO

**Bruno Ibáñez Alba, Centeno Casanovas Meritxell.**  
**Centro de trabajo: Benito Menni CASM. Barcelona.**

*Objetivo:* Dada la controversia respecto al uso de psicofármacos durante el embarazo, se realiza una revisión bibliográfica sobre los efectos de la exposición prenatal a los diferentes psicofármacos. *Métodos:* Búsqueda en MEDLINE de los artículos escritos del 1995-2012. *Resultados:* Tres efectos primarios están asociados con el uso de medicamentos durante el embarazo: 1) teratogenicidad (menor del 1%), 2) síndromes perinatales (toxicidad neonatal), y 3) secuelas de comportamiento postnatal. **Antidepresivos:** ISRS los más estudiados. No riesgo de malformaciones mayores ni alteraciones del neurodesarrollo. Evitar su uso durante el primer trimestre (casos de malformaciones cardiovasculares con la paroxetina). No retirar bruscamente para evitar un síndrome de abstinencia. **Benzodiacepinas:** Mejor de semivida corta. Riesgo de malformaciones del velo palatino. Su uso en el tercer trimestre puede causar hipotonía neonatal. Eutimizantes: Litio riesgo de anomalía de Ebstein. Carbamacepina y valproato aumentan el riesgo de espina bífida, defectos craneofaciales y alteraciones del neurodesarrollo. **Antipsicóticos:** Mayor seguridad con el haloperidol. Dosis bajas. Riesgo de toxicidad neonatal con síntomas extrapiramidales leves. *Conclusión:* La exposición a ciertos psicofármacos puede aumentar el riesgo de algunas anomalías congénitas, pero este sigue siendo bajo. Por otro lado, la enfermedad mental no tratada puede acarrear consecuencias más graves y la interrupción del fármaco puede conllevar un elevado riesgo de recaída posterior.

## 22) ARE YOU MOM ENOUGH? MEDICALIZACIÓN Y POPULARIZACIÓN DE LOS SABERES Y PRÁCTICAS MATERNALES

**Serena Brigidi.**  
**EUI GIMBERNAT (UAB). Barcelona.**

*Introducción:* ecografías, exploraciones, estimulación prenatal, yoga, natación, Pilates, danza del vientre; parto: espontáneo/programado, en casa, Birth-Centre, medicalizado, con epidural, sentada, tumbada, a cuatro patas, bañera; Doula, aceites esenciales, episiotomía, donación de la sangre del cordón, Lotus birth; recuperación del suelo pélvico, co-sleeping, Método Estivill, guardería, canguro, lactancia cada tres horas, a demanda, mixta, artificial; baja, excedencia... Las madres (y las parejas) están sometida a una cantidad de informaciones a menudo contradictorias procedentes tanto de los medios y de la tradición popular como de la cultura biomédicas y/o alternativa sobre las prácticas vinculada al embarazo, parto y crianza (e/p/c). No sólo una medicalización sino una verdadera popularización de los saberes y prácticas concernientes al e/p/c. Por una parte, el protagonismo de la técnica y la deshumanización del proceso que a menudo expropia los actores de su propia experiencia (pérdida de conciencia corporal, pasividad, frustración, culpabilidad...). Por la otra, una lluvia sin fin de informaciones sobre cómo gestionar el e/p/c, ser madre (ecológica, Tiger, alternativa...), mujer (esposa, presente, sexy...) y profesional (puntal, elegante, eficiente...). *Desarrollo:* Are you mom enough? Es una investigación cualitativa acerca de las formas de elaboración de las informaciones a las mujeres (y sus parejas) y el uso de estos discursos para (re)establecer, mantener y/o aumentar una visión hegemónica y androcéntrica del cuerpo de las mujeres. Por medio del auxilio de

---

recursos audiovisuales y del trabajo de campo llevado a cabo con madres se quieren resaltar las contradicciones y vulnerabilidades que se experimentan a la hora de acercarse al mundo “mater-paternal”.

**23) PERFIL DE MUJERES QUE ACUDEN A UN PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS, INCLUIDO EN UN CENTRO DE DROGODEPENDENCIAS**

**Thais Ballabriga, Lola Rodríguez-Martos, Nuria Voltes, Sonia Barquero, Eduardo Castrillo, Miguel A. Cantillo.**

**CAS Vall Hebron. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron. ASPB. CIBERSAM. Barcelona.**

*Introducción:* La perspectiva de género debe estar presente en todas las etapas de planificación de intervenciones o programas socio-sanitarios (desde la fase de identificación de las necesidades a la fase de evaluación), de forma que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades y derechos y puedan beneficiarse de los programas en función de su situación, dificultades y prioridades. La inclusión de esta perspectiva incluye planes individualizados y actividades adaptados a hombres y mujeres teniendo en cuenta cada caso, tipo de tratamiento, constitución femenina y familiares a cargo, especialmente menores. *Objetivo:* Describir el perfil de las mujeres consumidoras de drogas por vía parenteral que acuden a un programa de reducción de daños, dentro de un centro de tratamiento de drogodependencias, incluido en un hospital de tercer nivel, en la ciudad de Barcelona. *Métodos:* Se realiza un análisis descriptivo del total de mujeres que acuden al programa de reducción de daños, que incluye una sala de consumo de drogas, un espacio educativo “Calor y Café”, un programa de intercambio de jeringuillas y demás material necesario para el consumo y un servicio de duchas. Este programa se incluye en un centro de tratamiento de drogodependencias (CAS), que está adscrito al Servicio de Psiquiatría de un Hospital General de tercer nivel, en la ciudad de Barcelona. Se valora también las mujeres que participan en los talleres educativos que se ofertan desde el programa de reducción de daños. *Resultados:* Del total de usuarios que acuden al programa de reducción de daños, más del 25% son mujeres. En el 80 % la sustancia de consumo principal es la heroína, por vía intravenosa en el 75 %. Principalmente son usuarias del espacio educativo “Calor y Café” y las duchas, y en menor proporción de la sala de consumo de drogas. De forma significativa, las mujeres acuden a los talleres educativos de promoción de la salud, más que los varones. Siendo del 55% la participación de éstas. *Conclusiones:* Hay que tener en cuenta las diferencias de género en las personas consumidoras de drogas, sobre todo por vía parenteral, para establecer programas específicos para abordar dichas situaciones.

**24) CASO CLÍNICO: “SI LA MUERTE ME MIRA DE FRENTE, YO ME PONGO DE LADO”**

**Thais Ballabriga, Elisabeth Monterde, María Ruiz-Pedroche, Enric Palma, Carolina López-Pérez, Carlos Roncero.**

**CAS Vall Hebron. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron. ASPB. CIBERSAM. Barcelona [bgonzalv@vhebron.net](mailto:bgonzalv@vhebron.net)**

*Introducción:* La existencia de programas de reducción de daños, en los centros de tratamiento de drogodependencias, puede facilitar que pacientes graves y/o en consumo

activo mantengan la vinculación. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico. **Métodos:** Mujer, 31 años de edad, que contacta con el programa de reducción de daños a los 25. Demanda consumo en sala, para evitar sobredosis y poder realizarlo de forma higiénica y supervisada. Estaba en programa de mantenimiento con metadona. El personal de enfermería y educadores sociales, inician intervención con ella, facilitándole estrategias de consumo seguro e higiénico, e incluyéndola en los talleres educativos y lúdicos que se realizan allí. Diagnosticada de infección por virus hepatitis C, trastorno por dependencia heroína y cocaína, consumo vía endovenosa y trastorno obsesivo-compulsivo. **Resultados:** Desde el primer contacto, la paciente va alternando episodios de consumo moderado, con otros de consumo descontrolado, llegando incluso, por periodos, a abandonar el tratamiento con metadona y psiquiátrico. Lo que se observa es, que en estas fases, la paciente no deja de acudir ni contactar con los profesionales que atienden los distintos programas de reducción de daños que existen en el centro de tratamiento. En el 2011, reanuda tratamiento a nivel médico, social y psicológico en el CAS. **Conclusiones:** Los espacios del programa de reducción de daños pueden complementar y llegar a ser un espacio “amortiguador” para cuando dichos pacientes se encuentran en momentos de crisis importantes, o en fase precontemplativa del proceso de la adicción, acompañándolos en el proceso de cambio y facilitando que puedan volver a retomar el tratamiento. Como decía la paciente del caso clínico: “Si la muerte me mira de frente, yo me pongo de lado”

## **25) INTERVENCIÓN EN MUJERES DEPENDIENTES DE CANNABIS: UN ENFOQUE DE GÉNERO**

**Begoña Gonzalvo, Nieves Martínez, Cristina Rivas-Pérez, Laia Rodríguez-Cintas, Carlos Roncero, Miquel Casas.**  
**CAS Vall Hebron. Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron. ASPB. CIBERSAM. Barcelona.**

**Introducción:** Hay que tener en cuenta las diferencias de género en adicciones, que precisan evaluaciones diferentes y abordajes terapéuticos diferentes. Es necesario reevaluar otras diferencias de género que vayan apareciendo. En el caso de la dependencia de cannabis se detecta una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad asociados al consumo, las depresiones son primarias en su totalidad y el trastorno por estrés postraumático aumenta el riesgo de consumo de alcohol y cannabis en las mujeres. **Objetivo:** Determinar las diferencias de género en cuanto a evaluación, diagnóstico e intervención en mujeres dependientes de cannabis que acuden a un centro de tratamiento de drogodependencias de la ciudad de Barcelona. **Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes que acuden durante 18 meses a un centro de tratamiento de adicciones, y que consultan por problemas derivados del consumo de cannabis. Se tienen en cuenta como variables, la edad de inicio del tratamiento, la edad de inicio del consumo, los antecedentes de consumo de otras sustancias y la comorbilidad psiquiátrica. **Resultados:** De los 75 pacientes admitidos a tratamiento durante este periodo, el 23 % corresponde a mujeres; De éstas, más del 66% no son consumidoras de otras sustancias de abuso; y el diagnóstico comórbido más frecuente es el de trastorno límite de la personalidad (33%), seguido por el de trastorno de hiperactividad y déficit de atención del adulto (30%). **Conclusiones:** Hay que tener en cuenta en los tratamientos de los pacientes drogodependientes, la variable género. Se sabe que existen diferencias en cuanto a la adherencia, la comorbilidad psiquiátrica y el consumo de otras sustancias. Por lo que las diferencias en cuanto a evaluación, diagnóstico e intervención deben ser tenidos en cuenta.



## 26) RED SOCIAL SECUNDARIA DE PACIENTES TMS. ¿DIFERENCIAS DE GÉNERO?

**Esther Declara Retuerta, Ruth Muñoz Gavilán, Ester Patrón Moncunill.  
Salud Mental. Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell.  
Barcelona.**

*Introducción:* Las personas que sufren enfermedades mentales graves (TMS) y crónicas como la esquizofrenia o otras psicosis presentan problemas complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan a su vez a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

Los clubes sociales son servicios que trabajan por la inclusión comunitaria de personas con enfermedad mental. Tienen como objetivos promover y facilitar la creación y mantenimiento de vínculos relacionales, de contribuir a la mejora de la calidad de vida del usuario, así como de potenciar la autonomía personal a través del ocio.

En los clubes sociales de nuestra zona tienen más usuarios hombres que mujeres. Este dato puede suponer que las mujeres disponen de más red social secundaria y no tienen la necesidad de acudir a un club social. *Objetivo:* Ofrecer un análisis descriptivo de la red social secundaria de 535 pacientes TMS del área de influencia de la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT). Mostrar si se presentan diferencias entre hombres y mujeres. *Métodos:* Valoración social de los pacientes TMS referente a las habilidades sociales conservadas, si mantienen o no redes de apoyo (primaria y / o secundaria), si viven solos y si desarrollan otras ocupaciones. Se trata de un estudio retrospectivo que describe las características de los usuarios atendidos (n = 535), incluidos en la zona donde se encuentran los 2 clubes sociales para personas con enfermedad mental (Sabadell y Castellar del Vallès). El total de los usuarios incluidos en el Programa TMS es de 889, la muestra que se ha utilizado en el estudio es n = 535. Realización de un análisis estadístico mediante tablas de contingencia. Contraste con información estadística de los dos clubes sociales para personas con enfermedad mental: Club Social Xamba y Apoyo Castellar.

## 27) EXPOSICIÓN A LITIO EN MONOTERAPIA VS EN POLITERAPIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y SUCESOS PERINATALES

**Romans C<sup>(1,2)</sup>, Imaz M L<sup>(2,4)\*</sup>, González A<sup>(2)</sup>, García Bouza R<sup>(2,3)</sup>, Torres A<sup>(2,4)</sup>, García-Esteve L<sup>(2,4)</sup>.**

<sup>(1)</sup>Servei de Psiquiatria. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). <sup>(2)</sup>Programa de Psiquiatria Perinatal i Recerca de Gènere. Servei de Psiquiatria. Institut Clínic de Neurociències (ICN). Hospital Clínic, Barcelona.

<sup>(3)</sup>Servei de Psiquiatria. Hospital General Universitario de Elche (Alicante).

<sup>(4)</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona.

*Introducción:* Aunque las sales de litio se utilizan en los últimos 50 años como tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar, existe información limitada en relación al efecto de la exposición fetal al litio sobre las variables perinatales (Newport y cols., 2005). *Objetivos:* Evaluar si existen diferencias en los resultados perinatales de tratar con litio solo o en politerapia. *Métodos:* Estudio descriptivo, prospectivo. Mujeres en tratamiento de mantenimiento con litio en monoterapia o en politerapia, que han realizado seguimiento psiquiátrico en el programa de Psiquiatría perinatal e investigación de género del

---

Hospital Clínico, durante los años 2005 y 2012. Evaluación: Datos sociodemográficos, concentraciones plasmáticas de carbonato de litio en sangre materna intraparto (sm) y en el cordón umbilical (cu) del recién nacido, variables perinatales según escala PES (Sit y cols., 2011). *Resultados*: 22 diadas madre-hijo. Edad media (SD) materna 32,63 (4,01), 79% primíparas y el 100% casadas/pareja estable. El 60% (N=13) en tratamiento con litio en monoterapia. La ratio de litio cu/sm fue superior en las diadas en politerapia (1,08 vs 0,96). La semivida de eliminación ( $t_{1/2}$ ) de litio en los recién nacidos fue de 6,37 días. Los recién nacidos expuestos al litio en politerapia tuvieron una media de peso al nacer superior (3613,30 vs 3063,50 gr), una mayor edad gestacional (39,72 vs 38,28 sem) y presentaron menos complicaciones neonatales (33,3% vs 38,5%) que los recién nacidos expuestos a monoterapia. *Conclusiones*: En nuestra muestra los recién nacidos expuestos a litio en monoterapia presentan complicaciones neonatales agudas con más frecuencia que los expuestos a litio en politerapia.