CONDUCTA SUÏCIDA A CATALUNYA: HA CANVIAT DESPRÉS DE LA PANDÈMIA DEL COVID-19 ?

N. Cheddi; A. Diestre; M. Agustín; G. Dominguez; A. Diestefano; J. Vera; T. Tiana; D.Puigdemont; V. Serrano.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

INTRODUCCIÓ

La conducta suïcida és un greu problema de salut pública a nivell mundial, essent una de les principals causes de mort a tot el món. El comportament suïcida és un fenomen multicausal molt complex i que s'està intentant abordar des de diferents vessants per tal de poder-la prevenir.

L'any 2014, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va crear el codi de risc de suïcidi de Catalunya (CRSC), un programa de prevenció secundària que té com a objectiu proporcionar atenció especialitzada i ràpida de seguiment per a les persones amb risc de suïcidi. Tots els pacients atesos a urgències dels hospitals catalans s'inclouen al protocol, es recullen les seves dades clíniques i sociodemogràfiques i, en menys de 10 dies, són atesos per especialistes.

Els efectes de la pandèmia del covid-19 s'han analitzat i discutit àmpliament, però encara no s'ha avaluat l'abast de la pandèmia en la conducta suïcida. Tot i que es podria esperar un augment del comportament suïcida durant la pandèmia, les taxes de suïcidis a tot el món s'han mantingut estables, malgrat s'havien documentat increments en les taxes de suïcidis durant esdeveniments pandèmics anteriors. Hi ha evidències que l'aïllament social i la solitud es relacionen amb problemes de salut mental i els efectes sobre la salut mental són significativament més duradors que la infecció en si mateixa.

L'objectiu d'aquest estudi és avaluar possibles canvis en la prevalença del conducta suïcida després de la pandèmia de COVID-19. La hipòtesi principal és que s'ha produït un augment de la conducta suïcida i sobretot de les conductes lleus després de la pandèmia.

MATERIAL I MÈTODES

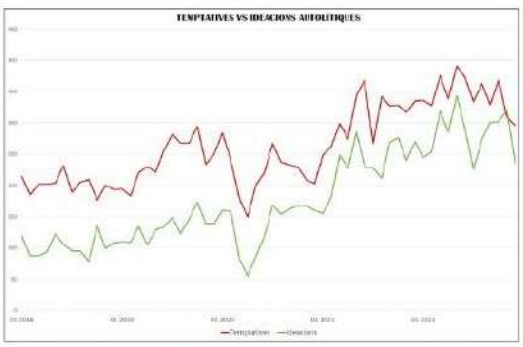
S'han realitzat un estudi descriptiu, naturalista i transversal on s'ha inclòs qualsevol conducta suïcida detectada als serveis d'urgències dels hospitals públics de Catalunya entre gener del 2018 i desembre del 2022.

Per a dur a terme l'estudi, s'han recollit dades del CRSC que inclouen: Data de la conducta suïcida, tipus de conducta suïcida (ideació vs. temptativa), gravetat mesurada amb escala MINI, impressió clínica de gravetat segons el clínic.
Les dades de tots els individus han estat anonimitzades i s'ha recollit l'atenció dels pacients a la pràctica clínica habitual.

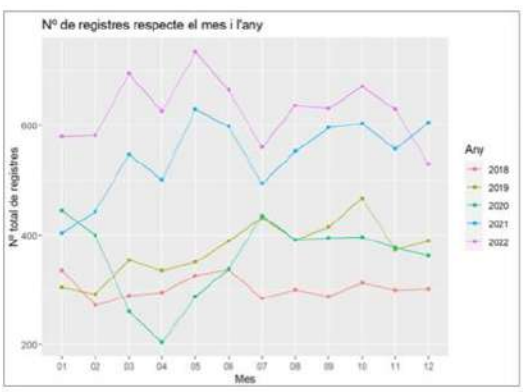
Les dades han estat analitzades utilitzant Microsoft Excel 2021. Per a avaluar la tendència de la conducta suïcida al llarg del temps s'ha aplicat un model de Regressió de Poisson.

RESULTATS

Descripció de la mostra (N = 26.482)	
Edat (anys)	37,94± 18,07
Sexe (% dones)	66,3%
Grau Letalitat → Lleu	65,4%
Moderat	27,9%
Greu	6,6%
MINI (mitjana)	11,7 ± 8,3



S'observa un major augment de les ideacions respecte les temptatives.



Activacions CRSR 2018-2022:

- **19%** entre 2018-2019
- **5%** entre 2019-2020
- **35%** entre 2020-2021
- **14%** entre 2021-2022

En el model de **regressió de Poisson** (agafant les conductes suïcides diàries des del 1/01/2018 fins al 31/01/2022) va mostrar una relació estadísticament significativa ($p<0,0001$) entre les conductes suïcides al llarg del temps amb un efecte de petita magnitud (6,910e-04).

CONCLUSIONS

- El nombre de conductes suïcides ha augmentat més de l'esperat, segons les dades registrades els anys anteriors, després de la pandèmia.
- Aquest augment no es va detectar durant els primers mesos de la pandèmia.
- S'observa una tendència a un major augment de les conductes suïcides lleus respecte a les conductes suïcides greus.
- Aquest augment de les conductes suïcides al període post-pandèmia poden estar relacionades factors socioeconòmics.

Bibliografia

- Martínez-Alés, G., López-Cuadrado, T., Morrison, C., Keyes, K. & Susser, E. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide mortality in Spain: Differences by sex and age. Journal of Affective Disorders 329, 315–323.
- Pérez V, Elices M, Villagut G, Vieta E, Blanch J, Laborda-Serrano E, Prat B, Colom F, Palao D, Alonso J. Suicide-related thoughts and behavior and suicide death trends during the COVID-19 in the general population of Catalonia, Spain. Eur Neuropsychopharmacol. 2022 Mar;59:4-12.

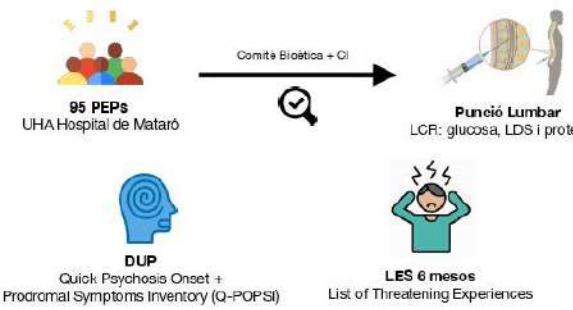
Els esdeveniments vitals estressants moderen l'associació entre la durada de psicosi sense tractar i les concentracions de lactat deshidrogenasa en líquid cefalorraquídi en primers episodis psicòtics

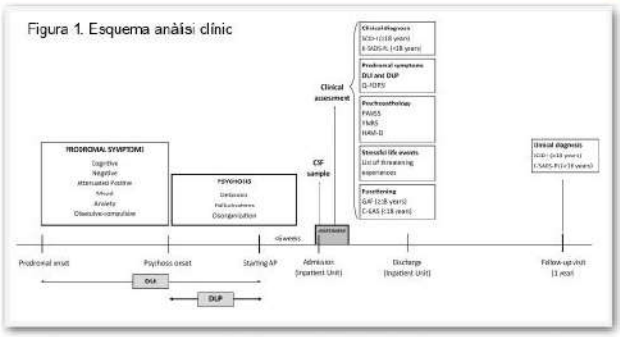
Bruguè-González, Oriol; González-Campos, Meritxell; Huedo-Arcos, Blanca; Lafier, Cesar; Viotti, Mariano; Cortes, Leyda; Garcia-Jiménez, Jennifer; Alegre, Andrea; Boix-Quintana, Ester; Giné-Servén, Eloi; Moreno, Lara; Capdevila, Sandra; Labad, Javier

Introducció

Estudis anteriors apunten a la presència d'associacions entre biomarcadors presents en líquid cefaloraquidi (LCR) que impliquen sistemes bioenergètics i l'expressió clínica de primers episodis psicòtics (PEPs), incloent una associació entre l'LDH i els símptomes prodròmics. El nostre objectiu és estudiar si hi ha una relació entre la durada de la psicosi sense tractar (DUP) i els biomarcadors en LCR en primers episodis psicòtics, i si els esdeveniments vitals estressants (LES) poden intervenir en dita associació

Mètodes





SPSS v. 25.0. Les concentracions totals de proteïnes i LDH es van transformar logarítmicament (ln) per reduir el biaix. Es van realitzar diverses anàlisis de regressió linial per explorar l'associació entre els paràmetres DUP i LCR (els paràmetres LCR es van considerar variable dependent). Edat, gènere, DUP i SLE es van considerar variables independents. Es va avaluar la interacció de DUP per SLE. Es van incloure interaccions significatives en el model final. La significació es va definir com p<0,05.

Resultats

Edat, mitjana (SD), anys	35.0 (15.5)
Sexe femení N (%)	39 (41.1%)
Fumadors, N (%)	50 (52.6%)
Consum de cànnabis, N (%)	47 (49.5%)
Consum d'alcohol, N (%)	29 (30.5%)
Familiar de primer grau amb antecedents psiquiàtrics, N (%)	42 (44.2%)
SLE previs, N (%)	41 (43.2%)
DUI, mitjana (SD), dies	172.0 (260.2)
DUP, mitjana (SD), dies	37.9 (51.7)
Tractament durant l'hospitalització, N (%)	
Antipsicòtics atípics	95 (100%)
Antipsicòtics típics	5 (5.4%)
Eutmmitzants	47 (49.5%)
TEC	1 (1.1%)
PANSS, mitjana (SD)	
Puntuació total	82.6 (20.1)
Factors:	
Positiu	14.4 (3.5)
Negatiu	12.1 (7.0)
Desorganització	8.8 (2.0)
Excitetori	11.0 (4.1)
Depressiu	8.3 (3.6)
YMRS, mitjana (SD)	26.8 (11.3)
HAM-D, mitjana (SD)	22.7 (9.8)
GAF, mitjana (SD)	
Hospitalització	30.0 (9.7)
Alta	62.6 (9.6)
Variables de LCR	
Paràmetres, mitjana (SD)	
Cèl·lules (cells/µL)	1.7 (1.7)
Glucosa (mg/dL)	65.4 (6.3)
Proteïnes totals (mg/dL)	31.4 (11.4)
LDH (U/L 37C)	27.8 (15.2)
Mostres de LCR anormals, N (%)	9 (9.4%)
Pleocitosi (>5 cèl·lules blanques/µL)	3 (3.1%)
Concentració de proteïnes augmentada (>45 mg/dL)	6 (6.3%)

Taula 1. Descripció de la mostra

No hi va haver diferències significatives en la DUP entre pacients amb o sense LES (40,2 ± 60,6 vs 34,9 ± 37,5, p = 0,625). Tampoc n'hi van haver en els biomarcadors de LCR entre els grups de LES. En l'anàlisi de regressió lineal múltiple vam trobar una interacció significativa entre DUP i SLE en relació a les concentracions de LDH en LCR (beta estandarditzat = -0,320, t= -2,084, p=0,040). En aquells pacients amb LES, la DUP més curta es va associar amb concentracions més altes de LDH en LCR, mentre que els que tenien DUP i LES més perllongats mostraven una reducció en les concentracions de LDH en LCR. No es van trobar associacions significatives entre el DUP o SLE i altres biomarcadors de LCR (glucosa, proteïnes totals).

Model		Coeficients no estandaritzats		Coeficients estandaritzats	t	Sig.
		B	Error std.	Beta		
1	Constant	2.959	.155		19.140	.000
	Sexe femení	.004	.117	.004	.034	.973
	Edat	.005	.004	.143	1.332	.186
	SLE	.041	.118	.037	.348	.729
	DUP	-6.973E-05	.001	-.007	-.061	.951
2	Constant	3.010	.154		19.777	.000
	Sexe femení	-.041	.117	-.036	-.350	.727
	Edat	.002	.004	.064	.574	.567
	SLE	.272	.180	.245	1.697	.093
	DUP	.001	.001	.131	1.061	.292
	Interacció DUP xSLE	-.006	.003	-.310	-2.084	.040

Taula 2. Resultats de la regressió liniar múltiple

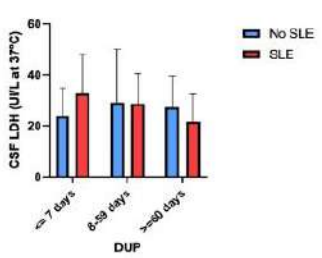


Figura 2. [LDH] en LCR segons SLE i DUP

Discussió

El nostre estudi suggereix que els SLE medien la relació entre la DUP i les concentracions de LDH en LCR. Aquests resultats estan en consonància amb el model de càrrega alostàtica, el qual apunta que l'estrès crònic contribueix a un desequilibri dels biomarcadors relacionats amb l'estrès, els quals podrien estar presevats davant l'estrès agut. Una limitació del nostre estudi és el disseny transversal amb l'avaluació retrospectiva del DUP. Per tant, no podem inferir la causalitat, i seria pertinent que futurs estudis longitudinals realitzats en cohorts de persones amb risc de psicosi exploressin si els LSE moderen la relació entre els símptomes psicòtics i els biomarcadors de LCR implicats en sistemes bioenergètics.

- Cullen AE, Labad J, Oliver D, Al-Diwani A, Minichino A, Fusar-Poli P. The Translational Future of Stress Neurobiology and Psychosis Vulnerability: A Review of the Evidence. Curr Neuropharmacol. 2023 Mar 22. doi: 10.2174/1570159X21666230322145049. Epub ahead of print. PMID: 36946486.
- Upthegrove R, Khandaker GM. Cytokines, Oxidative Stress and Cellular Markers of Inflammation in Schizophrenia. Curr Top Behav Neurosci. 2020;44:49-66. doi: 10.1007/7854_2018_88. PMID: 31115797.
- Giné-Servén E, Martínez-Ramírez M, Boix-Quintana E, Davi-Loscos E, Guanyabens N, Casado V, Murlana D, Torres-Rivas C, Crespo-Facorro B, Labad J. Routine cerebrospinal fluid parameters as biomarkers in first-episode psychosis: A prospective observational study. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2022 Jan 10;112:110424. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110424. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34363867
- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(4):367-81. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen. PMID: 17290796; PMCID: PMC3181832.

PODEM PREDIR LA RESPOSTA EN DEPRESSIÓ A LA 1ª SETMANA?

LA PERSPECTIVA DEL CLÍNIC I LA DEL PACIENT.

Óscar Becerra Estremadoyro, Alejandra Duque Guerra, Carina Nadal Grifol, Carlo Alemany Santamaria, Dolors Puigdemont Campos, Joan Trujols Albet, Maria J Portella i Javier de Diego-Adeliño
Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Centro de Investigacion Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

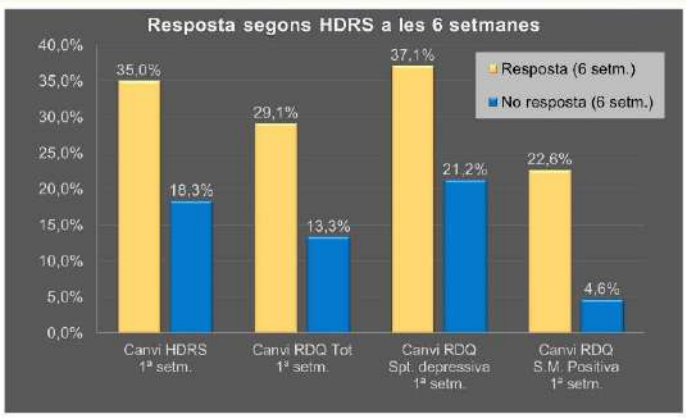
Introducció: Anticipar precoçment els resultats del tractament antidepressiu seria clau per guiar les decisions terapèutiques i escurçar el temps fins a la recuperació. La *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), avaluada pel clínic, s'utilitza clàssicament per monitoritzar els canvis i definir la resposta (≥50% de canvi respecte la simptomatologia basal). S'ha suggerit que una absència de canvis en la HDRS 2 setmanes després de l'inici del tractament és predictora de falta de resposta a les 8 setmanes[1,2]. D'altra banda, alguns autors assenyalen la importància d'incorporar la perspectiva del pacient a l'hora d'avaluar els resultats del tractament. La *Clínical Global Impression – Change* (CGI-C) ja compta amb l'opinió del propi pacient però la *Remission From Depression Questionnaire* (RDQ), expressament desenvolupada amb l'experiència dels pacients, no només avalua el canvi en simptomatologia nuclear ansiós-depressiva sinó que incorpora la milloria en aspectes claus de salut mental positiva (SMP).[4,5] És possible predir la resposta en només una setmana partint de la informació en aquestes escales? Són també rellevants els canvis que percep el propi pacient?

Objectius: Determinar si la millora en les escales clíniques (HDRS i RDQ) en la 1ª setmana de tractament es relaciona amb la resposta al tractament, si els canvis primerencs en dominis de Salut Mental Positiva (SMP) son igualment útils que els canvis en símptomes ansiós-depressius i si les diferències es mantenen quan la resposta es defineix segons la perspectiva del clínic (HDRS) o la del pacient (CGI-C)

Mètodes: Estudi longitudinal observacional de 12 setmanes amb pacients tractats per Episodi Depressiu Major segons guies clíniques a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Consorci Sanitari Parc Taulí.** Necessitat d'inici o canvi de tractament en el moment de reclutament. Recollida de variables sociodemogràfiques, clíniques i psicomètriques en la 1ª visita, visites de seguiment a la 1a, 6a setmana. La **RESPOSTA** segons la perspectiva del clínic es definex com a canvi HDRS ≥50% respecte basal / segons la perspectiva del pacient, CGI-C = 1-3 (de lleu a molta milloria). Estadística i variables principals: regressions logístiques per analitzar capacitat predictora del canvi percentual a la 1ª setmana d'escales HDRS, RDQ Total i dels seus principals dominis (RDQ-Spt. Depressiva i RDQ-SMP), amb Resposta/No Resposta segons la HDRS i la CGI-I a les 6 setmanes com a variables dependents; la durada de l'episodi i el nombre de línies prèvies del tractament (1ª, 2ª o > 2) s'incloien com a variables independents als models.

Resultats: *Descriptius* N=80, 65,3% ♀ Dones - N final = 63 pacients (resposta per HDRS) i 62 pacients (resposta per CGI-I) descartant pacients amb dades o visites incomplertes

Nombre episodis previs	Ingressos previs	Temptatives suïcides prèvies	Durada de l'episodi	Tractament previ de l'episodi	Tractament durant l'avaluació
51,2% primer episodi	5,12%	15%	83,4 [14-364] dies	60% no han iniciat tractament	67,3% Escitalopram 10-15mg 11,5% Sertralina 50-200mg 21,2% Altres
29,4% segon episodi	Episodis previs de difícil ttm.	Antecedents familiars	Segons Resposta HDRS: Respondors 75,5 [14-322] dies No respondors 101,87 [24-364] dies	38,7% ja han fet 1 línia de tractament	41'2% Desvenlafaxina
19,2% tres o més episodis	28,2% ttm. potenciació/combinació	53% (57% T. Depressius)		1,3% ≥ 2 línies de tractament prèvies	29,4% Duloxetina



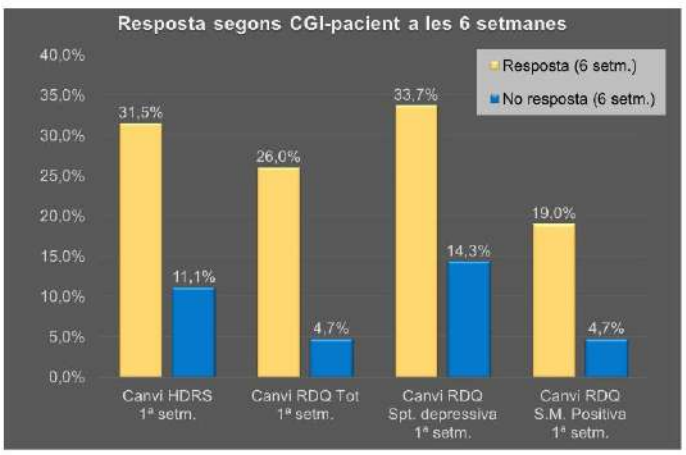
RESPOSTA SEGONS PERSPECTIVA DEL CLÍNIC (HDRS)

Dels 63 pacients, 40 (63,5%) presenten resposta (millora ≥50% HDRS) a la 6a setmana. Els resultats de la regressió logística mostren els canvis a la **1a setmana** en les escales i subescales de RDQ que prediuen significativament la RESPOSTA a les 6 setmanes:

- **Canvi HDRS 1a setm.** (Hosmer i Lemeshow [HL]: $\chi2$ = 3,195, p = 0,922, R^2 de Nagelkerke = 0,191): **OR = 1,042 (IC95: 1,009 – 1,076 , p = 0,011)***
- **Canvi RDQ total 1a setm.** (HL: $\chi2$ = 12,084, p = 0,148, R^2 de Nagelkerke = 0,133): **OR = 1,029 (IC95, 1,002 – 1,058 , p = 0,039)***
- **Canvi subdominis d'ansietat/depressió de RDQ 1a setm.** (HL: $\chi2$ = 3,897, p = 0,866, R2 de Nagelkerke = 0,102): OR = 1,02 (IC95 0,998 – 1,042 , p = 0,075)
- **Canvi subdominis de SM positiva (SMP) de RDQ 1a setm.** (HL: $\chi2$ = 11,669, p = 0,167, R2 de Nagelkerke = 0,137): **OR =1,027 (IC95 1,001 – 1,053 , p = 0,038)***

*Canvis predictors significatius

Els models incloïen també la durada de l'episodi actual i les línies de tractament emprades prèviament (sense efecte significatiu en els models).



RESPOSTA SEGONS PERSPECTIVA DEL PACIENT (CGI-I)

Dels 62 pacients amb dades, 54 (87,1%) referien milloria segons la CGI-I (1-3 punts) a les 6a setm.

Els resultats de la regressió logística mostren els canvis a la **1a setmana** en les escales i subescales de RDQ que prediuen significativament la MILLORIA percebuda pel pacient a les 6 setmanes:

- **Canvi HDRS 1a setm.** (HL: $\chi2$ = 7,689, p = 0,464, R2 de Nagelkerke = 0,247): **OR = 1,063, IC95 1,01-1,118, p = 0,019)**
- **Canvi RDQ total 1a setm.** (HL: $\chi2$ = 9,957, p = 0,268, R2 de Nagelkerke = 0,228: **OR = 1,061, IC95 1,01-1,115, p = 0,019**
- **Canvi subdominis d'ansietat/depressió de RDQ 1a setm.** (HL: $\chi2$ = 8,172, p = 0,417, R2 de Nagelkerke = 0,156; OR = 1,034, IC95 1,002-1,068, p = 0,038);
- **Canvi subdominis de SM positiva (SMP) de l'escala RDQ** (prova de HL: $\chi2$ = 7,956, p = 0,438, R2 de Nagelkerke = 0,179; OR = 1,042, IC95 1,004-1,082, p = 0,029).

*Canvis predictors significatius

Els models incloïen també la durada de l'episodi actual i les línies de tractament emprades prèviament (sense efecte significatiu en els models).

Discussió

- Els canvis clínics avaluats només 1a setmana després de l'inici de l'antidepressiu predeien significativament els resultats del tractament a les 6 setmanes, independentment de la perspectiva com es descriu la resposta (la del clínic [HDRS] o la del pacient [CGI-I]) i de factors com la durada de l'episodi o les línies prèvies de tractament.
- Els resultats amplien les observacions anteriors sobre el valor del canvi precoç de la HDRS (a les 2 setmanes) en la predicció de la resposta final.[1,2] Observem diferències detectables significatives en tant sols 1 setmana. Encara més important, no només els canvis percebuts pel clínic sinó també els autopercebuts pel propi pacient en aquest breu període, i especialment aquells relatius a dimensions de salut mental positiva (mitjançant RDQ), són predictors significatius.
- Es recolzen també les conclusions d'estudis previs sobre el potencial de les escales de mesura en depressió per millorar els resultats en els pacients.[6]
- Tot i que la magnitud de l'efecte observat en les anàlisis és més aviat petita i potser caldria incorporar altres predictors clínics o biològics en els models, els resultats subratllen que una **avaluació acurada des de la primera setmana de tractament**, incorporant també la **perspectiva del pacient**, pot ser de gran utilitat per monitoritzar i anticipar els resultats del tractament. Aquesta informació fins i tot podria ajudar-nos a guiar les decisions terapèutiques més precoçment per tal de millorar els resultats i escurçar el període de patiment del pacient.

BIBLIOGRAFIA

1. Nierenberg AA, Mclean NE, Alpert JE, et al. Am J Psychiatry. 1995.
2. Thase ME. J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 13:18-25.
3. Rush AJ, Bernstein IH, Trivedi MH, et al. *Biol Psychiatry*. 2006;59(6):493-501.
4. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA et al. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):148-50.
5. Zimmerman M, Martinez JH, Attiullah N, et al. *J Psychiatr Res*. 2013;47(1):78-82.
6. Guo T, Xiang YT, Xiao L et al. *Am J Psychiatry*. 2015;172:1004-13.

Els autors declaren no tenir cap conflicte d'interés associat a aquest treball

**Aquest treball, que forma part d'un projecte més ampli en torn a biomarcadors de predicció de resposta, ha estat dut a terme pels residents signants, depurant totes les dades, explorant les hipòtesis secundàries plantejades i discutint l'impacte dels seus resultats

Hospital Universitari de Santa Maria

Contención mecánica en urgencias
Acompañamiento del paciente como factor protector

Ana Marina Lao García

INTRODUCCIÓN:

En Cataluña, la ley 12/2007 tipifica como infracción muy grave inmovilizar o restringir la capacidad física o intelectual de los usuarios, por medios mecánicos o farmacológicos, sin prescripción médica que indique la duración de la contención, las pautas de movilización y su revisión, con excepción de los supuestos de peligro establecidos por el art. 12.1.p[1].

El uso de la contención mecánica dentro de dichos supuestos debe ser durante el mínimo tiempo posible, y supervisar su indicación frecuentemente.

Materiales y métodos

Estudio observacional con una muestra de pacientes visitados en urgencias del HUSM durante el mes de marzo'2023 (n=100) que han requerido CM (trasladados al servicio en CM o por indicación facultativa).

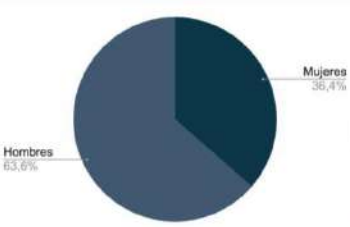
Se recogen datos sociodemográficos, presencia de acompañante, antecedentes psiquátricos y tóxicos al momento de la actuación en urgencias. También el diagnóstico codificado y la necesidad de ingreso. En caso afirmativo, se contempla si la CM se mantiene durante >12 horas o si se retira (asumiendo en este caso que la contención se justificó por riesgo de fuga del paciente).

Objetivos

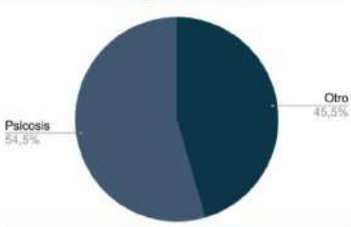
1. Analizar el perfil del paciente que requiere CM.
2. Conocer la función de dicha CM (riesgo de daño propio o a terceros vs riesgo de fuga).

Contenciones realizadas en marzo 2023:

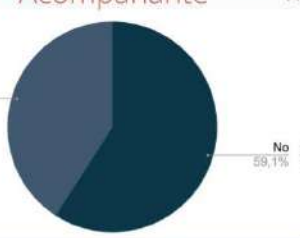
Sexo



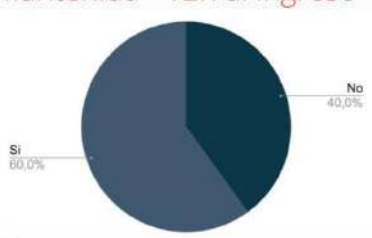
Diagnóstico



Acompañante



Mantenida >12h al ingreso



Conclusiones

- La psicosis es un FR para CM, con un OR de 0.476 (p>0.05). Concuerda con estudios previos, donde se concluye que la psicosis comporta agresividad, justificando así la necesidad de contención[2].
- Acudir acompañado a urgencias constituye un factor protector para requerir contención mecánica, con un OR de 0.328 (p<0.05).
- De los 35 pacientes que se contuvieron e ingresaron, 21 requirieron mantener la CM durante al menos las 12 primeras horas de hospitalización (60%), mientras que en el 40% restante pudo ser retirada, ya que la CM se realizó por riesgo de fuga del servicio de urgencias. Estos datos plantean la conveniencia de disponer de un servicio de urgencias cerrado para evitar contenciones innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA
1. BOE, 19/01/2022, núm. 36, p. 18269.
2. Välimäki M, Lam YTJ, Hipp K, Cheng PYI, Ng T, Ip G, Lee P, Cheung T, Bressington D, Lantta T. Physical Restraint Events in Psychiatric Hospitals in Hong Kong: A Cohort Register Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 16;19(10):6032. doi: 10.3390/ijerph19106032. PMID: 35627570; PMCID: PMC9140463.

GLOSARIO
CM: Contención mecánica
HUSM: Hospital Universitario Santa María

ÉS CERT QUE A NINGÚ LI AMARGA UN DOLÇ? RESULTATS PRELIMINARS DEL PROTOCOL BITE – TRACTAMENT TRANSDIAGNÒSTIC DE LA INGESTA EMOCIONAL

Kevin Rodríguez-Clifford, Caterina del Mar Bonnin, Alba Ramírez, Anna Soria, Elisabeth Castillo, Cristina Carmona & Leonor Gawron.

Servei de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

La ingesta emocional o "Emotional Eating" consisteix en un patró de sobreingesta que apareix davant la vivència d'emocions intenses[1]. Com a categoria transdiagnòstica s'associa a una major morbilitat psiquiàtrica (depressió, insomni i ansietat) i mèdica (obesitat i hipertensió arterial)[2] que eleva els costos socioeconòmics i sanitaris[3]. Per aquests motius és necessària una detecció i intervenció precoç. Fins ara, la majoria d'intervencions s'han centrat en la pèrdua de pes, obviant la disregulació emocional subjacent, amb resultats parcials. En aquest sentit, una adaptació del Protocol Unificat de Barlow (PU) orientada a una intervenció transdiagnòstica de la disregulació emocional, podria suposar un tractament prometedor per a millorar patrons d'alimentació disfuncionals.

L'**objectiu** d'aquest projecte és explorar, mitjançant un estudi pilot, l'eficàcia d'una adaptació del PU en persones que presenten "Emotional Eating".

ANÀLISI ESTADÍSTICA

Prova no paramètrica (W de Wilcoxon) per a mostres aparallades, comparant les medianes de les puntuacions obtingudes abans i després en el grup de llista d'espera i en el grup d'intervenció.

Taula 1. Estadístics descriptius (grup experimental)

	Mitjana (DT) (n=11)
Edat	43 (14,7)
IMC	38,7 (10,8)
	n (%)
Gènere (dones)	9 (81.8)
Diagnòstic TCA en el passat	2 (18.2)
Situació laboral (actius)	7 (63.6)

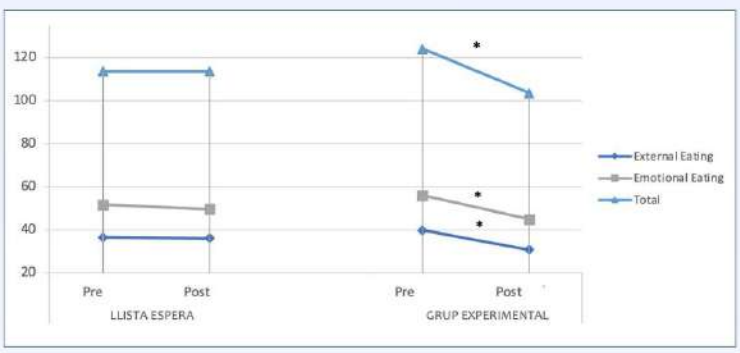
MÈTODE

Estudi quasi-experimental (pre-post) amb llista d'espera, on es valora l'efecte de la intervenció grupal de 8 sessions setmanals sobre el patró d'ingesta emocional (mesurat amb subescala DEBQ-EE). La mostra està formada per pacients ambulatoris de les CEX de l'Hospital de Sant Pau (n= 11 en el grup experimental i n=9 en el grup de llista d'espera de 8 setmanes de durada). El projecte va ser aprovat pel CEIC (IIBSP-BIT-2022-78). Es van recollir variables clíniques i demogràfiques (edat, gènere, IMC i antecedents psiquiàtrics) i es van administrar els següents qüestionaris:

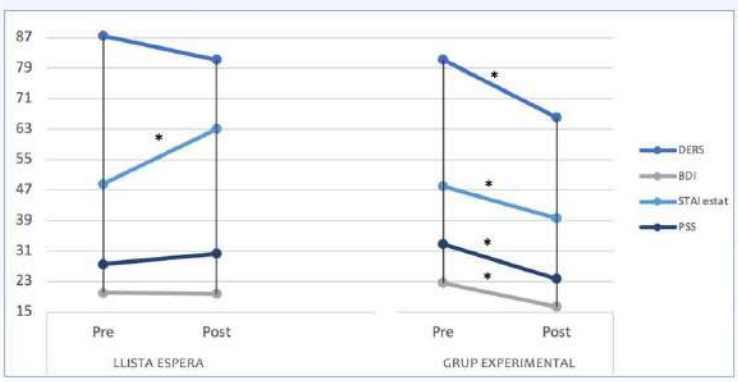
- **Dutch Eating Behavior Questionnaire** (DEBQ).
  - Ingesta Emocional
  - Ingesta Externa
  - Ingesta Restrictiva
- **Escala de Dificultats en la Regulació Emocional** (DERS)
- **Inventari de Depressió de Beck** (BDI-II)
- **Escala d'Estrés Percebut** (PSS)
- **Inventari d'Ansietat Estat-Tret** (STAI)
- **Escala d'Atenció Plena Mindfulness** (MAAS)
- **Qüestionari de Satisfacció del Client** (CSQ-8)

RESULTATS

Gràfic 1. Puntuacions Escala DEBQ (variable principal)



Gràfic 2. Puntuacions variables secundàries



CONCLUSIONS

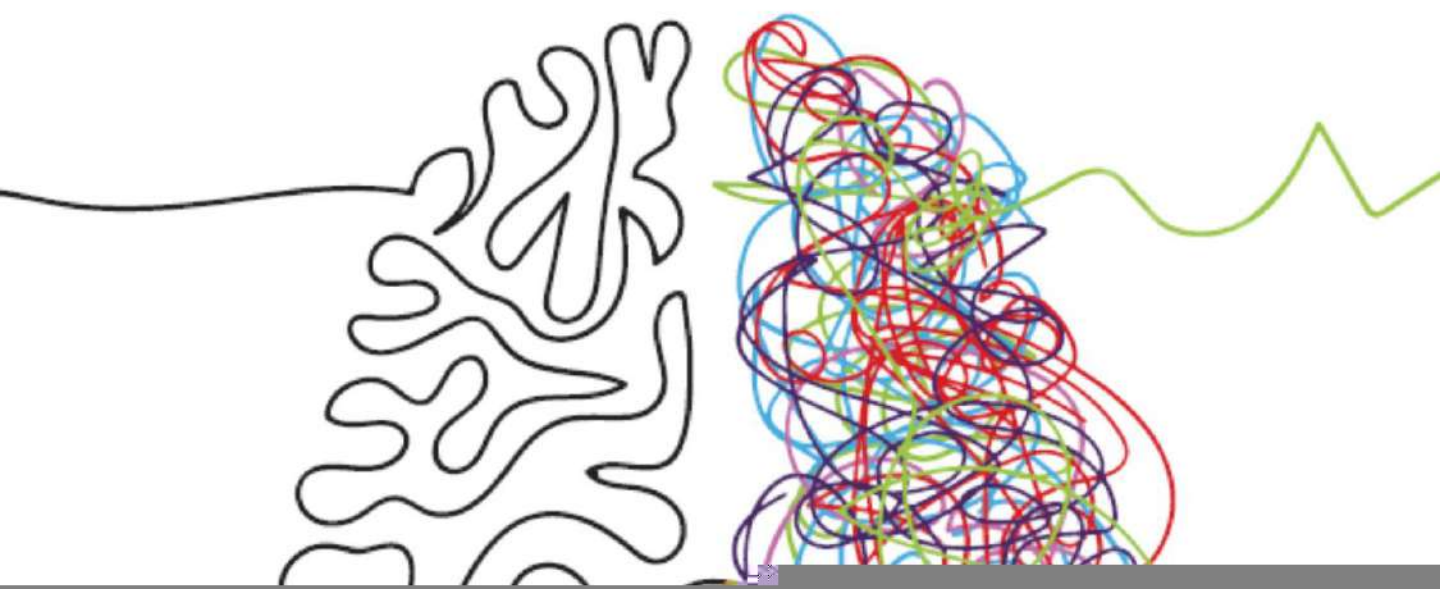
- Els resultats preliminars d'aquest estudi demostren que l'adaptació del PU resulta eficaç per millorar el patró d'ingesta emocional en pacients ambulatoris.
- Els resultats de les escales secundàries indiquen que la millora en la ingesta emocional va acompanyada d'un augment de les habilitats de regulació emocional, un canvi en la percepció de l'estrés i una disminució de la simptomatologia ansiosa-depresiva (potencials mediadors de resposta).
- Si es repliquen aquests resultats, el PU adaptat podria ser una intervenció cost-efectiva tributària de ser incorporada en centres de salut per a tractar la ingesta emocional, sovint observada tant de forma aillada com concomitant amb altres trastorns.

BIBLIOGRAFIA

[1] Sultson, H., Kukk, K., & Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating Scale. Appetite, 116, 423–430. doi:10.1016/j.appet.2017.05.035

[2] Konttinen H. Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. Proc Nutr Soc. 2020 Aug;79(3):283-289. doi: 10.1017/S0029665120000166. Epub 2020 Mar 26. PMID: 32213213.

[3] Vigo D, Jones L, Atun R, Thornicroft G. The true global disease burden of mental illness: still elusive. Lancet Psychiatry. 2022 Feb;9(2):98-100. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00002-5. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35026138

RECULL DE COMUNICACIONS

Jornada de Cloenda
curs 2022-2023