



PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

www.psicosomaticaypsiquiatria.com

Revista indexada en











Revista incluida en SciELO España

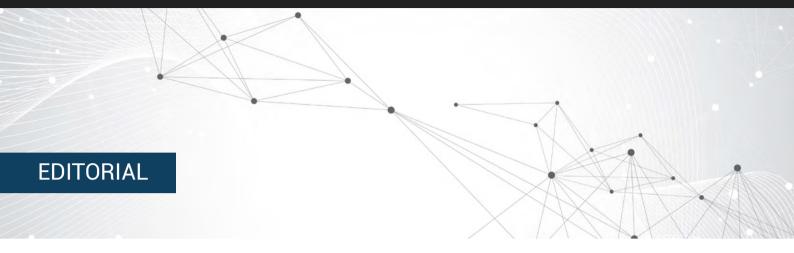


25
AÑO 2023
ABRIL • MAYO • JUNIO









DEL SIMPOSIO AL OBSERVATORIO: DE LA INFORMACIÓN A LA REFLEXIÓN

FROM THE SYMPOSIUM TO THE OBSERVATORY: FROM INFORMATION TO REFLECTION

J.M. Farré

Editor

El VI Simposio de Psicosomática y Psiquiatría, un emblema de esta revista, arranca una vez más, coordinado por 3 miembros del Comité Editorial, con la ayuda imprescindible de Miquel Agulló⁽¹⁾, pero con aportaciones impagables, tanto de nuestro Staff como de otros colegas que añaden profesionalidad y experiencia. Como siempre, contamos con el apoyo sin fisuras de la Societat Catalana de Psiguiatría, en cuyas aulas lo celebraremos en Barcelona el 27 de octubre, tanto en formato Presencial, como virtual. A no obviar el sostén impagable del Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace de la SEP. Este año el programa nos recordará la necesidad de revisitar este viejo conocido que es el Delirium, así como el siempre debatido tema de la combinación – asociación o adición-, o la terapia en solitario, entre Psicofármacos y las terapias Psicológicas con evidencias. El momento más esperado es el de las Comunicaciones Libres -con sus premios correspondientes- en el que recorremos los proyectos y realidades de los diversos estamentos clínicos y universitarios del país, en un formato tan ágil como original, matizado por las intervenciones de moderadoras/ es y discusoras/es, esperadas con expectación e interés por su frescura y profundidad intelectual. Todo finaliza con la *Conferencia de Clausura*, que este año contará con la presencia de dos de los mejores especialistas en el estudio de la Personalidad, el Prof. Joaquim Soler, presentado por nuestro mayor referente internacional en el conocimiento de las dimensiones psicofisiológicas del tema, el Prof. Rafael Torrubia. Encontraran detalles prácticos en Agenda.

El COVID y sus consecuencias siguen muy presentes en las investigaciones y revisiones que se publican; la muestra la tienen en 2 de los artículos originales: el de Xavier Segú y col. presenta un oportuno protocolo para psicoterapia nos grupal en COVID persistente. El de Ana Campos y col. nos introduce en las variables predictivas del cumplimiento de las conductas preventivas en los momentos pandémicos. Interesante y sugestivo el caso clínico que nos presenta Eduarda Machada sobre el viejo cliché del "love hurt". Un veterano del estudio del dolor como lo es Martínez Pintor

SEMP Sociedad Española de Medicina Psicosomática.



ISSN 2565-0564



Editorial J.M. Farré

nos introduce en la siempre sugestiva relación con los inapelables factores psicosociales y la bioética, una propuesta relacional ciertamente original. La Sección "Definiciones" se consolida y nos ofrece un papel clarificador de Isabel Parra, experta reconocida del grupo de referencia Parc Taulí para el estudio y control del Suicidio.

Las Secciones siguen con su devenir incansable y clarividente. No se pierdan las actualizaciones en *Sexología Clínica*. La Pornografía sigue preocupando, así como la situación de la Educación Sexual. No se obvian los escenarios y violencias en las personas Trans, el conocido impacto de la comunicación diádica en la satisfacción sexual. Navegan por un curioso papel sobre el supuesto olvido histórico, médico y social del clítoris, así como por la inferencia de la Sexualidad y el cáncer de Mama, apego, abuso sexual infantil y 4 décadas de investigación en programas de prevención y un oportuno metaanálisis que no deja de impactar, así como los factores predictores y la epidemiología del DSI femenino.

La de *Psicosomática y Enlace* es de obligada referencia y está considerada de base en la Newsletters del Grupo de trabajo en el tema, que acoge la SEP. Desde la enfermedad cardiovascular hasta la cirugía bariátrica, revisada esa multicéntrica, así como el protocolo Litio, hasta los ya clásicos e impagables Enlaces Web para formación continuada, un recorrido que no se puede obviar. La de *Infantojuvenil* es de culto y nunca desencanta. Se atreven con un artículo potente y proteico de identificación de los predictores de resonancia magnética en la respuesta de la terapia cognitivo conductual en TOC, así como con las variaciones de intentos de suicidio en adolescentes en el primer año de COVID, comparado con la segunda ola. Interesante reseña de una Jornada, algo que es costumbre en esta Sección y que se agradece. También

lo es el complemento específico de Comentario de Libros; en este número comentan la "lección de educación emocional" (sic) de unos curiosos papeles nominados con el sugestivo título de "Crecer con valentía".

La MARES, de la que somos gozosos revista oficial, celebró su XI Jornada en Castelló de la Plana. Publicamos los resúmenes de ponencias y comunicaciones en el marco de su Sección, con el aditivo de la conferencia internacional sobre terapia de Exposición en el Embarazo de Fiona Challacombe, experta reconocida del Kings College de Londres. Es tan sugestivo que no tenemos más que aconsejarles vivamente que los lean. En cualquier caso, uno ya no se sorprende del imparable y geométrico avance de esta disciplina de la que la MARES es una auténtica referencia. Tanto es así que organizará el próximo Congreso Mundial en Barcelona, en Setiembre del 2024. Allí estaremos, no lo duden.

Y el apunte final nos lo da el *Observatorio de Salud Mental*, grupo de componentes del staff o Asesores que nos reunimos regularmente coordinados por Diana Molina. En este número debatimos sobre los planes docentes de presente y futuro, con especial énfasis en la Psiquiatría Infantojuvenil y los controvertidos planes alternativos de la Psicología General Sanitaria, los denominados PGS. No se lo pierdan y se les interesa participar, solo tienen que conectar con nosotros.

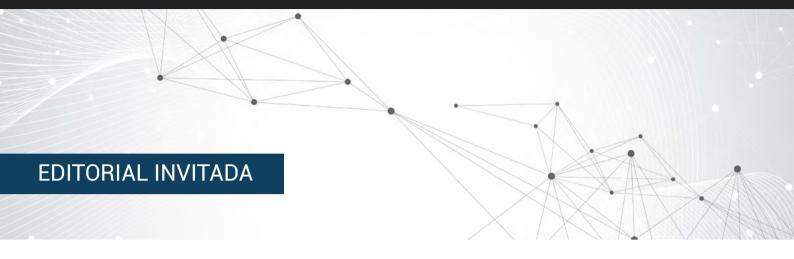
Y así seguimos en un camino que nos permite seguir con nuestros proyectos presentes que anuncian el lujo del futuro. Gracias por acompañarnos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farré Martí, Monreal y Parramón.

J.M. Farré Martí Editor





TRASTORNOS DEL MALVIVIR

BARELY LIVING DISORDER

Jesús J. de la Gándara Martín

Psiquiatra y escritor

La mala salud mental está de moda. La pandemia la ha puesto en el candelero de la cháchara cotidiana. Todos los días se oye a expertos e inexpertos que lo proclaman en las soflamas mediáticas.

Pero en realidad esto no es nuevo, llevamos décadas sufriéndola en silencio. Empezó en esa etapa de la historia que algunos han llamado postmodernidad, una era veloz y voluble que duró desde mediados del siglo XX a principios del XXI, en la que la contradicción entre lo deseable (todo) y lo posible (nada) se adueñó del supermercado de la felicidad. Fueron tantas las ansias de tenerlo todo y ya, que acabamos cometiendo un sin fin de desmesuras y padeciendo todo tipo malestares psicosomáticos. Estrés y prisas, insatisfacciones y frustraciones, excesos y agotamientos. El cuerpo y la mente sometidos a las leyes de la mercadotecnia y la publicidad. Los productores de placeres reinventando la caja de Pandora y los vendedores poniéndole el lazo a esa enorme bombonera, sin atenerse a las leyes de la serotonina y el colesterol.

Y cuando creíamos que ya habíamos llegado al límite, algunos inventaron lo light, lo soft, lo natural y lo saludable, pero el hipermercado también se adueñó de ello y lo convirtió en exceso. Todo se vende ya en el hipermercado de la salud. Si buscas en Amazon seguro que encuentras hasta un lote de trastornos a buen precio y te los traen a casa en un pispas.

"Trastornos del malvivir", podríamos llamar a esa enfermedad individual y colectiva que asoló el mundo y que aún sigue creciendo. Una pandemia anterior y posterior a la gran pandemia, pero silenciosa y sin vacunas.

Aunque, bien pensado, ¿y si esa lacerante evidencia nos sirviera para reflexionar? Quizá resulte útil constatar que la mala salud, y especialmente la mala salud mental, es una realidad humana de una magnitud ingente, y tal vez, además de preocuparnos, ahora nos ocupemos de ella, de verdad.

Para eso lo primero es aprender a distinguir entre el derecho a la salud mental y el derecho a la enfermedad mental. Todos tenemos derecho a estar enfermos, a que se nos





ISSN 2565-0564



Editorial invitada Jesús J. de la Gándara

reconozca y atienda, pero no tenemos derecho a la salud mental, ese es un estado inestable y transitorio que tiene un remedio tan sencillo como esperar.

En Medicina, y especialmente en Psiquiatría, sabemos que no hay paciente más difícil de curar que el que no tiene ninguna enfermedad. Muchas personas con esos Trastornos del malvivir acuden a nuestras consultas para resolver problemas que no son enfermedades, con lo cual las personas enfermas de verdad no son bien atendidas. Algunos no nos cansamos de decirlo, pero me temo que, aunque muchos nos oigan pocos nos escucharán, y menos aún cambiaran sus ansias de salud por la aceptación de que la enfermedad en nuestra condición más común y miste-

riosa, la que más nos hace sufrir, pero también la que nos impulsa a investigar, a colaborar, a compartir, a ser más auténticamente humanos.

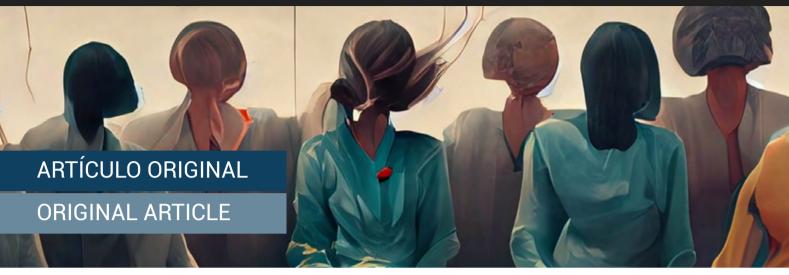
Ojalá que estos ingratos Trastornos del malvivir que asolan a la humanidad hipermoderna, nos ayuden a lograr una nueva conciencia sobre el verdadero significado de la salud mental y no confundirlo con la asistencia sanitaria a las personas con enfermedades mentales.

Palabras clave: Salud mental, Hipermercado de la salud, Enfermedad vs problemas, Trastornos del malvivir

Keywords: Mental health, Health hypermarket, Illness vs problems, Barely living disorder







Recibido: 30/11/2022. Aceptado: 15/02/2023

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL PARA PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA DE COVID PERSISTENTE: PROTOCOLO PARA UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

PSYCHOLOGICAL GROUP TREATMENT FOR PATIENTS WITH LONG COVID SYMPTOMS: RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL'S PROTOCOL

X. Segú¹, A. Rodríguez-Rey¹, M. M.Sánchez-Rodriguez¹, F. Piazza¹, M. Primé-Tous², N. Arbelo³,
 I. Morilla², C. López-Solà¹, B. Carreras¹, G. Anmella³, P. Gavín², I. Martín-Villabla², D. Hidalgo³,
 J. Guarch², J.M. Peri¹, E. Vieta³, X. Torres¹

1 Psicólogo Clínico en Hospital Clínic de Barcelona, Sección de Psicología Clínica de la Salud, Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias. Barcelona, Cataluña, España. 2 Psicólogo Clínico en Hospital Clínic de Barcelona, Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias. Barcelona, Cataluña, España. 3 Psiquiatra en Hospital Clínic de Barcelona, Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Cataluña, España.

Correspondencia: Xavier Segú. C/ Roselló, 140, 08036, Barcelona. +34 669 728 515, segu@clinic.cat Marta M. Sánchez Rodríguez c/ Roselló, 140, 08036, Barcelona. +34 667 185 019. mmsanchez@clinic.cat





X. Segú y cols

RESUMEN

La sintomatología de Covid persistente aparece en 1-2 de cada 10 personas infectadas por el virus SARS-CoV-2 y pueden presentar severas dificultades de adaptación a su nueva condición de salud.

Por un lado, este artículo presenta nuestra propuesta de tratamiento psicológico grupal basada en la ya conocida terapia de aceptación y compromiso. Se ha descrito brevemente el contenido de la psicoterapia sesión a sesión y se han detallado los aspectos formales para su correcta implementación y posibilidad de replicación.

Por otro lado, se describen las particularidades metodológicas de un ensayo controlado aleatorizado: diseño experimental pre-post con asignación aleatoria a dos modalidades de tratamiento; criterios de inclusión y exclusión de la muestra; proceso de reclutamiento y aleatorización, procedimiento, variables e instrumentos de evaluación y análisis y contraste estadístico de los resultados.

El protocolo que hemos elaborado pretende evaluar, de forma metodológicamente rigurosa, la efectividad de un tratamiento específicamente dirigido a mejorar la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las personas que sufren síntomas persistentes de Covid-19. Los resultados permitirán saber si dicho tratamiento es realmente eficaz.

Palabras clave: COVID-19; COVID persistente; Intervención; Terapia de Aceptación y Compromiso; Tratamiento psicológico; Salud mental.

ABSTRACT

Long Covid symptoms appear in 1-2 out of 10 people infected by the SARS-CoV-2 virus. They may well present severe difficulties when it comes to adapting to their new health condition.

On the one hand this article presents a Psychological group treatment for patients with Long Covid symptoms based on the well-known acceptance and commitment therapy. The content of psychotherapy session after session has been briefly described. What's more, the formal aspects for both its correct implementation and the possibility of replication have also been detailed.

On the other hand, the methodological characteristics of a randomized controlled trial are described. This includes: pre-post experimental design with two treatment modalities assigned randomly; sample inclusion and exclusion criteria; patient recruitment and randomisation; procedure and instruments of evaluation and analysis and statistical contrast of the results.

The developed protocol aims to evaluate, in a methodologically rigorous manner, the effectivity of an intervention that specifically aspires to improve psychosocial functioning and life quality of people suffering from Long Covid symptoms. The results will allow us to know if this treatment has been objectively successful.

Keywords: COVID-19; Long COVID; Intervention; Acceptance and commitment therapy; Psychological treatment; Mental health.

"DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS"

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores encargados de la creación del protocolo de evaluación y tratamiento, así como la redacción de este artículo no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

Gerard Anmella ha recibido honorarios relacionados con CME u honorarios de consultoría de Janssen-Cilag, Lundbeck, Lundbeck/Otsuka y Angelini, sin ninguna relación financiera o de otro tipo relevante para el tema de este artículo.

Eduard Vieta ha recibido apoyo para la investigación o se ha desempeñado como consultor, asesor o ponente de AB-Biotics, Abbott, Abbvie, Adamed, Angelini, Biogen, Celon, Dainippon Sumitomo Pharma, Ferrer, Gedeon Richter, GH Research, Glaxo SmithKline, Janssen, Lundbeck, Organon, Otsuka, Rovi, Sage Pharmaceuticals, Sanofi-Aventis, Shire, Sunovion, Takeda y Viatris.

Diego Hidalgo-Mazzei ha recibido honorarios relacionados con CME y se desempeñó como consultor de Abbott, Angelini, Ethypharm Digital Therapy y Janssen-Cilag sin ninguna relación financiera o de otro tipo relevante para el tema de este artículo.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La financiación para la realización de este estudio fue otorgada por el Hospital Clínic de Barcelona, concretamente por el servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, dentro del Instituto de Neurociencias (ICN). La entidad financiadora no participó directamente en la creación ni en el desarrollo de este trabajo.

X. Segú y cols.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que sufren sintomatología de CO-VID persistente; por su paciencia y confianza en el sistema sanitario; y en los profesionales que lo formamos.

Al Hospital Clínic de Barcelona y a la sección de Psicología Clínica de la Salud de dicho hospital en particular por dar la oportunidad y el espacio de desarrollo de proyectos punteros e innovadores vinculados a necesidades sanitarias actuales.

CONTRIBUCIONES

El estudio y el diseño han sido desarrollados y conceptualizados por XS, con importantes contribuciones de ARR, MP, FP y MMS. El protocolo de evaluación y tratamiento de pacientes con sintomatología de Covid persistente ha sido desarrollado por XS. Desarrollo de la metodología: XS, con colaboración de MMS, ARR, FP, EV y XT. Supervisión del estudio y revisión crítica del artículo: MMS, MP. Revisión bibliográfica: ARR, con colaboración de XS, FP y MMS. Redacción del artículo a cargo de ARR, XS y MMS. El manuscrito final fue revisado y aprobado por todos los autores que figuran en el artículo.

INTRODUCCIÓN

Los efectos de la pandemia por Covid-19 en la salud se han analizado de manera extensa en la literatura médica (Guan et al., 2020; Wu et al., 2020; CDC, 2022; Struyf et al., 2022). Los estudios se han centrado en el diagnóstico y en los efectos de la infección por Covid-19 a nivel agudo. Sin embargo, se ha objetivado que entre el 12 y el 45% de las personas que han sobrevivido a la infección continúan presentando sintomatología persistente a medio y largo plazo (Groff et al., 2021; Ballering et al., 2022).

La sintomatología de Long Covid o de Covid persistente incluye todos los síntomas que se producen después de una infección aguda por SARS-CoV-2, que permanecen pasadas 24 semanas tras la infección y que no pueden atribuirse a otra causa médica (Fernández-de-las-Peñas C., et al., 2021; NICE, 2020). Se trata de un síndrome de reciente aparición en el que destaca la heterogeneidad de los pacientes (Yong, 2021; Crook et al. 2021) y la dificultad para definir el síndrome clínico (Mendelson et al., 2020).

En algunos estudios la persistencia de síntomas se ha relacionado con la gravedad de la infección y la necesidad de hospitalización en fase aguda (Belkacemi et al., 2022; Cabrera-Martimbianco et al., 2021), mientras que otros estudios no lo reportan (Garrigues et al., 2020; Sykes et al., 2021).

Los síntomas más prevalentes en pacientes con Covid persistente son la fatiga, la dificultad respiratoria, la pérdida de olfato y el dolor muscular crónico (Willi et al., 2021.; Groff et al., 2021; Crook et al., 2021). También se describen síntomas como problemas digestivos, insomnio y cefalea (Wong et al., 2020). Sintetizando, podemos afirmar que la infección por el virus SARS-Cov-2 es particularmente neurotrópica y puede causar numerosos síntomas neuropsiguiátricos (Llach y Vieta, 2021). Son prevalentes los síntomas de depresión y ansiedad, así como las quejas cognitivas o la "niebla mental". En algunos estudios se ha objetivado la presencia de disfunción cognitiva leve, con prevalencia de afectación a nivel atencional, velocidad de procesamiento, memoria y funciones ejecutivas (Houben y Bonnechère, 2022; Schilling et al., 2022; Krishnan et al., 2022; Costas-Carrera et al., 2022), que pueden prolongarse más allá de un año (Miskowiak et al., 2022).

La presencia de síntomas de Covid persistente descritos se ha relacionado con un elevado malestar emocional y con alteraciones en el funcionamiento diario de estos pacientes (Macpherson et al., 2022; Van Kessel et al. 2022; Shanbehzadeh et al., 2021; Tíscar-González et al., 2023). Los pacientes con Covid persistente presentan más dificultades para atender a las demandas de la vida diaria a nivel social, laboral y afectivo, presentando un impacto a largo plazo en su calidad de vida (Logue et al., 2021; Nehme et al., 2022).

La evidencia de tratamientos eficaces para mejorar la sintomatología de Covid persistente todavía es escasa. La mayoría de estudios publicados se basan en recomendaciones a nivel clínico mediante consenso de expertos (Barker-Davies et al., 2020; Ladds et al., 2020; Verduzco-Gutierrez et al., 2021) y de la World Health Organization (WHO, 2022). Recientemente se ha publicado una primera revisión sistemática sobre tratamientos médicos eficaces para la sintomatología de Covid persistente (Crook et al., 2021) y se han ensayado también psicofármacos antidepresivos (Mazza et al., 2022). Se describen también guías de tratamiento para la rehabilitación de síntomas específicos: cardiovasculares, pulmonares, fatiga, síntomas cognitivos y neuro-psiquiátricos basados en la evidencia previa. Por ejemplo, en cuanto a la fatiga, se recomienda utilizar tratamientos previamente validados para el síndrome de fatiga crónica como la terapia cognitivo-conductual (NICE, 2007; Adamson et al., 2020; Fowler-Davis et al., 2021).

Hasta el momento no se ha desarrollado una intervención específica para mejorar el bienestar emocional, la adaptación

X. Segú y cols.

y la calidad de vida global de los pacientes. Por todo ello, nos planteamos la necesidad de desarrollar un tratamiento psicológico que pueda mejorar la calidad de vida y el funcionamiento diario de los pacientes con sintomatología de Covid persistente.

La intervención propuesta se basa en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). ACT es una terapia conductual de "tercera generación" que se basa en una visión del malestar como inherente a la propia vida. La intervención se realiza en base a principios generales como la aceptación y la acción comprometida dirigida hacia valores personales a pesar de los síntomas y el malestar (Hayes et al., 1999, 2001; Wilson y Luciano, 2002; Pérez-Álvarez, 2012). Como constructo central que influye en el sufrimiento individual, ACT se basa en intervenir sobre constructos como la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial (Hayes et al., 2012, 2016).

ACT ha sido utilizada en el tratamiento de otras patologías de salud crónicas como la fibromialgia (Bernardy et al., 2010; Hann y McCracken, 2014), el síndrome de fatiga crónica (Jonsjö et al., 2019; Clery et al., 2021) y el dolor crónico (Veehof et al., 2011; Trindade et al., 2021; Hughes et al 2017). En combinación con otras intervenciones también se ha aplicado a personas con síndromes reumáticos (Hegarty et al., 2020; Alonso-Fernández et al., 2016). Las anteriores citas constatan la eficacia de ACT en la mejora del bienestar emocional y la calidad de vida de los pacientes.

La pandemia de Covid-19 ha permitido la implementación de ACT en distintos contextos relacionados con el Covid-19, como por ejemplo en profesionales sanitarios en situación de sobrecarga laboral por la propia pandemia, reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión y mejorando su calidad de vida (Otared et al., 2021) o en individuos afectados por Covid-19, incrementando el bienestar emocional y la flexiblidad psicológica y reduciendo el distrés psicológico (Shepherd et al., 2022). Hasta el momento no se ha estudiado la eficacia de ACT en pacientes con sintomatología de Covid persistente. En la actualidad, solo tenemos constancia de la publicación de un protocolo estandarizado para un ensayo clínico que combina la terapia cognitivo-conductual con ACT y que va dirigido a pacientes que han requerido ingreso tras padecer Covid-19 grave (Håkansson et al., 2022).

Por tanto, basados en los estudios previos con otras patologías consideramos que la terapia ACT es un enfoque con suficiente evidencia científica en pacientes con patologías médicas en las que son prevalentes síntomas de fatiga y el dolor crónico y que puede ser aplicada a pacientes con sintomatología de Covid persistente con el objetivo de mejorar su funcionalidad y calidad de vida.

MÉTODO

OBJETIVOS DEL ENSAYO CLÍNICO

El objetivo principal de este estudio es determinar si nuestro tratamiento psicológico grupal basado en ACT mejora la calidad de vida de los pacientes que presentan sintomatología de Covid persistente, en comparación con la lista de espera.

Los objetivos secundarios nos servirán para objetivar si el tratamiento tiene la repercusión deseada en el resto de dominios afectados por la sintomatología de Covid persistente, en comparación con el grupo control:

- Mejorar la funcionalidad
- Reducir la intensidad e interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria.
- Determinar el efecto sobre la disnea.
- Determinar el efecto sobre la fatiga.
- Mejorar la satisfacción con el sueño.
- Reducir la sintomatología de ansiedad y depresión.
- Determinar el efecto sobre las dificultades cognitivas.
- Reducir la evitación experiencial y la inflexiblidad psicológica.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

- · Aspectos formales:
 - 6-8 participantes
 - 9 sesiones de 1:30h
 - Frecuencia semanal
 - Las últimas sesiones (sesión 8 y 9) se realizarán con una frecuencia inter-sesion de:
 - De la sesión 7 a la sesión 8: 2 semanas
 - De la sesión 8 a la sesión 9: 1 mes
 - Contenido del grupo estructurado.

RESUMEN DE LAS SESIONES (TABLA 1)

Transversal en todas las sesiones: Ejercicios de mindfulness, fomentar locus de control interno, estrategias relativas a la contextualización del yo y la defusión a través del lenguaje utilizado por el terapeuta.

La descripción de las metáforas y los ejercicios utilizados pueden encontrarse en el libro: Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores. (Wilson et al., 2014). Para una descripción más



X. Segú y cols.

TABLA 1. Resumen de las sesiones	
Sesión 1: presentación	 Normas del grupo: compromiso, respeto y confidencialidad Presentación individual de cada paciente: historia con el COVID-19, sus síntomas persistentes y limitación en áreas funcionales. Actitud terapéutica del profesional (empatía y autenticidad) Estrategias de mentalización para promover la empatía y el apoyo mutuo. Se explica el objetivo asistencial del tratamiento: "Vivir una vida que valga la pena de ser vivida" (incrementando calidad de vida y funcionalidad).
Sesión 2: Bases para la aceptación y psicoeducación	 Exploración repertorio conductual en situación pasada "similar". Plantear la posibilidad de que los síntomas no se puedan eliminar Psicoeducación de las emociones: mensaje y función. Triple sistema de respuesta (cognición, emoción y conducta), haciendo énfasis en los cambios conductuales
Sesión 3: Valores	 Discusión fenómeno de atención de túnel en respuesta al malestar vs ensanchamiento del foco atencional. Ejercicio de identificación de valores: Definir valores específicos en los ámbitos preciados. Enmarcar en clave temporal: Dar cuenta de la finitud de la vida en general y de los intervalos vitales limitados en los que es posible realizar una acción determinada.
Sesión 4: Clarificación de valores y metas	- "Metáfora del Jardín": los síntomas como "malas hierbas" - Ir concretando conductas en dirección a los valores: acción comprometida - Agendar tareas terapéuticas
Sesión 5: Sufrimiento humano	Monitorizar tareas, conceptualizar dificultades Ejercicio "la lucha/no lucha con los papeles" Introducir conceptos de sufrimiento primario y sufrimiento secundario.
Sesión 6: Compromiso y difusión	 Actualizar tareas y objetivos terapéuticos "Metáfora de la brújula que apunta al este" Abordar dificultades en la realización de las tareas (utilización de diversas estrategias/herramientas de regulación emocional y afrontamiento, ejercicios experienciales de defusión.
Sesión 7: Recapitulación y mirada hacia el futuro	 Monitorización tareas Síntesis de lo experimentado y aprendido durante el grupo Planificación de próximas tareas
Sesión 8 y 9: Prevención de recaídas (Frecuencia inter- sesión de 2 semanas y 1 mes respectiva- mente)	 Monitorización tareas Actualización de tareas y seguimiento de los objetivos terapéuticos planteados Despedirnos del grupo en la última sesión

completa de los procedimientos se puede contactar con el autor para conseguir el protocolo completo.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS SESIÓN A SESIÓN

Sesión 1:

 Las normas básicas del grupo persiguen garantizar un espacio seguro de relación entre los distintos integrantes, acogiendo la vulnerabilidad y las dificultades de cada uno sin juicios y de forma compasiva. Se trata de empezar a cultivar un espacio en el que se puedan expresar y mostrar experiencias emocionales complejas y posiblemente difíciles de gestionar y socializar para los participantes. Para nombrar algunas: la culpa, la vergüenza,

- la tristeza, los sentimientos de inferioridad o de incapacidad. Se incluye aquí todo el rango de afectos que puede experimentar un ser humano.
- La presentación de cada individuo representa la oportunidad perfecta para que la persona se sienta, no solo acogida por el terapeuta y el grupo, sino también comprendida a través de la escucha activa, la paráfrasis y otros recursos de comunicación empática. El objetivo en este momento es que el terapeuta, mediante los recursos mencionados en este párrafo, pueda empezar a elaborar el análisis funcional de cada caso. Una vez el paciente ha finalizado su narrativa, el terapeuta ofrece una devolución en formato de resumen a cada paciente con la intención de ordenar las contingencias, y así ir esbozando un marco de trabajo común sustentado en el análisis de la conducta.



X. Segú y cols.

- Las estrategias de mentalización para promover la empatía y el apoyo muto presentan el objetivo de empezar a generar cohesión en el grupo y fomentar el que los miembros del grupo se sientan identificados entre ellos. Por mentalización nos referimos a la capacidad para atribuir e inferir estados mentales ajenos e identificar los propios. Ejemplificando: un paciente da un feedback apresurado en forma de consejo a otro miembro. Este consejo no es bien recibido. Podemos intervenir preguntando al grupo si es algo común que su entorno les diga que es lo que tienen que hacer ante una dificultad determinada y, posteriormente, cual es la experiencia emocional que suele derivarse de dicha situación. Recogemos la respuesta de los participantes del grupo y explicamos que esta estrategia puede llegar a invalidar la experiencia emocional del otro por ir directamente a buscar la solución sin comprender bien cuáles son las dificultades de cada uno. Exploramos la opinión al respecto de los miembros del grupo y apelamos por formas alternativas de relación más respetuosa con las limitaciones de cada uno, pudiendo hacer el terapeuta de modelo positivo.
- Se explica la intención asistencial del tratamiento: "Vivir una vida que valga la pena de ser vivida" con el objetivo de infundir esperanzas realistas y energizar al paciente respecto su proceso terapéutico. Con esta sentencia nos referimos al incremento de la funcionalidad y la calidad de vida de la persona aún y la persistencia de los síntomas de Covid persistente.

Sesión 2

- La exploración del repertorio conductual en situación pasada "similar" nos permite saber qué es lo que hizo la persona ante los síntomas de una enfermedad pasada transitoria y conocer sobre su historia de aprendizaje: Que se hace cuando se tienen dichos síntomas. En nuestra experiencia, este ejercicio puede verse potenciado si se realiza en un plano de consciencia plena, por lo que se recomienda iniciar el ejercicio focalizando la atención en la respiración, e inducir, a través de la imaginación, que la persona se sitúe en ese momento del pasado y que repase que es lo que hizo ante esa situación de malestar. Al terminar, los pacientes comentan el ejercicio y se enmarcan las conductas comentadas como la forma que conocen para afrontar una situación transitoria de enfermedad.
- Se plantea la posibilidad de que los síntomas no se puedan eliminar. En este punto, se pretende trabajar con el ajuste de las expectativas pronosticas de la sintomatología de Covid persistente, trabajando sobre escenarios hipotéticos en los que no se produce una recuperación total. Además, debatir sobre el tema

- se conceptualiza como necesario para poder favorecer procesos propios de la aceptación de su nueva condición de salud.
- La psicoeducación de las emociones básicas permite dar una visión funcional de las emociones disfóricas y favorecer los procesos de adaptación a la enfermedad. Se recomienda la lectura del libro "Good reasons for bad feelings: insights from the frontier of evolutionary psychiatry" (Nesse, R. M., 2019).

Sesión 3

- La discusión de la tendencia a la atención de túnel ante el malestar, nos va a servir para ejemplificar que es lo que sucede con nuestros procesos perceptivos y nuestras tendencias conductuales cuando nos sentimos amenazados y bajo sufrimiento. Atendiendo luego a la idea de que los síntomas no se puedan eliminar, proponemos el paradigma del ensanchamiento atencional, en el que se permite espacio para percibir e interactuar con otros aspectos del contexto que nos rodea, y no solo los aversivos. Kelly Wilson ejemplifica dicha discusión a través del ejemplo del conejo, la madriguera y el león (Vowles et al., 2007) en la que, en presencia del depredador, el conejo solo atiende al objeto de peligro y al objeto de salvación, siendo biológicamente complicado que los procesos perceptivos del conejo puedan focalizarse en otros aspectos distintos del contexto respecto los ya mencionados.
- El ejercicio de identificación de valores nos va a permitir conocer cuáles son los ámbitos de actuación relevantes para el sujeto y empezar a encarar intervenciones clínicas concretas en dirección a los valores.
- Enmarcar en clave temporal implica explicitar que el tiempo y las oportunidades de poder realizar acciones comprometidas con los valores son limitadas. De esta forma se va a apelar a cuánto tiempo más el paciente hipotetiza que va a poder seguir realizando su acción comprometida en un ámbito específico, entendiendo que el contexto actual no durará para siempre. Dicho ejercicio permite generar vivencias emocionales en el sujeto potencialmente movilizadoras de las conductas terapéuticas deseadas.

Sesión 4

 La metáfora del Jardín nos permite trabajar con los valores encontrados en la sesión anterior, añadiendo una nueva forma de conceptualizar la relación con los propios síntomas y encarar las acciones comprometidas con los valores a través de los distintos elementos presentados en la metáfora. Esta metáfora también nos permitirá recuperar conceptos de la psicoeducación



X. Segú y cols.

realizada en la sesión 2, así como hablar de la incontrolabilidad de algunos sucesos o de acotar la influencia causal que tiene cada individuo ante un evento contextual.

 Ir concretando conductas concretas en dirección a valores preciados a través de la metáfora y en función de toda la información recopilada de cada paciente a lo largo de las sesiones ya realizadas.

Sesión 5

- La monitorización de las tareas psicoterapéuticas agendadas y en dirección a los valores se vuelve prioritaria al llegar en este punto. Aprovecharemos para conceptualizar cuales son las dificultades en llevarlas a cabo o en su mantenimiento.
- Realizaremos a continuación cualquier ejercicio experiencial que nos permita experimentar cual es la diferencia entre el control, la evitación y la aceptación. Sugerimos poder utilizar un ejercicio del tipo "la lucha/no lucha con los papeles" o "tocando la pared".
- Introducir los conceptos de sufrimiento primario y sufrimiento secundario a partir del ejercicio anterior, pudiendo debatir con los pacientes las diferencias entre uno y el otro. El sufrimiento primario representa un malestar determinado que puede estar experimentando la persona, mientras que el sufrimiento secundario tiene que ver con nuestra forma de relacionarnos con ese malestar y que puede agrandar o reducir la experiencia de sufrimiento final de la persona.

Sesión 6

- Actualizar tareas y objetivos terapéuticos, además de seguir conceptualizando y acogiendo las dificultades que vayan surgiendo.
 En este punto, la utilización de diversas estrategias de regulación emocional, de afrontamiento o de defusión puede dotar al sujeto de más recursos para poder actuar en dirección a sus valores.
- Introducir aquí una metáfora del tipo "la brújula que apunta al
 este" puede ser una buena propuesta para traer a la sesión conceptos ya trabajados y seguir operativizando conductas terapéuticas deseadas. Esta metáfora permite conectar sus elementos
 relevantes con los valores de la persona, los objetivos específicos
 en dirección dichos valores, las tareas concretas para conseguir
 los objetivos y los síntomas o dificultades de la persona.

Sesión 7

- Se mantiene la monitorización y actualización de las tareas como en las sesiones previas.
- El objetivo de esta sesión va a consistir en que los pacientes puedan realizar una síntesis de lo experimentado y aprendido

durante el grupo, con el fin de potenciar la propia vivencia y la interiorización de los recursos a través de la autoafirmación, los sentimientos de apoyo del grupo y el modelado.

Sesión 8 y 9

- Se mantiene la monitorización y actualización en las tareas como en sesiones previas.
- Importancia en incentivas y facilitar el surgimiento de los recursos aprendidos del propio sujeto para fomentar un modelo atribucional de locus de control interno ante la génesis y mantenimiento de las conductas dirigidas a los valores relevantes de cada uno.
- Despedirnos del grupo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se propone un diseño experimental con asignación aleatoria de los pacientes a dos modalidades de tratamiento. Los pacientes serán asignados aleatoriamente al grupo experimental, que recibirá el tratamiento grupal basado en ACT de 9 sesiones de duración o al grupo control, que se encontrará en lista de espera de tratamiento.

El tamaño muestral requerido se calcula mediante la fórmula de comparación de dos medias repetidas en dos grupos distintos de participantes. Sobre la base de los resultados de estudios previos sobre el efecto positivo de ACT en el bienestar emocional de pacientes con COVID-19 (Shepherd K, et al 2022) y aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0.2 en un contraste bilateral, serán necesarios 29 sujetos en cada uno de los grupos para detectar una diferencia igual o superior a 10 unidades en el cuestionario SF-36 de calidad de vida relacionada con la salud. Según resultados de estudios previos, se asume que la desviación estándar común es de 9.47 y la correlación entre la primera y la segunda medida es de 0.2. Se ha estimado una proporción máxima de pérdidas durante el seguimiento del 20%.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se dirige a pacientes con sintomatología de Covid persistente que han sido derivados al dispositivo de Psicología Clínica de la Salud desde el programa de atención a sintomatología de Covid persistente del Hospital Clínic de Barcelona. Los pacientes no han tenido necesariamente una presentación de Covid-19 grave, pero presentan sintomatología persistente al menos 6 meses después de la infección.



X. Segú y cols.

Se describen los criterios de inclusión en el estudio:

- Pacientes mayores de 18 años
- Presentar sintomatología de Covid persistente durante un mínimo de 6 meses después de la primera infección por Covid-19.
- La sintomatología de Covid persistente produce malestar emocional clínicamente significativo y alteración de las actividades de la vida diaria.
- Los pacientes son derivados a Psicología Clínica de la Salud desde el programa de atención a Covid persistente del Hospital Clínic de Barcelona.
- Realizar una entrevista previa de evaluación con psicología clínica y aceptar participar en el estudio.
- Firmar el consentimiento informado y completar la evaluación inicial.

Se describen los criterios de exclusión en el estudio:

- Diagnóstico de deterioro cognitivo previo a la infección por Covid-19.
- Antecedentes de trastorno mental grave.

RECLUTAMIENTO

El proceso de reclutamiento de la muestra se inicia con la derivación al dispositivo de Psicología Clínica de la salud desde el servicio de medicina interna. Posteriormente, se realiza una entrevista clínica individual, en la que se valora si el paciente cumple los criterios de inclusión y exclusión del estudio. En caso de cumplir las características requeridas para iniciar el grupo, el paciente será asignado al grupo control o al grupo de tratamiento mediante aleatorización. En caso de que el paciente no se adecue a los criterios de inclusión o exclusión al grupo, pero pueda verse beneficiado de un abordaje psicoterapéutico, se mantendrán seguimientos individuales desde el mismo dispositivo de Psicología Clínica de la Salud o se derivará al dispositivo que mejor de ajuste a sus características clínicas.

ALEATORIZACIÓN

Los pacientes son asignados aleatoriamente de forma 1:1 a formar parte del grupo que recibirá tratamiento o al grupo control (lista de espera) a través de un proceso de aleatorización simple:

- Se asigna a cada sujeto un número correlativo en función del momento de inclusión en la muestra de la investigación.

- Se genera una tabla ordenada de números aleatorios sin repetición, que será leída de izquierda a derecha. Cada número representa el número asignado a cada sujeto.
- Los números de los sujetos que ocupan un lugar impar configuraran uno de los grupos, mientras que los números que ocupan un lugar par configuraran la otra condición experimental.
- De forma aleatoria, se decide a qué grupo se le asigna la situación de tratamiento y a qué grupo se asigna la situación de control.

PROCEDIMIENTO

Primeramente, se solicitará la aprobación del protocolo al comité de ética de investigación del Hospital Clínic de Barcelona (CEIM). Igualmente, se cumplimentará el registro del protocolo del ensayo clínico a fin de garantizar la transparencia, incluida la comunicación de resultados selectivamente sesgados y evitar la duplicación de ensayos. En segundo lugar, se procederá a entregar el consentimiento informado a todos los participantes de la investigación. Posteriormente se iniciará la primera recogida de datos, que consistirá en una entrevista de evaluación realizada 1 o 2 semanas antes del inicio del tratamiento, en la que se administrarán las escalas clínicas de evaluación basal a ambos grupos. Se realizará una nueva entrevista de evaluación 1 o 2 semanas después de la finalizar la 8a sesión del tratamiento y se administrarán las escalas clínicas de seguimiento pertinentes a los dos grupos.

VARIABLES Y MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Presentamos un diseño unifactorial multivalente de dos grupos con asignación aleatoria.

La variable independiente tendrá dos niveles: 1) Asignación al grupo de tratamiento psicológico grupal basado en ACT y 2) asignación al grupo de control que serán los pacientes en lista de espera.

En cuanto a la variable dependiente principal se seleccionan instrumentos de medida que evalúan calidad de vida: SF-36 (Alonso et al., 1995) y WHO-5 (Bonnín et al., 2018).

En cuanto a las variables dependientes secundarias, se utilizan instrumentos de medida validados que evalúan:

- 1. Funcionamiento diario: Escala FAST (Ribeiro Rosa et al., 2007)
- 2. Sintomatología afectiva: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Herrero, M. J., et al., 2003).
- Disfunción cognitiva: Escala de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) (Gallego et al., 2009) y Escala COBRA (Rosa et al., 2013).



X. Segú y cols

- 4. Dolor: El cuestionario Breve del dolor (BPI) (Chopitea et al., 2006)
- 5. Disnea: Escala Modified Medical Research Council (mMRC): (Launois et al., 2012; Natori et al., 2016).
- 6. Fatiga: Escala modificada de impacto de fatiga (MFIS) (Duarte etal.,2017).
- 7. Sueño: Item específico "ad hoc" con respuesta tipo likert del 1 al 5.
- 8. Variables procesuales de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica: Cuestionario de aceptación y acción (AAQ) (Barraca, 2004).

INSTRUMENTOS EVALUACIÓN

Se propone una batería de pruebas de evaluación siguiendo la propuesta de Arnanz-González et al. (2021) en cuanto a las dimensiones e instrumentos de evaluación para pacientes con Covid persistente. Se han incluido también escalas de funcionalidad y escalas relativas a los cambios que se espera obtener de una terapia ACT. Los instrumentos se han elegido en función de tres criterios: validez de contenido, adecuadas propiedades psicométricas y extensión. Es importante resaltar que el pasaje de la batería completa (instrumentos auto y hetero-administrados) requiere de aproximadamente 1 hora, consiguiendo una evaluación completa de todos los dominios sintomatológicos de Covid persistente en un tiempo razonable y sin dejar de lado la eficiencia en el proceso de evaluación.

A continuación, se detallan las distintas dimensiones evaluadas y los instrumentos utilizados en cada área.

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA

Cuestionario SF-36 (Alonso et al., 1995). Está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud.

WHO-5 (Bonnín et al., 2018). Está compuesto por cinco ítems que miden el bienestar subjetivo.

FUNCIONALIDAD

FAST (Ribeiro Rosa et al., 2007). Escala diseñada para evaluar la funcionalidad en pacientes con deterioro cognitivo. Se considera que sus dimensiones tienen una adecuada validez aparente de contenido para evaluar el funcionamiento diario de los pacientes con COVID persistente.

ESCALA DE DOLOR

El cuestionario Breve del dolor (BPI) (Chopitea et al., 2006) es un instrumento multidimensional de valoración del dolor que proporciona información sobre la intensidad

del dolor y su interferencia en las actividades diarias de los pacientes.

ESCALAS DE DISNEA

Escala Modified Medical Research Council (mMRC): (Launois et al., 2012; Natori et al., 2016). Se utiliza para evaluar disnea y discapacidad y funciona como un indicador de exacerbación. Se relaciona con actividades de la vida diaria y es utilizada a nivel internacional.

ESCALAS DE FATIGA

Escala modificada de impacto de fatiga (MFIS) (Duarte et al.,2017). Escala multidimensional que se ha utilizado en numerosas patologías crónicas. Consta de 21 ítems distribuidos en 3 subescalas: física, cognitiva y psicosocial. Se ha establecido como punto de corte para definir presencia de fatiga la puntuación de 38.

ESCALAS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

Se realiza la pregunta específica. ¿Cuánto de satisfecho está con su sueño? Con una respuesta tipo likert del 1 al 5.

ESCALAS DE VALORACIÓN DE TRASTORNOS EMOCIONALES

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Herrero et al., 2003). Es el instrumento más utilizado de autoevaluación para valorar malestar emocional en personas con enfermedad física en contexto hospitalario y ha sido validada en diferentes estudios con pacientes con enfermedades somáticas.

ESCALAS DE VALORACIÓN DE ALTERACIONES COGNITIVAS

Escala de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) (Gallego et al., 2009). Prueba de cribado cognitivo para detectar deterioro cognitivo leve que se ha utilizado ampliamente con personas con Covid-19. El punto de corte para deterioro cognitivo es un valor de 26 puntos.

Escala COBRA (Rosa et al., 2013). Consta de un total de 16 ítems que evalúan dificultades cognitivas en tareas de la vida cotidianas tales como dificultades para encontrar objetos hasta realizar cálculos sencillos o concentrarse en la lectura. La escala ha sido validada con pacientes con patología psiquiátrica, pero consideramos que la validez aparente de contenido es adecuada para evaluar las que-

X. Segú y cols.

jas cognitivas en pacientes con sintomatología de Ccovid persistente.

ESCALAS DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

Cuestionario de aceptación y acción (AAQ) (Barraca, 2004). Cuestionario autoadministrado, proporciona una medida general de la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Se compone de 7 ítems con formato de respuesta en una escala tipoLikert de 7 puntos. La escala tiene propiedades psicométricas adecuadas, con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,84 y una fiabilidad test-retest de 0,81 y 0,79, a los tres y doce meses respectivamente.

ANÁLISIS DE DATOS

Se analizarán los datos con el programa estadístico SPSS, concretamente con la versión 22. Se realizará un análisis descriptivo de las variables con el objetivo de describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes.

Se analizará la normalidad de los datos mediante la prueba estadística de Kolmogorov Smirnov. Si los datos están distribuidos normalmente se utilizará el modelo lineal general para la comparación entre grupos antes y después de la intervención. Si la distribución de los datos no es normal se utilizarán pruebas no paramétricas. En todos los análisis se utilizará un nivel de significación de p <.05.

DISCUSIÓN

A lo largo de la historia hay momentos en los que la humanidad descubre nuevas enfermedades o patologías a las que tiene que hacer frente, como puede ser el caso de la sintomatología de Covid persistente. Obviamente, la intención de encontrar un tratamiento potencialmente curativo es la opción que más apremia. Muchas veces, encontrar la cura y conseguir la erradicación de la patología no es sino un trabajo que requiere de tiempo, esfuerzo e investigación. En el abordaje actual de la sintomatología de Covid persistente es primordial poder disponer de dispositivos y recursos que primen la adaptación de la persona al proceso de enfermedad. Nuestra propuesta de tratamiento apuntala las directrices para lo comentado hasta este punto: minimizar el impacto que la sintomatología tiene sobre la calidad de vida, la funcionalidad y el bienestar emocional de la persona. En otras palabras, pretendemos que la persona consiga transitar su proceso de enfermedad de una forma digna, resiliente y con la menor repercusión posible en los distintos ámbitos de su vida (Gonda y Tarazi, 2022).

Además, cabe no olvidar la mayor validez aparente y de constructo que nuestro enfoque tiene sobre la visión del ser humano, conceptualizando a este de una forma más holística, contextualizada y conciliadora respecto a todo el rango de afectos, cogniciones y conductas que se pueden experimentar. Por este motivo, consideramos que dichos abordajes se adaptan mejor a la realidad individual de cada uno, con los potenciales beneficios terapéuticos que esto supone. Además, nos permite acercarnos a una atención sanitaria actualizada, sensible, rigurosa y de calidad.

En este tratamiento se pretende aunar y converger, por un lado, las distintas variables que tienen que ver con el sujeto: procesos intrapsíquicos, objetivos en su vida, ámbitos relevantes de actuación, sintomatología..., a la vez que se pone también de manifiesto la importancia de readaptar variables que tienen más que ver con la realidad socio-laboral de cada uno. Es importante que la intervención y el tratamiento en el ámbito psíquico pueda ir de la mano de modificaciones y readaptaciones, por ejemplo, de las exigencias o rutinas laborales o extra-laborales, pues esta va a ser la forma en que la propia persona pueda encarar su proceso de rehabilitación, no solo en el terreno psíquico y cognitivo, sino también en el terreno físico. La realidad, pero, suele ser otra, y nos encontramos con francas limitaciones en nuestra comienda de poder readaptar las exigencias del entorno. Esto puede acabar generando en la persona sentimientos de frustración, incapacidad e indefensión que pueden acompañarse de evitaciones o renuncias en el ámbito específico y, al final, acarrear mayores implicaciones de la enfermedad, truncando el funcionamiento habitual de la persona en el contexto en cuestión e incrementando el sufrimiento y malestar humanos.

Otro de los grandes escollos con el que las personas con sintomatología de Covid persistente se pueden encontrar es el relativo a la incomprensión por parte del entorno de las dificultades que acarrea dicha patología. El hecho de que no exista un marcador orgánico específico o una discapacidad visible a nivel físico dificulta la comprensión de dicho cuadro en personas que son ajenas a este, o que no han sufrido alguna dolencia similar. Este problema es común en los problemas relativos a la salud mental. Por lo anterior, y a pesar de que esta idea se escapa de nuestro ámbito e intervención, consideramos de caudal importancia la necesidad de poder educar a la población general en habilidades relacionadas con

X. Segú y cols.

la comprensión, compasión y empatía hacia el otro, confeccionando así programas de prevención primaria transversales a múltiples problemáticas psico-sociales.

Finalmente, el protocolo que hemos elaborado pretende evaluar, de forma metodológicamente rigurosa, la eficacia y la seguridad de una intervención específicamente dirigida a mejorar la calidad de vida, el bienestar, la resiliencia y el funcionamiento psicosocial de las personas que sufren síntomas persistentes de Covid-19. Los resultados permitirán saber si dicha intervención es realmente eficaz.

BIBLIOGRAFIA

- Adamson, J., Ali, S., Santhouse, A., Wessely, S., y Chalder, T. (2020). Cognitive behavioural therapy for chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: outcomes from a specialist clinic in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(10), 394–402. https://doi.org/10.1177/0141076820951545
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin, 104: 771-6.
- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., y Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. Pain medicine (Malden, Mass.), 17(2), 264–277. https://doi.org/10.1111/pme.12885
- Arnanz, I., Martínez, M., Recio, S., Blasco, R., de Inestrosa, B. P., y Almazán, S. (2021). Las escalas en la COVID-19 persistente. Medicina General y de Familia,10(2), 79-84.:https://mgyf.org/wp-content/uploads/2021/05/MGYF2021_017.pdf:
- Ballering, A. V., Van Zon, S., Olde Hartman, T. C., Rosmalen, J., y Lifelines Corona Research Initiative (2022). Persistence of somatic symptoms after COVID-19 in the Netherlands: an observational cohort study. *Lancet* (London, England), 400(10350), 452–461. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01214-4
- Barker-Davies, R. M., O'Sullivan, O., Senaratne, K., Baker, P., Cranley, M., Dharm-Datta, S., Ellis, H., Goodall, D., Gough, M., Lewis, S., Norman, J., Papadopoulou, T., Roscoe, D., Sherwood, D., Turner, P., Walker, T., Mistlin, A., Phillip, R., Nicol, A. M., Bennett, A. N., y Bahadur, S. (2020). The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *British journal of sports medicine*, 54(16), 949–959. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596
- Barraca., J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4 (3), 505-515.
- Belkacemi, M., Baouche, H., Gomis, S., Lassalle, M., Couchoud, C., y REIN registry (2022). Long-lasting clinical symptoms 6 months after COVID-19 infection in the French national cohort of patients on dialysis. *Journal of nephrology*, 35(3), 787–793. https://doi.org/10.1007/s40620-022-01295-z
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., y Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. The Journal of rheumatology, 37(10), 1991–2005. https://doi.org/10.3899/jrheum.100104
- 10. Bonnín, C. M., Yatham, L. N., Michalak, E. E., Martínez-Arán, A., Dhanoa, T., Torres, I., Santos-Pascual, C., Valls, E., Carvalho, A. F., Sánchez-Moreno, J.,

- Valentí, M., Grande, I., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., y Reinares, M. (2018). Psychometric properties of the well-being index (WHO-5) spanish version in a sample of euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 228, 153–159. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.006
- Cabrera-Martimbianco, A. L., Pacheco, R. L., Bagattini, Â. M., y Riera, R. (2021). Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. International journal of clinical practice, 75(10), e14357. https://doi.org/10.1111/ijcp.14357
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022) [Last accessed: February 20, 2022] https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/ symptoms.html
- 13. Chopitea, A., Noguera, A., & Centeno, C. (2006). Algunos instrumentos de evaluación utilizados en cuidados paliativos (II): el cuestionario breve de dolor (Brief Pain Inventory, BPI). *Medicina paliativa*, 13(1), 37-42.
- Clery, P., Starbuck, J., Laffan, A., Parslow, R. M., Linney, C., Leveret, J., y Crawley, E. (2021). Qualitative study of the acceptability and feasibility of acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome. *BMJ paediatrics open*, 5(1), e001139. https://doi.org/10.1136/ bmjpo-2021-001139
- Costas-Carrera, A., Sánchez-Rodríguez, M. M., Cañizares, S., Ojeda, A., Martín-Villalba, I., Primé-Tous, M., Rodríguez-Rey, M. A., Segú, X., Valdesoi-ro-Pulido, F., Borras, R., Peri, J. M., y Vieta, E. (2022). Neuropsychological functioning in post-ICU patients after severe COVID-19 infection: The role of cognitive reserve. *Brain, behavior, & immunity - health, 21*, 100425. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100425
- Crook, H., Raza, S., Nowell, J., Young, M., y Edison, P. (2021). Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ* (Clinical research ed.), 374 (1648). https://doi.org/10.1136/bmj.n1648
- 17. Duarte, R. E., Velasco, Á. E., Sánchez, J. J., y Reyes, L. I. (2017). Adaptation y validación de la escala de impacto de fatiga. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(1), 2585-2592. http://doi.org/10.1016/j.aipprr
- 18. Fernández-de-las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., Cuadrado, M.L., y Florencio, L.L. (2021). Defining post-COVID symptoms (Post-acute COVID, long COVID, persistent Post-COVID): An integrative classification. *Int J Environ Res Public Health*.
- Fowler-Davis, S., Platts, K., Thelwell, M., Woodward, A., y Harrop, D. (2021).
 A mixed-methods systematic review of post-viral fatigue interventions: Are there lessons for long Covid. *PloS one*, 16(11), e0259533. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259533
- Gallego, M. L., Ferrándiz, M. H., Garriga, O. T., Nierga, I. P., López-pousa, S., y Vilalta, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. Alzheimer. Real Invest Demenc., 43, 4–11.
- Garrigues, E., Janvier, P., Kherabi, Y., Le Bot, A., Hamon, A., Gouze, H., Doucet, L., Berkani, S., Oliosi, E., Mallart, E., Corre, F., Zarrouk, V., Moyer, J. D., Galy, A., Honsel, V., Fantin, B., y Nguyen, Y. (2020). Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. The Journal of infection, 81(6), 4–6. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029
- 22. Gonda, X., y Tarazi, F. I. (2022). Well-being, resilience and post-traumatic growth in the era of Covid-19 pandemic. European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 54, 65–66. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.08.266
- Groff, D., Sun, A., Ssentongo, A. E., Ba, D. M., Parsons, N., Poudel, G. R., Le-koubou, A., Oh, J. S., Ericson, J. E., Ssentongo, P., y Chinchilli, V. M. (2021).
 Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA network open*, 4(10), e2128568. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28568



X. Segú y cols.

- Guan, W., Ni, Z., Hu, Yu., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D.S.C., Du, B., y Li, L. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 382(18), 1708 – 1720.
- Håkansson, A., Cronhjort, M., Lidin-Darlington, P., Lilja, G., Nilsson, A., Schandl, A., y Friberg, H. (2022). Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT) vs. Standard Care After Critical Illness Due to COVID-19: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. Frontiers in psychiatry, 13, 907215. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.907215
- Hann, K.E., y McCracken, L.M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: outcome domains, design quality, and efficacy. J. Contextual Behav. Sci. 3 (4), 217–227. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 1152-1168
- 28. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.). (2001). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2012). Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness). Bilbao: Descleé de Brouwer
- Hayes S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. Behavior therapy, 47(6), 869–885. https://doi.org/10.1016/j. beth.2016.11.006
- Hegarty, R., Fletcher, B. D., Conner, T. S., Stebbings, S., y Treharne, G. J. (2020). Acceptance and commitment therapy for people with rheumatic disease: Existing evidence and future directions. *Musculoskeletal care*, 18(3), 330–341. https://doi.org/10.1002/msc.1464
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General hospital psychiatry*, 25(4), 277-283.
- 34. Houben, S., y Bonnechère, B. (2022). The Impact of COVID-19 Infection on Cognitive Function and the Implication for Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7748. https://doi.org/10.3390/ijerph19137748
- 35. Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., y McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical journal of pain*, *33*(6), 552–568. https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000025
- Jonsjö, M., Wicksell, R., Holmström, L., Andreasson, A., y Olsson, G. (2019).
 Acceptance & Commitment Therapy for ME/CFS (Chronic Fatigue Syndrome)
 A feasibility study, Journal of Contextual Behavioral Science. 12, 89-97.
- Krishnan, K., Miller, A. K., Reiter, K., y Bonner-Jackson, A. (2022). Neurocognitive Profiles in Patients with Persisting Cognitive Symptoms Associated With COVID-19. Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists, 37(4), 729–737. https://doi.org/10.1093/arclin/acac004
- Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., Taylor, S., Rayner, C., Husain, L., y Greenhalgh, T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality principles for services. *BMC health services research*, 20(1), 1144. https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y

- Launois, C., Barbe, C., Bertin, E., Nardi, J., Perotin, J.M., Dury, S., Lebargy, F., y Deslee, G. (2012). The modified Medical Research Council scale for the assessment of dyspnea in daily living in obesity: a pilot study. BMC Pulm Med, 12:61.
- Llach, C. D., y Vieta, E. (2021). Mind long COVID: Psychiatric sequelae of SARS-CoV-2 infection. European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 49, 119–121. https:// doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.019
- Logue, J. K., Franko, N. M., McCulloch, D. J., McDonald, D., Magedson, A., Wolf, C. R., y Chu, H. Y. (2021). Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection. *JAMA network open*, 4(2), e210830. https://doi.org/10.1001/ja-manetworkopen.2021.0830
- Macpherson, K., Cooper, K., Harbour, J., Mahal, D., Miller, C., y Nairn, M. (2022). Experiences of living with long COVID and of accessing healthcare services: a qualitative systematic review. *BMJ open*, *12*(1), e050979. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050979
- Mazza, M. G., Zanardi, R., Palladini, M., Rovere-Querini, P., & Benedetti, F. (2022). Rapid response to selective serotonin reuptake inhibitors in post-CO-VID depression. European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 54, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.09.009
- Mendelson, M., Nel, J., Blumberg, L., Madhi, S. A., Dryden, M., Stevens, W., y Venter, F. (2020). Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. South African medical journal; Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde, 111(1), 10–12. https://doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v111i11.15433
- Miskowiak, K. W., Fugledalen, L., Jespersen, A. E., Sattler, S. M., Podlekareva, D., Rungby, J., Porsberg, C. M., & Johnsen, S. (2022). Trajectory of cognitive impairments over 1 year after COVID-19 hospitalisation: Pattern, severity, and functional implications. European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 59, 82–92. https:// doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.04.004
- Natori, H., Kawayama, T., Suetomo, M., Kinoshita, T., Matsuoka, M., Matsunaga, K., Okamoto, M., y Hoshino, T. (2016). Evaluation of the Modified Medical Research Council Dyspnea Scale for Predicting Hospitalization and Exacerbation in Japanese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Intern Med.*, 55(1):15-24.
- Nehme, M., Braillard, O., Chappuis, F., CoviCare Study Team, y Guessous, I. (2022). The chronification of post-COVID condition associated with neurocognitive symptoms, functional impairment and increased healthcare utilization. Scientific reports, 12(1), 14505. https://doi.org/10.1038/s41598-022-18673-z
- Nesse, M. (2019). Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry. Dutton: Penguin Random House. ISBN: 978-1101985663.
- NICE. (2007). Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management clinical guideline. https://www.nice.org.uk/Guidance/CG53
- 50. NICE. (2009). Depression in adults: recognition and management clinical guideline. 2009. https://www.nice.org.uk/guidance/CG90
- 51. NICE. (2020). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term efects of COVID-19. [Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng188].
- 52. NICE. (2021) Insomnia: how should I assess a person with suspected insomnia? 2021, https://cks.nice.org.uk/topics/insomnia/diagnosis/assessment/
- 53. Otared, N., Moharrampour, N., Vojoudi, B., y Najafabadi, A. (2021). A Group-Based Online Acceptance and Commitment Therapy for depression, anxiety



X. Segú y cols.

- symptoms and Quality of Life in healthcare workers during Covid-19 pandemic: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 21(3), Pages 399 411
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*. Vol.12(2), 291-310
- Shanbehzadeh, S., Tavahomi, M., Zanjari, N., Ebrahimi-Takamjani, I., y Amiri-Arimi, S. (2021). Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *Journal of psychosomatic research*, 147, 110525. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525
- Shepherd, K., Golijani-Moghaddam, N., y Dawson, D. L. (2022). ACTing towards better living during COVID-19: The effects of Acceptance and Commitment therapy for individuals affected by COVID-19. *Journal of contextual* behavioral science, 23, 98–108. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.003
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczinski, F., y Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 3, 5. https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5
- Rosa, A.R., Mercadé, C., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., Mar Bonnin, C.D., Torrent, C., Grande, I., Sugranyes, G., Popovic, D., Salamero, M., Kapczinski, F., Vieta, E., yMartinez-Aran, A. (2013). Validity and reliability of a rating scale on subjective cognitive deficits in bipolar disorder (COBRA). *JAffect Disord*. 15;150(1):29-36. https://doi:10.1016/j.jad.2013.02.022.
- Schilling, C., Meyer-Lindenberg, A., y Schweiger, J. I. (2022). Kognitive Störungen und Schlafstörungen bei Long-COVID [Cognitive disorders and sleep disturbances in long COVID]. Der Nervenarzt, 93(8), 779–787. https://doi.org/10.1007/s00115-022-01297-z
- Shepherd K, Golijani-Moghaddam N, Dawson DL. ACTing towards better living during COVID-19: The effects of Acceptance and Commitment therapy for individuals affected by COVID-19. J Contextual BehavSci. 2022:98-108.
- Struyf, T., Deeks, J. J., Dinnes, J., Takwoingi, Y., Davenport, C., Leeflang, M. M., Spijker, R., Hooft, L., Emperador, D., Domen, J., Tans, A., Janssens, S., Wickramasinghe, D., Lannoy, V., Horn, S., Van den Bruel, A., y Cochrane COVID-19
- Diagnostic Test Accuracy Group (2022). Signs and symptoms to determine
 if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has
 COVID-19. The Cochrane database of systematic reviews, 5(5), CD013665.
 https://doi.org/10.1002/14651858.CD013665.pub3
- 63. Sykes, D. L., Holdsworth, L., Jawad, N., Gunasekera, P., Morice, A. H., y Crooks, M. G. (2021). Post-COVID-19 Symptom Burden: What is Long-COVID and How Should We Manage It?. Lung, 199(2), 113–119.https://doi.org/10.1007/s00408-021-00423-z
- 64. Tíscar-González, V., Sánchez-Gómez, S., Lafuente Martínez, A., Peña Serrano, A., Twose López, M., Díaz Alonso, S., Bartolomé-Rupérez,

- M., Portuondo-Jiménez, J., y Zorrilla-Martínez, I. (2022). Vivencias e impacto en la calidad de vida de personas con COVID persistente [Experiences and impact on the quality of life of people with long COVID]. *Gaceta sanitaria*, 37, 102247. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102247
- 65. Trindade, I. A., Guiomar, R., Carvalho, S. A., Duarte, J., Lapa, T., Menezes, P., Nogueira, M. R., Patrão, B., Pinto-Gouveia, J., y Castilho, P. (2021). Efficacy of Online-Based Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of pain*, 22(11), 1328–1342. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.003
- van Kessel, S., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P., y van Jaarsveld, C. (2022).
 Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. Family practice, 39(1), 159–167. https://doi.org/10.1093/fampra/cmab076
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K., y Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002
- Verduzco-Gutierrez, M., Rydberg, L., Sullivan, M. N., y Mukherjee, D. (2021).
 In This for the Long Haul: Ethics, COVID-19, and Rehabilitation. PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation, 13(3), 325–332. https://doi.org/10.1002/pmrj.12554
- Vowles, K. E., y Sorrell, J. T. (2007). Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript.
- Willi, S., Lüthold, R., Hunt, A., Hänggi, N. V., Sejdiu, D., Scaff, C., Bender, N., Staub, K., y Schlagenhauf, P. (2021). COVID-19 sequelae in adults aged less than 50 years: A systematic review. *Travel medicine and infectious disease*, 40, 101995. https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.101995.
- 71. Wilson, K. G., y Luciano, C. (2014). Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores. Ediciones Pirámide.
- Wong, A. W., Shah, A. S., Johnston, J. C., Carlsten, C., & Ryerson, C. J. (2020). Patient-reported outcome measures after COVID-19: a prospective cohort study. The European respiratory journal, 56(5), 2003276. https://doi.org/10.1183/13993003.03276-2020
- 73. World Health Organization (2022). Living guidance for clinical management of COVID-19. WHO/2019-nCoV/Clinical/2022.2
- Wu, X., Liu, L., Jiao, J., Yang, L., Zhu, B., y Li, X. (2020). Characterisation of clinical, laboratory and imaging factors related to mild vs. severe covid-19 infection: a systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, 52(7), 334–344. https://doi.org/10.1080/07853890.2020.1802061
- Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. Infectious diseases (London, England), 53(10), 737–754. https://doi.org/10.1080/23744235.2021.1924397





Recibido: 12/12/2022. Aceptado: 02/03/2023

PREDICTIVE VARIABLES OF COMPLIANCE WITH PREVENTIVE BEHAVIORS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

VARIABLES PREDICTORAS DEL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DURANTE I A PANDEMIA DE COVID-19

A. Campos-Aguilar¹, B. Farré-Sender², J.M. Farré³, M. Gomà-i-Freixanet⁴

- 1 Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona. Carrer de la Fortuna, s/n, 08193 Bellaterra, Barcelona.
- 2 Department of Psychiatry, Psychology and Psychosomatics, Dexeus University Hospital. Carrer de Sabino Arana, 5, 19, 08028 Barcelona.
- 3 Department of Psychiatry, Psychology and Psychosomatics, Dexeus University Hospital. Carrer de Sabino Arana, 5, 19, 08028 Barcelona.
- 4 Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona. Carrer de la Fortuna, s/n, 08193 Bellaterra, Barcelona.

Corresponding author: Ana Campos-Aguilar. Pl./ Callejón del huerto, 4, 41500, Alcalá de Guadaíra, Sevilla. E-mail adress: acamposaguilar23@gmail.com Tel: +34 669 466 873





A. Campos-Aguilar y cols.

ABSTRACT

With the spread of COVID-19 worldwide, preventive behaviors took on a key role in virus containment. In Spanish, the Ministry of Health approved a 14-week nationwide population lockdown from March 15th to June 20th, 2020. Approximately one month after the lockdown, from April 10th to 16th, the present study analyzed the risk perception based on age and gender and its relationship with preventive behavior compliance against the spread of COVID-19. The sample was constituted by 535 participants (67.9% women) distributed in two age groups: (42.4%) classified as young people (18-23 years) and (57.5%) as adults (40-65 years). Data were collected through an ad hoc online questionnaire. The results indicated that the perception of fear/anxiety and age predicted the adoption of preventive behaviors. Our study concludes that young people and people who experience less fear or anxiety of COVID-19 adopt fewer preventive health behaviors.

Keywords: COVID-19, preventive behavior, risk perception, age, gender.

RESUMEN

Con la propagación de la COVID-19 en todo el mundo, los comportamientos preventivos asumieron un papel clave en la contención del virus. En España, el Ministerio de Salud aprobó un confinamiento de la población de 14 semanas a nivel nacional, del 15 de marzo al 20 de junio de 2020. Aproximadamente un mes después del confinamiento, del 10 al 16 de abril, el presente estudio analizó la percepción de riesgo en función de la edad y el sexo y su relación con el cumplimiento de la conducta preventiva frente a la propagación de la COVID-19. La muestra estuvo constituida por 535 participantes (67,9% mujeres) distribuidos en dos grupos de edad: (42,4%) clasificados como jóvenes (18-23 años) y (57,5%) como adultos (40-65 años). Los datos se recopilaron a través de un cuestionario en línea ad hoc. Los resultados indicaron que la percepción de temor/ansiedad y la edad predecían la adopción de medidas preventivas. Nuestro estudio concluye que los jóvenes y las personas que experimentan menos emociones de temor/ansiedad ante la COVID-19 adoptan menos comportamientos preventivos para la salud.

Palabras clave: COVID-19, comportamiento preventivo, percepción de riesgo, edad, género.

INTRODUCTION

On the 11th March 2020, the World Health Organization (WHO) declared COVID-19 a global pandemic (World Health Organization, 2020). Only one month later, in Spain 122,487 COVID-19 cases had already been recorded, of which 47.4% required hospitalization while 7.9% died (Instituto de Salud Carlos III, 2020). As COVID-19 cases increased, and in the absence of global vaccination or effective treatments, the authorities adopted various measures with the aim of reducing its transmission (Ministry of Health, 2020). However, despite being aware of the seriousness of the scenario, many citizens failed to comply with the measures imposed by the government, resulting in 696,653 fines and 6,216 arrests just 6 weeks after the pandemic declaration (Albor, 2020). In this alarming situation, news stories of rule flouting behavior were rife, with the young accounting for the majority of cases (Bécares, 2020). Many months enduring this crisis situation has led to a reduction in protective behavior rule compliance, defined by the WHO as "pandemic fatigue". This implies a systematic decrease in the population's effort to follow the recommendations and restrictions (World Health Organization, 2020).

COVID-19 appears to have specific characteristics that make it spread faster than other diseases (Sarwar et al., 2020). This virus has a transmission period of 10-15 days in which the contamination is via speaking and/or breathing aerosols, not only in pre-symptomatic and symptomatic individuals but also in asymptomatic cases (Ministry of Health, 2020; Sarwar et al., 2020). As a result of the high rate of infections and the resulting unsustainable burden on the Spanish health system, the Ministry of Health (2020) approved a series of extraordinary mitigating measures, the first and most striking of which was a 14-week nationwide population lockdown from March 15th to June 20th, 2020 (Decree 463 of 2020). This measure's objective was to interrupt the transmission of the virus by limiting people's freedom of movement solely to the purchase of food, work activities, health center out-patient visits, relocation to a principal residence,

A. Campos-Aguilar y cols.

care activities for dependent people, travel to financial institutions, and events arising from a force majeure (Decree 463 of 2020). Other health-oriented recommendations were: to carry out frequent hand and surface washing; to avoid touching the eyes, nose and mouth; to use a mask in public places; to trap aerosols with the elbow when sneezing; to maintain a minimum 1.5-meter person-to-person separation, and for the individual to isolate in the case of exhibiting symptoms (Ministry of Health, 2020).

Until either an effective treatment against COVID-19 appears or the majority of the population is vaccinated, the only way to prevent the spread of this virus is to comply with these recommended sanitary measures, that is to say, general population behavior is the principal active agent in health promotion (Sohrabi et al., 2020). For people to comply with these measures, they must be made aware that a COVID-19 infection poses a considerable threat to their health (Sarwar et al., 2020). Risk perception has been a very important and widely investigated concept in numerous studies when analyzing the performance of preventive behaviors by the general population in areas such as vaccination uptake and social distancing (Brewer et al., 2007; Ferrer et al. al., 2016). In effect, a high-risk perception appears to encourage these healthy behaviors (Brewer et al., 2007).

Risk perception is defined as the subjective evaluation that each one makes of the danger and susceptibility to the threat (Rohrmann, 2008). It is a construct that is complex to define and operationalize, since there is a lack of consensus among researchers in this field (Aragonés et al., 2010). Although many of the studies reduce it to the estimated probability of a person to contract the disease (Urzúa et al., 2020), risk perception is a considerably more complex field with additional important factors that should be taken into account (Brewer et al., 2007; Rogers, 1975; Slovic et al., 2004).

The variables of severity and perceived susceptibility are two factors highlighted by the Health Belief Model (Rosenstock, 1974) when evaluating individual perception of threat (Clark et al., 2020). Moreover, in a meta-analysis by Brewer et al. (2007) in which the relationships between risk perception and health behaviors were studied, the perceived probability (probability of contracting the disease) was an additional predictor that featured largely in the perception of risk. Furthermore, the Rogers Protection Motivation Model (1975) also assesses coping strategies, highlighting response effectiveness (the perception of the effectiveness of the be-

haviors) and perceived self-efficacy (the person's confidence in their ability to follow these measures/recommendations from professionals) (Martens et al., 2019).

In addition, risk perception researchers tend to usually focus on the rational aspect, however, it would be a mistake to underestimate the power of emotions as mechanisms of action orientation (Slovic et al., 2004). Researchers such as Harper et al. (2020) during the current COVID-19 pandemic situations, showed the predictive role of fear and anxiety when carrying out preventive health behaviors such as hand washing or social distance. For this reason, it is very important to know the fear caused by developing a disease, being on many occasions an equal or better predictor than the deliberate risk perception (Ferrer et al., 2016). In the present study, risk perception in the context of the COVID-19 pandemic is defined as the subjective psychological process of evaluating the probability, susceptibility and severity of being infected by the coronavirus; the perception of the behaviors' effectiveness and of the self-efficacy to carry them out; and the affective/emotional reaction to develop the disease (Brewer et al., 2007; Ferrer et al., 2016; Rogers, 1975).

Nevertheless, the possibility of a person becoming infected does not depend solely on their actions, but also on the actions of other citizens (Lunn et al., 2020). Decision-making about whether or not to carry out risky behaviors is carried out through a rational risk vs. benefits evaluation of an action, requiring cognitive maturity (Rhodes & Pivik, 2011). In the youth stage, people are not yet mature enough to carry out realistic representations of diseases, compared to adulthood (Schmidt & Fröhling, 2000) with the result that highest risks are taken during the younger years (Figner et al., 2009). Despite the younger population being viable transmitters of the infection, they have a lower severity of symptoms (Instituto de Salud Carlos III, 2020; Sohrabi et al., 2020). It comes as no surprise therefore, that young people have been identified as the group with the lowest compliance with preventive behaviors from COVID-19 (Nivette et al., 2020). However, contradictory results are found in the infectious disease literature. Some studies affirm that older people are more likely to conduct protective behaviors against infectious diseases (Li et al., 2020; Nivette et al., 2020) while others observe a greater frequency of hand washing, use of masks, etc. in the young (Rubin et al., 2009).

Another sociodemographic characteristic, namely gender has also been studied with regard to preventive behaviors. Several recent studies regarding COVID-19 and gender have

A. Campos-Aguilar y cols.

found that women are more likely to wash their hands, cover their nose and mouth when coughing, maintain social distance, stay home, and clean frequently, compared to their male counterparts (Li et al., 2020; Nivette et al., 2020).

To date, there has been no known Spanish population-based research concerning early COVID-19 pandemic phase preventive behavior changes in psychological variables such as risk perception, and socio-demographic equivalents such as age and gender. This study therefore aims to contribute data to this area in the context of our country by analyzing the perception of risk, age and gender as predictors of compliance with preventive behaviors against the spread of COVID-19 from April 10th to 16th, 2020. The present study made the following hypotheses: 1) those people with higher scores in risk perception would comply with preventive behaviors to a greater degree; 2) older people would comply with more preventive behaviors than younger ones; 3) women would carry out more preventive behaviors than men.

METHOD

PARTICIPANTS

The sample was of 535 participants, 363 women (67.9%) and 172 men, distributed in two age groups, i.e., 227 (42.4%) were classified as young people (18-23 years) and 308 (57.5%) classified as adults (40-65 years).

Regarding health issues related to the COVID-19, only 19.8% of the participants considered themselves as in the "at risk" group for the disease (over 60 years of age or with diseases such as diabetes, chronic lung diseases, cardiovascular diseases and high blood pressure, cancer, immunosuppression or pregnancy). However, 78.7% affirmed to have people close to them belonging to the risk population. At the time of data collection, only 11% of the participants had had symptoms/diagnosis of COVID-19.

MATERIALS

As there was no single validated instrument to assess risk perception, an ad hoc online questionnaire was developed (see Appendix A), based on previous work (Brewer et al., 2007; Ferrer et al., 2016; Rogers, 1975). This questionnaire contained six Likert-type items of six points each (where 1 represents the minimum score and 6 the maximum). It evaluated the perception of risk in an "holistic" sense, that is to say, the probability of getting infected (*Regardless of the*

preventive behaviors you take/what do you think your probability of being infected by the new coronavirus would be?), perceived vulnerability (Do you think you are more vulnerable to the new coronavirus than other people of the same age and sex?), perceived severity of the disease (How serious do you think the new coronavirus is?), emotion towards the disease (When you think about the new coronavirus, how fearful/anxious do you feel?), perceived efficacy of preventive behaviors (How effective do you think the proposed behaviors are in preventing the spread of the virus? – hand washing, keeping a minimum distance, limiting mobility, etc. –) and perceived self-efficacy (Indicate the degree of veracity of the following sentence: "I think I can protect myself properly from the new coronavirus").

In order to determine compliance with preventive health behaviors, the participants were asked whether or not they regularly performed each of the eight preventive behaviors on a list (see Appendix B). These preventive behaviors were extracted from recommendations of national and international experts (Ministry of Health, 2020; World Health Organization, 2020).

PROCEDURE

For the present investigation, the participants were selected by carrying out an intentional non-probabilistic sampling with the accessibility criterion. The inclusion criteria of the participants in the study were to be between 18-23 years old or between 40-65 years old and to be living in Spain at the time of data collection. Data collection was carried out from April 10th to April 16th, 2020. Online questionnaires employed Google Forms, taking approximately five minutes to complete. All procedures were carried in accordance with the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2013) and its later amendments, and complied with the standards of the Ethics Committee of the Universitat Autònoma de Barcelona. Participants gave their informed consent to participate anonymously and voluntarily in the study. A contact email was provided for questions relating to completing the questionnaire or the research itself.

STATISTICAL ANALYSIS

For data analysis, we used the SPSS statistical package (version 23.0). Non-parametric tests were used after rejecting the null hypothesis of normality (K-S statistic = .001). For the comparison of the quantitative psychological variables of risk

A. Campos-Aguilar y cols.

TABLE 1. Response frequency to the questionnaire "Compliance with Preventive Behaviors" (n = 535)

Preventive Behaviors	n	%
I respect lockdown	521	97.4
I wash my hands frequently	471	88
I maintain social distance of 1-2 meters	451	84.3
I cover my mouth and nose with my elbow flexed when I cough or sneeze	436	81.5
I avoid direct contact with someone who is sick	380	71
I use disinfectant when there is no soap and water	358	66.9
I avoid touching my eyes, nose and mouth with unwashed hands	301	56.3
I wear a mask	294	55

perception, Spearman's correlations were performed and for the comparison of qualitative sociodemographic variables the non-parametric contrast test of two groups (Mann-Whitney U) was used. Finally, a multiple linear regression analysis was performed to identify the independent factors related to compliance with preventive behaviors.

RESULTS

Table 1 describes the response frequency to the questionnaire assessing compliance with preventive behaviors. Almost all of the participants (97.4%) said they respected lockdown and a large majority affirmed at the time of data collection to wash their hands frequently (88%), maintain social distance (84.3%) and cover the mouth and nose with the elbow flexed (81.5%). Wearing a mask was the less frequent behavior (55%) (Table 1).

Subsequent data analysis was carried out using a new generated variable, called "Compliance" which was the summation of the preventive measures followed by each participant. In terms of risk perception, as shown in Table 2, the highest mean scores were obtained in relation to the perceived severity of COVID-19 followed by the perceived efficacy of preventive health behaviors. Contrarily, perceived vulnerability obtained the lowest mean score (Table 2).

Spearman's correlation between compliance with preventive behaviors and risk perception for the total sample shows that the only variables significantly correlated to compliance with preventive behaviors were the perceived severity (r = .23,

TABLE 2. Means and standard deviations of "Compliance" and Risk Perception variables (n = 535)

Variables	М	SD
Compliance	6	1.67
Risk Perception:		
Probability	3.18	1.36
Vulnerability	2.88	1.32
Severity	5.05	0.98
Fear/Anxiety	3.72	1.43
Measures' effectiveness	4.49	1.16
Self-efficacy	3.44	1.26

TABLE 3. Multiple linear regression analysis output of Compliance with Preventive Behaviors

Predictors	В	Standard error	p	CI 95%
Age	0.86	0.14	.001	0.582 - 1.137
Risk Perception (fear/anxiety)	0.20	0.05	.001	0.102 - 0.294
Constant	3.91	0.27	.001	

p <.01) and the perceived fear/anxiety regarding to COVID-19 (r = .21, p <.01). The rest of the variables showed correlation coefficients ranging .05 to .07.

Regarding sociodemographic variables and specifically age, results of the Mann-Whitney U test found statistically significant differences between young people and adults when carrying out preventive behaviors (U = 22998.5, p = .001), with the group of adults being those who comply with preventive behaviors to a greater degree. Regarding gender, statistically significant differences were also found between both genders (U = 26684, p = .006), with women performing preventive behaviors to a greater degree against COVID-19 (Table 3).

Finally, a multiple linear regression model was performed including the significant predictor variables found in the previous analyzes (perceived severity, perceived fear/anxiety, age and gender). Table 3 represents the final model in which age and the perceived fear/anxiety were the variables that best

A. Campos-Aguilar y cols

predicted compliance with preventive behaviors, explaining 11% of the variance (*R* squared = .110). Results indicated that compliance with preventive behaviors was predicted by older ages and higher levels of perceived fear/anxiety. The variables perceived severity and gender did not enter the model.

DISCUSSION

In the current pandemic situation, the adoption of preventive behaviors is a key factor in reducing the rate of CO-VID-19 infections. The present study analyzed the role of risk perception, age and gender in compliance with preventive behaviors during the first month of the pandemic in Spain.

The preventive behaviors carried out to a greater extent during this first month were: respecting the lockdown; washing hands frequently; maintaining social distance; and covering the mouth and nose when sneezing and coughing. The low frequency of mask use (55%) in relation to other behaviors can be explained by the fact that at that time the mask was only a recommendation, and the benefits of using it were not yet known. It is not surprising that the most respected measure was compliance with lockdown, since it was the only one imposed by the government at that time, i.e. with economic sanctions in cases of non-compliance (Ministry of Health, 2020).

Individuals experiencing fear of COVID-19 were the ones who adopted preventive behaviors the most. Although a relationship was expected between all risk perception variables and these preventive behaviors (Brewer et al., 2007; Ferrer et al., 2016; Van Bavel et al., 2020), the results of the present study did not show a predictive effect of the variables of perceived probability, vulnerability, severity, effectiveness of the behaviors and self-efficacy in relation to the adoption of these behaviors.

These results show the importance of the affective/emotional pathway versus a rational/cognitive one in the design of risk assessment (Ferrer et al., 2016; Slovic et al., 2004). Previous work such as that of Harper et al. (2020) are in line with what was found in this study, evidencing the important role of emotions when carrying out preventive behaviors. Aversive emotions play a protective and adaptive role, revealing what is safe and what is not when carrying out the risk assessment (Slovic et al., 2004). In addition, it should be taken into account that this aversion factor occurs within the first month of a pandemic due to an emerging, that is to say, unknown nature of the disease. Therefore, the information

available to provide for an accurate, rational assessment was very limited due to the heightened fear and anxiety arising from the novel situation. It can be a reason why our results do not show relevant information in rational risk assessment.

In line with what was found by Nivette et al. (2020), the results showed age as a predictor of the performance of preventive behaviors, the young people group being those who adopted the least preventive behaviors. Risk taking is higher in the youth stage (Figner et al., 2009) and the representation of diseases is less elaborate than in adulthood (Schmidt & Fröhling, 2000). Moreover, this is coupled with the fact that young people usually have less severe symptoms when they become infected with COVID-19 (Instituto de Salud Carlos III, 2020).

On the other hand, contrary to expected, the results of this study do not present gender as a predictor of the adoption of preventive behaviors. Although studies such as those of Li et al. (2020) or Nivette et al. (2020) found that women carried out behaviors such as hand washing or maintaining social distance frequently. In the present study no differences were found between men and women for these preventive behaviors.

There are several limitations in this study. In the first place, due to the lack of a validated risk perception questionnaire in relation to COVID-19, information was collected through an ad hoc questionnaire, something that may influence the validity of the data collected. Secondly, the cohort is not totally representative sample of the Spanish population since the recruitment of participants was carried out online through non-probability sampling. The sample therefore does not include minors or elderly people, thus potentially skewing the results. In the third place, in relation to the statistical analysis, it should be noted that the regression model only explains 11% of the dependent variable, a force that could be considered weak. Lastly, it is known that the pandemic increased anxious and depressive symptoms in people with no history of prior mental health impairment. There is a lack of knowledge of the participants' previous symptoms of anxiety and depression that could have interfered with the results. It would be interesting to add some questions about it in the questionnaire.

On the other hand, this study is a pioneer when it comes to talk about risk perception in such a wide way. This concept was studied by bringing together emotional and rational assessment in a singular questionnaire. In addition, it can

A. Campos-Aguilar y cols.

be seen as an innovative study due to the unprecedented situation we have been going through while it was being carried out.

Finally, it should be noted that knowing predictor variables is not only important for theoretical psychology but also has great practical value for both the current situation of emerging disease and for any situation in which the behaviors of the population influence the health and well-being of all. Our study reveals young people as the best target population for preventive actions but also highlights the need to incorporate the emotion factor in preventive measure program design. Studies as this are useful tools when designing and implementing prevention strategies against infectious diseases such as COVID-19 and the new ones to come in the near future.

DECLARATION OF AUTHORSHIP, GOOD PRACTICES AND CESSION OF RIGHTS

FUNDING

The authors have no funding to disclose.

CONTRIBUTION

- Ana Campos-Aguilar: design, collection, analysis and interpretation of data, writing and drafting the article revising it critically for important intellectual content.
- Borja Farré-Sender: analysis and interpretation of data, article review.
- Josep Ma Farré: article review.
- Montserrat Gomà-i-Freixanet: design, interpretation of data, article review.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare they have no conflict of interest.

REFERENCES

- Albor, L. (2020, 23 de abril). El incumplimiento del estado de alarma suma ya más de 6.000 detenidos y 600.000 sanciones. [Failure to comply with the state of alarm already adds more than 6,000 detainees and 600,000 sanctions]. ABC. https://www.abc.es/espana/abci-incumplimiento-estado-alarma-suma-mas-6000-detenidos-y-600000-sanciones-202004231155_noticia.html
- Aragonés, J. I., Talayero, F. & Olivos, P. (2010). Percepción del riesgo de la gripe A (H1N1) desde el "paradigma psicométrico". [Influenza A (H1N1) risk perception from "psychometric paradigm"]. Revista de Psicología Social, 25(3), 271-282. https://doi.org/10.1174/021347410792675633
- 3. Bécares, R. (2020, 20 de marzo). La Policía aborta una fiesta en la discoteca de un hotel de Leganés en pleno estado de alarma por el coronavirus.

- [The Police abort a party in the disco of a hotel in Leganés in a state of alarm due to the coronavirus]. *El Mundo*. https://www.elmundo.es/madrid/2020/03/20/5e74c08521efa09b1a8b4597.html
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D. & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145. https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136
- Clark, C., Davila, A., Regis, M. & Kraus, S. (2020). Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: an international investigation. *Global Transitions*, 2, 76-82. https://doi.org/10.1016/j.glt.2020.06.003
- Ferrer, R. A., Klein, W. M., Persoskie, A., Avishai-Yitshak, A. & Sheeran, P. (2016). The tripartite model of risk perception (TRIRISK): distinguishing deliberative, affective, and experiential components of perceived risk. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 653-663. https://doi.org/10.1007/s12160-016-9790-7
- 7. Figner, B., Mackinlay, R. J., Wilkening, F. & Weber, E. U. (2009). Affective and deliberative processes in risky choice: age differences in risk taking in the Columbia Card Task. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 35(3), 709-730. https://doi.org/10.1037/a0014983
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5
- Instituto de Salud Carlos III (2020). Situación de COVID-19 en España a 16 de abril de 2020. [Situation of COVID-19 in Spain as of April 16, 2020] (informe nº 23). https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%c2%ba%2023.%20Situaci%c3%b3n%20 de%20COVID-19%20en%20Espa%c3%b1a%20a%2016%20de%20abril%20 de%202020.pdf
- Li, S., Feng, B., Liao, W., & Pan, W. (2020). Internet use, risk awareness, and demographic characteristics associated with engagement in preventive behaviors and testing: cross-sectional survey on COVID-19 in the United States. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), 1-12. doi:10.2196/19782
- Lunn, P. D., Belton, C. A., Lavin, C., McGowan, F. P., Timmons, S. & Robertson, D. A. (2020). Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(1), 1-15. https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147
- 12. Martens, M., De Wolf, R. & De Marez, L. (2019). Investigating and comparing the predictors of the intention towards taking security measures against malware, scams and cybercrime in general. *Computers in Human Behavior*, 92, 139–150. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.11.002
- Ministry of health (2020). Información para la ciudadanía. [Information for citizens]. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania.htm?q=excel
- Nivette, A., Ribeaud, D., Murray, A., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Hepp, U., Shanahan, L. & Eisner, M. (2020). Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. Social Science & Medicine, 268, 113370. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113370
- 15. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Royal Decree 463/2020, of March 14, which declares the state of alarm for the management of the health crisis situation caused by COVID-19]. Boletín Oficial del Estado, 14 de marzo de 2020, núm. 67, 25390-25400. https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/dof/spa/pdf

A. Campos-Aguilar y cols.

- Rhodes, N. & Pivik, K. (2011). Age and gender differences in risky driving: The roles of positive affect and risk perception. Accident Analysis & Prevention, 43(3), 923-931. https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.11.015
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. The Journal of Psychology, 91(1), 93-114. https://doi.or g/10.1080/00223980.1975.9915803
- Rohrmann, B. (2008, junio). Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: A conceptual appraisal [conference session]. Sociedad Internacional de Gerenciamiento de Emergencias TIEMS, Universidad de Melbourne.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, 2(4), 354-386. https://doi. org/10.1177/109019817400200405
- Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L. & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *BMJ*, 339. https://doi.org/10.1136/bmj.b2651
- Sarwar, F., Panatik, S. A. & Sarwar, F. (2020). Psychology of Preventive Behavior for COVID-19 outbreak. *Journal of Research in Psychology*, 2(1), 1-3. https://doi.org/10.31580/jrp.v2i1.1370
- Schmidt, L. R. & Fröhling, H. (2000). Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. *Psychology and Health*, 15(2), 229-238. https://doi.org/10.1080/08870440008400303
- 23. Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and

- rationality. Risk Analysis: An International Journal, 24(2), 311-322. https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C. & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency. A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76(2020), 71-76.
- Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Urízar, A. & Polanco-Carrasco, R. (2020).
 La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. [Psychology in the prevention and management of COVID-19.
 Contributions from the initial evidence]. Terapia Psicológica, 38(1), 103-118. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, 460–471. https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z
- 27. World Health Organization (2020). Pandemic fatigue reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. https://apps.who.int/iris/bitstream/hand-le/10665/335820/WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310(20), 2191-2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

APPENDIX A

COVID-19 RISK PERCEPTION QUESTIONNAIRE

Please, select the answer that is more correct to you. Being 1 the lowest level and 6 the highest.

	1	2	3	4	5	6
Regardless of the preventive behaviors you take/what do you think your probability of being infected by the new coronavirus would be?						
Do you think you are more vulnerable to the new coronavirus than other people of the same age and sex?						
How serious do you think the new coronavirus is?						
When you think about the new coronavirus, how fearful/anxious do you feel?						
How effective do you think the proposed behaviors are in preventing the spread of the virus? -hand washing, keeping a minimum distance, limiting mobility, etc						
Indicate the degree of veracity of the following sentence: "I think I can protect myself properly from the new coronavirus".						



A. Campos-Aguilar y cols.

APPENDIX B

COMPLIANCE QUESTIONNAIRE

Which of these activities are you currently doing to prevent getting infected? Please, mark the activities that you have done REGULARLY:

	I DO	I DON'T
I respect lockdown		
I wash my hands frequently		
I maintain a minimum distance of 1-2 meters		
When I cough or sneeze, I cover my mouth and nose with my elbow flexed		
I avoid direct contact with someone who is sick		
I use disinfectant when there is no soap and water		
I avoid touching my eyes, nose and mouth with unwashed hands		
I wear a mask		





Recibido: 19/11/2022 Aceptado: 26/01/2023

LOVE HURTS. AN OLD CLICHÉ REBORN A PROPOS OF A CLINICAL CASE

DOLORES DE AMOR. UN CLICHÉ RENACIDO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E. Machado¹, F. Monteleone¹, A. Gonçalves¹, B. Couto, L. Fonseca²

1 Psychiatry Resident, Psychiatry Service, Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães 2 Psychiatry Consultant, Psychiatry Service, Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães

Correspondence concerning this article should be addressed:

Eduarda Machado, Rua dos Cutileiros 114, Creixomil. 4835-044 Guimarães. Portugal Email: eduarda.eme@gmail.com

Author Note

We have no conflict of interest to disclose.





E. Machado y cols.

ABSTRACT

Introduction: The spectrum of sexually motivated behaviors is extremely wide, including behaviors that are not biologically reproductive and hold exclusively ludic functions. We refer to the persistent and recurrent patterns of sexual arousal resulting from the exposure to non-normative sexual stimuli as paraphilias, and they are paradigmatic of the broad heterogeneity of human sexuality. Among these, paraphilic infantilism was first reported in the scientific literature by Tuchman and Lachman in 1964. It is characterized by the presence of sexual arousal or pleasure when playing childhood roles or using objects proper of childhood.

Objective: We intend to describe a clinical case, with a focus on the atypical profile of sexual interests and behaviors comprising paraphilic infantilism and sadomasochism phenomena. We also seek to discuss the understanding of these phenomena in the context of the global clinical picture, their nosological framework, and their implication in the psychotherapeutic process.

Methodology: In this study, we present the clinical case of a patient observed in the outpatient clinic of the first author. A targeted literature review was carried out through a bibliographic search in the PubMed database and a selection of reference works in the Sexology field. These data provided a basis from which we develop our clinical discussion of the case.

Results: This article illustrates the case of a patient referred for psychotherapeutic intervention due to an anxious-depressive syndrome. During follow-up, a cluster of sexual behaviors was observed that involved preferential sexual interest for role-playing as a baby, and practices that involved physical suffering, dominance and submission.

Conclusions: Paraphilia is a controversial clinical category. As a broad category, it mirrors the diversity of human sexual behavior and is spread over a spectrum that ranges from nearly normal sexual behavior to being hurtful or destructive to oneself or others. Clinical work with these phenomena requires a special focus on the individualized clinical formulation, with a particular emphasis on the detailed assessment of subjective suffering and the personal and social deficits that underpin it, while taking the cultural context in which it occurs as reference.

Palabras clave: paraphilia, paraphilia in women, paraphilic infantilism, autonepiophilia, sadomasochism, BDSM.

RESUMEN

Introducción: El espectro de conductas con motivación sexual es muy amplio, abarcando conductas que no son biológicamente reproductivas y que sostienen funciones exclusivamente lúdicas. Se denominan parafilias a los patrones persistentes y recurrentes de excitación sexual resultante de la exposición a estímulos sexuales no normativos, y su existencia resulta paradigmática de la amplia heterogeneidad de la sexualidad humana. Entre ellas, el Infantilismo parafílico fue descrito por primera vez en la literatura científica Tuchman y Lachman en 1964 y se caracteriza por obtener excitación o placer sexual a través de la representación de roles infantiles o del uso de objetos propios de la infancia.

Objetivo: Nos proponemos describir un caso clínico, enfocando el perfil atípico de intereses y conductas sexuales que comprenden fenómenos de Infantilismo parafílico y Sadomasoquismo. Pretendemos discutir la comprensión de estos fenómenos en el contexto del cuadro clínico global, su marco nosológico y su implicación en el proceso psicoterapéutico.

Metodología: Se relata el caso clínico de una paciente observada en el ámbito de la consulta de la primera autora. Se realiza una revisión no sistemática de la literatura científica a través de una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed y de la consulta de obras de referencia en el área de la Sexología. Se procede a la discusión clínica, basada en los datos presentados.

Resultados: Este artículo ilustra el caso de una paciente, derivada a intervención psicoterapéutica por síndrome ansioso-depresivo. Durante el acompañamiento, se identificó un patrón de respuesta sexual caracterizado por un interés sexual preferencial en representar el rol de un bebé y prácticas que implicaban sufrimiento físico, dominación y sumisión.

Conclusiones: La Parafilia es una entidad clínica controvertida. Una amplía categoría de condiciones, refleja la diversidad del comportamiento sexual humano y se distribuye en un espectro que va desde la conducta sexual casi normal hasta el comportamiento prejudicial o destructivo hacia uno mismo o los demás. El trabajo clínico con estos fenómenos implica especial atención a la formulación clínica individualizada, con énfasis en la evaluación detallada del sufrimiento subjetivo y déficits psicosociales que les subyacen, mientras se toma como referencia el entorno cultural en que se produce.

Keywords: parafilia, parafilias en la mujer, infantilismo parafílico, autonepiofilia, sadomasoquismo, BDSM.

E. Machado y cols.

RESUMEN

Introdução: O espectro do comportamento sexual humano é extremamente amplo, incluindo comportamentos que não são biologicamente reprodutivos e que têm funções exclusivamente lúdicas. Denominamos de parafilias os padrões persistentes e recorrentes de excitação sexual resultantes da exposição a estímulos sexuais não-normativos como parafilias, e estas constituem um paradigma da ampla heterogeneidade da sexualidade humana. Entre estes, o infantilismo parafílico foi descrito pela primeira vez na literatura científica Tuchman and Lachman em 1964 e caracteriza-se pela obtenção de excitação ou prazer sexual através da representação papéis infantis ou uso de objetos típicos da infância.

Objetivo: Pretendemos descrever um caso clínico, com foco no perfil atípico dos interesses e comportamentos sexuais, onde encontramos fenómenos que se enquadram nas condições de infantilismo parafílico e sadomasoquismo. Procuramos também discutir a compreensão destes fenómenos no contexto do quadro clínico global, o seu enquadramento nosológico e as suas implicações no processo psicoterapêutico.

Metodologia: Relata-se o caso clínico de uma paciente observada na consulta da primeira autora. Foi realizada uma revisão não-sistemática da literatura científica através de uma pesquisa

bibliográfica na base de dados Pubmed e da consulta de obras de referência na área da Sexologia. Procede-se a uma discussão clínica, baseada nos dados fornecidos pela revisão.

Resultados: Este artigo ilustra o caso de uma paciente, referenciada para intervenção psicoterapêutica devido a uma síndrome ansio-depressiva. Durante o acompanhamento, foi observado um conjunto de comportamentos sexuais que envolviam um interesse sexual preferencial por dinâmicas de *role-playing* em que assumia o papel de bebé juntamente com práticas que envolviam sofrimento físico, dominação e submissão.

Conclusões: A parafilia é uma entidade clínica controversa. Nas suas distintas expressões, espelham a diversidade do comportamento sexual humano e estão distribuídas ao longo de espectro que vai desde o comportamento sexual quase normal até ao comportamento prejudicial ou destrutivo para consigo próprio ou para os outros. O trabalho clínico com estes fenómenos implica uma atenção especial à formulação clínica individualizada, com particular foco na avaliação detalhada do sofrimento subjetivo e dos défices psicossociais que lhe estão subjacentes, tendo como referência o contexto cultural em que se produz.

Palavras-chave: parafilia, parafilia na mulher, infantilismo parafilico, autonepiofilia, sadomasoguismo, BDSM.

INTRODUCTION

It has often been said that any object can become a trigger for sexual arousal, but a satisfactory explanation for how this process occurs is still lacking⁽¹⁾. The strength and persistence of sexual arousal patterns vary, and we do not know what factors influence the likelihood of a sexual interest to become intense and recurrent⁽¹⁾.

The term "Paraphilia", rooting from the Greek *para*- "besides, aside", + -*philos* "affinity, attraction", was coined by the Slavic ethnologist Friedrich Krauss in 1903 to describe the variants of sexual behaviour that did not serve the purpose of procreation^(2,3). Currently, there is still no scientific consensus for its definition⁽¹⁾, and some authors prefer to use the term "sexual variations" (4-6). As a functional definition for the purpose of this paper, we define paraphilia as a pattern of intense and recurrent sexual arousal to unconventional erotic stimuli – i.e., that are considered not acceptable by the dominant culture⁽⁴⁾.

Paraphilias are spread over in a spectrum from nearly normal sexual behaviour to behaviour that is hurtful or

destructive to oneself or others⁽⁷⁾. Efforts to definite it in an any absolute way are disappointing, given the malleability of sexual norms across time and cultures. It follows that it is crucial to consider the cultural context in which they take place⁽⁸⁾. Currently, it is widely accepted that they are not necessarily pathological unless they are associated with significant personal distress or impairment⁽⁹⁾.

Paraphilias' definition and diagnostic framework are the subject of a lively scientific and sociological debate, which has been contributing to its conceptual and nosological evolution along the years⁽¹⁾. The diagnostic classification systems have been accompanying this change. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed (DSM-5), made the move to distinguish paraphilias from paraphilic disorders, allowing atypical sexual interests to be identified and studied as variants and regarding them as disorders only when they cause distress or dysfunction.⁽¹⁰⁾ Although abstaining from the inclusion of a non-pathological paraphilic entity, the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) got

E. Machado y cols.

conceptually closer to DSM-5, asserting that the diagnosis of a Paraphilic disorder requires a "sustained, focused, and intense pattern of sexual arousal as manifested by persistent sexual thoughts, fantasies, urges, or behaviours, the focus of which involves others whose age or status renders them unwilling or unable to consent and on which the person has acted or by which he or she is markedly distressed"⁽¹¹⁾.

There is no general theory on the origin of paraphilias, allowing the formulation of aetiological models from different perspectives to arise. From a biological perspective, abnormalities in the frontostriatal reward system have been highlighted. (12) Current research also shows that environmental and experience-related factors play an important role. Negative experiences in early socialization and childhood (sexual and physical abuse, neglect, peer rejection, child history of maltreatment) in connection with unsecure attachment experiences might be essential for the genesis of paraphilic interests. 12) Behavioural approaches postulate social learning processes to be etiologically relevant, and these are categorized in three types: participatory model learning (e.g., modelling of the perpetrator following childhood sexual abuse); non-participatory model learning (e.g., exposure to paraphilic practices in pornographic contents); symbolic model learning (e.g. individual imaginative arrangements of sexual impulses).(13)

The maintenance of paraphilic behaviour is mostly explained by mechanisms of positive reinforcement (masturbation and orgasm). Negative reinforcement may also be relevant, particularly in cases in which sexual behaviour is being used to cope with negative emotional states.⁽¹⁴⁾

Among the diverse category of paraphilias, paraphilic infantilism was first documented in the scientific literature by Tuchman and Lachman in 1964⁽¹⁵⁾. It is characterised by the presence of sexual arousal or pleasure when playing childhood roles or using objects proper of childhood⁽¹⁶⁾. The phenomenon is nowadays represented by a sexual subculture called Adult-baby/Diaper Lover (ABDL), with preferential expression in online communities.

To date, there are few published works addressing this phenomenon and they consist mostly of clinical case studies of individuals seeking treatment for reasons other than their atypical sexual interests⁽¹⁷⁻²⁰⁾. We find a noteworthy contribution to our understanding of this condition in the work of Zamboni et al.⁽²¹⁾, who conducted an exploratory study with the purpose of providing descriptive information on the ABDL

population using a large community sample. The authors extracted data supporting that(1) ABDL phenomena were diffuse mostly among males, who represented 93% of the sample; (2) ABDL community consists of at least two subgroups with differing characteristics, namely the adult-babies (those who derive sexual pleasure through role playing as infants) and the diaper lovers (those who wear diapers for sexual arousal);(3) there is a significant relation between negative mood states and adult-baby role-play enjoyment, suggesting that role-playing could be used as a strategy to help some individuals decrease negative mood states;(4) the majority of the sample did not experience distress for the ABDL behaviours, was generally comfortable with the sexual practices and had no increased risk of psychopathology and (5) therapy is indicated only when the atypical sexual features represent personal distress or impairment in an important area of life.

METHODS

We present the clinical case of a 20-year-old female patient observed in the outpatient clinic of the first author. We carried out a targeted review of the scientific literature through a bibliographic search in the Pubmed database using the terms "paraphilia", "paraphilic disorder, "paraphilic infantilism", "adult baby syndrome", "autonepiophilia", "BDSM" and "sadomasochism". We also reviewed a selection of reference works in the field of sexology, based on a knowledgeable selection of these. These data provided a basis from which we develop our clinical discussion of the case.

RESULTS

CASE DESCRIPTION

Identification

The present report describes the case of a 20-year-old female patient in her first contact with mental health services. She was single, with no children and had completed secondary school. She was natural from a city in northern Portugal, where she lived with her parents and one sister, a lower-middle class household. At the time of observation, she had a temporary part-time job.

Reason for referral

She initially presented to outpatient clinic, referred by her general practitioner, with a depressive syndrome and with

E. Machado y cols

4-year evolution and antecedents of self-injury. She was offered psychopharmacological and psychotherapeutic treatment in day hospital.

Patient's background

She had no knowledge of particular adversities, stressors or diseases during early childhood and school-age.

In her adolescence however significant relational stressors started to surge. She reported an abusive episode when she was 11 involving a 4-year older cousin, in which he leaned her against a wall and put his hands inside her clothes, touching her genitals. She experienced these approaches as unwanted, feeling shame and embarrassment.

She recalled relational difficulties with her father starting in early adolescence. The relationship became conflictive and hostile, leading to frequent physical aggressions. The content of the discussions focused mainly on the father's control behaviours over her. While she asserted that the frequent alcohol abuse from her father's part was the most determinant factor in this dynamic, she considered she played an active role in the arguments, associating it with a generalised rebellious attitude and frequent displays of temper.

She said that she had her first sexual intercourse at the age of 14 with a school friend 4 years older with whom she was dating for a few weeks, stating that, although there was no explicit coercion, she felt pressured in the specific situation. She explained that after this sexual relationship, the boy stopped contacting her with no explanation and exposed the sexual encounter to the school community, which made her feel despised and humiliated.

At the age of 15 she started her a relationship with a boy of the same age, which continued for 4 years. She depicted a very unstable, tumultuous, on-and-off relationship, with frequent displays of temper from both sides. She defined him as manipulative, controlling and aggressive. She considered that, as a legacy of this experience, she started associating the feeling of being loved with controlling conducts from her partners ("I expect a lot from the person who is with me, he was obsessed with me and I now think that if they like me, they also have to be obsessed, there is no in-between, they have to be 100%" sic).

During these years, she started to develop depressive and anxious symptoms and engaging in self-injury behaviour (self-cutting her wrists) that she used as a relieving mechanism for her emotional suffering, denying suicidal ideation. Yet, she managed to keep adequate social and academic functioning until about one year ago, when she left school. Indeed, she described herself as a lively, easy-going teenager and popular in her peer group, somehow being able to dissociate her subjective distress from the social roles she assumed.

Regarding family history, father's history of a psychiatric admission at a young age, around 20 years old, stands out. In this regard, she does not know any further details.

She denied any relevant medical or surgical antecedents.

Present clinical state

At the time of observation, she reported worsening of the depressive and anxious symptoms for the last year, in which general loss of interest, a lack of future prospects, social isolation and feelings of self-worthlessness and hopelessness stood out. Self-injury behaviour had remitted for two years.

She also reported enduring feelings of emptiness and a general unstable sense of self that had been present for the last 4 years ("My feelings literally change like the wind...I switch so much between my thoughts...I don't actually know how to define myself" sic). Anxiety symptoms were also reported, described as a tense and hypervigilant state present during most of the day and in the context of which illusions were also arising (perceiving human figures in the dark as a threatening stimulus). She was experiencing brief episodes of depersonalization about once a week, where she suddenly felt detached from her body and thoughts, with no apparent precipitating factor.

Regarding current family dynamics, she reported a poverty of emotional content in communication. She considered that currently the confrontational situations with her father were less troublesome, in the sense that they did not evolve into physical violence. However, she described his behaviour as erratic and unpredictable and her mother's as usually passive and emotionally detached.

She presented an athletic morphology, usually wearing practical and comfortable clothes, with sportive style, long loose hair and adequate body hygiene. No disturbances of motor activity were documented, keeping an agile attitude.

Her posture during the observation was defensive, with arms tight against the body. Facial mimic was lively and expressive, establishing a collaborative but anxious rapport, with fleeting eye contact.

The mood was depressed, with predominant feelings of self-worthlessness and a negative vision of the future and the outside world.

E. Machado y cols.

Speech was spontaneous and fluid, with a note of authenticity, coherent, organized, with content polarised on personal conflictive experiences, becoming more abundant according to the associated emotional charge, but interruptible. Appropriate tone and timbre, with expressive vocal inflections. The underlying thought had no formal disturbances and was polarized towards contents of negative tonality. Subjective sensation of slowing of time was reported.

Her intelligence was estimated to be average to above average. There was no evidence of actual psychotic disorder or gender dysphoria.

She exhibited critical judgment regarding his psychic suffering, feeling the need to seek medical attention.

Sleep was fragmented. No alterations in appetite and weight or loss of libido.

Description and analysis of the condition

During her follow-up, a pattern of atypical, intense, and persistent sexual preferences was identified. It involved two types of sexual stimuli: infantilist elements (role-playing as a baby) and masochistic practices (being subjected to physical pain by her partners').

She stated that her interest began when she was 15 years old and assigned their origin to her relationship with her first long-lasting sexual partner, when he proposed practices in which she played the role of a baby. Later on, sadomasochistic practices were also introduced, in which she assumed a submissive role. Their sexual rapporteur progressively became restricted to these practices.

She described that usually she entered a very regressed role, in which she would not communicate in words and only vocalized moans mimicking those of a baby, crawling on the floor, thumb sucking while being held and rocked, drinking from individual milk cartons and from baby bottles and playing with child toys. She dressed up in accordance with this role, having her hair done in two side braids, using a soother and appropriate make-up. Initially, he assumed a position of command complementing this role as a caretaker. Then, while she kept a submissive role, he would become more aggressive, slapping her in the face and punching her on the body.

The patient reported having three longstanding sexual partners at the time of the follow-up, who had been her boyfriends and exclusive partners in the past and with whom she maintained an affective bond. She mentioned having shared and suggested infantilist and masochistic practices

to these partners. They refused to comply to the adult-baby role-playing and reacted with disapproval and dispite, relating it to paedophilia, which she described as a negative aspect and source of dissatisfaction that eventually weakened the affective bond of her relationships. However, two of them adhered to sadomasochistic practices after her appeal.

Regarding current sexual dynamics, she claimed that she never takes the initiative to start sexual activity with these partners. During the initial caresses she reported experiencing desire and excitement but had little pleasure during coitus. Sometimes she suddenly interrupted the sexual act or else consents to it "out of pity" (sic). She reported feeling uneasy in the resolution phase, referring shame and "feeling used" (sic).

She kept her "adult-baby" interest alive by keeping a soother for adults and childlike costumes at home, along with other objects such as small milk packages, that she used to take pictures and post on social media, on a specific account she kept for this purpose.

She occasionally had sexual encounters with men she knew in this context and who shared this preference with her, reporting unprotected sexual intercourse. She reported that these experiences were satisfying, as the strength of arousal and pleasure she got were comparatively higher and more constant throughout the sexual act, unmatching those she got from other type of stimulus.

These preferences were essentially bound to a dyadic interpersonal dynamic and had little autoerotic extent. Remarkably, she revealed that she never had interest in solitary masturbatory activity, mentioning that she felt uncomfortable in the few experiences in this sense and did not use adult-baby fantasies to feel aroused in a solitary context. She rejected the hypothesis of this behaviour be acting as a soothing factor to negative emotional states.

The interest in playing the role of baby was limited to the sexual sphere.

Also, she assertively denied any sexual attraction or interest in children as well any believes that her preferences could be linked to paedophilia, and this was not a personal concern for her.

However, her description was hued with feelings of shame from her perception of the social judgement and disapproval towards these behaviours, namely from the part of her partners. During her follow-up she stated that she had no wishes to change this condition and she did not consider changing this aspect of her life.

E. Machado y cols.

The diagnostic evaluation and monitoring were based on clinical observation.

Because of the pervasive and enduring pattern of malfunctioning, present in various contexts of her life, we regarded personality disorder as the primary diagnosis. The pattern of unstable and intense interpersonal relationships alternating between poles of idealization and devaluation, marked reactivity of mood, unstable sense of self, presence of chronic feelings of emptiness, existence of persistent dissociative symptoms and frequent displays of temper, was consistent with Borderline Personality Disorder. In association, we distinguish a Major Depressive Disorder with anxious distress, characterized by the combination of depressed mood, anhedonia, loss of pleasure and interest, feelings of worthlessness, diminished ability to concentrate, feeling tense and in a perduring hypervigilant state, and accounting for the impairment in social functioning observed in the previous year.

Intervention

This patient was offered pharmacological treatment, which consisted of escitalopram in dose escalation up to 20 mg id. Simultaneously, an individual psychotherapy process was initiated, based on cognitive and dialectical behavioural techniques. Family sessions were also proposed, but refused by the patient, as she was not willing to disclose her contact with the mental health services to her family.

The psychotherapeutic treatment took place in weekly sessions. The first phase of treatment (first two weeks) was directed at building an initial therapeutic alliance, creating engagement, and allowing for roles to be defined and therapeutic goals to be established. These were identified as: reduce distress and anxiety symptoms, improve intimate relationships with a reduced sense of dependency and being able to resume a course of study. During a second phase (from third week to third month), we moved to consolidating the therapeutic alliance and provide supportive interventions, offering validation and reassurance. During the third phase (up to the sixth month), we focused on developing emotional regulation strategies, identifying cognitive distortions, and helping replace them as well as finding other sources of structure, according to the goals defined at the beginning (she started a technical course on veterinary). During this phase, we had the opportunity to make what we had intended to be our first approach to the sexual function. We addressed sex educational aspects such as the use of condom. We provided information on paraphilia and helped detangle the concepts of atypical and pathological sexual patterns, aiming at destigmatizing the paraphilic interests and reducing the shame that hued her experience and providing information. Also, we could identify automatic negative thoughts, in particular thoughts of withdrawal, such as "when does it finish?", and thoughts of abuse, such as "the only thing he wants is to satisfy himself". She was not willing to address paraphilia as a therapeutic goal and declined when we offered to help her expand her sexual behaviour, but we consider that this intervention may indirectly have contributed to make her sexual interest less fixated and less exclusive on the paraphilic elements and, thus, to a healthier and more satisfying way to experience sexuality.

Along the follow-up, the patient reports were consistent with an improvement in the distress and anxiety symptoms, overlapping with our objective observation. She resumed a professional course in veterinary, which she valued as a fulfilling step and important in acquiring autonomy from her family

After this stage, the therapeutic process concluded because the patient eventually dropped out in the sixth month of treatment.

Discussion

The case presented here raises a discussion on multiple aspects of psychopathological interest. It meshes together developmental, personality and clinical aspects and prompts a reflection on the role of traumatic experiences and history of abuse in the development of personality and psychopathologic symptoms, the reciprocal interaction between relational disturbances and individual suffering and the influence of personality variables on the patterns of information processing and sexual response. For the scope of this work, we will give more emphasis on the features that are more closely related to sexology in our discussion.

The pattern of sexual response described has the characteristics of a paraphilia: there is an intense and persistent sexual interest in a situation of atypical nature (9). We know that paraphilias are not necessarily pathological, and there is currently scientific consensus in this respect (9, 10), so the clinical assessment must include a set of criteria that help determine its pathological or non-pathological nature, which we discuss below.

In a move intended to depathologize unusual sexual interests, the DSM-5 introduced a distinction between paraphilia

E. Machado y cols.

and paraphilic disorder. It refers to the former as any intense and persistent sexual interest other than interest in genital stimulation or consensual preparatory caresses with phenotypically normal, physically adult human partners, while Paraphilic disorder implies that at present this pattern causes distress or impairment in the individual or whose satisfaction has occasioned personal harm or risk of harm to another. Thus, paraphilia is a necessary but not sufficient condition for the diagnosis of paraphilic disorder. It does not, by itself, justify clinical intervention^(10, 12).

ICD-11 contemplates only paraphilic disorder as a diagnostic entity. This is characterised by persistent and intense atypical sexual arousal patterns manifested by thoughts, fantasies, impulses or behaviours involving others whose age or condition renders them unable to give consent and/or in which the person performing the act feels deeply disturbed. Paraphilic disorders may involve solitary behaviours or consensual individuals, associated with marked disturbance other than just experiences of rejection by others, or with significant risk of causing injury or death.⁽¹¹⁾

In the case presented, the patient's reports denote the existence of subjective suffering. The dissatisfaction experienced by the patient regarding sexual life with current partners and the disturbance in intimate relationships are explicit. However, establishing a causal relationship between this pattern of sexual response and the symptoms is problematic. Other elements, in particular the depressive-anxious symptomatology, the dysfunctional personality structure or affective immaturity are, in our point of view, better candidates to explain these experiences and contribute more strongly to the distress than the sexual interests proper. Per contra, although we can find evidence of a direct association between negative mood states and uncontrolled sexual behaviour in the literature⁽⁴⁾, the involvement in risky sexual behaviour, such as unprotected sexual activity with multiple partners, seems to be directly related to the paraphilic condition and brings it closer to the pathological pole. Obviously, the simple change of this behaviour could change this configuration and was an important objective of the intervention.

Hanson⁽²²⁾, in a paper in which he elaborates on the dimensional conceptualisation of paraphilias, states that the ideal number of dimensions to describe paraphilias is not known, but will probably include aspects such as 1) sexual self-regulation (i. e. the ability to manage sexual thoughts, feelings and behaviours in a way that is consistent with self-in-

terest and that protects the rights of others), 2) extent of atypical sexual interests (i. e. the position within a continuum comprised between the co-existence of multiple paraphilias and exclusive interest in "normative" sexual behaviour) and 3) overall intensity of sexual desire and expression (a more ambiguous concept - Hanson proposes, and the authors of the article agree, it be defined as the degree to which sexuality consumes resources that might otherwise be devoted to other productive activities). These are dimensions for which instruments have been developed, respectively Compulsive Sexual Behavior Inventory⁽²³⁾, Clarke Sex History Questionnaire(24) Sexual Excitation/Sexual Inhibition (SIS/SES) Questionnaire(25). These instruments were designed for the male population and lack adaptation and validation for the Portuguese female population. Working in this sense would make the assessment of these patients more objective and complete.

Studies on the natural history of paraphilias show that deviant sexual behaviour often begins in late adolescence or young adulthood and that its onset is often marked by deviant sexual fantasies associated with masturbation⁽²⁶⁾. It is also considered that paraphilia⁽⁷⁾, including infantilism^(21,27), is mostly a male disorder (90 to 99% of cases), except for masochism where the women represent the majority⁽²⁸⁾.

These data make the report of this case very relevant. Firstly, because paraphilic infantilism arising in a woman has been shown to be a minority phenomenon. On the other hand, the characteristics of the longitudinal history of the paraphilia in this case, apparently independent of solitary masturbatory activity but associated with dyadic activity with a partner, is noteworthy. We did not find any studies addressing the natural history of paraphilias in the female population, but this case challenges the analysis of this topic, focusing on the differential aspects between genders in the natural history of paraphilias.

Regarding the patient's biographical history, she denied adverse relational factors during her early development, although we cannot rule them out with certainty, especially attending to the lack of collateral information from another member of the family. Starting from her pre-adolescence, we find elements of psychological and physical maltreatment present in the relationship with her father, a climate of emotional neglect in the family and episodes of interpersonal violence in the relationships with her previous partners. Research shows that the presence of these negative experiences during early development may have etiological value in

E. Machado y cols.

the development of paraphilias, but no evidence is found for the influence of these during later stages of development, as in the present case. Still, we hypothesize that participatory model learning stemming from these experiences could account for the patient's unusual sexual interests.

We also would like to address the co-existence of paraphilic infantilism and sadomasochistic practices in this case. Some researchers have been finding an association between these practices (29). In fact, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed., pointed out in this direction: "sexual masochists may have a desire to be treated like a helpless infant and clothed in diapers" (30), but such reference was suppressed in its most recent edition. In this regard, Wilson presented an interesting hypothesis, in which he proposes that paraphilic phenomena would be the result of an imprinting process. Viz, sexual preferences would be affected by learning at a very early stage of development, usually taking parents as a model. The disciplinary practices and care exercised by parents in early development would produce the link between pain, humiliation, infantile scenarios, and sexuality(31). Although the co-occurrence of two paraphilias in the same individual is not unusual(32,33), we understand that the coexistence of these two dimensions in this patient is better conceptualised as different manifestations of the same core condition. Viz, being subjected to physical pain and humiliation and the adult-baby role-playing would serve the same purpose and derive their pleasure from the same core element - that of being under the control of another person.

REFERENCES

- Moser, C., & Kleinplatz, P. J. (2020). Conceptualization, History, and Future of the Paraphilias. Annual review of clinical psychology, 16, 379–399. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095548
- Kraus F.S. (1903). Psychopathia sexualis. Wiener Klinische Rundschau, 17, 564-566.
- Janssen D. F. (2014). How to "ascertain" paraphilia? An etymological hint. Archives of sexual behavior, 43(7), 1245–1246. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0251-5
- Bancroft, J. (2009). Sexual Variations. In Livingstone, C (Ed), Human sexuality and its problems (pp. 280-288). Indiana, USA: Elsevier.
- Henry G.W. (1948). Sex Variants: a Study of Homosexual Patterns. New York, USA.
- 6. Gosselin, C., & Wilson, G. (1959). Sexual Variations: Fetishism, Transvestism and Sadomasochism. P. B. Hoever.
- Garcia, F. D., Thibaut, F. (2011). Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs*, 71(6), 771–790. https://doi.org/10.2165/11585490-00000000-00000

- McManus, M. A., Hargreaves, P., Rainbow, L., & Alison, L. J. (2013). Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. F1000prime reports, 5, 36. https://doi. org/10.12703/P5-36
- 9. Fisher, K. A., & Marwaha, R. (2022). Paraphilia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) https://doi.org/10.1176/appi. books.9780890425596
- 11. World Health Organization. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.) https://icd.who.int/
- 12. Kirana, P. S., Tripodi F., Reisman Y., Porst H. (2013). *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology.*
- 13. Seto, M. C. (2008). Pedophilia: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. T. O'Donohue (Eds.), Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment (pp. 164–182). The Guilford Press.
- Laws, D. R., & Marshall, W. L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories,* and treatment of the offender (pp. 209–229). Plenum Press.
- Tuchman, W., Lachman, J. (1964). An unusual perversion: The wearing of diapers and rubber pants in a 29-year-old male. Am J Psychiatry, 120, 1198-1199.
- Evcimen, H., & Gratz, S. (2006). Adult baby syndrome. Archives of sexual behavior, 35(2), 115–116. https://doi.org/10.1007/s10508-005-9002-6
- Pate J., Gabbard G. (2003). Adult baby syndrome. Am J Psychiatry,160, 1932-1936. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.1932
- Croarkin P., Nam T., Waldrep D. (2004). Comment on adult baby syndrome. Am J Psychiatry, 161, 2141. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2141-a
- Evcimen H., Gratz S. (2006) Adult baby syndrome. Arch Sex Behav, 35, 115-116. https://doi.org/10.1007/s10508-005-9002-6
- Kise K., Nguyen M. (2011) Adult baby syndrome and gender identity disorder. *Arch Sex Behav*, 40 (5), 857-859. https://doi.org/10.1007/s10508-011-9783-8
- Zamboni B. D. (2017). Characteristics of Subgroups in the Adult Baby/Diaper Lover Community. The journal of sexual medicine, 14(11), 1421–1429. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.006
- Hanson R. K. (2010). Dimensional measurement of sexual deviance. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 401–404. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9575-6
- Coleman, E., Miner, M., Ohlerking, F., & Raymond, N. (2001). Compulsive sexual behavior inventory: a preliminary study of reliability and validity. *Journal of sex & marital therapy*, 27(4), 325–332. https://doi.org/10.1080/009262301317081070
- Langevin, R., & Paitich, D. (2002). The Clarke Sex History Questionnaire for Males-Revised (SHQ-R) technical manual. Toronto: MultiHealth Systems.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *Journal of sex research*, 39(2), 114–126. https://doi.org/10.1080/00224490209552130
- 26. Thibaut, F., Bradford, J. M., Briken, P., De La Barra, F., Häßler, F., Cosyns, P., & WFSBP Task Force on Sexual Disorders (2016). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. The world journal of



Love Hurts. An Old Cliché Reborn a Propos of a Clinical Case.

E. Machado y cols.

- biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 17(1), 2–38. https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1085598
- 27. Lasala, A., Paparo, F., Senese, V. P., & Perrella, R. (2020). An Exploratory Study of Adult Baby-Diaper Lovers' Characteristics in an Italian Online Sample. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1371. https://doi.org/10.3390/ijerph17041371
- 28. Langström N, Babchishin KM, Fazel S, Lichtenstein P, Frisell T. Sexual offending runs in families: a 37-year nationwide survey. Int J Epidemiol, 44(2): 713–720. https://doi.org/10.1093/ije/dyv029
- 29. Hawkinson, K., & Zamboni, B. D. (2014). Adult baby/diaper lovers: an exploratory study of an online community sample. *Archives of sexual behavior*, 43(5), 863–877. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0241-7
- 30. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition), Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 31. Wilson, G. D. (1987). Variant Sexuality: Research and Theory. Taylor and Francis. pp. 107–11.
- De Silva W. P. (1999). ABC of sexual health. Sexual variations. BMJ (Clinical research ed.), 318(7184), 654–656. https://doi.org/10.1136/bmj.318.7184.654
- 33. Heil, P., English, K. (2009). Sex offender polygraph testing in the United States: Trends and controversies. In Wilcox, DT (Ed), The use of the polygraph in assessing, treating and supervising sex offenders: A practitioner's guide, 181–216. USA: Wiley.





Recibido: 14/04/2023. Aceptado: 21/05/2023

FACTORES BIOPSICOSOCIALES Y BIOETICA EN EL DOLOR CRONICO

BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS AND BIOETHICS IN CHRONIC PAIN

Fernando Martinez Pintor

Director del Instituto de Reumatología y antropología Medica de Barcelona.

Académico Correspondiente de la Real Academia Europea de Doctores

Miembro de Honor de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática..

Correspondencia: Fernando Martinez Pintor Calle Escorial 148. Barcelona. Teléfono 676 49 67 30. martinezpintorfernando@gmail.com

Declaración de conflictos de intereses:

Este estudio no recibió ninguna ayuda económica. El autor declara no tener conflicto de intereses.





F. Martinez Pintor

RESUMEN

La importancia de los factores Biopsicosociales, en la génesis y mantenimiento de la enfermedad, cada día tiene mayor importancia. La mayoría de las enfermedades deben ser estudiadas bajo un prisma multifactorial, para facilitar su comprensión y posterior tratamiento. En la génesis y en el mantenimiento de muchos procesos psicopatológicos, aparecen factores tan importantes como la soledad, la desesperanza, la falta de cohesión social, etc.

Ya en el siglo XIX J.M. Charcot definió aquellas enfermedades en las que no se veía ninguna lesión orgánica, como trastornos funcionales. Hoy en día, la visión antropológica de la enfermedad, según la Escuela de Heidelberg, nos aporta una valoración más global de la enfermedad y más comprensible.

La antropología, se ve complementada con la bioética, una bioética de la vida cotidiana, que, como ciencia práctica, estudia y valora las condiciones de vida de los individuos buscando soluciones prácticas y aportando sus reflexiones con deliberación y prudencia.

En este trabajo pretendemos poner de manifiesto los factores más importantes que influyen en la enfermedad, aportando una visión antropológica de la enfermedad y acercando la bioética a la vida cotidiana.

Palabras clave: Antropología, algología, bioética, intervenciones biopsicosociales en salud

ABSTRACT

The importance of biopsychosocial factors in the genesis and maintenance of disease is becoming increasingly important. Most illnesses should be studied from a multifactorial perspective to facilitate their understanding and subsequent treatment. In the genesis and maintenance of many psychopathological processes, factors as important as loneliness, hopelessness, lack of social cohesion, etc. appear. As soon as in the 19th century, J.M. Charcot defined those illnesses in which no organic lesion was visible as functional disorders. At present, the anthropological view of illness, according to the Heidelberg School, provides us with a more global and understandable assessment of illness. Anthropology is complemented by bioethics, a bioethics of daily life, which, as a practical science, studies and evaluates the living conditions of individuals, seeking practical solutions and contributing its reflections with deliberation and care. In this paper, we aim to highlight the most important factors that have an impact on illness by providing an anthropological view of illness and bringing bioethics closer to everyday life.

Keywords: Anthropology, algology, bioethics, biopsychosocial interventions in health.

En los últimos años, del siglo pasado, pero sobre todo en el siglo actual, se ha producido en la población mundial, un interés creciente por los factores biopsicosociales, como causa de enfermedades. Tan es así, que la Organización Mundial de la Salud, en el año 2015 definió "los factores biopsicosociales como aquellas influencias ambientales, sociales y culturales que afectan a la salud y al comportamiento de las personas".

Qué duda cabe que, a lo largo de la historia de la humanidad, los factores biopsicosociales se han ido modificando, si bien es verdad, que, en España, dos autores del siglo XIX, ya se preocuparon por el estrés de las grandes ciudades. Me estoy refiriendo a J.M Letamendi y J.M. Esquerdo.

La frase tan repetida de que nunca se ha vivido mejor, con tantas comodidades y con mejor calidad de vida de cómo se vive ahora, para la mayoría de las personas, choca con la realidad de que nunca ha habido tantos pacientes psiquiátricos, adultos, jóvenes y adolescentes y tantas enfermedades

relacionadas con el estrés. Es verdad también que el concepto de trastorno introducido en el DSM V, ha influido en la medicalización de la sociedad, incluso acabaremos llegando a, como dice la psiquiatra argentina Campolongo (2015) a "considerar el aburrimiento como un trastorno".

Wild Christopher (2005) "definió como exposomas todos aquellos agentes externos que contribuyen a la enfermedad, tales como los ruidos, las comidas preparadas, el sol, etc.".

También, hemos de considerar, que la nueva sociedad híbrida (Lolas, 2003) de tecnologías y especie humana, está favoreciendo la presencia de ciertas patologías somáticas y mentales, cuya aparición o incremento en la frecuencia, están ligadas a la utilización de los nuevos aparatos. Me estoy refiriendo, por ejemplo, al aumento de tendinitis del primer dedo de la mano, al incremento de rizartrosis, etc. También, obviamente, los dolores de espalda debidos al ordenador, habitualmente colocado donde cabe y no donde debería de estar.

F. Martinez Pintor

Hace más de trecientos mil años, que el morfotipo de la especie humana no se modifica. G. Simpson (1944) definió las "contingencias adaptativas", como aquellos cambios que han sido decisivos en la evolución de especie humana, y que han dado como resultado, por ejemplo, la frontalización de los ojos, la prensión de la mano, la bipedestación, la posibilidad de dar zancadas, etc. Quizás la nueva tecnología, este actuando como un contingente evolutivo que influirá sobre la evolución somática de la especie humana.

Pero también el apoyo constante de internet, que evita la actividad intelectual necesaria, disminuyendo la neuro-plasticidad neuronal, podría estar actuando también, como contingencia evolutiva cerebral y como favorecedor de psicopatologías.

J. Haanes (2020). de la Universidad del Norte de Noruega, definió los síntomas asociados a factores ambientales, incluyendo entre ellos, factores tales como el electromagnetismo, el ambiente laboral, etc. En Europa y en concreto en Barcelona, tuvimos ocasión de ver hace algunos años, lipodistrofias en la cara anterior de las piernas, secundario a algún tipo de radiaciones en las mesas del personal que ocupaba determinados edificios de nueva construcción. Los riesgos laborales son un factor que ha existido siempre pero que quizás ahora por la presencia de determinadas tecnologías, se están modificando e incrementando.

Laín Entralgo, (1969) allá por los años cincuenta del siglo pasado, hablaba de la soledad y la desesperanza como causa de enfermedades, patologías que agrupó en lo que denominó síndrome Diselpídico. Unos años más tarde, Engel George, (1977), después de veinte años de trabajo en Rochester, reprodujo lo mismo que había descrito Laín, al observar que el ochenta por ciento de sus pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, presentaban cuadros clínicos somáticos diferentes, pero todos relacionados con el sufrimiento producido por la soledad o la desesperanza.

Los viajes, las migraciones, la globalización del siglo XXI, produce en un gran número de personas una falta de cohesión social. Sentimientos de soledad, de aburrimiento, de desesperanza, de sufrimiento en general, desencadenan lo que Lipowski (1984), denominó "Síntomas médicamente inexplicables", caracterizados por una sintomatología más o menos florida, pero sin que se pueda objetivar ninguna lesión orgánica. Enfermedades tan comunes como el intestino irritable, las cefaleas, los vértigos, la fatiga, la fibromialgia, el dolor de espalda inespecífico, etc. pertenecen a este grupo

de enfermedades médicamente inexplicables secundarias al estrés.

Decía Galileo que la Naturaleza está escrita con caracteres matemáticos. Con este planteamiento, la biología y en concreto la medicina siempre ha pretendido "matematizarse", con el fin de poder llegar a saber tanto las causas, la evolución de determinada enfermedad e incluso los tratamientos más idóneos a aplicar. La naturaleza debía supeditarse a la teoría.

Secundario a este deseo de elevar a la categoría de matemática, la medicina y en general la biología, con el fin de que los conceptos durasen sine die, en los años ochenta del siglo pasado, apareció la Medicina Basada en las Pruebas, (Sackett D., Haynes R B. y Tugwell P. 1994). Con ello se pretendía ajustar a leyes matemáticas y estadísticas los datos biológicos que se obtienen en cada paciente. La Asociación Americana de Estadísticas, (Amrhein V. Groenlandia S. y McShane B., 2019), y alrededor de ochocientos epidemiólogos de todo el mundo, (2016), consideraron que estas formulaciones estadísticas de "dato significativo estadísticamente" o la "p valor" obtenido de diferentes modelos matemáticos, dan un falso tinte científico a los estudios y que los resultados no pueden considerarse correctos desde el punto matemático. De hecho, no se ha publicado ningún trabajo que demuestre la efectividad de estos métodos estadísticos frente a trabajos que no sigan las leyes estadísticas prefijadas.

La importancia de los factores biopsicosociales y su difícil matematización ha sido puesta de manifiesto recientemente por F. Martínez-Pintor A. Martínez Gamo (2022)

Pero después de la aparición de la física cuántica de la mano de Max Planc, de Heideger con su principio de indeterminación pero sobre todo después de los teoremas de incompletitud del lógico matemático Kurt Godel, se produce un cambio total de paradigma en la manera de entender la ciencia y por supuesto también, la filosofía, como decía X.Zubirir (1934). La certeza es sustituida por la probabilidad, J Monod (1972) en su obra "El azar y la necesidad", lo dice bien claro, la biosfera tiene comportamientos imprevisibles.

Esto es exactamente lo que ocurre con la medicina. La constatación de la existencia de los factores biopsicosociales en la etiopatogenia de la enfermedad, nos obligan a reconsiderar no solo la MBP sino el modo de hacer frente a la enfermedad. Es un cambio de paradigma. Un buen ejemplo de ello es el concepto de Algología Antropológica de Lolas, en el cual, para el estudio del síndrome doloroso crónico,

F. Martinez Pintor

deben tenerse en cuenta factores tanto fundamentales como la fisiología, la biografía, los valores, la hermenéutica, etc.

Llamamos ética a la parte de la filosofía, que reflexiona sobre el fenómeno moral. Su objetivo es elaborar conceptos, formular valores, ofrecer modelos, sistematizar teorías, justificar normas, y poner a punto los métodos de aplicación de procedimientos de resolución de problemas.

La ética se basa en el imperativo kantiano de la universalización, que obliga a poder querer para todos la misma máxima que yo quiero para mí.

Van Rensselaer Potter, utilizó el termino bioética dentro de un proyecto global, relacionándolo con los sistemas de valores humanos.

Es decir, se trata de asociar la vida humana con la ética, en tanto que moral, costumbres, hábitos y valores. No se trata en la ética, de principios ni de reglas, de hecho, para Sánchez González M. A, (2021) la ética filosófica comenzó a existir en la Antigüedad Clásica, como un análisis de las virtudes que conducen a la eudaimonia. Es decir, antropología y ontología.

La Real Academia Española define la Bioética como:

"Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y de la biología, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos».

Parafraseando a Lolas, "la ética es el reino de la razón práctica" y continúa definiendo la bioética como

"El estudio de los juicios de valor que determinan la conducta de las personas en relación con la vida y las técnicas que la afectan"

Reflexionando sobre las dos definiciones, vemos que la ética tiene una visión de estudio sobre hechos sociales, sus valores y sus repercusiones biológicas, podemos abordar la bioética desde tres puntos de vista:

- Como proceso social.
- Como procedimiento, aceptando perspectivas diferentes sobre materias, sobre lo que es propio, bueno y justo.
- Como producto, publicando documentos de validez universal cuestionables y debatibles con el consiguiente enriquecimiento.

Con esta misma idea, hablamos de Ética Cívica, para referirnos a una ética que la mayoría de los ciudadanos comparten, laica, vinculada a la opinión pública en forma de conceptos y actitudes comunes, valores asumidos e ideales compartidos. Es una ética de y para los ciudadanos, considerando a los ciudadanos individuos autónomos con derechos y deberes y que tiene como fin reducir al mínimo los conflictos colaborando en una vida social armónica. Es

una ética global de la biosfera teniendo siempre en cuenta el contexto cultural y social en el examen de cada situación.

Con esta premisa de Ética Cívica y desde un punto de vista práctico, podríamos diferenciar dos tipos de bioética. Una primera dedicada al estudio macroscópico de la sociedad, una bioética a gran escala, en el que se estudian los temas sociales, relaciones entre diferentes países con sus posibles repercusiones internacionales, así como las legislaciones de ámbito mundial. Y una ética microscópica, de la vida cotidiana, en la cual la bioética estudia las condiciones concretas de cada individuo, donde es parte fundamental la "entrevista comprensiva" de Kaufmann (2021) con el análisis de la intimidad de cada individuo.

En este trabajo nos ocuparemos solo de esta visión más próxima al individuo, en lo que podríamos llamar "Intervenciones biopsicosociales en salud" de la Bioética. Cada intervención, siguiendo a Adela Cortina (1986), consistiría, de una manera sintetizada en realizar la siguiente secuencia

- El análisis de la realidad, después de un buen diagnóstico de la situación.
- 2. Tomar las decisiones adecuadas en el tiempo oportuno.
- Mantener el control de las decisiones tomadas de manera que se correspondan con responsabilidades

De tal manera que algunas de las intervenciones biopsicosociales en salud, serían:

- Intervención para conseguir una educación para todos a lo largo de la vida. Lo que Heidelberg denomina, "Alfabetización en salud" (Sturm, Stolz & Schalhorn, 2021) y educando en valores a la población, como propone García Baró (2012).
- Asistencia sanitaria para todos, especialmente a las personas de edad, procurando la máxima calidad de vida en todos los individuos. Ocupándose tanto de sus eventuales deficiencias físicas como de las repercusiones emocionales que puedan aparecer. Así mismo, la presencia del Síndrome de obsolescencia descrito por Lolas-Martínez-Pintor (2023) debería ser tenido en cuenta.
- Intervenciones sobre el medio laboral de las personas. Estudiando sus riesgos laborales, sus derechos y obligaciones. Horarios que les permitan una vida social y familiar.
- Intervenciones sobre el hábitat de las personas. Analizando la presencia de ruidos diarios nocturnos, humedades y presencia de campos magnéticos próximos, así como la proximidad de grandes superficies que precisen de maquinaria funcionando veinticuatro horas.
- Análisis del medio ambiente y ecológico en general. Salud para todos.

F. Martinez Pintor

- One-Health, Carta de la Tierra de UNESCO, recogido posteriormente por Federico Mayor Zaragoza (2021)
- Análisis del del tipo de consumo de alimentos en cada territorio, asegurándose de que se encuentren en las debidas condiciones. Granjas, comidas preparadas, pesticidas, etc. Así mismo, asesorando sobre la riqueza de nutrientes específicos en cada alimento.
- Intervenciones de control sobre la industria farmacéutica en todas sus manifestaciones, tanto en la farmacia de proximidad como en los grandes laboratorios farmacéuticos.
- Intervención en la regulación de las terapias reglamentadas. No olvidemos que uno de los cuatro principios de Georgetown, es primum non nocere, evitando intrusismos y charlatanismos.
- Intervenciones para favorecer la cohesión social. Integración social de los desplazados, así como sus derechos, obligaciones, considerando en cada caso las legislaciones de cada país.
- Intervenciones sobre las migraciones, favoreciendo el derecho a la asistencia sanitaria en los desplazados. Respeto a su diferentes culturas, religiones y valores. El amplísimo campo de la Migratología²⁰

Esta bioética de proximidad, de la vida cotidiana, se relaciona directamente con la antropología médica de la Escuela de Heidelberg, donde el dialogo, la deliberación, el respeto a los diferentes valores y la prudencia son los pilares sobre los que se sustenta y que deben ser la base las intervenciones biopsicosociales en salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Este estudio no recibió ninguna ayuda económica. El autor declara no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Amrhein, V., Greenland, S. & Mc Shane, F. (2019). Los científicos se levantan contra la significación estadística. Naturaleza, 567, 305-307.
- Campolongo, D., Martin, A., Tammaro, M.S. & Torregiani, M. (2015). Niños Medicalizados. VII Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación. XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires.
- Cortina, A. (1986). Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica. Madrid, España: Editorial Tecnos.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, 196, (4286): 129-136. doi: 10.1126/SCIENCE.847460.
- 5. García Baró, M. (2012). Sentir y pensar la vida. Madrid: Editorial Trotta.
- Greenland, S., Senn, S.J., Rothman, K.J., Carlin, J.B. & Poole, Ch. (2016).
 Pruebas estadísticas, valores de P, intervalos de confianza y poder. una guía para malas interpretaciones. Revista europea de epidemiología, 31, 337–350.

- 7. Haanes, J.V., Nordinc, S. & Hillert L. (2020). (SAEF) Síntomas asociados a factores ambientales. *Revista de investigación psicosomática*, 131.
- Kaufmann, J.C. (2021). La entrevista comprensiva. Madrid, España: Editorial DADO ediciones.
- 9. Laín Entralgo, P. (1969). El médico y el enfermo. Madrid, España: Editorial Triacastela.
- 10. Lolas Stepke, F. (2002). Bioética y Medina, Santiago, Chile: Editorial Biblioteca Americana. P 22-24.
- 11. Lolas Stepke, F. (2003). Bioética y antropología Médica. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Lolas Stepke, F. (2018). Migratologia: Bivio disciplinario e implicaciones éticas. Santiago, Chile: Anales del Instituto de Chile, Vol. XXXVII, Estudios, p. 77-84.
- 13. Lolas Stepke, F. (2022). Dialogicidad, Dolor y Cultura Bioética. Recuperado de WWW. SFMP.ORG.FS
- 14. Lipowsky, Z. (1984). What does the Word "psychosomatic" really mean? Psychosomatic Medicine, 46, 153-172.
- Martínez-Pintor, F., Martínez Gamo, A. (2022) Antropología Medica. Madrid, España: Editorial Marban.
- Martínez-Pintor, F (2023). Factores Biopsicosociales y algología Antropológica en el paciente con Dolor Crónico. Barcelona, España: Editorial Real Academia Europea de Doctores.
- 17. Mayor Zaragoza, F. (2021). Inventar el fututo. Córdoba, España: Editorial Ánfora Nova
- Monod, J. (1970). El azar y la necesidad. Barcelona, España: Editorial Tusquets Editores.
- Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras/ Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos, OIT/ CIE/OMS/ISP (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/ public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
- Real Academia Española. (2022). Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Edición Tricentenario.
- 21. Sackett, D., Haynes, R. & Tugwell, P. (1994). Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la Medicina Clínica. Madrid, España: Editorial Diaz de Santos.
- Sánchez González, M. A. (2021). Bioética en ciencias de la salud. Barcelona, España: Editorial Elsevier.
- Simpson, G. (1944). Tempo and mode in evolution. New York, USA: Columbia University Press.
- Sturm, N., Stolz, R., Schalhorn, F., Valentini, J., Krisan, J., Frick, E., Machler, R., Sczecsenyi, J & Strassner, C. (2021). Autoeficacia, actividad social y espiritualidad en el cuidado de pacientes ancianos con polifarmacia en Alemania: Un estudio transversal multicéntrico dentro del ensayo HoPES3. Cuidado de la salud, 9, 1312. https://doi.org/10.3390/healthcare9101312
- Wild, C.P. (2005). Complementing the genome with an "exposome": the outstanding challenge of environmental exposure measurement in molecular epidemiology. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 14(8), 1847–1850. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-05-0456Wild, C. (2005). 480-90
- Zubiri, X. (2003). La idea de naturaleza, La nueva física. Recuperado de https://mercaba.org/Filosofia/ZUBIRI/la_idea_de_naturaleza.htm





DEFINICIÓN DE SUICIDIO

DEFINITION OF SUICIDE

Dra. Isabel Parra

Servicio de Salud Mental - Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona - CIBERSAM - I3PT

El artículo plantea la definición de suicidio, así como sus principales características teniendo en cuenta el estado actual de la ciencia.

Palabras clave: Suicidio; Epidemiología; Definición; Abordaje.

El suicidio se define como el acto de acabar con la vida propia de manera voluntaria. Ha existido a lo largo de la historia, pero su interpretación cultural y el impacto en la sociedad ha ido cambiando a lo largo de los años. En la actualidad, se considera un problema de salud pública que requiere de intervenciones específicas para reducir su incidencia por el fuerte impacto que tiene en la sociedad. Sabemos que cada año mueren por suicidio unas 700.000 personas, es decir, una persona cada 40 segundos. Además, sabemos que por cada suicidio consumado se producen entre 10 y 40 tentativas.

Sin embargo, existen muchas deferencias entre países según factores culturales, económicos y las estrategias sanitarias de cada entorno. En general, el suicidio es más frecuente entre los hombres (4:1), excepto en algunos países como China, donde es más frecuente entre las mujeres, debido a cuestiones sociales y el mayor acceso a métodos letales (plaguicidas). El riesgo aumentado en los hombres se relaciona con el uso de métodos más letales, una mayor incidencia de consumo de alcohol y una menor tendencia a solicitar ayuda.

Se asocia en un porcentaje alto (hasta el 90%) a enfermedades mentales, siendo el trastorno depresivo el más frecuente (presente en el 60% de los suicidios consumados) (Conwell et al., 1996).

Se considera que el suicidio es multifactorial, es decir, existen factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos implicados en su aparición. Tiene una fuerte base genética, que es independiente de la enfermedad mental subyacente que pueda estar presente (McGuffin, 2010). De esta manera, sabemos que tienen más riesgo de suicidio los familiares directos de personas que han fallecido por suicidio, pero la





ISSN 2565-0564

Definición de las violencias machistas R. Cirici

interacción con otros muchos factores del entorno e intrínsecos de la persona acabaran de configurar el riesgo. En este sentido, se define el modelo diátesis-estrés de Mann que presupone que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés ambiental y la predisposición o vulnerabilidad a dicha conducta (diátesis), postulando un modelo estrés-diátesis (Mann, 2003).

Existen factores de riesgo que han sido claramente demostrados en múltiples estudios: ser hombre, el consumo de alcohol, sufrir una depresión, haber presentado conductas suicidas con anterioridad (Bernal et al., 2007), no tener apoyo social y familiar, tener antecedentes familiares de suicidio consumado y el acceso a métodos letales (García de Jalón et al., 2002; Foster et al., 2002). Y otros que se consideran protectores, como tener hijos, tener una buena red de apoyo socio-familiar, tener creencias religiosas o tener buenas estrategias para afrontar estresores. Ningún factor de riesgo per se sería suficiente para provocar una conducta suicida. Así, la combinación de diferentes factores de riesgo sería lo que precipitaría una conducta suicida.

Se han descrito diferentes estrategias preventivas que son útiles para reducir las tasas de suicidio, entre ellas, atender a las poblaciones de riesgo (personas que han presentado una tentativa autolítica, personas con trastorno depresivo), limitar el acceso a los métodos letales, utilizar los medios de comunicación para transmitir información adecuada a la población, formar a los médicos de cabecera para que detecten personas con riesgo o mejorar la coordinación con los servicios de salud mental (Mann et al., 2005; Luoma et al., 2002).

Valorar el riesgo de suicidio en una persona no es una tarea sencilla, requiere de experiencia en técnicas de entrevista, conocimiento sobre psicopatología y enfermedades mentales, conocer los factores de riesgo y protectores, pero se ha demostrado que preguntar sobre las ideas de suicidio no aumenta el riesgo, más bien supone una oportunidad de ayuda a la persona en esta situación y suele ser vivido como un alivio. En los servicios de urgencias, en las consultas de atención primaria y de salud mental es frecuente atender a personas con ideación autolítica o tras haber presentado una tentativa. Establecer un plan antisuicida para evitar el riesgo de recurrencia, se considera una estrategia muy recomendable y útil. Se trata de ayudar a la persona en riesgo a planificar estrategias y acciones a llevar a cabo en un momento de incremento de este riesgo, utilizando los recursos

del entorno, estrategias propias de la persona y los canales para solicitar ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 101, pp. 27-34.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 153, pp. 1001-1008.
- Forster, P.L., Wu, L. H. (2002). Assessment and treatment of Suicidal Patients in an Emergency Setting. En: Emergency Psychiatry. American Psychiatric Pub Inc, pp. 75-114.
- 4. García de Jalón, E., Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 25, pp. 87-96.
- Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 159, pp. 909–916.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews Neurosciences, Vol. 4, pp. 819-828.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 294, pp. 2064–2074.
- McGuffin, P., Perroud, N., Uher, R., Butler, A., Aitchison, K. J., Craig, I., Lewis, C., Farmer, A. (2010). The genetics of affective disorder and suicide. *European Psychiatry*, Vol. 25, pp. 275-277. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.012.

ENGLISH VERSION

The article discusses the definition of suicide, as well as its main characteristics taking into account the current state of the science.

Key Words: Suicide; Epidemiology; Definition; Management.

Suicide is defined as the act of voluntarily ending one's own life. It has existed throughout history, but its cultural interpretation and impact on society has changed over the years. Today, it is considered a public health problem that requires specific interventions to reduce its incidence because of the strong impact it has on society. We know that around 700,000 people die by suicide every year, i.e. one person every 40 seconds. We also know that for every completed suicide there are between 10 and 40 attempted suicides.

Definición de las violencias machistas R. Cirici

However, there are many differences between countries depending on cultural and economic factors and the health strategies of each environment. In general, suicide is more frequent among men (4:1), except in some countries such as China, where it is more frequent among women, due to social issues and increased access to lethal methods (pesticides). The increased risk in men is related to the use of more lethal methods, a higher incidence of alcohol consumption and a lower tendency to seek help.

A high percentage (up to 90%) is associated with mental illness, with depressive disorder being the most frequent (present in 60% of completed suicides) (Conwell et al., 1996).

Suicide is considered to be multifactorial, i.e. there are social, cultural, biological and psychological factors involved in its occurrence. It has a strong genetic basis, which is independent of the underlying mental illness that may be present (McGuffin, 2010). Thus, we know that direct relatives of people who have died by suicide are more at risk of suicide, but the interaction with many other factors in the environment (intrinsic to the person) will ultimately shape the risk. In this sense, Mann's diathesis-stress model is useful, because assumes that suicidal behaviour is the result of the interaction between environmental stress and personal predisposition or vulnerability to such behaviour (diathesis), postulating a stress-diathesis model (Mann, 2003).

There are risk factors that have been clearly demonstrated in multiple studies: being male, alcohol consumption, depression, previous suicidal behaviour (Bernal et al., 2007), lack of social and family support, family history of completed suicide and access to lethal methods (García de Jalón et al., 2002; Foster et al., 2002). And others that are considered protective, such as having children, having a good socio-familial support network, having religious beliefs or having good coping strategies to deal with stressors. No risk factor per se would be sufficient to trigger suicidal behaviour. Thus, it is the combination of different risk factors that precipitates suicidal behaviour.

Different preventive strategies have been described as useful in reducing suicide rates, including targeting at-risk populations (people who have made a suicide attempt, people with depressive disorder), limiting access to lethal methods, using the media to convey appropriate information to the population, training general practitioners to detect people at risk,

or improving coordination with mental health services (Mann et al., 2005; Luoma et al., 2002).

Assessing a person's risk of suicide is not a simple task, it requires experience in interviewing techniques, knowledge of psychopathology and mental illness, knowledge of risk and protective factors, but it has been shown that asking about suicidal ideation does not increase the risk, but rather provides an opportunity to help the person in this situation and is often experienced as a relief. In emergency departments, primary care and mental health clinics, it is common to see people with suicidal ideation or after a suicide attempt. Establishing an anti-suicide plan to avoid the risk of recurrence is considered a highly recommendable and useful strategy. It involves helping the person at risk to plan strategies and actions to be carried out at a time of increased risk, using the resources of the environment, the person's own strategies and the channels for requesting help.

REFERENCES

- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. Journal of Affective Disorders, Vol. 101, pp. 27-34.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 153. pp. 1001-1008.
- Forster, P.L., Wu, L. H. (2002). Assessment and treatment of Suicidal Patients in an Emergency Setting. En: *Emergency Psychiatry*. American Psychiatric Pub Inc, pp. 75-114.
- 12. García de Jalón, E., Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 25, pp. 87-96.
- 13. Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 159, pp. 909–916.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews Neurosciences, Vol. 4, pp. 819-828.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 294, pp. 2064–2074.
- McGuffin, P., Perroud, N., Uher, R., Butler, A., Aitchison, K. J., Craig, I., Lewis, C., Farmer, A. (2010). The genetics of affective disorder and suicide. *European Psychiatry*, Vol. 25, pp. 275-277. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.012.





TEMA DE TRABAJO: FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

SESIÓN DE TRABAJO DEL DÍA 22 DE MAYO DE 2023

En este artículo se desgranan los pros y contras de la creación de la especialidad de Psiquiatría infantil y juvenil por el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto. Esta responde a una necesidad social y asistencial ya que según un metaanálisis publicado en 2021 la edad de comienzo de un trastorno mental es entre los 8 y los 15 años con lo que se hace imprescindible el reconocimiento de los profesionales que intervienen en estas edades.

Se refleja también la controversia actual de la psicología clínica que establece dos vías formativas (PIR y PGS) y su lugar en el sistema de salud público.

Presentes en la reunión: Jesús Artal, psiquiatra, JM Farré, psiquiatra, Diana Molina, psicóloga y Miquel Agulló, psicólogo

Jesús Artal: Después de varios años de trabajos era una necesidad deseada el contar con la especialidad de Psiquiatría en infancia y adolescencia y también disfrutar de un año más de formación. Ha salido la norma con 5 años de formación y la orden que regula cuales son los itinerarios formativos de los psiquiatras tanto adultos como de infanto-juveniles. Detecta que podría manifestarse una disparidad de criterio entre los que pensaban que podría ser una nueva especialidad y los que consideraban que podría formar parte de un área de capacitación específica. Contamos con una normativa que no se ha desarrollado todavía en la cual es plausible la formar diferentes áreas de capacitación específica a propuesta de sociedades científicas, consejerías de gobiernos autónomos, etc. Se podría discutir si la Psiquiatría de la infancia y adolescencia sería una especialidad o un área de capacitación específica. Se optó por la especialidad y además ha coincidido con durar no solo 4 sino 5 años.

Estamos ante una oportunidad perdida; el hecho de contar con una formación de 5 años hubiera permitido una mejor capacitación en algunos ámbitos que no estaban desarrollados, como la psicoterapia o la psicogeriatría, hospitales de día, programas para primeros episodios... Sin embargo, lo que se ha conseguido es que al final todos los psiquiatras de infantojuvenil están obligados a rotar obligatoriamente





ISSN 2565-0564

Observatorio de la Salud Mental

J. Artal, JM Farré, D. Molina, M. Agulló

un mínimo de 8 meses por la especialidad de psiguiatría del adulto y los psiquiatras del adulto tienen que rotar al menos 8 meses por psiguiatría infantil y juvenil, sin que, además, a medio plazo puedan trabajar en ninguna de estas especialidades. Porque nosotros sí que somos especialistas en psiquiatría y, por tanto, podemos visitar también, en teoría, a los adolescentes. Eso es debido a la llamada "troncalidad": se ha estructurado una troncalidad con psiguiatría infantil con la que algunos no estamos de acuerdo. Éste es el punto de discusión. Es una oportunidad perdida el hecho de estar 8 meses dentro de una especialidad que no podrán ejercer, cuando podrían estar especializándose mejor. No considera que las áreas de capacitación sean una oportunidad perdida: son una herramienta que está presente en la legislación pero en que todavía no se ha concretado una propuesta en psiguiatría de ninguna área de capacitación, por ejemplo, Psiquiatría de enlace. Ésta es una herramienta que está ahí y, hasta donde yo sé, todavía nadie ha hecho una propuesta. Deberían acreditarse ciertos hospitales para impartir esta formación específica. Eso no está desarrollado todavía, en todo caso cuando nos adaptemos a los nuevos itinerarios deberán acreditarse grupos de centros para que puedan formar a los futuros psiquiatras infantiles. Porque de momento sabéis que solo se han ofertado 20 plazas en toda España y esas plazas se han ocupado muy tarde, se ha tardado en que fuesen escogidas, se confiaba en un mayor entusiasmo. Y las áreas de capacitación específica ya se desarrollarán.

JM Farré: En este sentido nuestra formación fue pionera en el Hospital Clínico de Barcelona donde el Dr. Toro, , fue de los primeros no sólo en España sino en Europa de conformar una psiquiatría infanto-juvenil. De hecho, la psiquiatría infanto-juvenil coexistía con otras áreas de capacitación específica como la terapia cognitivo cognitivo-conductual o la psicosomática.

Jesús Artal: Se pierden muchas cosas, nosotros no hemos podido influir tanto. Actualmente hay que reacreditar a todos los centros. Nosotros queremos acreditar plazas de infanto-juvenil, debemos cumplir unos criterios como disponer de un número de psiquiatras infantiles, unos dispositivos, una lista de espera, una serie de datos... Pero cuando desee que acrediten nuestra unidad de docencia multiprofesional conformada por unidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería y solicitamos infanto-juvenil podríamos correr el riesgo teórico, y quizá práctico, de que no te acrediten la plaza de infantil y no te reacrediten alguna de las estructuras

con las que ya contabas. Suponiend que todos podamos reacreditarnos, hay un proceso que no sé cuánto tiempo llevará que es reacreditar todos aquellos que quieran ampliar sus unidades docentes y va a ser un trabajo ímprobo. Creo que es una pérdida de oportunidades y de tiempo.

Diana Molina: He entendido que esto de rotar 8 meses unos en el servicio de otros, tenía que ver con la troncalidad.

Dr. Jesús Artal: El concepto de troncalidad correlación con otras áreas del conocimiento. Creo que deberíamos ser troncales con neurología o con alguna otra especialidad y eso es lo que no se ha desarrollado. Al final se ha quedado en que somos el mismo tronco, somos los mismos, no es que seamos troncos de nada. Si empezamos a buscar estas relaciones, seríamos nosotros el tronco de la psiquiatría infantil, por aquello de que somos más antiguos. Es un tema que me ha dejado mal sabor de boca o que no entiendo. La troncalidad ha muerto, desde luego en psiquiatría hemos abandonado esa idea por lo menos no se ha desarrollado.

JM Farré: De hecho, la psiquiatría infanto-juvenil la aceptábamos como tal en todos en los hospitales que la disfrutaban. Yo lo viví en el Hospital Clínico de Barcelona. Eso sí, hacían las mismas guardias que nosotros, estaban, se decía "están con el Dr. Toro"; estaban en infanto-juvenil y por tanto los reconocíamos como tales. Esta situación se ha reconvertido en una necesidad troncal en cada uno de los hospitales. Seguro que en el hospital de Valdecilla hay unos psiquiatras y unos psicólogos dentro de un "tronco" infanto-juvenil".

Jesús Artal: Sí, además sabéis que cuando salió el decreto, había una forma de acceder para ser psiquiatra infantil. Se accedía si habías acreditado trabajar en el hospital un número de años en infanto-juvenil, de forma monográfica. En nuestro hospital somos 32 psiquiatras y 5 de ellos han conseguido el título de psiquiatra infantil porque lo han acreditado, 4 porque se dedican sólo a eso y uno porque ha atendido muchos años a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

JM Farré: Recordad la sesión sobre la adolescencia y que se publicó en el No. 22 de nuestra revista con el psicólogo Dr. J. Puntí y el psiquiatra Dr. Pedro Ruiz que ahora es el jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Cínico de Zaragoza, o sea que en Zaragoza el jefe del Servicio de Psiquiatría va a ser un Psiquiatra infanto-juvenil reconocido. Lo que quiero decir es que no entiendo por qué se debe rotar 8 meses en infanto-juvenil cuando no se va uno a especializar en esta rama, eso es lo que no entiendo, cuando a lo mejor iría muy bien estar

Observatorio de la Salud Mental

J. Artal, JM Farré, D. Molina, M. Agulló

un tiempo en los programas de enlace por dar un ejemplo. Estaría bien que pudieran estar en un hospital de día, conocer la posibilidad de la atención domiciliaria tanto en adultos o como adolescentes... Tendrán que hacer encaje de bolillos para conseguir que estas dos especialidades se pongan de acuerdo. Porque luego, en medio de todo esto estarán los psicólogos infanto-juveniles, actualmente integrados dentro de la psicología general. ¿Existirá una especialidad vía PIR de infanto-juvenil?

Diana Molina: Yo creo que los psicólogos estamos lejos, circulamos en una etapa previa. Considero que todavía no hemos llegado ahí porque debemos resolver algo anterior; estamos sumergidos en la controversia entre los que han conseguido la especialidad clínica mediante PIR, se llaman PEPC (psicólogos especializados en psicología clínica) y otra figura que son los psicólogos generales sanitarios (PGS). No estamos discutiendo si hay psicólogos infantiles, se está discutiendo la cohabitación de los PIR y PGS. De momento sólo pueden trabajar en el Sistema Nacional de Salud los PIR. A los PGS, aunque tengan competencia, formación y experiencia no se les permite trabajar en esta estructura pública, aunque hay alguna sentencia de la Audiencia Nacional que reconoce que los PGS están formados y pueden trabajar en prevención, promoción y difusión de la salud y que gozan de formación suficiente para poder emitir diagnósticos, para poder intervenir terapéuticamente. Hay una gran masa de PGS que están trabajando en consultas privadas, diagnosticando y tratando, pero no tienen un reconocimiento, con lo cual todavía no hemos llegado al otro tema. Se necesitan muchos más psicólogos clínicos, pero no pueden ser PGS al menos en el Sistema Nacional de Salud, aunque gocen de formación, en muchos casos en un Hospital público.

Jesús Artal: Esto se complica, porque en muchos sitios y desde luego, en Cantabria; vamos a contar con un grupo de psicólogos clínicos en atención primaria, que no sabemos si van a depender del servicio de psiquiatría o de primaria, entonces estos, ¿Por qué no podrían ser PGS?

Diana Molina: Por lo que yo sé, estos van a ser PGS y se llamarán "referentes del bienestar emocional"; en Cataluña se

llaman RBEC. Este colectivo parece ser que están muy enfadados porque no les van a dejar diagnosticar, aunque vean claro y meridiano el diagnostico. Sólo podrán participar en grupos de intervención en habilidades sociales, autoestima y van a tener que afrontarlo junto al colectivo de enfermería que, hasta ahora, en algunos centros de atención primaria, desarrollan estas funciones y les gustan.

Jesús Artal: Si os dais cuenta, la Historia está llena de oportunidades perdidas

JM Farré: Yo creo que el tema es que no hay suficientes plazas para PIR. Hay muchos psicólogos, se ha creado un PGS y se han precipitado una serie de inconvenientes.

Jesús Artal: En psicooncología, se puede abordar de dos maneras: con psicólogos clínicos de plantilla o mediante convenios con la Cruz Roja o con la Asociación española Contra el Cáncer. Valdecilla siempre ha optado por convenios. Pues bien, como la mayoría no son clínicos están ahí visitando pacientes, pero dicen "no diagnostiques, ojo con la historia"... van a estar siempre en un sin vivir en mí.

Diana Molina: Encorsetados, observando problemas y no pudiendo intervenir. Se crean unas leyes que son contradictorias.

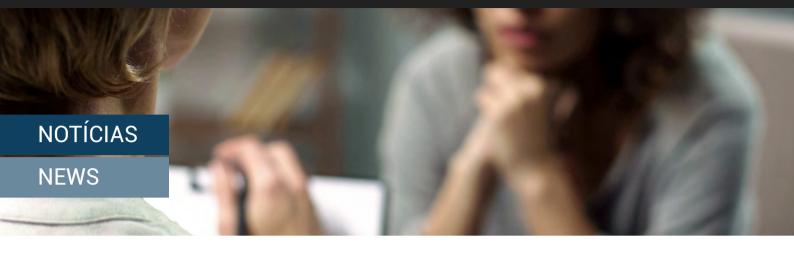
Jesús Artal: Respecto a los PGS, es posible que dentro de unos pocos años se presente una especie de convocatoria en la que aquellos que puedan acreditar PGS que están trabajando x años en centros y los jefes corroboren... igual les pasan a ser clínicos, porque habrá falta de clínicos; ya la hay.

JM Farré: Algunos de ellos muy bien formados, tanto en clínica como en investigación. Pero claro, no les puedes dar más. Pero lo que dice Jesús es que va haber un movimiento que se resolverá con una convocatoria. Yo creo que sería oportuno convocar, además, más plazas de PIR a fin de conseguir más psicólogos clínicos oficiales . Y, mientras, buscar una forma digna de cohabitación PGS- PIR:

Diana Molina: Los datos de que yo dispongo: PIR=4359 y PGS= 28157.

JM Farré: Estas cifras por sí mismas suponen un problema y la verdad es que no sé cómo se puede resolver.





SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

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

¹Psiquiatra, C.H.U. Ourense. Editor Asociado. ²Psicóloga HUD. Consejo de redacción. ³Psicóloga HUD. Universidad Internacional de la Rioja. Consejo de redacción.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa

FIBROMIALGIA



(*1) ENTRENAMIENTO DE RESISTENCIA Y SUEÑO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

EFFECTS OF RESISTANCE TRAINING ON SLEEP OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA: A SYSTEMATIC REVIEW.

Journal of Health Psychology 2023

Keywords: resistance training, sleep, fibromyalgia, systematic review, cancer, stigma, minority groups, detection screening

Antecedentes: En personas con fibromialgia, el insomnio es uno de los síntomas que suele ser prevalente y que provoca un malestar e interferencia significativo en la vida de la persona. En muchas ocasiones, los psicofármacos son el tratamiento más recomendado para actuar sobre el insomnio, aunque sabemos que existen ciertos hábitos que pueden favorecer a una mejora en la calidad del sueño del individuo. La calidad del sueño de pacientes con fibromialgia (FM), a través de una revisión sistemática.

Métodos: La búsqueda se realizó en bases de datos PubMed, Embase, Scopus y Web of Science. Inicialmente se encontraron 148 estudios, de los cuales seis fueron incluidos para análisis cualitativo.

ISSN 2565-0564

DOI: https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum2511





I. Gómez-Reino, I. Tolosa, G. Mestre,

Resultados: Cuatro estudios mostraron una mejora significativa en el sueño después del ER. En comparación con otras modalidades de ejercicio, el ER demostró ser superior al entrenamiento de flexibilidad y equivalente al ejercicio aeróbico. Las intervenciones duraron de 4 a 21 semanas, la frecuencia semanal varió de dos a tres veces y la intensidad varió de 40% a 80% 1RM, con ejercicios para los principales grupos musculares.

Conclusiones: El ER es una intervención que puede usarse para tratar la FM, sin embargo, se necesitan más estudios para verificar su efectividad en la mejora del sueño.

Comentario: Se requiere mayor investigación sobre los beneficios del ejercicio y mayor subvención en programas sociales que promuevan hábitos saludables. En muchas ocasiones los psicofármacos son necesarios e indispensables, pero en muchos otros casos la adquisición de nuevos hábitos y obtener un acompañamiento para mantenerlos en el tiempo es suficiente (o complementario a los psicofármacos) para mejorar nuestra calidad de vida; este estudio es una muestra más de ello.

BIBLIOGRAFÍA

 A.C. Rosatelli De Freitas Bastos, G. Torres Vilarino, L.C. De Souza, F. Hech Dominski, JH. Lorenzetti Branco & A.Andrade (2023). Effects of resistance training on sleep of patients with fibromyalgia: A systematic review. Journal of Health Psychology https://doi.org/10.1177/13591053231172288

Gemma Mestre Bach

PSICOCARDIOLOGIA



(*1) EFICACIA DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

THE EFFECTS OF POSITIVE PSYCHOLOGY INTERVENTIONS ON WELL-BEING AND DISTRESS IN

PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Journal of Psychosomatic Research. 2023

Keywords: Cardiovascular disease, Positive psychology intervention, Meta-analysis, Systematic review, Mental well-being, Distress

Antecedentes: Se ha encontrado que las intervenciones de psicología positiva (IPP) son efectivas para los trastornos psiquiátricos y somáticos. Sin embargo, se requiere una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios que examinen la eficacia de las IPP para pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV). Esta revisión sistemática y metaanálisis tiene como objetivo sintetizar los estudios que examinan la eficacia de las IPP y examinar sus efectos sobre el bienestar mental y la angustia en pacientes ECV mediante metaanálisis.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PsycINFO, PubMed y Scopus. Los estudios que se incluyeron fueron los que examinaban la efectividad de las IPP sobre el bienestar de los pacientes con ECV. La evaluación de la calidad se basó en la herramienta Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo. Se utilizaron modelos de meta regresión de efectos mixtos de tres niveles para analizar los tamaños del efecto de los ensayos controlados aleatorios (ECA).

Resultados: Se incluyeron veinte estudios con 1222 participantes, de los cuales 15 eran ECA. Los estudios incluidos mostraron una alta variabilidad en las características del estudio y de la intervención. Los metaanálisis mostraron efectos significativos para el bienestar mental (β = 0,33) y la angustia (β = 0,34) después de la intervención, los efectos seguían siendo significativos durante el seguimiento. Cinco de los 15 ECA se clasificaron como de calidad regular, mientras que el resto fue de baja calidad.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que las IPP son efectivas para mejorar el bienestar y la angustia en pacientes con ECV y, por lo tanto, podrían ser una valiosa consideración en la práctica clínica. Sin embargo, se necesitan estudios más rigurosos que tengan el poder estadístico adecuado y que nos ayuden a comprender qué tipo de IPP es más efectiva para qué tipo de paciente.

Comentario: A muchas profesionales que nos dedicamos a la intervención clínica en psicología, en ocasiones nos puede generar cierta desconfianza utilizar estrategias que vengan de corrientes de la psicología más "novedosas" o no tan reconocidas a nivel científico. Aunque la psicología positiva inicialmente ha sido una corriente que no nació con el pretexto de intervenir a nivel clínico, enfocada en el síntoma

I. Gómez-Reino, I. Tolosa, G. Mestre,

de la persona, cada vez más, aparecen estudios científicos que nos muestran su eficacia en el ámbito clínico y de la salud. Debemos seguir ampliando nuestro horizonte e incorporar de manera sistemática en nuestras intervenciones herramientas de distintas corrientes y está visión ecléctica nos permite un abordaje más individualizado a las necesidades de cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

1.K.J.M. Tönis, J.T. Kraiss, G.C.M. Linssen, E.T. Bohlmeijer (2023). The effects
of positive psychology interventions on well-being and distress in patients
with cardiovascular diseases: A systematic review and Meta-analysis.
Journal of Psychosomatic Research https://doi.org/10.1016/j.jpsy-chores.2023.111328

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

PSIQUIATRIA PERINATAL



DETECCIÓN DE
DEPRESIÓN EN
EL EMBARAZO Y
EL POSTPARTO:
¿SIMPLEMENTE HACER
ALGO?

DEPRESSION SCREENING IN PREGNANCY AND POSTPARTUM: JUST DO SOMETHING?

General Hospital Psychiatry 2023.

COMENTARIO Y RESUMEN

Voy a comentar en esta ocasión una editorial que me parece plantea un tema de gran interés y que lo aborda de una manera, en mi opinión, muy valiente y que nos debe hacer reflexionar en estos tiempos de cambio acelerado en "casi todo".

El artículo inicialmente señala la prevalencia de la patología afectiva durante el embarazo y el postparto, situándola en función de los estudios señalados en el artículo, entorno al 8%. Añade que la depresión durante el embarazo y el posparto puede tener consecuencias significativas, ya que puede afectar a la persona embarazada, al bebé, a las relaciones de pareja y a la relación entre padre e hijo.

Insiste, como a través de la inclusión rutinaria del examen de esta patología, junto con el resto de las afecciones del embarazo y postparto se puede hacer un diagnóstico del cuadro afectivo. Recuerda diferentes formas de utilizar la Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo (EPDS) en las evaluaciones rutinarias para confirmar el diagnóstico de sospecha, para seguir la evolución una vez iniciado el tratamiento o simplemente como facilitador de la exploración y el abordaje del tema de la salud mental en la relación médico paciente. Hace una clara distinción de esta manera de usarlo, frente a un cribado rutinario, donde la aplicación de la prueba permitirá establecer un punto de corte y a partir de ese punto, tratar o no a los pacientes.

Existe una notable disparidad entre diversas guías clínicas en lo que respecta a la cuestión del cribado de la depresión. Mientras que las directrices clínicas en Inglaterra y Canadá rechazan enfáticamente la necesidad de llevar a cabo esta práctica sistemática, las directrices en Estados Unidos y Australia no abordan esta cuestión de manera tan categórica y concluyente.

Finalmente, se procede a examinar detalladamente las recomendaciones del CTFPHC Canadiense (Canadian Task Force on Preventive Health Care), una institución altamente reconocida que cuenta con expertos independientes encargados de desarrollar pautas clínicas. Este se destaca por su enfoque metodológico riguroso en el análisis de la evidencia científica. De acuerdo con sus conclusiones, no se ha encontrado evidencia suficiente procedente de ensayos controlados aleatorios (ECAs) que respalde la realización sistemática de cribados para la detección de la depresión. Recientemente se han analizado la patología afectiva en diferentes situaciones clínicas, en las cuales se obtuvieron resultados similares.

Analiza los posibles efectos secundarios del cribado rutinario en esta patología perinatal, que van desde el sobrediagnóstico, al poder confundir con patologías más leves que suelen desaparecer en el tiempo, a la aparición de efectos secundarios de los antidepresivos e incluso potenciar el efecto nocebo en pacientes que inicialmente no se hubieran planteado un problema de este tipo.

Luego reflexiona como a pesar de no existir evidencias, se sigue pidiendo obviar estas recomendaciones y rebate

I. Gómez-Reino, I. Tolosa, G. Mestre,

algunos posibles argumentos. El primero de ellos es "debemos hacer algo". La idea de la falacia o el silogismo del político refleja la tendencia de estos a implementar soluciones inadecuadamente evaluadas para problemas críticos. Un silogismo es una forma de razonamiento deductivo, en el que se extrae una conclusión, válida o no, de dos proposiciones que se suponen verdaderas. La falacia del político refleja un error lógico de la forma, "Debemos hacer algo; esto es algo; por lo tanto, debemos hacer esto. El problema del razonamiento es que necesitamos hacer "algo que mejore la situación", no sólo "algo".

El segundo de los argumentos es que trata de una cuestión de justicia social y que el cribado garantizaría la igualdad de acceso a la atención, lo cual sería verdad si fuera eficaz, pero sino lo único que estamos haciendo es consumir recursos en un programa que no funciona y limitaría aún más el acceso a la atención para quienes la necesitan realmente.

Por último, algunos pueden preguntarse si la detección de la depresión podría reducir los episodios de depresión que podrían conducir a la psicosis posparto. Dado que no hay pruebas directas de que la detección de la depresión conduzca a menos episodios de depresión o reduzca los síntomas, hay pocas razones para pensar que reduciría los episodios de depresión que podrían progresar a la psicosis. Además, las herramientas de detección de la depresión, que se centran en la detección de los síntomas asociados con el bajo estado de ánimo y la anhedonia y no en los síntomas cardinales de la psicosis posparto, no ayudarían a identificar o evaluar la sintomatología grave que se presenta en la psicosis posparto ni ayudarían a diferenciar la psicosis posparto de nueva aparición.

Finalmente, recomienda que la mejor manera de brindar un buen cuidado de la depresión a las personas durante el embarazo y el posparto es asegurarse de que el personal sanitario pregunte acerca de los síntomas dentro de la evaluación rutinaria (PHQ-2), reconozcan la importancia de distinguir la depresión de otras patologías como el blus postparto, e investiguen otras causas como el hipotiroidismo. Los médicos también deben reconocer la importancia de identificar y brindar atención para la depresión en el período perinatal de acuerdo con las pautas e implementar procedimientos para respaldar dicha atención, incluidas consultas compasivas y profesionales y discusiones sobre salud mental y facilitación de derivaciones, según corresponda.

Creo que plantearnos las actuaciones que desarrollamos y si estas están apoyadas por la evidencia científica es una llamada de atención que debe llevarnos a una reflexión y acción más activa a la hora de diseñar programas ,en nuestro caso en el campo de la salud mental y en particular en el de la psiguiatría perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

 Brett D. Thombsa, Danielle B. Riceg, h, Sarah Markhami R, Ziegelsteinj C. General Hospital Psychiatry. Gen Hosp Psychiatry. 2023;82 (February):14–8.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo (EPDS) https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Escala-Depresi%C3%B3n-Postnatal-de-Edimburgo-EPDS.pdf
- 2. PHQ-2. https://aidsetc.org/sites/default/files/resources_files/ PHQ-2_Spanish.pdf
- Guía-clínica CMAJ: Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period | CMAJ
- Enlaces Psiquiatria perinatal del blog de nuestra unidad docente en la que encontrareis algunas presentaciones y enlaces a paginas sobre este tema

https://udocentepsiquiou.wordpress.com/2014/12/23/patolo-gia-psiquiatrica-en-el-puerperio/ https://udocentepsiquiou.wordpress.com/2017/12/27/psiquia-tria-perinatal-ii/

CIRUGIA BARIATRICA



CONFERENCIA DE CASO DE CONSULTA-ENLACE: ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE PACIENTES QUE SE SOMETEN A CIRUGÍA BARIÁTRICA

CONSULTATION -LIAISON CASE CONFERENCE: PSYCHIATRIC CARE OF PATIENTS WHO UNDERGO BARIATRIC SURGERY.

Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2023.

Palabras clave: bariatric surgery, depression, psychopharmacology, alcohol use disorder, education, psychiatry.

Resumen: Presentamos el caso de una mujer de 42 años con trastorno depresivo que fue intervenida con bypass en

I. Gómez-Reino, I. Tolosa, G. Mestre,

un Roux-en-Y gástrico y posteriormente se descompensó su clínica depresiva y reinició problemas de consumo de alcohol. Los mejores expertos en el campo de Psiquiatria de interconsulta-enlace, específicamente en cirugía bariátrica, brindaron orientación para este caso clínico, basándose en su experiencia y en una revisión de la literatura disponible. Los puntos clave de enseñanza incluyen la evaluación psicosocial prequirúrgica, la psicofarmacológica perioperatoria y el consumo problemático de alcohol después de la cirugía bariátrica.

Historia: Una paciente de 37 años, separada y madre de dos hijos, con grado III de obesidad, apnea del sueño, dolor crónico de rodilla, y trastorno depresivo mayor realiza una intervención RYGB de ciruqía bariátrica.

En la historia de peso, ella había sido obesa la mayor parte de su vida a pesar de múltiples dietas, comidas sanas, acudir a clínicas de pérdida de peso y ejercicio físico excesivo. El pico máximo de peso había sido previamente a la intervención. No había historia de trastornos de conducta alimentaria, pero si había cierta ingesta emocional en relación con aburrimiento, fatiga, sentirse nerviosa, o irritable. Además, tenía antecedentes de depresión mayor desde los 20 años, en que empezó tratamientos con psicólogo. En el momento de la intervención tomaba 300mg de Bupropion retard. Usaba alcohol socialmente en los cinco años previos a la cirugía apenas uno o dos vasos de vino al mes.

Tras la cirugía hubo una importante mejoría resolviéndose la apnea del sueño, pero tras dos visitas dejo de acudir. A los seis meses reaparece con una recaída de su cuadro depresivo que se había iniciado a los dos meses de la intervención, a pesar de no abandonar la medicación. Se realiza un cambio a formulación de liberación no prolongada y posteriormente se aumenta la dosis a 450 mg con lo que se produce la remisión del cuadro.

Dos años después de la cirugía se produce una importante ingesta de alcohol, parece haber cambiado su ingesta emocional por bebida emocional. Hay consumo diario, intoxicaciones frecuentes, síndrome de abstinencia y deterioro social y ocupacional.

Tras derivarse a un ingreso de 30 días a un programa de diagnóstico dual residencial y reenganchar con su psicoterapeuta al alta permanece abstinente a los cuatro años de estos sucesos.

Comentario. El primero de los aspectos que revisa el artículo es la **evaluación psicosocial previa a la cirugía**.

Distintos situaciones a largo plazo tras la cirugía bariátrica están relacionados con esta evaluación como son 1. El ajuste emocional, 2. La adherencia a las recomendaciones postoperatorias de estilo de vida, 3. La pérdida de peso, y 4. La mejoría en las comorbilidades médicas como la diabetes.

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL PREVIA

- 1. Historia dietética, evolución del peso. La ganancia de peso puede ser debido tanto a factores genéticos o medioambientales incluyendo causas médicas (hipotiroidismo, múltiples embarazos u ovario poliquístico), medicamentos (prednisona o antipsicóticos) y factores psicológicos como traumas o trastornos de conducta alimentaria. Los patrones de pérdida y recuperación de peso brindan información sobre los hábitos alimenticios y el estilo de vida que pueden ser relevantes para el manejo del curso postoperatorio a corto La falta de intentos previos de pérdida de y largo plazo. peso, sin embargo, no debería impedir que alquien considere someterse a una cirugía Bariátrica. También nos parece interesante en este apartado valorar el Estilo de consumo (velocidad, número de masticaciones por bocado, consumo de comida todo el día, se sienta para comer, si bebe mucha agua, si repite platos, cuánto tarda en comer, si come de forma ansiosa o compulsiva, se salta comidas),
- **2.** Actividad física y ejercicio. Evaluación sobre el ejercicio y las potenciales barreras médicas, sociales o psicológicas y su nivel general de motivación.
- **3. Psicopatología.** El objetivo no es tanto el diagnóstico o pasar o no pasar una prueba, sino analizar factores que pueden dificultar el éxito de la cirugía. El trastorno por atracón y la bulimia son contraindicaciones relativas, mientras que el consumo de alcohol es una contraindicación franca. El estrés postraumático no es una contraindicación, pero sí que es necesario hacer un seguimiento de estos pacientes para evitar un reinicio de los síntomas en el postoperatorio. Lo mismo ocurre con los trastornos afectivos. El síndrome del comedor nocturno también debe ser evaluado.
- **4. Tratamiento de Psiquiatria.** Hay que revisar el tratamiento actual y el previo, la adherencia y el patrón de recaídas previas. Los pacientes con antecedentes psiquiátricos significativos deben ser seguidos al menos un año.
- **5. Consentimiento informado.** En este apartado se incluye La comprensión del paciente sobre el procedimiento quirúrgico, El cronograma para la preparación quirúrgica y las posibles complicaciones y riesgos del procedimiento quirúrgico.

I. Gómez-Reino, I. Tolosa, G. Mestre,

Los cambios relevantes en el estilo de vida después de la operación y sus múltiples complicaciones potenciales. El examinador revisa las recomendaciones del dietista y evalúa la capacidad del paciente para entenderlas y seguirlas. Se debe evaluar el nivel de motivación del paciente, su educación, habilidades organizativas y potencial para adherirse al tratamiento posterior a la cirugía.

Lo fundamental es que el examinador debe evaluar si el paciente tiene una comprensión realista de los resultados probables de la cirugía bariátrica, específicamente las expectativas de pérdida de peso.

AJUSTES PSICOFARMACOLÓGICOS

Las recomendaciones generales con los psicofármacos se centran en:

La posibilidad de malabsorción de determinados medicamentos en las primeras semanas **tras la cirugía, en especial los ISRS**.

No se recomienda el cambio de las fórmulas de liberación prolongada a formulaciones de otro tipo previamente a la cirugía. Sin embargo, el articulo sugiere que los pacientes que se someten a cirugía bariátrica pueden estar en riesgo de malabsorción de medicamentos psiquiátricos, incluyendo el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina en las primeras semanas después de la cirugía.

Se recomienda monitorear de cerca a los pacientes después de la cirugía bariátrica utilizando escalas basadas en mediciones para apoyar la identificación temprana de la recaída de los síntomas. Si los síntomas psiquiátricos empeoran tras la cirugía bariátrica, se debe considerar un aumento de la dosis o cambiar a formas de liberación inmediata, liquida o bucodispersable, o que no utilice la vía del citocromo P450 (tal y como ocurre en el caso que se presenta). El mantenimiento de estos ajustes debe ser de al menos un año. En relación con el litio ha de utilizarse un protocolo para evitar las alteraciones de niveles dado su estrecho margen. El artículo referenciado en segundo lugar en la información adicional explica dicho protocolo.

USO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL TRAS LA CIRUGÍA

Los estudios demuestran un aumento del consumo de alcohol tras la CB, las causas son variadas desde un aumento de la absorción de alcohol, con concentraciones más elevadas en sangre y aumento del tiempo de eliminación, disminución del tiempo de exposición a la alcoholdesidrogenasa, así como alteraciones en la liberación de Grelina, su unión a sus receptores específicos y los efectos que se producen como resultado de esta interacción. Además, existen factores conductuales que pueden influir en el consumo problemático de alcohol. Estos factores incluyen las motivaciones para beber, la imagen negativa de sí mismo, el impacto de las restricciones alimentarias, las necesidades de apoyo no satisfechas, la falta de preparación quirúrgica y la falta de resiliencia en términos de habilidades para hacer frente y disposición para enfrentar nuevos problemas.

La evaluación del consumo de alcohol es una parte muy importante de la evaluación, siendo más frecuente en hombres, pero siendo mayor el número de mujeres a las que es necesario realizar trasplante hepático. Los déficits de vitamina B12 y el korsakoff es otro de los puntos para tener en cuenta.

Información adicional. Estos dos artículos que os señalo me parecen que complementan este conocimiento sobre cirugía bariatrica. El primer en español es un repaso a uno de los estudios más importante multicentrico a nivel internacional y el segundo señala el protocolo de actuación con el litio.

- Umaña JA, María DRA, Escaffi J, Lehmann PY, María P, Burr I, et al. Evaluación psiquiátrica en cirugía bariátrica: estudios labs y el ciclo de Gartner psychiatric evaluation in bariatric surgery: labs studies and the gartner cycle. Rev Med Cllin Condes. 2017;28(6):901–13. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301542
- Bingham KS, Thoma J, Hawa R, Sockalingam S. Case Reports Perioperative Lithium Use in Bariatric Surgery: A Case Series and Literature Review. Psychosomatics [Internet]. 2016;57(6):638–44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2016.07.001

BIBLIOGRAFÍA

 Andrade NL, Shenouda R, Sockalingam S, Fipps DC. C-L Case Conference Consultation-Liaison Case Conference: Psychiatric Care of Patients Who Undergo Bariatric Surgery. J Acad Consult Psychiatry [Internet]. 2023;1–10. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.02.001

I. Gómez-Reino, I. Tolosa, G. Mestre,

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



The Psychiatric Times es una publicación mensual del sector médico. Se publica por MJH Associates. Se distribuye a unos 50.000 psiquiatras. La descarga de la revista es gratuita. Se publicó por primera vez en enero de 1985 como una publicación bimensual de 16 páginas. Fue fundado por el psiquiatra John L. Schwartz y editado originalmente por Ronald Pies.

Ofrece noticias, informes especiales y recursos como podcast, actividades CME, con sus correspondientes créditos, Videos, casos clínicos, presentaciones, repaso de temas con preguntas explicativas y agrupados en distintas areas de la Psiquiatria, entre la que se encuentra la psiquiatría de enlace que la enmarca en el área de psicosomática. Bucear por la pagina y suscribiros, realmente os puede proporcionar mucha información y formación y sobre todo es gratuito. Os dejo los enlaces a la pagina principal y a la parte de psicosomática. Espero que os sea de utilidad, al menos para mi si lo es.

- https://www.psychiatrictimes.com/
- 2. https://www.psychiatrictimes.com/topics/psychosomatics





SECCIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH SECTION

G. Lasheras^{1,7}, M. de Gracia de Gregorio^{2,7}, B. Farré-Sender^{3,7}, M. Giralt^{4,7}, C. Sanz^{5,7}, E. Serrano-Drozdowskyj^{6,7}.

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

²Psicóloga. Hospital del Mar – Parc de Salut Mar. Barcelona

³Psicólogo. HUD. Barcelona. ⁴Psiquiatra. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

⁵Psicóloga. HUD. Barcelona. ⁶Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid

⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva





G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.



RESÚMENES DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES DE LA XI JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

1. TERAPIA DE EXPOSICIÓN EN EL EMBARAZO: CONTROVERSIAS Y REALIDADES

EXPOSURE THERAPY IN PREGNANCY: CONTROVERSIES AND REALITIES

Fiona Challacombe

King's College, London y Centro de Trastornos de Ansiedad y Trauma, Londres

El embarazo es una etapa de cambios a todos los niveles (físicos, emocionales, etc.) y que genera mucha incertidumbre en relación a varios tipos de amenazas: i) amenazas directas reales (violencia, económicas, discriminación), ii) amenazas físicas (ej. embarazos complicados), iii) amenazas externas (ej. Virus), iv) amenazas psicológicas (ej. el hecho de convertirse en madre).

Existe la convicción, por parte de las mujeres, de tener la capacidad de poder evitar resultados adversos, así como una creencia de responsabilidad exagerada, por lo que algunas personas experimentan mayores niveles de ansiedad, y esto no se limita a pacientes con TOC. La ansiedad no es sólo

equivalente a la probabilidad de que pase algo, sino a las consecuencias de ello sobre uno mismo. También, durante el embarazo, las mujeres reciben abundante información sobre alimentación, dietas, lo que puede hacer aflorar sus propios temores que facilitarían la aparición de conductas evitativas.

Por todos estos motivos, los trastornos de ansiedad son muy frecuentes (15-25%) durante el período perinatal y existen evidencias del impacto de la ansiedad antenatal, que se asocia a mayor riesgo de ansiedad y depresión postnatal, mayor riesgo de parto instrumentado y peores resultados obstétricos (bajo peso al nacer y prematuridad).

En cuanto al tratamiento de la ansiedad, se ha demostrado que en general las mujeres prefieren terapias psicológicas durante el embarazo, y están de acuerdo en realizar exposición. A su vez, sabemos que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) funciona adecuadamente para tratar trastornos de ansiedad fuera del período perinatal, especialmente incorporando exposición.

Sin embargo, los terapeutas son reticentes a la hora de aplicar una terapia de exposición durante el embarazo porque les preocupa una descompensación cognitiva, una exacerbación de síntomas, causar daño físico o que dicha terapia conduzca a mayor tasa de abandonos; únicamente un tercio de los terapeutas apoyaría la terapia de exposición.

En este sentido, refiriéndose a la seguridad durante el embarazo, se debe considerar el impacto de la ansiedad prenatal no tratada, que aumentaría los niveles de cortisol. No obstante, la evidencia actual respalda la exposición como una terapia segura.

Siguiendo el modelo de Clark (1986) se revisa cómo funciona la exposición en la ansiedad. Los síntomas son iguales en el embarazo, pero las conductas de seguridad pueden no funcionar. En el caso de una mujer con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), se debe liberar a la madre de las conductas de seguridad en relación con el temor de hacer daño al bebé y asegurarle que los pensamientos no se van a materializar. En la exposición, esto se logra mediante exposición deliberada, planificada y repetida a lo que genera el miedo, incluyendo objetos, situaciones, memorias, imágenes o sensaciones corporales, intentando dar una explicación muy racional, ver cuáles serían las alternativas a su conducta y entender conjuntamente el problema.

Para finalizar la Dra. Challacombe nos describe el **estudio ADEPT,** un ensayo de grupos paralelos que reclutó a mujeres

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

embarazadas con trastornos de ansiedad y las asignó al azar TCC intensiva (8h /semana durante 1-2s) o TCC semanal estándar 1h/semana 10 semanas), ambos grupos incluyen exposición. De 135 examinadas, 59 mujeres fueron reclutadas y aleatorizadas en el ensayo El 93 % completó el tratamiento y el 81 % proporcionó datos a los 3 meses del posparto. No hubo efectos adversos atribuibles al tratamiento. Las mujeres asignadas al azar al tratamiento intensivo mostraron una reducción de la ansiedad (GAD-7) después de dos semanas de tratamiento. Ambos grupos mostraron una reducción de la ansiedad (GAD-7), pero el beneficio fue más rápido en el tratamiento intensivo, sin que hubiera un repunte posterior. En conclusión, ambos tratamientos resultaron efectivos, aunque el formato intensivo consiguió reducir la ansiedad más rápidamente.

2. BUENAS PRÁCTICAS EN PSICOFARMACOLOGÍA PERINATAL. LECCIONES APRENDIDAS

M. Luisa Imaz Gurruchaga

Psiquiatra, Unidad de Salud Mental Perinatal, Hospital Clínic Barcelona

Las elevadas prevalencias de los Trastornos Mentales Perinatales, los cuales están infradiagnosticados e infratratados, hacen que sean considerados un grave problema de salud pública. Un 10% de las mujeres toman medicación psicótropa en la etapa perinatal, con una tendencia en las dos últimas décadas a la prescripción de antidepresivos y antipsicóticos atípicos en mujeres embarazadas.

Las hormonas sexuales femeninas y especialmente los estrógenos desempeñan un papel importante en las diferencias sexuales en la respuesta al tratamiento, y las diferencias inter e intraindividuales pueden deberse a procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos, muy acentuados en el embarazo, lo que provoca variaciones en los niveles de fármaco (al alza o la baja), pudiendo poner en riesgo a las mujeres y al feto, ya sea por exposición al fármaco intraútero o a la enfermedad infratratada. En la lactancia hay que tener en cuenta que el paso a lecha materna depende de muchos factores, siendo el momento más crítico la primera semana.

Las **recomendaciones de las autoridades sanitarias** son escasas y ningún psicofármaco está aprobado durante el

embarazo y la lactancia. No existen ensayos clínicos controlados y existen datos clínicos escasos para informar de la ruta clínica más adecuada.

El **balance decisional** para prescribir un tratamiento debe buscar la estabilidad de la madre con un riesgo asumible, optimizando la salud física y psíquica materna. Se recomienda la planificación de embarazos (33-50% no planificados), así como informar a la madre sobre los riesgos de la enfermedad mental en relación con el riesgo de teratogenia en población general (3-4%), de prematuridad (11-12%) y diabetes gestacional (2-7%), y evaluar el riesgo asumible en cada embarazo. Se trabaja desde un proceso de tomas de decisiones compartidas.

Tras la **discontinuación** de tratamiento en el T Bipolar, el tiempo medio para la recurrencia es de 9 semanas. Un trastorno descompensado se asocia a resultados obstétricos, perinatales y neonatales adversos. Por otra parte, el período crítico para la teratogenia (no cormosómica) es máximo entre la semana 3 y 6. A menudo las pacientes consultan pasado este período, con lo que es de escasa utilidad retirar el fármaco.

La **monitorización** de los niveles psicofármacos mediante análisis farmacocinéticos y farmacodinámicos ayuda a escoger la dosis más adecuada de fármaco y evitar la descompensación, ya que el feto estaría doblemente expuesto al fármaco y a la patología materna. Hay que remarcar que algunas complicaciones obstétricas pueden alterar los niveles de fármacos.

Durante la presentación se detallan los aspectos más relevantes respecto el uso de algunos fármacos, como el litio y para finalizar se resumen una serie de **recomendaciones:**

- Aconsejar el uso de métodos anticonceptivos eficaces cuando se instaure un tratamiento psicofarmacológico en mujeres en edad reproductiva.
- Planificar el embarazo siempre en un período de estabilidad clínica
- Informar el modo en que el embarazo puede afectar al trastorno mental, incluyendo el riesgo de recaída.
- Informar de cómo el trastorno mental y su tratamiento puede afectar a la embarazada, el feto y el neonato.
- No ofrecer ácido valproico como tratamiento a corto o largo plazo de los trastornos mentales a mujeres en edad reproductiva.
- Priorizar los psicofármacos más estudiados, los más seguros y los de mayor beneficio.

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

- Utilizar la monoterapia.
- · Seleccionar los psicofármacos que no tengan metabolitos activos.
- · Utilizar los psicofármacos de vida media corta.
- Utilizar psicofármacos de liberación prolongada en pacientes con mala adherencia a tratamiento y/o descompensaciones graves.
- · Utilizar la dosis terapéutica mínima eficaz.
- Conocer la semana de gestación lo antes posible, por ecografía, antes de tomar decisiones.
- Evaluar el estado psíquico de la gestante y la respuesta al tratamiento actual y tratamientos previos, así como la gravedad de los episodios previos y las preferencias de la paciente.
- · No suspender la medicación de forma brusca.
- Informar de que la retirada brusca o cambio de psicofármaco, una vez confirmada la gestación, no elimina el riesgo de malformaciones fetales.
- Descartar malformaciones con exploraciones complementarias.
- La mayoría de las madres podrá seguir tomando el tratamiento previo. Un cambio farmacológico supone exponer al feto a dos psicofármacos diferentes y a la madre a un riesgo de recaída de su enfermedad.
- Es necesario hacer un plan de tratamiento individualizado y coordinado entre las diferentes profesiones (psiquiatría, medicina materno-fetal, neonatología, trabajo social...)
- · Realizar un plan de parto y lactancia con la paciente.
- Utilizar las técnicas analíticas farmacocinéticas y farmacogenéticas para orientarnos en la concentración de fármaco.

3. CASA LAIETÀNIA-CENTRO DE NACIMIENTOS DE HOSPITAL GERMANS TRIAS. UN MODELO ASISTENCIAL INTEGRAL CON PERSPECTIVA SALUTOGÉNICA

Lucía Alcaráz Vidal

Comadrona, coordinadora de la Casa Laitània, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Durante esta ponencia se presentan las características de la Casa Laietània-Centro de nacimientos de Hospital Germans Trias, y sus resultados iniciales, tras dos años de la puesta en marcha dentro de un hospital de alta complejidad.

El centro de nacimientos (CN) es un dispositivo que permite el **parto natural** a mujeres con embarazo de bajo riesgo

que así lo deseen, en un espacio dentro o fuera del hospital que se parece a un domicilio, que es atendido y liderado por matronas y cuya atención se coordina de forma directa con los servicios de Obstetricia y Neonatología para una rápida derivación en el caso de complicación.

Es conocido que una **experiencia positiva del parto** depende de que las mujeres puedan tener un papel activo en el mismo, que permita el acompañamiento de sus parejas o la persona que elijan, por la calidad de la relación con las matronas que las han acompañado durante el embarazo y el parto, y la confianza en el equipo.

El modelo del centro de nacimiento, implica que la futura madre pueda tomar decisiones conjuntas con las matronas antes del parto, la misma matrona la va a acompañar durante todo el proceso, con una relación transversal entre los profesionales de diferentes servicios, incluida la coordinación con las matronas de la atención primaria, donde la familia está en el centro. La filosofía compartida por parte del equipo es de respeto de la fisiología, la atención desde la salud y donde se cuide el espacio donde se atiende por su impacto, tanto en los pacientes como en los profesionales. Además, se considera el acompañamiento como la principal fuente de analgesia siempre que sea "sereno, amable, empático y vigilante".

La **derivación** al centro de nacimientos se realiza desde la atención primaria al final del embarazo (a partir de la semana 37) hasta que dan a luz, y desde ese momento cuentan con la disponibilidad de un acompañamiento telefónico 24 horas 7 días a la semana, antes del parto y después del parto.

Tras el parto, permanecen en el CN entre 6-12hrs posparto, y si no hay complicaciones, se da el alta desde el CN tanto a la mujer y como al bebé, que se coordina con atención primaria para un puerperio domiciliario.

Se atienden una media de 20 partos al mes, en los que se incluyen mujeres con embarazos de bajo riesgo en el parto (un solo bebé, gestación a término, el parto se inicia de forma espontánea) y de bajo riesgo ampliado en el parto (p.ej: hipotiroidismo bien controlado).

En los últimos dos años se han acompañado a 334 mujeres, de las que 24,5% tuvieron que ser trasladadas a la sala de partos. La mayoría eran primerizas. Y entre los motivos de traslado al hospital estarían en primer lugar la necesidad de analgesia farmacológica y en segundo, las distocias, lo que es congruente con los resultados en CN de otros países con mayor experiencia en este tipo de dispositivos.

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

Respecto a las emergencias, la más frecuente es la hemorragia posparto y en el CN se hace la primera intervención, y en los casos atendidos hasta ahora no han requerido traslado a otro dispositivo.

Cuando se comparan **resultados** del centro de nacimiento frente a la atención convencional al parto, la mayoría de las mujeres que acuden al CN son autóctonas, con menor índice de masa corporal y dan a luz más tarde. Respecto a datos obstétricos, presentan mayor número de partos naturales (70,2 % frente a 13,2%), menor número de cesáreas (8,3 % frente a 10,4%) y el número de episiotomías es llamativamente menor (6,3 % frente a 21,6%), sin mayor incidencia de desgarro. Este último, es precisamente uno de los indicadores de buenas prácticas. Estos resultados hay interpretarlos con las limitaciones asociadas al sesgo de selección de la población.

Los resultados que se han podido recoger hasta la fecha indica que el CN cumple con los estándares de los indicadores (p.ej: epidural, instrumentalización, cesárea, episiotomía) de Buenas Prácticas establecidos en 2015 dentro de La Estrategia en Atención al Parto y Salud Reproductiva del Sistema Nacional de Salud.

Con estos resultados lo que se pretende demostrar es que la atención en el CN se relaciona con un mayor número de partos eutócicos, menor instrumentalización, menor necesidad de analgesia y con similares resultados perinatales frente a la atención convencional al parto, lo que es congruente con los resultados de los CN de otros países con más experiencia en estos dispositivos.

Respecto a las áreas de mejora estarían: recursos humanos más estables, un análisis coste-efectivo y diseñar los indicadores de salud.

Dentro de las **fortalezas** de este dispositivo se subraya la vivencia de experiencias positivas del parto por parte de las madres, el nivel de compromiso del equipo, la individualización de la atención y la coordinación directa con los servicios de Neonatología, Matronas y Atención Primaria.

4. ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MADRES Y PADRES TRAS EL DIAGNÓSTICO DE UNA ANOMALÍA FETAL O UNA CONDICIÓN QUE LIMITA LA VIDA DEL RECIÉN NACIDO.

Juan Luis Marrero Gómez

Psicólogo Clínico. Terapeuta Familiar. Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

¿De qué estamos hablando cuando hablamos de **cuida- dos paliativos perinatales**? Los Cuidados Paliativos Perinatales (CPPn) se definen como una intervención multidisciplinar,
una forma de atención clínica diseñada para anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual
de los fetos y recién nacidos con enfermedades limitantes
o amenazantes de la vida, e incluyen el apoyo a la familia.

Desde hace dos años se creó un **Protocolo de CPPn**, y Juan Luis Marrero trabaja en el equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos, de forma conjunta con el equipo fetal, neonatología, obstetricia; este equipo desarrolló el Proyecto y protocolizaron todas las etapas del mismo, mediante una atención integral, en la que no se separa el feto o bebé recién nacido del resto de la familia. El concepto familia se refiere a toda ella (normalmente las cuidadoras principales, que son madres y padres, pero también a los hermanos y hermanas).

La mayor contradicción que sienten las madres y los padres es "Cuando el final de la vida se da al inicio de la vida" tras recibir un diagnóstico prenatal con una enfermedad limitante y amenazante para la vida, que acaba en una muerte. Acostumbra a tratarse de muertes fetales intraútero o muerte en el primer período neonatal, o bien aquellas enfermedades limitantes o amenazantes para la vida que se diagnostican en el momento del nacimiento.

Los CPPn comienzan desde el momento en que se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan, independientemente de si recibe o no tratamiento de la propia enfermedad, a lo largo de la vida y la muerte del feto o recién nacido, y durante el duelo de la familia. Es una atención integral y total, porque atienden a la dimensión completa del dolor: físico, psicológico, social y espiritual.

La **secuencia** suele ser acompañamiento desde el diagnóstico (1T gestación), enfermedad, final de vida y éxitus, y duelo (desautorizado u olvidado). El duelo desautorizado se da en bebés que no nacen y mueren intraútero, ya que parece que socialmente no han existido; en estos casos, el trabajo

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

del equipo es darle entidad y visibilidad a ese feto o recién nacido, independientemente de lo que dure su vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS CPPN

- · Promover la calidad de vida del recién nacido que va a fallecer y su familia.
- Controlar los síntomas y acompañar durante el proceso de muerte y duelo.
- Incluir a la familia como parte integrante del equipo que participe en la toma de decisiones compartidas y en la planificación de cuidados, a lo largo de su atención con el enfoque en el "mejor interés" del bebé.
- · Abordaje ético de las decisiones al final de la vida de los fetos/ recién nacido.
- Apoyo emocional continuado.
- · Favorecer la creación de recuerdos.
- Facilitar el fallecimiento en el domicilio si la familia lo desea y el recién nacido lo permite.

PATOLOGÍAS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL O POSTNATAL QUE REQUIEREN ATENCIÓN (1):

Son niños que antes de nacer desarrollan problemas de salud importantes y fallecen previo al nacimiento, bebés que pueden sobrevivir solo unas pocas horas o días, bebés con anomalías congénitas que pueden amenazar las funciones vitales y bebés a quienes se les aplicó cuidados intensivos de manera adecuada, pero desarrollaron una enfermedad incurable.

- Condición limitante para la vida diagnosticada prenatalmente: síndromes malformativos (trisomía 13, 18, anencefalia). Se les proporcionan cuidados paliativos durante el embarazo y el desenlace es el fallecimiento intraútero o en el período neonatal o pocos días o semanas.
- Condición amenazante o limitante diagnosticada tras el nacimiento: asfixia neonatal, prematuridad extrema con complicaciones neurológicas/respiratorias. Se caracteriza por un diagnóstico no esperado y pronóstico incierto.

ATENCIÓN INTEGRAL: COMPARTIDA Y COORDINADA

- Obstetricia
- · Cuidados Paliativos Pediátricos
- · Matrona
- Neonatología
- · Enfermería neonatal
- · Otros profesionales: anestesiología, trabajo social, atención espiritual, voluntariado.

- · Coordinación con Atención Primaria y Servicio de Urgencias.
- · Coordinación con otros Servicios del Hospital.

A pesar de ser un Protocolo muy estructurado, cada caso es único y permite una atención personalizada y única en cada bebé y familia, adecuándose a las características de cada caso.

ETAPAS DE CPPN. INTERVENCIÓN PSICOSOCIOESPIRITUAL

1. Prenatal:

- a) Vínculos afectivos durante la gestación entre familia e hijo/a no nacido (nombre).
- b) Aceptación diagnóstico y pronóstico. Deseos funerarios.
- c) Duelo anticipado.
- d) Posibilidad de construir memorias tangibles (diario de gestación, fotos ecográficas, videos, grabación de latido, fotos de la barriga con la familia, etc.).
- e) Plan de Parto.

2. Parto y postparto inmediato:

- a) Planificar las actuaciones con el feto fallecido o recién nacido (cogerlo, abrazarlo, vestirlo, fotos, participación de familiares o amistades).
- b) Adecuación de medidas terapéuticas. Medidas de confort.
- c) Soporte espiritual: permitir rituales culturales o religiosos.

3. Postnatal:

- a) Lugar de los cuidados y fallecimiento (domicilio-hospital).
- b) Cuidados paliativos.
- c) Ajuste dinámica familiar.
- d) Apoyo en éxitus.
- e) Ritos funerarios.

HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS EN LA ATENCIÓN PALIATIVA PERINATAL

Comunicación empática y efectiva, así como todas las estrategias del counselling (acompañamiento, empatía, escucha activa, asertividad, autenticidad o congruencia, aceptación incondicional).

El sufrimiento de las familias tiene una doble narrativa: la narrativa de la muerte y la narrativa de la vida. En esta doble narrativa, hay familias que se aferran al presente y a que su hijo está vivo, y es muy difícil aceptar que esa vida que lleva dentro se va a morir. La familia ha de desarrollar una doble consciencia, que es la capacidad flexible de la mente para mantenerse aferrado al presente y prepararse para la muerte (2).

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

ENFERMEDAD, CUYO PRONÓSTICO PUEDE SER LA MUERTE

- · Fuerte impacto emocional en la familia.
- · Sufrimiento psicológico.
- · Cambios a nivel individual y ajustes en el sistema y dinámica familiar:
- · Soledad en los cuidados.
- · Dificultades en las relaciones de pareja.
- · Cuidadora principal (la madre).
- · Disminución y cambios en las relaciones sociales.
- · Toma de decisiones y afrontamiento de situaciones difíciles.
- Cuidados prolongados.
- · Amenaza continua de muerte, que genera miedo y vulnerabilidad en la familia (duelo anticipado).

TAREAS PARA ELABORAR EL DUELO ANTICIPADO (3-4)

- 1. Trabajar la realidad de la pérdida.
- 2. Identificar y elaborar emociones y el dolor de la pérdida.
- 3. Visualizar el entorno en donde el hijo/a ya no estará presente.
- Recolocar emocionalmente al hijo/a fallecido/a y continuar viviendo.

NECESIDADES EMOCIONALES Y TAREAS

- Informar a la familia con cierta antelación de la proximidad de la muerte.
- · Preparar a la familia para la fase de agonía, explicándole la aparición de los síntomas en la fase agónica: estertores, disnea, fiebre etc
- Ayudar a la familia a comunicar la noticia del estado en el que se encuentra.
- Facilitar pautas de participación en la despedida de los hermanos mayores y otros familiares.
- Favorecer que el padre y la madre pasen el tiempo que necesiten con su bebé. Animarles al contacto físico (besos, caricias, abrazos) y de la comunicación verbal.
- Orientar en los aspectos burocráticos de la muerte (servicios funerarios, traslados, certificado de defunción, etc.).
- Que los padres estén al lado del bebé en el momento de la muerte y que tengan la sensación de haberle acompañado hasta el final.

PROTOCOLO ATENCIÓN INTEGRAL EN EL FINAL DE VIDA, ÉXITUS Y DUELO

- 1. Proceso previo: enfermedad y final de vida (duelo anticipado).
- 2. Proximidad de éxitus. Situación de los últimos días.
- 3. Atención en el éxitus.

- 4. Cuidados postmortem. Rituales funerarios.
- 5. Condolencias, atención en tanatorio y carta de condolencia.
- 6. Sesión de fallecimiento en equipo. El equipo sanitario se reúne para hablar del caso y compartir cómo se han sentido.
- 7. Visita domiciliaria de duelo por parte del equipo.
- 8. Seguimiento psicológico del duelo.

CONSIDERACIONES

- 1. Los CPPn son una prestación de salud básica.
- Garantizan una atención integral y total (física, psicológica, social y espiritual).
- Mejoran la provisión de atención personalizada y empática para mujeres y sus familias, que humaniza la atención, facilitando la intervención médica, atendiendo las necesidades físicas de madre y bebé.
- 4. Favorece la expresión emocional y espiritual de los progenitores y la familia, así como atravesar un duelo adaptativo.
- 5. Establecer programas y protocolos en aquellos hospitales que atienden patología obstétrica y neonatal de alta complejidad.
- Todos los profesionales que actúan alrededor del embarazo, parto y nacimiento, deberían recibir formación básica en cuidados paliativos.
- 7. Reto y responsabilidad de las administraciones sanitarias de dotar de recursos para su implementación global e integral dentro del marco del Plan de Atención de Cuidados Paliativos, y de la estrategia de bioética para llegar a un nivel de competencia y excelencia que es obligación de todos y que no ha de tener límite de edad.

LECTURAS RECOMENDADAS

- "Hablar de la muerte para vivir y morir mejor" (Montse Esquerda, 2022): "Quien no mira a la muerte, no puede mirar a la persona que sufre".
- "El arte de saber escuchar" (Francesc Torralba, 2009): "El dolor tiene necesidad de ser escuchado, acogido, confortado, acompañado y la comunicación interpersonal es el factor clave para aliviar el sufrimiento". "Cuando el final de la vida se da al inicio de la vida y no se puede curar una enfermedad... podemos cuidar... acompañar y confortar siempre"
- https://sisuasociacion.org

BIBIOGRAFÍA

Martín-Ancel, A., Pérez-Muñuzuri, A., González-Pacheco, N., Boix, H., Fernández, M. G. E., Sánchez-Redondo, M. D., ... & Couce, M. L. (2022). Perinatal palliative care. Anales de Pediatría (English Edition), 96(1), 60-e1.

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

- 2. Colosimo, K., Nissim, R., Pos, A. E., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). "Double awareness" in psychotherapy for patients living with advanced cancer. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(2), 125.
- 3. Worden, J. W. (1997). Las cuatro tareas del duelo. El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia.
- 4. Payás Puigarnau, A. (2010). Las tareas del duelo. *Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional Editorial Paidós. España.*

5. PROPUESTA DE SOCIAS: EN EL OJO DEL HURACÁN EN EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.

Violeta Perez Bromberg¹. Analía Sierra²

1Psiquiatra, Hospital Rivadavia, Buenos Aires. 2Acompañante terapéutica perinatal. Presidenta de MATERNA, Argentina.

Desde Argentina, nos presentan un modelo de acompañamiento terapéutico durante el periodo perinatal en el marco de la ONG MATERNA, organización mixta de profesionales y pacientes que cuenta con espacios de acompañamiento gratuito, como grupos de reflexión, apoyo a padres, talleres sobre temáticas específicas y una red de profesionales.

El modelo de acompañamiento terapéutico surge a finales de los años 60, ante la necesidad de tras un internamiento psiquiátrico, volver a la comunidad con más recursos que permitan una mejor adaptación y evolución. En el caso concreto del periodo perinatal, esta necesidad se acelera en el contexto de la pandemia, donde las madres pasan mucho tiempo solas en casa.

Este modelo de atención, parte de la capacidad y necesidad con la que nacen los bebés de comunicarse con otro disponible y accesible y reivindica el valor terapéutico de estar presente en mente y cuerpo en la relación con el otro, frente a la sensación de soledad y desconexión. Pretende profesionalizar este tipo de atención y crear espacios de profundización de aspectos teóricos como acompañar a la mujer, a la pareja y al bebé que está por nacer.

Los objetivos fundamentales de esta intervención son: la conexión, escucha y acompañamiento en el "día a día", así como "hacer equipo" lo que permite el reparto de la transferencia y la construcción colectiva de saberes. En este sentido, el acompañamiento "día a día" permite observar de cerca la dinámica en el contexto natural, el hogar, lo que tiene un gran valor informativo para construir, junto al equipo de Salud Mental que les atiende, la comprensión de cada caso y sus

necesidades. Además, tiene la ventaja de que las intervenciones terapéuticas se realizan en los espacios reales de la cotidianeidad.

El acompañamiento terapéutico see realiza durante un periodo de tiempo, para sostener a la mamá y al bebé y ayudarles en la transición y adaptación a los nuevos roles, situaciones y desafíos de la maparentalidad. La figura del acompañante terapéutico, al estar presente, permite que si por su estado emocional, la madre necesita desconectar del bebé, pero con alquien disponible para comunicarse con él/ella.

Así mismo, una de las características fundamentales de esta intervención es la **flexibilidad**, es decir, ser capaces de identificar y adaptar a cada momento las necesidades de sostén. Aunque la necesidad de presencia y sostén puede ser más importante al inicio de la intervención, se va capacitando y validando a los padres para que la persona que realiza el acompañamiento terapéutico se vaya apartando progresivamente.

Además de la intervención terapéutica propiamente dicha, también se les facilita el **contacto/acceso a recursos** según las necesidades de cada etapa.

6. ANSIEDAD EN EL EMBARAZO. COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA CON 3 ESCALAS DE AUTOINFORME. ALBA VAL NOGUEROL, M. BELÉN VÁZQUEZ, M. CARMEN MÍGUEZ. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Alba Val Noguerol

Psicóloga, Universidad de Santiago de Compostela

Antecedentes: La salud mental de las madres durante el embarazo y el postparto es una etapa de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental y por tanto un problema de salud pública que conlleva consecuencias tanto para las madres como para los bebés. Uno de los síntomas más prevalentes en esta etapa es la ansiedad durante el embarazo, que puede comportar consecuencias a las madres entre las que se encuentran abortos, partos prematuros, depresión postparto, etc. y en los niños se asocia a menor peso al nacer, prematuridad, temperamento difícil, problemas cognitivos...

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

Objetivo: Este estudio tiene dos objetivos principales. Por un lado, determinar la prevalencia de la ansiedad en el embarazo con tres instrumentos de autoinforme, y por otro obtener un punto de corte para cada instrumento que permita detectar la sintomatología ansiosa de forma precoz.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes seleccionando mujeres embarazadas residentes en Galicia. Se seleccionaron 168 mujeres que se encontraban en el primer trimestre de gestación, en el segundo trimestre 75 mujeres y en el tercer trimestre 74 mujeres, siendo la muestra total de 317 mujeres. El rango de edad de estas mujeres oscilaba entre los 18 y 42 años. Los instrumentos de evaluación, además del uso de un cuestionario sociodemográfico y obstétrico-ginecológico, fueron las siguientes escalas: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) utilizando únicamente la escala de ansiedad estado, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) aplicando los tres ítems que valoran la ansiedad y por último la Escala de Ansiedad por Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).

Resultados: Se ha valorado que el percentil 85 en los diferentes instrumentos de evaluación permiten identificar a las mujeres con mayores niveles de ansiedad durante el embarazo y se propone como punto de corte diferentes medidas, según el periodo de gestación, en relación con los instrumentos STAI-E y GAD-7, mientras que en el instrumento EDS-3A no hay variación a lo largo de los trimestres de gestación. Además, la prevalencia de ansiedad difiere según el instrumento utilizado. En el STAI-E y GAD-7 la prevalencia mayor según trimestres de gestación es de un 20,3% y un 21,6% respectivamente en el tercer trimestre. En cambio, en la EDS-3A la mayor prevalencia se sitúa en el segundo trimestre. La evolución de la ansiedad es variable según cada instrumento utilizado en función de cada trimestre de embarazo. El instrumento que obtiene una mayor prevalencia de ansiedad durante el embarazo es la EDS-3A con una prevalencia de un 19,6%.

Conclusión: La ansiedad en el embarazo es altamente prevalente, independientemente del instrumento utilizado y el momento de evaluación, situándose entre un 15.5% y un 19,6%. La escala EDS-3A es la que detecta mayores niveles de ansiedad. La mayor prevalencia estimada durante el primer y segundo trimestre de embarazo se ha obtenido con el instrumento EDS-3A, mientras que en el tercer trimestre ha sido con la aplicación de la GAD-7. Existe gran variabilidad entre los instrumentos empleados y el momento de la eva-

luación durante el embarazo, así como una evolución de la ansiedad que difiere entre los diferentes instrumentos, por lo que es necesario contar con instrumentos validados en la etapa perinatal, así como protocolos de detección y atención a la salud mental durante el embarazo.

7. GESTANDO ME TALLER PRENATAL.

Yanira Madariaga y Cecilia Garrido

Universidad Andrés Bello, Chile.

Durante la pandemia, el aumento del estrés y la ansiedad en la población gestante y puérpera alcanzó niveles del 44,3 % con sintomatología ansiosa, y casi un 14 % con síntomas depresivos; en este contexto se volvió imperativo diseñar **intervenciones preventivas**. Desde la escuela de Obstetricia de la Universidad Andrés Bello se promovieron acciones ligadas a la atención de las mujeres en la etapa perinatal con el ánimo de detectar y derivar de forma precoz a aquellas mujeres con problemas de salud mental.

Durante los años 2021 y 2022 se promovió el **Proyecto de Vinculación**, a través de la facultad de medicina y la escuela de obstetricia de la Universidad Andrés Bello, con el ánimo de atender a las gestantes con problemas de salud mental. Se diseñó de forma que se pudieran atender aquellas mujeres que no se encontraban en las zonas centrales del país que están más pobladas, alejadas de los núcleos urbanos y que presentaban problemas de salud mental perinatal. En el año 2021 las participantes fueron 48 gestantes y, en el 2022, 50 más 44 puérperas del año anterior.

El **objetivo** fue facilitar un espacio informativo para mujeres gestantes (desde las 20 semanas de gestación) para promover la salud mental perinatal. Concretamente, se intentó proporcionar información relevante para facilitar estrategias que promovieran el fortalecimiento del vínculo prenatal, así como la disminución de la ansiedad durante la gestación y fortalecer el vínculo pre y post natal.

La **intervención** se realizó en tres sesiones de dos horas donde se trabajaron los cambios bio psico sociales en la gestación, concretamente el manejo de los temores y la ansiedad de las gestantes, el vínculo prenatal y la preparación física y emocional para el parto y el posparto. Los resultados previos a la intervención mostraron que casi un 10 % puntúa con un alto nivel de ansiedad por el embarazo, casi la mitad de las

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

mujeres señala tener miedo al dolor durante la dilatación del parto, más del 60 % mucho miedo a la muerte y pérdida de un ser querido, y casi la mitad mucho temor a que su bebé no esté sano; así mismo, más de un 40 % refieren sentimientos de miedo al parto.

La intervención se basó en técnicas de mindfulness, arteterapia, ejercicios de armonización intrauterina o relajación entre otras propuestas.

La valoración de los resultados fue apabullante puesto que todas las participantes consideraron que los contenidos fueron de su interés y todas lo recomendarían. Prácticamente todas también -un 90 %- considera que la metodología y el material fue fabuloso y que se cumplieron sus expectativas.

Los **desafíos futuros** hacen pensar que hay que promover el trabajo para preservar la salud mental perinatal, de forma interdisciplinaria, donde el rol de la matrona en la detección y prevención de estas dificultades se considera básico. También el de generar espacios de formación específica que permitan poder validar instrumentos de medición de la ansiedad pre y posnatal, así como aportar dispositivos de bajo costo.

COMUNICACIONES LIBRES DE LA XI JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

1. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y VALIDACIÓN DE LA EDS-3A PARA DETECTAR ANSIEDAD EN EL EMBARAZO

A. Val Noguerol y M. Carmen Míguez

Universidad de de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología Departamento de Psicología clínica y Psicobiología.

Introducción: La ansiedad durante el embarazo es uno de los problemas más comunes durante la etapa prenatal. Sin embargo, son escasos los estudios que aportan datos de validación de escalas para este periodo y sobre la prevalencia de trastornos específicos, como es el trastorno de ansiedad generalizada.

Objetivo: Determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y validar la subescala de ansiedad de la escala de depresión en el postparto de Edimburgo (EDS-3A) como un instrumento de screening para detectar ansiedad durante el embarazo en mujeres españolas.

Método: Se llevó a cabo un estudio de cohortes con una muestra de 317 mujeres embarazadas. Fueron evaluadas usando la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-5 (SCID) y la EDS-3A. Se evaluó el área bajo la curva ROC (AUC), la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: La prevalencia del TAG hallada durante el embarazo fue del 12.3%. El punto de corte óptimo de la EDS-

3A, según la SCID, para detectar sintomatología ansiosa durante el embarazo, fue de 7 o más (AUC de 0,82, sensibilidad de 61,5%, especificidad 86,3%, VPP de 38,7% y VPN 94,1%). La prevalencia de ansiedad hallada fue del 19,6%.

Conclusiones: El diagnóstico de TAG es altamente prevalente durante el embarazo, por lo que se debiera prestar más atención a la misma. La EDS-3A, es un instrumento adecuado para el cribado de ansiedad en mujeres españolas embarazadas.

Palabras clave: ansiedad, prevalencia, TAG, subescala de ansiedad de la escala de depresión en el postparto de Edimburgo (EDS-3A), embarazo, validación, screening.

2. INTERVENCIÓN CON VIDEO- FEEDBACK. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Rodríguez Hernández, P. Artieda, M. Serrano Díaz, J. P. Morillo

CSM Ciudad Lineal. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Motivo de consulta y objetivos terapéuticos: El motivo de consulta es una depresión postparto. Nuestro objetivo es prevenir el desarrollo de un trastorno vincular mamá- bebé.

Descripción de la intervención llevada a cabo: Hemos realizado tres sesiones de video- feedback. En la retroalimentación sólo hemos devuelto escenas positivas dado que los

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

problemas vinculares de la diada los entendemos en relación con una dificultad de disfrute de la mamá de la interacción con su bebé, en contexto de una depresión postparto y de una historia infantil de abandono no elaborada. Lo que hemos intentado es que la mamá se reconociera ejerciendo sus funciones parentales de manera adecuada, disfrutando de ellas, y así fuera consciente del gran beneficio para su bebé que la interacción sensible que ella puede realizar le aporta.

Principales resultados: La mamá refiere haberse sentido reforzada en sus competencias como madre. Tras el trabajo realizado con video- feedback, con psicoeducación y con apoyo emocional, disfruta más del estar junto a su bebé y practica nuevas formas de respuesta afectuosas y bien tratantes. Ha comprendido la demanda que el menor hace del contacto con ella y ha entendido que la dependencia del niño no va a ser eterna. Además ha podido ir elaborando su historia infantil de abandono y así ha expresado su deseo de un modelo de crianza para con su bebé diferente al que su madre utilizó.

Conclusiones: La intervención con video- feedback ha resultado efectiva en este caso grave.

Palabras clave: video- feedback, trastorno vincular, depresión postparto.

3. INGRESOS RESPETUOSOS ANTE FALTA DE UNIDADES MADRE-BEBÉ

A. Camuñas, C. García Terol

Parc Sanitari Sant Joan de Déu Sant Boi

Justificación y necesidad del programa: En España cuando una mujer en etapa perinatal requiere una hospitalización psiquiátrica se realiza en Unidades de Agudos convencionales.

Evidencias científicas utilidad programa: los ingresos en unidades convencionales implican que muchas madres con problemas psiquiátricos perinatales eviten buscar ayuda, así como produce un retraso en la recuperación, la separación de la díada mamá-bebé, el destete forzado y temprano entre otras consecuencias que afectan al vínculo y a la unidad familiar.

Descripción programa: hemos creado en PSSJD Sant Boi un circuito de ingresos por indicación psiquiátrica en la uni-

dad materno infantil. Estos ingresos respetuosos requieren siempre de un acompañamiento familiar 24 h. Se realiza un trabajo multidisciplinar entre psiquiatría- matronas-ginecología-pediatría en coordinación con la red de SM perinatal comunitaria que disponemos en PSSJD St Boi. En el último año hemos realizado 5 ingresos respetuosos obteniendo buenos resultados.

Conclusiones, limitaciones y líneas futuras: Se requieren Unidades de hospitalización específicas pero ante la falta de inversión en las mismas, los ingresos respetuosos madre-bebé pueden ser una buena alternativa. De este modo a la vez que se trata el problema de salud mental se trabaja el vínculo y se aseguran los cuidados del bebé evitando la separación de la díada. Es importante destacar que se debe analizar de forma individualizada los riesgos derivados de la psicopatología para poder realizar este tipo de ingreso respetuoso.

Palabras clave: ingreso respetuoso madre-bebé, Unidades mamá-Bebé.

4. DANA: UNA APP DE SALUD MENTAL Y BIENESTAR INTEGRAL EN LA MATRESCENCIA

R. Palau^{1,2}, C. Ferrari¹, J. Segundo^{1,3}, S. Veloso¹, S. Victor¹, L. Barreiro¹, S. Mulfinger¹, V. Montesinos¹, A. Frau-Pascual¹

1. A Thousand Colibris S.L. 2. SDHEd (Grupo de Investigación de Determinantes Sociales y Educación en Salud), IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas). Barcelona, España 3. APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)

Justificación. Los trastornos mentales son un gran problema en la actualidad que se agravan en el caso de las mujeres que se convierten en madres: el 90% de ellas experimentan ansiedad, miedo, soledad o culpa durante el periodo perinatal, y el 75% de los trastornos mentales perinatales están infradiagnosticados. En este contexto nace Dana: una app de salud mental perinatal.

Objetivos. El principal objetivo de Dana es acompañar a las mujeres en la etapa de matrescencia para mejorar su bienestar, promover el cuidado de la salud mental durante esta etapa, y facilitar el trabajo de los profesionales de salud perinatal.

Metodología. Dana proporciona una solución e-health de atención a las mujeres en matrescencia que dispone de

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

tres partes: "Mi Diario", donde la usuaria puede introducir su estado anímico; Colección de programas de educación y ayuda, creados por profesionales sanitarios; Comunidad de madres y profesionales, donde estas pueden interactuar.

Resultados. Dana ha tenido una buena acogida entre la comunidad. En el mes de marzo, hubo 1700 usuarias, 4500 sesiones con media de 3 minutos por sesión, 700 participaciones activas, y una retención del 40%. Así mismo, la comunidad de colaboradores alrededor de Dana no para de crecer.

Conclusiones. Con un equipo interdisciplinar detrás que incluye a proveedores de atención sanitaria, especialistas en ciencia de datos, y expertos en e-learning y neuromarketing, la solución de Dana está en constante mejora y crecimiento, y se convertirá en un futuro en una herramienta de detección precoz de trastornos de salud mental perinatal.

Palabras clave: app, maternidad, salud mental.

5. EFICACIA COMPARADA DE UNA INTERVENCIÓN POSITIVA VS COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN EL PERIODO PERINATAL: UN ESTUDIO PILOTO

E. Nombela¹, G. Salgado², C. Chaves³, A. Duque² y C. Marchena³

1. Universidad Complutense de Madrid 2. Universidad Pontificia de Salamanca. 3. Universidad Francisco de Vitoria

Introducción: La depresión perinatal es un trastorno que afecta a las mujeres en la etapa pre o postnatal y puede tener efectos negativos tanto en la salud de la madre como en el desarrollo del bebé. La investigación sobre las terapias psicológicas para la depresión en el periodo de postparto se ha centrado en la terapia cognitivo conductual que, a pesar de ser eficaz, presenta limitaciones en cuanto a su eficacia y adherencia. Nuevas aproximaciones terapéuticas plantean que, más allá de reducir la sintomatología, es necesario abordar el bienestar durante esta etapa.

Objetivo: El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de una intervención positiva (IP) con una intervención cognitivo-conductual (TCC) en mujeres con depresión postparto.

Método: 13 mujeres adultas con un diagnóstico de depresión postparto fueron asignadas aleatoriamente a una de las dos intervenciones empíricamente validadas, con un formato grupal de 10 sesiones online.

Resultados: El análisis mostró que ambas intervenciones fueron eficaces para reducir los síntomas clínicos, aumentar el bienestar y el vínculo con los bebés. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos de IP y TCC

Conclusiones: Los resultados indican que la depresión postparto puede tratarse eficazmente no sólo reduciendo síntomas negativos sino también fomentando la construcción de recursos positivos. Además, estos resultados amplían las opciones de tratamiento para pacientes y profesionales.

Palabras clave: Perinatal, Depresión, Bienestar, Intervención.

6. EVALUACIÓN DE PATRONES ATENCIONALES EN MADRES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN POSPARTO

G. Salgado¹, A. Duque², C. Chaves¹, y M. Sánchez²

1. Universidad Complutense de Madrid . 2. Universidad Pontificia de Salamanca

Introducción: Estudios previos indican que en la depresión perinatal las madres presentan un patrón de evitación atencional hacia los estímulos emocionales negativos, especialmente si están relacionados con niños/as.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio fue evaluar un sesgo atencional específico en madres con síntomas de depresión posparto (DPP), utilizando índices de procesamiento atencional visual proporcionados por la tecnología eye-tracking.

Método: La muestra estaba formada por un total de 34 madres en su primer año posparto, con una edad media de 33,32 años (DT= 5,67). Se utilizó la Escala Edimburgo de Depresión Postparto (EPDS) para separar a las madres en dos grupos. Todas las participantes completaron una tarea atencional de visión libre diseñada con 96 ensayos, 48 ensayos para cada categoría emocional (feliz, triste y enfadado), combinada con la expresión neutra del mismo adulto/niño. Los análisis realizados fueron ANOVAs mixtos: 2 (Grupo: PPD, controles) x 3 (Categoría emocional: feliz, triste, enfadado) x 2 (Tipo de imagen: adulto, niño).

Resultados: Los resultados indican que las madres con síntomas de DPP mostraron una menor preferencia por los

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

estímulos neutros de los niños que por los estímulos emocionales negativos en los índices de tiempo total de fijación y número total de fijaciones, en comparación con las madres control.

Conclusiones: Aunque los datos no concuerdan con la literatura científica respecto a la evitación atencional de estímulos infantiles negativos por parte de las madres con DPP, sí encontramos un factor protector en las madres del grupo de control al procesar estímulos infantiles emocionales.

Palabras clave: sesgos atencionales, depresión posparto, estímulos emocionales.

7. DURACIÓN DE LA FATIGA POSTPARTO EN UNA MUESTRA DE MADRES

M. Sánchez-García

Universidad de Valencia

Introducción: La fatiga es una de las principales quejas que manifiestan las madres durante las primeras semanas postparto. Se caracteriza por una sensación abrumadora de constante agotamiento físico y mental, no se restaura con el descanso y tiene consecuencias sobre la salud psicológica y el bienestar de la madre. Es un factor de riesgo significativo de la depresión postparto, del abandono de la lactancia y un impedimento para que las madres recuperen su estatus funcional anterior al parto. Existen pocos estudios sobre la duración de la fatiga más allá de los primeros meses postparto.

Objetivo: El objetivo del estudio es describir la evolución de la fatiga materna en los dos primeros años tras el parto con el fin de prevenir y reducir su impacto.

Método: En el estudio participaron 113 mujeres, de las cuales 67 eran madres con bebés de hasta dos años de edad, y 46 eran mujeres sin bebés (grupo control). Ambos grupos completaron dos cuestionarios de fatiga (FAS y VAS), además de un cuestionario de variables sociodemográficas.

Resultados: Los resultados del estudio indican que la fatiga en las madres con bebés es elevada y se mantiene estable al menos durante los dos años siguientes al parto que se han considerado en esta investigación en comparación con el grupo control.

Conclusiones: Puesto que la fatiga de las madres no cede rápidamente hay que ajustar las expectativas de aquellas

que esperen una recuperación del estatus funcional rápido para evitar sentimientos de inadaptación y frustración que podría contribuir a la depresión postparto.

Palabras clave: fatiga, postparto, maternidad.

8. LA RELACIÓN DEL APOYO SOCIAL Y EL TABAQUISMO DE LA PAREJA EN EL CONSUMO DE TABACO DE LA MUJER DURANTE EL PERIODO PERINATAL

C. M. Posse y M.C Míguez

Universidad de Santiago de Compostela

Introducción: El tabaquismo durante el embarazo y el postparto acarrea importantes consecuencias para las mujeres y su descendencia. Sin embargo, en España en torno al 15% de las embarazadas sigue fumando. Diversos estudios han analizado qué variables están asociadas al consumo de tabaco durante el periodo perinatal. A nivel psicológico, las que más se han estudiado son la depresión y la ansiedad, constituyendo importantes predictores del tabaquismo durante dicho periodo. No obstante, la variable apoyo social, que se ha asociado con el consumo de tabaco y con la salud mental, apenas se ha estudiado de qué manera actúa sobre el mismo.

Objetivo: Analizar la influencia del apoyo social en el consumo de tabaco de la mujer durante el periodo perinatal.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PsycINFO, PubMed y SCOPUS entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Se seleccionaron un total de 15 estudios, que analizaban la asociación del apoyo social y familiar, así como la influencia del tabaquismo de la pareja en el consumo de tabaco de la mujer. De éstos, 10 analizaron la relación entre el apoyo social y el consumo/abandono de tabaco durante el embarazo, y 5 estudiaron su relación con el mantenimiento de la abstinencia/recaída durante el postparto.

Conclusiones: Se encontró que la ausencia de apoyo social y el tener una pareja fumadora durante el embarazo y postparto se relacionan con el consumo de la mujer durante el periodo perinatal.

Palabras clave: dejar de fumar, consumo de tabaco, apoyo social, embarazo, postparto.

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

9. PROGRAMA DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL PARTO TRAUMÁTICO

J. Arjona¹, B. Lorente², C. Chaves³, N. Garcia Riaño⁴, M. Nadales, R. Gol⁵, C. Comas⁶

1. Psicóloga. Centre d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) Badalona. 2. Facultativa especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Germans Trias i Pujol. 3. Facultativa especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Germans Trias i Pujol y ASSIR Badalona. 4. Facultativa especialista en Ginecología y Obstetrícia. Coordinadora clínica ASSIR Badalona. 5. Matrona. Coordinadora ASSIR Badalona. 6. Jefa de Servicio Obstetricia. Hospital Germans Trias i Pujol

Justificación y necesidad del programa: Ante el aumento creciente de demanda de atención psicológica tras experiencias de partotraumático se plantea la opción de incorporar al plan terapéutico una visita multidisciplinar que incluya a profesional especialista en Obstetricia.

Evidencias científicas utilidad programa: Existe amplia evidencia en la literatura acerca de los efectos del trauma intraparto sobre la salud física y mental materna, así como en el vínculo materno filial. El programa tiene como objetivo principal prevenir y/o contribuir al tratamiento de la psicopatología más frecuentemente asociada al parto traumático (trastorno por estrés postraumático, depresión postparto).

Descripción programa: Equipo multidisciplinar formado por: psicóloga perinatal, obstetra y/o matrona. Visita conjunta para dar respuesta a necesidad de completar información recibida durante el parto y resolución de dudas, así como valoración de sintomatología física si precisa.

Conclusiones, limitaciones y líneas futuras: La atención multidisciplinar al parto traumático puede mejorar la respuesta al plan psicoterapéutico. La principal limitación actual es la disponibilidad de recursos humanos e institucionales. A corto plazo, se pretende incorporar al programa a fisioterapeuta especializada en suelo pélvico.

Estimamos oportuno dejar un tiempo prudencial para valorar la utilidad del protocolo y establecer las modificaciones necesarias.

Palabras clave: Parto traumático., Violencia Obstétrica., Salud mental perinatal, Trastorno de Estrés Postraumático, Depresión posparto.

10. ¿GESTANTE CON DEPRESIÓN O DEPRESIÓN EN UNA GESTANTE?. EL ORDEN DE LOS FACTORES SÍAFECTA AL RESULTADO

C. Garcia-Terol, M. Brito, M.A. Cesar, C. Lillo, N. Pastrana-Rocher, D. Rosillo, D. Vallejo

Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

Motivo de consulta y objetivos terapéuticos: Vómitos en gestante de 32 semanas.

Descripción de la intervención llevada a cabo: gestante que entre las 7 y 32 semanas consultó por vómitos hasta en 13 ocasiones en diferentes dispositivos (ASSIR, CAP, UCIAS). A las 32 semanas acude a Urgencias en ambulancia refiriendo que su único alivio es tumbarse en el suelo boca abajo "porque está fresco". Ingresa en la unidad de maternidad por obstetricia realizándose valoración y abordaje bio-psico-social de la persona, vinculando a la paciente al programa de salud mental perinatal.

Principales resultados: Con pauta farmacológica se corrige insomnio y disminuye ansiedad, el abordaje psicológico permite recontextualizar síntomas y adecuar estrategias de afrontamiento al malestar. La intervención mejora el estado de ánimo, así como el patrón y tolerancia de ingestas lo que permite alta hospitalaria.

Conclusiones: el manejo de la gestante es totalmente dependiente del prisma desde el que se atiende, la visión del problema físico gestacional prevalece a la dimensión emocional y al análisis de la salud mental de la mujer. Queda mucho trabajo por hacer, para que los circuitos de salud y los profesionales que los hacen funcionar no descuiden estos aspectos de la perinatalidad. La formación, y principalmente la mirada de los profesionales es imprescindible para ofrecer los cuidados adecuados a la situación de cada mujer.

Palabras clave: perspectiva de género, salud mental materna, estigma.

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

11. IMPACTO COMBINADO DE FACTORES DE SALUD SOBRE EL BIENESTAR EMOCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS: ESTUDIO ECLIPSES

A. Díaz-López, C. Hernández-Martínez, E. Motevalizadeh, N. Voltas, S. Abajo, J. Canals, V. Arija

Grupo de Investigación en Nutrición y Salud Mental (NUTRISAM), Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona.

Introducción: Existe evidencia de que los diferentes hábitos y estilos de vida influyen en el estado emocional de la gestante, aunque su impacto combinado está menos estudiado.

Objetivo: Determinar la asociación de una combinación de múltiples factores de estilo de vida con síntomas emocionales durante el periodo perinatal en una población de gestantes sanas de bajo riesgo.

Método: Estudio de cohorte prospectivo de 654 embarazadas (30±5 años). Se recogieron variables sociodemográficas, obstétricas, de estilo de vida, antropométricas, y psicológicas durante el embarazo y a los 40 días posparto. Se consideró una puntuación combinada de los siguientes 5 factores de salud durante la gestación: normopeso, alta adherencia a la dieta mediterránea, no fumar, alta actividad física, y embarazo planificado; sumando un total de 0-5 puntos. La ansiedad pre-y-posnatal se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la depresión posparto mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS).

Resultados: En el análisis multivariable, la puntuación combinada de factores saludables se asoció inversamente tanto con los síntomas de ansiedad durante la gestación, así como con los síntomas de depresión postparto. Particularmente, las gestantes con ≥4 factores de salud, presentaron menores puntuaciones de ansiedad estado y rasgo, así como mayores puntuaciones de bienestar y estabilidad emocional. También mostraron un riesgo 44% menor de sufrir síntomas de depresión posparto.

Conclusiones: Este estudio muestra evidencia de la influencia positiva de una combinación de aspectos saludables en la ansiedad prenatal y depresión postparto, que deberían tenerse en cuenta en intervenciones de salud pública.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Embarazo, Estilo de vida, Estudio ECLIPSES.

12. PROPUESTA PILOTO DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA INSOMNIO EN EL EMBARAZO

M. Aparicio^{1,2}, J. Martínez-Rojas¹, C. García-Gibert¹, J. Esteva¹, Alba Roca-Lecumberri¹

1. Unitat de Salut Mental Perinatal CLINIC-BCN, Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clinic de Barcelona. 2. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Justificación y necesidad del programa: Entre el 12% y 38% de embarazadas presentan insomnio durante las primeras semanas de gestación, llegando al 60% en el tercer trimestre. Además, se ha visto que el insomnio durante la mitad del embarazo es un factor de riesgo de depresión concurrente en el posparto, sin embargo, encontramos escasez de programas de intervención específicos y estructurados para insomnio que estén adaptados a las particularidades de esta población.

Evidencias científicas utilidad programa: El tratamiento del insomnio en el embarazo disminuye los síntomas depresivos posparto. Es necesario recibir intervenciones tempranas, durante el embarazo, para reducir el riesgo en el posparto y afectación del desarrollo del bebé, sin embargo, es necesario desarrollar programas específicos para evaluar la eficacia.

Descripción programa: Programa grupal de orientación cognitivo-conductual basado en la Terapia Cognitiva Conductual para el insomnio (CBT-I) de 6 sesiones, siendo adaptado a la clínica, necesidades y circunstancias de las mujeres embarazadas.

Conclusiones, limitaciones y líneas futuras: Este protocolo facilita la percepción de autoeficacia para regular sus síntomas de insomnio e indirectamente también del estado de ánimo, ya que uno de los focos es la activación conductual como medida de higiene de sueño. Existen diferentes limitaciones pues durante el embarazo hay causas fisiológicas que afectan al sueño que no se resuelven con cambios cognitivos-conductuales, aunque estos pueden contribuir a disminuir el impacto del malestar asociado. En futuros estudios se propone examinar en qué medida este tratamiento grupal durante el embarazo puede reducir tanto el insomnio perinatal como la depresión posparto.

Palabras clave: insomnio, embarazo, depresión posparto, cognitivo-conductual.

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

13. PROTOCOLO DE VALIDACIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES PARA LA MEJORA DEL BIENESTAR Y LA AYUDA AL DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

R. Palau^{1,2}, S. Vargas³, S. Mulfinger¹, V. Montesinos¹, A. Frau-Pascual¹, J. Segundo^{1,4}, G. Parramón⁵, M. Sandonis⁵, M. Brik⁵, C. Hernández-Martínez³

1. A Thousand Colibris S. L. 2. SDHEd (Grupo de Investigación de Determinantes Sociales y Educación en Salud), IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona, España. 3. NutriSaM (Research group on Nutrition and Mental Health of the Universitat Rovira i Virgili).
4. APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos). 5. VHIR (Vall d'Hebron Research Institute)

Justificación: La prevalencia de trastornos de salud mental representa un problema de salud pública en constante aumento, especialmente en mujeres que se convierten en madres, quienes pueden ser infradiagnosticadas y tratadas inadecuadamente. En los últimos años, las herramientas digitales de eSalud se han desarrollado para mejorar este problema y proporcionar un apoyo al sistema sanitario.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de una herramienta digital de eSalud que ofrezca (1) cribado, (2) detección temprana, y (3) seguimiento de trastornos de salud mental, y (4) promoción del bienestar durante el periodo perinatal.

Metodología: Se llevará a cabo un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico doble ciego con dos grupos paralelos (experimental y control) en mujeres embarazadas de 12-14 semanas de gestación atendidas en los Centros de Atención Primaria y Hospitales de cada área de estudio. La intervención digital a validar es de carácter biopsicosocial, basada en las principales estrategias cognitivo-conductuales. El grupo de intervención tendrá acceso a la herramienta digital, que cubrirá el embarazo y hasta 3 meses posparto.

Resultados esperados: El estudio pretende validar que el uso de esta herramienta digital mejora la salud mental de sus usuarias, a través del uso de cuestionarios validados por la comunidad científica y la comparación de resultados longitudinalmente.

Conclusiones: Este estudio pretende sentar las bases para la validación de intervenciones con herramientas digitales de salud mental en general, y salud mental perinatal en particular. De esta manera, pretende democratizar el acceso a la detección y el tratamiento de problemas de salud mental.

14. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL IMPACTO DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO EN LA INTERACCIÓN MADREBEBÉ. RESULTADOS PRELIMINARES

B. Vilaseca¹, A. Roca², E. Gelabert³

1. Psicòloga Interna Resident. Benito Menni CASM. 2. Unitat de Salut Mental Perinatal CLINIC-BCN, Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. 3. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: Existe un amplio conocimiento sobre el impacto de la depresión materna en la interacción madre-bebé, sin embargo, se ha realizado poca investigación sobre la relación madre-bebé en el contexto de un Trastorno Mental Severo (TMS) materno.

Objetivo: Determinar el impacto de un TMS en la interacción madre-bebé hasta los 12 meses después del nacimiento.

Método: Revisión sistemática (metodología PRISMA) con búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Web of Science, PubMed, Scopus y PsycINFO durante marzo-abril del 2023. Se utilizaron los términos de búsqueda relacionados con la población (p.ej., Postpartum), exposición (p.ej., "Bipolar disorder") y resultados (p.ej., "Mother-infant interaction") con operadores booleanos en el título, resumen y palabras claves. Se incluyeron artículos publicados en inglés y español. Un total de 18 artículos fueron seleccionados.

Resultados: Se encontró una reducción de la sensibilidad materna, una disminución de la respuesta contingente y un bajo nivel de coordinación diádica madre-bebé. En el caso particular de la esquizofrenia se detectaron alteraciones constantes en la mayoría de las medidas de crianza (p.ej., baja capacidad de respuesta positiva) así como dificultades en el reconocimiento y discriminación de las emociones.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el TMS tiene una influencia significativa de la interacción madre-bebé. Dentro del espectro de los TMS podrían existen diferencias en la calidad de la interacción según el diagnóstico clínico. El reconocimiento emocional y la mentalización podrían ser dimensiones por explorar en otros trastornos distintos a la esquizofrenia.

Palabras clave: Bipolar disorder, Schizophrenia, Mother-infant interaction, Postpartum, Systematic Review.

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

15. CUIDANDO LA SALUD MENTAL DEL PADRE EN LA ETAPA PERINATAL

I. Reyes de Uribe, M. Avellón, A. Izquierdo, M.L. López

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

Justificación del trabajo: El lugar de los padres en la salud mental perinatal ha evolucionado en los **últimos** años, sin embargo, todavía supone un desafío comprender la necesidad de apoyo que presentan para logar una adecuada labor preventiva y de intervención que tenga en cuenta las características diferenciales de los trastornos perinatales paternos.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática en la literatura científica sobre la salud mental perinatal paterna.

Metodología: Se realizó una búsqueda de todas las revisiones publicadas en PubMed de los **últimos** diez años (abril 2023) con los términos: "perinatal mental health" and "father". El resultado fueron 24 artículos.

Resultados: Los estudios indican cómo la figura del padre es fundamental para comprender la salud mental perinatal, analizando las expectativas de rol de género, creencias, preocupaciones, experiencias y sentimientos acerca de la paternidad. Se destaca la importancia de detectar y tratar los problemas de salud mental perinatal paternos. Mientras algunos de los artículos, se centran en el diagnóstico y detección, otros, proponen enfoques específicos de intervención. Se analiza asimismo el vínculo padre-bebé.

Palabras clave: Salud mental, padres, perinatal.

16. FACTORES ASOCIADOS A UNA VIVENCIA DE PARTO TRAUMÁTICA E IMPACTO EN LA PSICOPATOLOGÍA MATERNA

JP Martinez Rojas, M. Aparicio Ruiz, B. Guzmán, C. López, C. García, S. Andrés, E. Roda, C. Naranjo, B Sureda, Ll. García, A. Roca

Unitat de Salut .Mental Perinatal CLINIC-BCN, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La vivencia de parto traumática (VPT) se ha asociado a partos medicalizados y puede desencadenar depresión posparto (DPP) o trastorno de estrés postraumá-

tico relacionado con el parto (TEPTp). Se dispone de poca información en población clínica.

Objetivo: Identificar la prevalencia y los factores de riesgo para la vivencia VPT y desarrollo de TEPTp en puérperas atendidas por un Trastorno Mental Perinatal.

Método: Estudio transversal en una muestra de 113 mujeres ingresadas en HDMB del Hospital Clínic de Barcelona entre 2018 y 2021. Se recogieron datos sociodemográficos, obstétricos, clínicos y de episodio actual. Se estudiaron las mujeres con VPT y se compararon las distintas variables con las mujeres que no reportaron VPT.

Resultados: 42 (37.1%) reportaron haber tenido una VPT y, de éstas, 19 (45%) tenían un diagnóstico de TEPTp. Las madres con una VPT habían tenido más partos distócicos o cesárea urgente y mayor tasa de antecedentes de agresiones sexuales. Las mujeres con VPT tenían más diagnóstico de DPP, más comorbilidades, y mayores puntuaciones de EPDS, STAI-E y PBQ. También requirieron más sesiones en HDMB. Las mujeres con diagnóstico de TEPTp consultaron más tarde y tenían peores puntuaciones en funcionalidad.

Conclusiones: Las mujeres con partos complicados y/o antecedentes de agresiones sexuales tienen más riesgo de una VPT. La experiencia de parto traumático se asocia a mayor gravedad psicopatológica en el puerperio. Es imprescindible evaluar la experiencia de parto en las mujeres atendidas en salud mental perinatal y descartar un posible TEPTp comórbido a la depresión posparto.

Palabras clave: Parto traumático, Trastorno de estrés postraumático obstétrico, posparto.

17. LA CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL PERINATAL EN LA FUNDACIÓN ASISTENCIAL MUTUA TERRASSA. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO QUE MEJORA LA ATENCIÓN DE LAS USUARIAS

L. Polonio, M. Jiménez, H. Cachinero, A. Fontanet, E. Coll, D. Llos

Fundación Asistencial Mutua Terrassa (FAMT). Terrassa. Barcelona.

Justificación y necesidad del programa: Los trastornos mentales perinatales presentan una elevada prevalencia, en torno al 25%. Esta experiencia explica la introducción de la

Notícias de Salud Mental Perinatal

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

Consultoría en Salud-Mental-Perinatal en 2021, y los cambios en la gestión del servicio. Pone en valor el trabajo en equipo de la enfermera de salud mental, la matrona y la psicóloga clínica.

Evidencias científicas utilidad programa: Vesga-López O 2008, Navarro P 2008, Generalitat de Catalunya, 2018

Descripción programa: Desde la introducción del Protocolo de Seguimiento del Embarazo en el 2018, se derivan las mujeres con un EDPS>13. Estas derivaciones saturaron la agenda de la psicóloga perinatal. Se creó una consultoría en octubre de 2021. La consultoría se realiza dos veces al mes y se valoran todas las derivaciones que llegan desde el ASSIR, CEX y hospital, y se citan con la enfermera de salud mental, la matrona, la psicóloga perinatal o la psiquiatra. También se valora si la atención debe ser por parte de PSP o CSMA. Se realizaron 139 derivaciones des de octubre 2011 a diciembre 2022. El 47% tenía antecedentes de salud mental. El 47% eran embarazadas y el 41% ser citaron con la psicóloga perinatal. El 34% de los diagnósticos fueron adaptativos, el 16% de duelo, 13% de ansiedad y 9% de depresión post parto.

Conclusiones, limitaciones y líneas futuras: La consultoría y el trabajo en equipo ha organizado los recursos disponibles y ha disminuido la lista de espera. También garantiza que todas las mujeres tengan visita y seguimiento específico.

Palabras clave: Salud mental perinatal, embarazo, postparto, consultoría.

18. TRABAJO DE ELABORACIÓN DE DUELO PERINATAL DURANTE UN NUEVO EMBARAZO

L. Reyes, C. Catalina, M. Avellón

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Motivo de consulta y objetivos terapéuticos: Se trata de una mujer de 21 años. Consulta por el fallecimiento, hace 5 meses, de uno de sus hijos gemelos. Falleció a los 4 meses de vida, tras haber estado ingresado desde el nacimiento por una cardiopatía. Como objetivos, trabajamos la elaboración del duelo, así como el acompañamiento en el nuevo embarazo ya que en el momento de la primera entrevista se encuentra embarazada de nuevo de 10 semanas.

Descripción de la intervención llevada a cabo: La intervención se ha focalizado en el trabajo de duelo, en el vacío que ella misma reconoce haber intentado rellenar con un nuevo bebé. La paciente cuenta con antecedentes de trastorno de conducta alimentaria y componentes traumáticos en vínculos familiares. Trabajamos la reelaboración de dichos aspectos traumáticos así como la reconexión emocional ya que se ha mantenido en un estilo evitativo a nivel emocional.

Principales resultados: La intervención no ha finalizado por lo que no podemos hablar de resultados finales, sí que se observa actualmente que la paciente tiene una mayor conexión con sus emociones, más capaz de verbalizarlas, está elaborando el duelo, reflexionando acerca del vacío que ha necesitado llenar a través de otro bebé, y la expectativa que necesitaba mantener de tener dos bebés que crecieran juntos, mantener una dualidad gemelar.

Conclusiones: Atender a factores individuales y biográficos que comprendan factores de riesgo y posibles antecedentes dentro del acompañamiento en duelo perinatal y embarazo.

Palabras clave: Duelo perinatal – Gemelos - Embarazo.

Notícias de Salud Mental Perinatal

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

PREMIOS MARES A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL REPRODUCTIVA Y PERINATAL 2022

A continuación se detalla la resolución de premios que la MARES concedió a las mejores investigaciones en salud mental reproductiva y perinatal en el 2022, que se comunicaron durante la XI Jornada de Salud Mental Perinatal de la Sociedad Marcé Española.

1. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO PERINATAL: ESTUDIO TRANSVERSAL EN ESPAÑA⁽¹⁾

FACTORS ASSOCIATED WITH POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS IN PREGNANT AND POSTPARTUM WOMEN: A LARGE CROSS-SECTIONAL STUDY DURING THE COVID-19 PANDEMIC.

Palabras clave: COVID-19, perinatal, TEPT, embarazo, posparto.

Keywords: COVID-19, perinatal, PTSD, pregnancy, postpartum.

PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER EN SALUD MENTAL REPRODUCTIVA Y PERINATAL. CONCEDIDO A: TERESA GALÁN LUQUE.

Antecedentes: La pandemia de COVID-19 junto con las medidas impuestas por los gobiernos, pueden haber aumentado la angustia y los problemas de salud mental en la etapa perinatal. Sin embargo, las pruebas de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) relacionados con la pandemia de COVID-19 durante el periodo perinatal y los factores de riesgo asociados, siguen siendo limitados.

Objetivo: Investigar el impacto de la pandemia en el trastorno de estrés postraumático en una muestra de mujeres españolas durante el periodo perinatal.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en 3319 mujeres embarazadas y hasta 6 meses postparto de España. Se completó una encuesta online entre junio de 2020 y enero de

2021. La evaluación incluyó medidas de síntomas de TEPT asociados con COVID-19 (evaluados con 10 preguntas de la lista de verificación de TEPT del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición), preocupaciones relacionadas con la pandemia y antecedentes de salud (evaluados por la Encuesta de Experiencias Perinatales-Impacto del Coronavirus) y características demográficas.

Resultados: Más del 40% de las mujeres padecían síntomas de TEPT asociados a la pandemia de COVID-19. La dificultad para concentrarse y la irritabilidad fueron los síntomas más comunes, mostrando marcadas alteraciones en la excitación y la reactividad asociadas al acontecimiento traumático. Ser más joven, sufrir preocupaciones y angustia por la pandemia, cambios debidos a la pandemia y los antecedentes de problemas de salud mental, fueron factores de riesgo asociados a síntomas de TEPT en mujeres perinatales. Además, mientras que ser inmigrante (no español) fue un factor de riesgo para las mujeres embarazadas, tener otros hijos y los problemas económicos fueron factores de riesgo para las mujeres puérperas. La infección por COVID-19 no pareció ser un factor de riesgo de síntomas de TEPT en las mujeres perinatales.

Conclusión: El mayor riesgo de TEPT en mujeres embarazadas y puérperas pone de relieve la importancia de la detección precoz y el tratamiento del TEPT en mujeres en la etapa perinatal, tanto durante la pandemia como después de ella.

 Motrico E, Galán-Luque T, Rodríguez-Domínguez C, Gómez-Gómez I, Domínguez-Salas S. Factors Associated with Post-Traumatic Stress Symptoms in Pregnant and Postpartum Women. J Womens Health (Larchmt). 2023 May;32(5):583-591. doi: 10.1089/jwh.2022.0400. Epub 2023 Feb 14. PMID: 36787455. Notícias de Salud Mental Perinatal

G. Lasheras, M. de Gracia de Gregorio, B. Farré-Sender y cols.

2. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POSPARTO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS DE ESTUDIOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS⁽²⁾

EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN PREVENTING POSTPARTUM DEPRESSION IN NON-DEPRESSED WOMEN: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS.

Palabras clave: Depresión, metanálisis, posparto, ensayo controlado aleatorizado, revisión sistemática.

Keywords: Depression; meta-analysis; postpartum; randomized controlled trial; systematic review.

PREMIO AL MEJOR ARTÍCULO DE TESIS DOCTORAL EN SALUD MENTAL REPRODUCTIVA Y PERINATAL. CONCEDIDO A: CARMEN MARTÍN GÓMEZ

Antecedentes: La depresión posparto (DPP) es uno de los trastornos más frecuentes tras el parto.

Objetivo: Esta revisión sistemática y metanálisis (RS/MA) tuvo como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones psico lógicas en la prevención de la DPP en mujeres no deprimidas.

Métodos: Se siguieron las directrices PRISMA. Se realizaron búsquedas en MEDLINE (Ovid y PubMed), PsycINFO, Web of Science, Scopus, CINAHL, CENTRAL, OpenGrey, Australian New Zealand Clinical Trial Registry y clinicaltrial.gov.

Se seleccionaron los ensayos controlados aleatorios (ECA) realizados con mujeres embarazadas o puérperas (hasta 12 meses) que no estaban deprimidas al inicio del estudio.

Resultados: Los resultados fueron la incidencia de DPP y/o la reducción de los síntomas depresivos posparto. Se calculó la diferencia de medias estandarizada (DME) mediante modelos de efectos aleatorios. Se realizaron análisis de sensibilidad, de subgrupos y de metarregresión. Se incluyeron 17 ECA en la RS y 15 en la MA, que representaban a 4958 participantes de cuatro continentes. La DME agrupada fue -0,175 [intervalo de confianza (IC) del 95%: -0,266 a -0,083; p < 0,001] y los análisis de sensibilidad confirmaron la solidez de este resultado. La heterogeneidad fue baja (12 = 21,20%) y se explicó completamente mediante un modelo de metarregresión que incluía una variable (partos previos). El modelo de metarregresión y el MA estratificado por partos previos indicaron que las intervenciones centradas en mujeres primíparas son más eficaces. No hubo pruebas de sesgo de publicación. Pocos ECA tenían un riesgo de sesgo global bajo. Según GRADE, la calidad de la evidencia fue moderada.

Conclusión: Las intervenciones psicológicas tienen muy poca efectividad en la prevención de la DPP en mujeres no deprimidas, aunque esta efectividad es mayor en las intervenciones centradas en mujeres primíparas. Se necesitan más ECAs con bajo riesgo de sesgo e intervenciones más efectivas.

 Martín-Gómez C, Moreno-Peral P, Bellón JA, Conejo-Cerón S, Campos-Paino H, Gómez-Gómez I, Rigabert A, Benítez I, Motrico E. Effectiveness of psychological interventions in preventing postpartum depression in non-depressed women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psychol Med. 2022 Apr;52(6):1001-1013. doi: 10.1017/ S0033291722000071. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35257650.





SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL

CHILDREN-ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

Natàlia Fort¹, Anaïs Orobitg²

¹Psiquiatra CSMIJ Horta-Guinardó. Hospital Sant Rafael. Germanes Hospitalàries.. ²Psicóloga General Sanitaria ITA Canet.

1. NOVEDADES EN LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

STOP PROJECT (SUICIDE PREVENTION IN SOCIAL PLATFORMS)

STOP Project es un proyecto de investigación dirigido por Ana Freire, investigadora de la UPF (Universitat Pompeu Fabra) Barcelona School of Management en colaboración con investigadores de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona), el Computer Vision Centre, de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), psicólogos y psiquiatras del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, la Fundación

FITA, Université de Lyon, Università della Svizzera Italiana, Fundació Ajuda i Esperanca y otros colaboradores.

Es un proyecto de investigación que aúna el trabajo de ingenieros, psicólogos y psiquiatras con la ayuda de la Inteligencia Artificial para estudiar los problemas de salud mental en las redes sociales.

Estudian los patrones de riesgo alto de conducta suicida, depresión y trastornos de la conducta alimentaria. Se ofrece la información de línea directa de apoyo emocional de 24 horas cuando detecta en redes sociales un perfil de riesgo.

Se pueden consultar las publicaciones y acepta donaciones para ampliar las campañas y la investigación.

STOP Project





ISSN 2565-0564

DOI: https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum2513



Psicosomática infanto-juvenil N. Fort, A. Orobitg

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

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo, neuroimagen, terapia cognitiva-conductual, intento de suicidio, COVID-19, adolescente, ansiedad, depresión, terapia conductual breve.

RIGHT PREFRONTAL CORTICAL THICKNESS IS ASSOCIATED WITH RESPONSE TO COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN CHILDREN WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER (1)

El presente estudio tiene como objetivo identificar los predictores de resonancia magnética estructural de la respuesta de la terapia cognitivo-conductual en niños y adultos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Consta de una muestra de 168 niños y adolescentes (de 5 a 17,5 años) y de 318 adultos (de 18 a 63 años) con diagnóstico de TOC. Se evaluaron las variaciones en el grosor cortical inicial, en el área de superficie cortical y en el volumen subcortical, en respuesta a la TCC, valorando el porcentaje de reducción de síntomas iniciales y posteriores al tratamiento.

Los resultados mostraron asociaciones significativas solo en la población pediátrica. Se observó que el grosor de la corteza prefrontal derecha se relaciona significativamente con el porcentaje de respuesta de la TCC, concretamente, se evidenció mayor grosor del polo frontal y la circunvolución frontal media rostral.

Por ello, se concluye que la corteza prefrontal derecha interviene notablemente en los mecanismos de acción de la TCC en niños con TOC.

 Sara Bertolín, Pino Alonso, Ignacio Martínez-Zalacaín, Odile A. van den Heuvel, Dan J. Stein, Carles Soriano-Mas. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2023.

SUICIDE ATTEMPTS IN CHILDREN AGED 10–14 YEARS DURING THE FIRST YEAR OF THE COVID-19 PANDEMIC (2)

El objetivo de esta investigación es determinar si hubo un aumento de intentos de suicidio durante el primer año de la pandemia por COVID-19 entre los jóvenes-adolescentes en Quebec (Canadá). Por ello, se analizó a menores, de entre 10 y 14 años, hospitalizados por un intento de suicidio entre enero de 2000 y marzo de 2021. Se calcularon las tasas de intentos de suicidio específicas por edad y sexo, y también la proporción de hospitalizaciones por intentos de suicidio antes y durante la pandemia. Además, se compararon las tasas con pacientes de 15 a 19 años.

Los resultados informaron que las tasas de intento de suicidio se redujeron durante la primera ola en niños de 10 a 14 años. No obstante, las tasas incrementaron notablemente durante la segunda ola para las niñas, no habiendo cambios significativos en los niños. Por lo que el crecimiento de niñas de 10 a 14 años hospitalizadas por intento de suicido fue 2,2% mayor que en los niños durante la segunda ola. Acerca de las niñas de 15 a 19 años, no se manifestó este patrón observado en las niñas de 10 a 14 años.

Así pues, las jóvenes adolescentes pueden beneficiarse de la detección y las intervenciones específicas para abordar el comportamiento suicida.

2. Nathalie Auger, Nancy Low, Nicholas Chadi, Aimina Ayoub, Jessica Healy-Profitós, Thuy Mai Luu. Journal of Adolescent Health 2023.

BRIEF BEHAVIORAL THERAPY FOR ANXIETY AND DEPRESSION IN PEDIATRIC PRIMARY CARE: BREADTH OF INTERVENTION IMPACT (3)

Se trata de un estudio que tiene como finalidad informar los resultados generales del ensayo de la terapia conductual breve para la ansiedad y la depresión pediátricas.

Cuenta con una muestra de 185 jóvenes, de edades comprendidas entre los 8 y 16,9 años, con ansiedad y/o depresión. Recibieron de 8 a 12 sesiones de terapia conductual breve en atención primaria o derivación asistida a atención ambulatoria. Las evaluaciones se elaboraron 16 y 32 semanas después de la asignación aleatoria.

Los resultados evidenciaron que la terapia conductual breve presenta efectos positivos en los jóvenes, moderados por el impacto de la intervención en la ansiedad. Por lo que se recomienda que la terapia conductual breve es una opción considerablemente eficaz de tratamiento.

 Karen T.G. Schwartz, Merissa Kado-Walton, John F. Dickerson, Frances L. Lynch, Araceli Gonzalez, V. Robin Weersing. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2023.



Psicosomática infanto-juvenil N. Fort, A. Orobitg

3. RESEÑAS DE JORNADAS Y/O CONGRESOS DE SMIJ

18ª REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE PSIQUIATRIA INFANTIL I JUVENIL

El pasado 11 de Mayo de 2023 se celebró en el Palau de Congressos de Girona la 18ª Reunión Anual de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil i Juvenil. Contó con un interesante programa con una primera mesa que versaba sobre Programas de Prevención en Salud Mental Infantil y Juvenil, prosiguió con la lección magistral ("Lliçó Folch i Camarasa") de la Intervención Preventiva Universal Escolar de Resiliencia para promover la Salud Mental en la Adolescencia (UPRIGHT), con un enfoque escolar integral. <u>UPRIGHT</u>

La segunda mesa trataba sobre la Investigación en Factores de Riesgo en Salud Mental Infantil y Juvenil. Forman parte de la Jornada en los últimos años, unas esperadas presentaciones en formato vídeo, que optan a premio, así como las ya clásicas presentaciones de casos clínicos por parte de residentes.

En la primera mesa de prevención destacar la intervención grupal para padres de niños con problemas del desarrollo, de la Unidad 0-5 del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) por la Dra. Laia Villalta, el Programa AMtE, un programa cognitivo conductual transdiagnóstico para aprender a mejorar las emociones, de formato online, expuesto por Julia C Schmittt, así como la prevención de las violencias versus niñas, niños y adolescentes, por Mireia Forner, del Hospital Universitari Vall d'Hebrón. En la segunda mesa, destacar la ponencia de factores de riesgo inmunológico en TOC y Tourette de la Dra. Astrid Morer, con el interesante apunte al Estudi EMTICS (European Multicenter Tics Study) así como al concepto de Immuno- Fitness. Finalmente la ponencia de vulnerabilidad para la psicosis de la Dra. Maria Giralt y la ponencia del vínculo entre el consumo de alimentos ultra procesados y la salud cerebral y mental de la Dra Oren Contreras-Rodriguez.

Reunió anual de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil i Juvenil

4. COMENTARIO DE LIBRO

EDUCAR A NUESTROS HIJOS EN LA VALENTÍA

"Hay dos tipos de padres: los que quieren tener los mejores hijos del mundo y los que quieren tener los mejores hijos para el mundo. Los primeros necesitarán ansiolíticos. Los segundos valentía". Con esta maravillosa lección de vida empieza el libro de Cristina Gutiérrez, Crecer con valentía. Un libro que tiene como finalidad ayudar a los papás a que puedan ayudar a sus hijos a conquistar sus miedos y a desarrollar su potencial.

Estamos en un momento en el que la sociedad está centrada en la educación de sus hijos de una forma diferente a la de años atrás. Ahora hay decenas de modelos educativos, y los padres antes de apuntarlos a la escuela, miran y remiran qué modelo encaja más con sus ideales y su forma de pensar. A la vez, vivimos en un mundo cada vez más frenético y competitivo, y eso repercute directamente en la educación que reciben nuestros hijos, y la exigencia que como padres o educadores sentimos y colocamos tanto en nosotros, como en ellos.

La autora a lo largo del libro nos hará reflexionar sobre ésta afirmación mencionada al principio, y nos permitirá ir observando y comprendiendo las necesidades reales de nuestros pequeños, la cual cosa nos permitirá que les podamos ayudar a desarrollar sus habilidades y a centrarnos en sus puntos fuertes por tal de ayudarles a crecer sintiéndose capaces. Ésta es probablemente la cuestión que más me gustaría destacar de éste libro, la capacidad de la autora de centrarse en ayudar a los niños y familias a comprender su funcionamiento, a descubrir sus fortalezas, por tal de destacarlas y explotarlas. Ayuda tanto a las familias, educadores y niños, aportando otra mirada, desde la empatía y la confianza, por tal de ayudarles a ver su parte más sana, y no tanto a destacar sus dificultades. Poder ver aquello que funciona, nos servirá a aceptar mejor lo que no funciona tan bien, y a su vez nos permitirá ver qué camino es con el que más disfrutaremos la vida.

Cristina, nos comparte un total de 39 reflexiones personales, precedidas por una introducción, escritas con gran sensibilidad y autenticidad. Algunas de ellas van acompañadas de pequeñas viñetas de diferentes testimonios de su día a día que nos ayudan a ejemplificar aquello que quiere transmitir.

El contenido de estas reflexiones nos permitirá ir recorriendo un seguido de diferentes conceptos que tienen que ver con la educación emocional. Hablará del miedo, los efec-



Psicosomática infanto-juvenil N. Fort, A. Orobitg

tos que tiene éste sobre los niños y los padres, la sobreprotección, el sentido de los límites, la autoestima... y todo ello nos permitirá ir comprendiendo mejor a los niños de hoy y respetarlos en su propio crecimiento individual y personal.

Todo esto la autora lo hablará desde su práctica diaria, relatando en forma de crítica constructiva, el cambio generacional que se ha encontrado a lo largo de su trayectoria profesional, y como los adultos de hoy, mayoritariamente sin darnos cuenta, educamos a niños miedosos. Cuanto más miedo tengamos, más valentía necesitaremos para vencerlo. Pero, ¿ser valiente significa no tener miedo? ¡Al revés! Ser valiente es tener miedo pero ser capaz de afrontarlo.

Se trata de poder acompañar a los niños a afrontar los problemas que tienen en la vida, en vez de resolvérselos los adultos. En otras palabras, se trata de acompañar sin sobreproteger. De ese modo estaremos ayudando a crecer a niños capaces, con buenos niveles de autoestima.

Reflexión: Una gran lección de educación emocional para padres, maestros, educadores, y todo aquél que esté interesado en comprender el mundo interno de los niños.

Inés Llor y Patricia Uriz

Gutiérrez, C. Crecer con valentía. 1 ed. Barcelona: Editorial Rosa dels vents: 2020.





SECCIÓN ACTUALIZACIÓN Y REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

NEWS AND THOUGHTS ON SEXOLOGY

Alejandro Villena-Moya¹, Iris Tolosa², Gabriel Serrano¹, Bárbara Ruiz¹, Gema Chenoll¹, Andrea Galarreta¹, Gemma Mestre-Bach^{2,3}, María Martín-Vivar^{1,4}, Carlos Chiclana-Actis¹

1. Grupo de trabajo e Investigación en sexualidad consulta Dr. Carlos Chiclana. 2. Psicóloga HUD Consejo de redacción.
3. Universidad Internacional de la Rioja. Consejo de redacción. 4. Universidad Francisco de Vitoria.

Palabras clave: Sexología, salud sexual, sexología clínica & terapia sexual.

RESUMEN: se presenta en esta sección una revisión de los artículos científicos de mayor impacto publicados entre febrero y mayo del 2023 en las revistas internacionales sobre Sexología con mayor reconocimiento a nivel nacional e internacional (Journal of Sexual Medicine; International Journal of Sexual Health;

Archives of Sexual Behavior; Sex roles; Sexual Health & Compulsivity, Psychology and Sexuality; Culture, Health and Sexuality; DeSexología, Psicología de la orientación sexual y la diversidad, American Journal of Sexual Education, Journal of Sex & Marital Therapy y Violence Against Woman).





A. Villena y cols.

USO DE PORNOGRAFÍA Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN CHINA: EXAMEN DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PORNOGRAFÍA DESDE EL MODELO DE INCONGRUENCIA MORAL(1)

PORNOGRAPHY USE AND MENTAL HEALTH PROBLEMS IN THE CHINESE POPULATION: EXAMINING THE PORNOGRAPHY PROBLEMS DUE TO MORAL INCONGRUENCE

Autores: Yanchen Su, Lijun Zheng y Yong Zheng.

Publicación: The Journal of Sex Research.

DOI: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2 023.2201255

Cita completa: Su, Y., Zheng, L., & Zheng, Y. (2023). Pornography Use and Mental Health Problems in the Chinese Population: Examining the Pornography Problems Due to Moral Incongruence Model. *The Journal of Sex Research*. 1-12.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: con el desarrollo de Internet, el uso de pornografía ha aumentado su prevalencia a nivel mundial, lo cual ha llevado a una creciente investigación sobre los efectos del uso de la pornografía. En este estudio, se basaron en el modelo de la incongruencia moral (PPMI) para examinar el uso problemático de pornografía (PPU) como mediador y la desaprobación moral del uso de pornografía como moderador en la relación entre la frecuencia de uso de pornografía y los problemas de salud mental en una muestra china (N = 833).

Objetivo: el objetivo de este estudio fue analizar el papel mediador del uso problemático de pornografía y el papel moderador de la desaprobación moral del uso de pornografía en la relación entre la frecuencia de uso de pornografía y los problemas de salud mental en la muestra china.

Método: para llevar a cabo este estudio, se recolectaron datos de una muestra de 833 participantes chinos. Se midió la frecuencia de uso de pornografía, el uso problemático de pornografía, la desaprobación moral del uso de pornografía y los problemas de salud mental. Se utilizó el modelo PPMI como marco teórico para analizar los resultados.

Resultados: los resultados obtenidos respaldaron la mediación completa del uso problemático de pornografía

y el efecto moderador de la desaprobación moral del uso de pornografía en la relación entre la frecuencia de uso de pornografía y el PPU. Se encontró una fuerte asociación entre la frecuencia de uso de pornografía y PPU pornografía cuando los participantes experimentaban una alta incongruencia moral. Además, se observó que el efecto indirecto del PPU era más débil en el nivel inferior de desaprobación moral y más fuerte en el nivel más alto de desaprobación moral. Sin embargo, no se encontró evidencia de un efecto directo de la incongruencia moral sobre los problemas de salud mental.

Conclusión: este estudio contribuye a nuestra comprensión del mecanismo subyacente entre el uso de pornografía y la salud mental, y amplía la aplicación del modelo PPMI al contexto cultural chino, caracterizado por una baja religiosidad y una actitud sexualmente conservadora. Los hallazgos confirman la consistencia intercultural del modelo PPMI en China y resaltan la importancia de considerar las características culturales como otra fuente relevante de incongruencia moral, además de la religiosidad.

 Su, Y., Zheng, L., & Zheng, Y. (2023). Pornography Use and Mental Health Problems in the Chinese Population: Examining the Pornography Problems Due to Moral Incongruence Model. The Journal of Sex Research, 1-12

"SIMPLEMENTE NO ESTABA PENSANDO": AMBIGÜEDAD ESTRATÉGICA Y RELATOS DE MUJERES SOBRE EL SEXO SIN PROTECCIÓN (2)

"I JUST WASN'T THINKING": STRATEGIC AMBIGUITY AND WOMEN'S ACCOUNTS OF UNPROTECTED SEX.

Autores: Laurie James-Hawkins y Kristen N. Jankowski.

Publicación: The Journal of Sex Research.

DOI: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2 023.2201252.4.

Cita completa: James-Hawkins, L., & Jozkowski, K. N. (2023). "I Just Wasn't Thinking": Strategic Ambiguity and Women's Accounts of Unprotected Sex. *The Journal of Sex Research*, 1-14.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: es bien conocido que persiste una desigualdad de género en las relaciones y encuentros sexuales,

A. Villena y cols.

lo cual puede llevar a que las mujeres se arriesguen a quedar embarazadas al tener relaciones sin protección. En muchas ocasiones las mujeres toman decisiones para satisfacer a los hombres que las expone a determinados riesgos sexuales. Por otro lado, las mujeres también tratan de defender normas que las instan a protegerse a sí mismas y a sus parejas de embarazos no deseados, lo que genera cierta tensión entre estas dos creencias contradictorias.

Objetivo: el objetivo de este estudio fue investigar cómo las mujeres universitarias se manejan ante estas normas competitivas y cómo justifican las decisiones arriesgadas en cuanto a anticoncepción.

Método: para llevar a cabo el estudio, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a 45 mujeres universitarias. Estas entrevistas permitieron recopilar datos cualitativos sobre las experiencias y perspectivas de las mujeres en relación con las normas sexuales, el deseo masculino y la toma de decisiones anticonceptivas.

Resultados: los resultados del estudio revelaron que las mujeres utilizaban la ambigüedad estratégica al explicar las decisiones anticonceptivas de riesgo. Empleaban frases como «simplemente no estaba pensado» para encajar en la normalidad y mantener su estatus social. A pesar de ser conscientes del riesgo que implicaba, solían tomar decisiones para agradar a los varones, llegando a ponerse en riesgo por encajar o agradar.

Conclusión: se concluye que existe la necesidad de promover una educación sexual que permita a las mujeres expresar sus propias necesidades sexuales y tomar decisiones informadas sobre la anticoncepción. Esto implica responsabilizar a las mujeres para que establezcan límites, se protejan a sí mismas y a sus parejas, y tengan control sobre su propia salud sexual y reproductiva.

 James-Hawkins, L., & Jozkowski, K. N. (2023). "I Just Wasn't Thinking": Strategic Ambiguity and Women's Accounts of Unprotected Sex. The Journal of Sex Research, 1-14. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ESTUDIO CON JÓVENES DEL PACÍFICO MATRICULADOS EN UNA INSTITUCIÓN TERCIARIA DE AOTEAROA NUEVA ZELANDA (3)

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH KNOWLEDGES: A STUDY WITH PACIFIC YOUNG PEOPLE ENROLLED IN AN AOTEAROA NEW ZEALAND TERTIARY INSTITUTION.

Autores: Cameron D. Young, Mele M. Taumoepeau, Bryndl E. Hohmann-Marriott, Jane E. Girling & Rebecca J. Bird.

Publicación: Culture, Health and Sexuality.

DOI: https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2201356

Cita completa: Young, C. D., Taumoepeau, M. M., Hohmann-Marriott, B. E., Girling, J. E., & Bird, R. J. (2023). Sexual and reproductive health knowledges: a study with Pacific young people enrolled in an Aotearoa New Zealand tertiary institution. *Culture, Health & Sexuality*, 1-19.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: las investigaciones respaldan la idea de que los conocimientos sobre sexualidad y reproducción en pueblos del Pacífico son restringidos por el estigma social y el tabú cultural. La presión cultural contribuye a que las conversaciones sobre sexo y relaciones se eviten en los hogares y persistan los roles de género convencionales. Para la población de Aotearoa Nueva Zelanda, la salud sexual es importante pero al mismo tiempo es un aspecto incómodo en sus vidas. Existen pocas investigaciones acerca de la educación sexual tanto a nivel familiar como a nivel escolar en los jóvenes del Pacífico.

Objetivo: el presente estudio investiga acerca de los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes del Pacífico matriculados en la educación terciaria.

Método: se realizó un análisis de una muestra de jóvenes (n=81) en la Universidad de Otago. A través de una encuesta online donde se tomaron en cuenta las variables: bienestar sexual y reproductivo, espiritualidad y religiosidad.

Resultados: los participantes describieron lo que entendían por bienestar sexual y bienestar reproductivo. Los jóvenes informaron de que la sexualidad es una parte importante de la identidad personal, que además está influida por los conocimientos sobre salud y que puede expresarse a través de acciones y comportamientos. Por otro lado, informaron de

A. Villena y cols.

que el bienestar reproductivo se asocia a procesos biológicos, de fertilidad y seguridad. Demostraron tener una base sólida de conocimientos sobre salud influida por las creencias culturales polinesias.

Conclusión: los resultados sugieren la necesidad de las nuevas generaciones de los jóvenes del Pacífico de hablar más abierta y libremente del sexo, las relaciones, la sexualidad y la reproducción, así como más estudios que aborden estas cuestiones tan importantes y actuales.

3. Young, C. D., Taumoepeau, M. M., Hohmann-Marriott, B. E., Girling, J. E., & Bird, R. J. (2023). Sexual and reproductive health knowledges: a study with Pacific young people enrolled in an Aotearoa New Zealand tertiary institution. *Culture, Health & Sexuality*, 1-19.

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y OTRAS FORMAS DE MALTRATO. EXPERIENCIAS EN LOS SERVICIOS CIENTÍFICO-ASISTENCIALES DEL CENESEX (4)

CHILD SEXUAL ABUSE AND OTHER FORMS OF MALTREATMENT. EXPERIENCES IN THE SCIENTIFIC-ASSISTANCE SERVICES OF CENESEX

Autores: Arahazay Lami Hormaza y Ana María Cano López.

Publicación: Revista Sexología y Sociedad.

Cita completa: Lami Hormaza, A., & Cano López, A. (2023). Abuso sexual infantil y otras formas de maltrato. Experiencias en los servicios del CENESEX. *Revista Sexología y Sociedad, 28*(2).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) desarrolla un servicio de atención al abuso sexual y otras formas de maltrato infantil debido a la necesidad de dar respuesta a la problemática en Cuba. El abuso sexual constituye una forma de violencia que atenta contra la integridad física, psicológica y sexual de niños, niñas y adolescentes. La situación de la pandemia Covid-19 condujo a una situación de confinamiento y como consecuencia se exacerbaron los factores de riesgo.

Objetivo: evaluar el comportamiento del servicio de atención al abuso sexual y otras formas de maltrato infantil identificando las principales problemáticas recibidas y analizando el impacto del Covid-19 en la prestación del servicio de atención.

Método: se realizó un análisis y revisión de los documentos de hojas de cargo del servicio, los informes de balance anual e informes de cumplimiento del plan de actividades mensual del departamento para identificar las principales problemáticas en el Servicio de atención al abuso sexual y otras formas de maltrato infantil del CENESEX.

Resultados: en el año 2019, el servicio de atención al abuso sexual y otras formas de maltrato infantil, realizaba consultas de psicología y psiquiatría con frecuencia (una vez por semana) de manera presencial. Se valoraron 54 casos nuevos y se brindaron 108 consultas. En cambio, en el año 2020, tras la aparición de Covid-19, se observó una disminución respecto al número de casos nuevos recibidos debido al cambio de modalidad de atención. Se valoraron 28 casos nuevos y se dieron 67 consultas. En el semestre de 2021, 18 personas solicitaron ayuda y hubo 43 consultas.

Conclusión: tras el análisis de los resultados se muestran una ligera disminución respecto al número de casos nuevos recibidos, que no se traduce a una disminución de la violencia, si no que por el contrario, se asocia a una problemática silenciada e invisibilizada del abuso sexual infantil. Además, es necesario continuar desarrollando acciones educativas y comunicativas para la prevención del maltrato infantil.

 Lami Hormaza, A., & Cano López, A. (2023). Abuso sexual infantil y otras formas de maltrato. Experiencias en los servicios del CENESEX.. Revista Sexología y Sociedad, 28(2).

PERSONAS TRANS: TRAYECTORIAS, ESCENARIOS Y VIOLENCIAS (5)

PERSONAS TRANS: TRAYECTORIAS, ESCENARIOS Y VIOLENCIAS.

Autores: Ada Caridad y Alfonso Rodríguez.

Publicación: Revista Sexología y Sociedad.

Cita completa: Alfonso Rodríguez, A. (2023). Personas trans: trayectorias, escenarios y violencias. Revista Sexología y Sociedad, 28(2).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la violencia de género como violación de los derechos humanos siempre ha tenido mayor visibilidad en víctimas mujeres y niñas. De menor manera, se visualizan otras producciones en las que las víctimas de estas formas

A. Villena y cols.

de violencia son los hombres, las mujeres lesbianas, las personas trans y otras poblaciones.

Objetivo: el presente estudio analiza algunas de las investigaciones realizadas de la institución cubana con el objetivo de describir las violencias presentes en las trayectorias de vida de las personas trans y sus escenarios de ocurrencia.

Método: se realizó una investigación de corte cualitativa sistematizando investigaciones desarrolladas con poblaciones trans que no tuvieron entre los objetivos estudiar violencias. Además, se realizó la revisión de transcripciones y memorias de grupos focales de investigaciones realizadas para lograr la identificación de los escenarios de producción y reproducción de la violencia.

Resultados: tras el análisis de los resultados, son importantes los términos en desigualdades e inequidades de género ya que, si se les compara con los resultados para los mismos grupos de edades del resto de población cubana, se observan diferencias. Además, se constataron diversas formas de violencia en los escenarios familiares, escolares, de pareja, comunitarios y laborales.

Conclusión: la presencia de violencia en la trayectoria de vida de las mujeres trans se hace evidente en las relaciones entre las personas trans, sus parejas, familias y otros escenarios sociales. Por el contrario, no se encontraron resultados que traten la violencia en hombres trans, de este modo es necesario realizar investigaciones que exploren qué sucede con este grupo durante el proceso de sus construcciones identitarias.

 Alfonso Rodríguez, A. (2023). Personas trans: trayectorias, escenarios y violencias. Revista Sexología y Sociedad, 28(2). Recuperado de https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/774/783

ACEPTACIÓN DE LOS MITOS DE VIOLACIÓN EN UNA COMUNIDAD DE MUJERES ADULTAS DE LA ERA # METOO (6)

RAPE MYTH ACCEPTANCE IN A COMMUNITY SAMPLE OF ADULT WOMEN IN THE POST #ME TOO ERA.

Autores: Pettyjohn, Cary & McCauley.
Publicación: Journal of Interpersonal Violence.

DOI: https://doi.org/10.1177/08862605231153893

Cita completa: PettyJohn, M. E., Cary, K. M., & McCauley, H. L. (2023). Rape myth acceptance in a community sample of adult

women in the post# MeToo Era. Journal of interpersonal violence, 08862605231153893.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: los mitos acerca de las mujeres que han sufrido violaciones se mantienen de forma persistente. Los mensajes culturales sirven como eufemismos ante la gravedad de la violencia sexual, al culpar a las mujeres que son víctimas de violación y a exonerar a los hombres que son perpetradores de esta conducta. Erradicar estos mitos resulta una tarea muy complicada, uno de los motivos, es que existen a distintos niveles: individual, relacional e institucional; reforzando la narrativa que se encuentra detrás de los mitos. Las campañas para lidiar con estos mitos obtuvieron un resultado paradójico al amplificarlos en vez de reducirlos en la sociedad. En la literatura se ha encontrado que la aceptación de los mitos de violación (RMA), es un factor de riesgo para la perpetración de violencia sexual por los varones y la posible victimización de las mujeres.

Objetivo: medir mediante un análisis de confirmación de datos de la escala uIRMA, en una muestra de mujeres jóvenes. Analizar las posibles diferencias entre las características de los participantes.

Método: se reclutó a una n = 356 mujeres, comprendidas entre los 25 y 35 años de USA. Como medidas de evaluación se recogieron: datos sociodemográficos, historia de victimización, uso de redes sociales, aceptación del mito de violación.

Resultados: se encontró que los resultados estaban condicionados en función de la variable que se mida con respecto al RMA en la muestra. Se encontraron relaciones entre las distintas variables y la puntuación de RMA de la muestra: a mayor nivel de educación, menor asociación con el factor "ella mintió" y, a mayor uso de redes sociales, menor es la aceptación de los mitos de violación. Las mujeres heterosexuales obtuvieron una puntuación total mayor con respecto a las mujeres queer. La distribución de la puntuación total de la RMA fue similar entre mujeres religiosas y no religiosas, así como en víctimas y no víctimas; aunque si se encontraron diferencias significativas en la puntuación de factores específicos con respecto a estas variables. Se encontraron diferencias significativas cuando se relacionó la afiliación política con la puntuación de RMA. No se encontraron diferencias significativas cuando se tuvo en cuenta las variables sociodemográficas: ingresos económicos, edad y región de la muestra.

A. Villena y cols.

Conclusión: el cuestionario uIRMA se ajusta a la población de mujeres entre 25 y 35 años, siendo una escala fiable para medir la RMA, e informar sobre programas de prevención para esta población. La mayoría de la muestra apoyo la creencia de que los hombres son incapaces de controlar sus deseos por tener sexo. Se encontró una relación entre las variables: creencias e identidad sexual con el nivel de RMA.

 PettyJohn, M. E., Cary, K. M., & McCauley, H. L. (2023). Rape myth acceptance in a community sample of adult women in the post# MeToo Era. *Journal of interpersonal violence*, 08862605231153893

QUÉ SIGNIFICA SER "CRÍTICO CON EL PORNO": LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES, PADRES Y PROFESORES DE AOTEAROA, NUEVA ZELANDA (7)

WHAT DOES IT MEAN TO BE "PORN LITERATE": PERSPECTIVES OF YOUNG PEOPLE, PARENTS, AND TEACHERS IN AOTEAROA NEW ZEI AND

Autores: Healy-Cullen, Morison, Taylor & Taylor.

Publicación: Culture, Health & Sexuality.

DOI: https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2194355

Cita completa: Healy-Cullen, S., Morison, T., Taylor, J. E., & Taylor, K. (2023). What does it mean to be 'porn literate': perspectives of young people, parents and teachers in Aotearoa New Zealand. *Culture, Health & Sexuality*, 1-17.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la alfabetización de la pornografía se ha propuesto como una solución ante los problemas que se generan por el consumo de pornografía en los jóvenes. En distintos estudios, se ha observado que la alfabetización de la pornografía ayuda a que los jóvenes puedan conocer los efectos que genera el uso de pornografía. En la bibliografía, nos encontramos con un debate acerca de cuál sería la mejor forma de realizar esta alfabetización para que sea efectiva en los jóvenes. En diversos estudios, se ha encontrado una serie de efectos negativos por el consumo de pornografía en la salud sexual y mental de los jóvenes. También, se ha observado el impacto que tiene en el comportamiento de los adolescentes, adoptando varias de las conductas nocivas que observan en la pornografía (aprendizaje vicario). Varios

autores, han encontrado que la capacidad de un adolescente para diferenciar entre lo que es pornografía (fantasioso) y lo que es una conducta sexual real, está relacionado con la reducción de efectos negativos del uso de pornografía.

Objetivo: contribuir a la discusión del desarrollo y de implementación de estrategias que ayuden a los jóvenes que navegan en internet y se encuentran con pornografía.

Método: se cuenta con una n=24, de los cuales, 10 son adolescentes entre 16 - 18 años y el resto son adultos (profesores y padres). Para recolectar los datos del estudio, se realizó una entrevista semiestructurada de entre 40 - 90 min de duración que fue grabada y luego transcrita.

Resultados: en el estudio, se encontraron con dos discursos para la alfabetización de la pornografía: alfabetización de pornografía para inocular los efectos negativos y alfabetización de la pornografía más allá de los efectos negativos. Respecto a la primera, el discurso se centra en dos aspectos en particular: la pornografía incide en el aprendizaje de la sexualidad, por lo que la persona puede desarrollar conductas similares a las que observa dentro de los vídeos y, por otro lado, los efectos negativos que conlleva el visionado de pornografía. Este discurso busca que los jóvenes puedan ver la pornografía con una mirada más crítica y a su vez, ser conscientes de los efectos negativos que puede generar en sus vidas. El segundo discurso (alfabetización de la pornografía más allá de los efectos negativos), deja de lado los efectos negativos que puede producir la pornografía, y se centra en que el adolescente tenga la decisión de visionar o no pornografía, teniendo en cuenta que lo que está viendo es pornografía y no como se desarrolla una relación sexual en la realidad. Este segundo discurso, ayuda a los jóvenes a tener mayor libertad de elección y no sentirse juzgados en caso de que consuman pornografía, y a su vez, incorporar en su lenguaje constructos propios de la sexología como deseo, placer y fantasías, más no solo los efectos negativos.

Conclusión: la alfabetización de la pornografía representa una gran herramienta contra los efectos adversos de la pornografía. Un factor protector ante la pornografía es saber distinguir entre aquello que es real y fantasioso respecto a la sexualidad, sobre todo, ayuda a prevenir que los jóvenes tengan expectativas e ideas que no se ajusten a la realidad. Se debe cambiar el modelo educacional respecto a la sexualidad, en aras de diseñar una enseñanza que se adapte a las necesidades de los más jóvenes.

A. Villena y cols.

7. Healy-Cullen, S., Morison, T., Taylor, J. E., & Taylor, K. (2023). What does it mean to be 'porn literate': perspectives of young people, parents and teachers in Aotearoa New Zealand. *Culture, Health & Sexuality*, 1-17.

LA SATISFACCIÓN SEXUAL MEDIA LOS EFECTOS EN LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN DIÁDICA SEXUAL SEGÚN EL GRADO DE DISCREPANCIA EN EL DESEO SEXUAL PERCIBIDO (8)

SEXUAL SATISFACTION MEDIATES THE EFFECTS OF THE QUALITY OF DYADIC SEXUAL COMMUNICATION ON THE DEGREE OF PERCEIVED SEXUAL DESIRE DISCREPANCY

Autores: Galiza, Theodorou, Simonelli, Lai & Nimbi.

Publicación: Healthcare.

DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare11050648

Cita completa: Galizia, R., Theodorou, A., Simonelli, C., Lai, C., & Nimbi, F. M. (2023, February). Sexual Satisfaction Mediates the Effects of the Quality of Dyadic Sexual Communication on the Degree of Perceived Sexual Desire Discrepancy. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 5, p. 648). MDPI.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: distintos estudios, han evidenciado el impacto de la comunicación sexual en el deseo sexual. En la bibliografía se han revisado varios modelos explicativos sobre la asociación entre el deseo sexual y la satisfacción sexual. Se ha definido la comunicación sexual como la integración entre el autorregistro sexual, calidad de la comunicación sexual y la frecuencia de la comunicación sexual. La investigación ha demostrado que la comunicación sexual es factor protector importante contra el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud sexual como problemas en la satisfacción y el deseo sexual. Numerosos estudios han reportado que en la presencia de mejores diadas comunicacionales, las parejas se sienten sexualmente satisfechas por más tiempo en la aceptación las preferencias y dificultades sexuales. En consonancia con lo anterior, más y mejor comunicación sexual conlleva a una mayor intimidad emocional, lo cual facilita el incremento en la satisfacción y función sexual.

Objetivo: probar un modelo de mediación donde la calidad de la comunicación diádica sexual (CDS) y la satisfacción sexual, jueguen un rol fundamental en el incremento o la reducción del grado de discrepancia de satisfacción sexual percibida en personas que se encuentren en una relación romántica.

Método: se cuenta con una n = 369, de los cuales 293 fueron mujeres y 76 hombres. El rango de edad para la muestra fue de 18 - 66 años. Se utilizaron distintos cuestionarios y escalas para medir las variables correspondientes al estudio: escala de satisfacción sexual; grado de percepción de la discrepancia en el deseo sexual; escala de la CDS; cuestionario diseñado por los atures para recolectar información sociodemográfica de la muestra.

Resultados: la calidad de la CDS y el nivel de satisfacción sexual se relacionan de forma significativa y negativa con el grado de la discrepancia de la percepción del deseo sexual. Se encontró una relación positiva entre la CDS y la satisfacción sexual. Respecto a la calidad de la CDS, se encontró una relación negativa con las siguientes variables: edad, duración de la relación y tener un hijo. También se encontró que el deseo de tener hijos y la deseabilidad social están relacionadas de forma positiva con la CDS. El grado de percepción de la discrepancia del deseo sexual, se relacionó de forma significativa y positivamente con la edad y la duración de la relación; también se encontró una relación significativamente negativa con respecto a deseo de tener hijos y la deseabilidad social.

Conclusión: parece que la calidad de la comunicación sexual diádica y la satisfacción sexual juegan un papel fundamental en la percepción incongruente entre el deseo sexual propio y de la pareja. Los sanitarios deberían seguir explorando las dinámicas relacionales sobre la discrepancia del deseo sexual, sin perder de vista la experiencia subjetiva y la complejidad de la naturaleza del deseo sexual.

8. Galizia, R., Theodorou, A., Simonelli, C., Lai, C., & Nimbi, F. M. (2023, February). Sexual Satisfaction Mediates the Effects of the Quality of Dyadic Sexual Communication on the Degree of Perceived Sexual Desire Discrepancy. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 5, p. 648). MDPI.

A. Villena y cols.

EL MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ES ADECUADO PARA EL TRATAMIENTO DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO: CUESTIONES RELACIONADAS CON LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESTADOS UNIDOS (9)

THE INFORMED CONSENT MODEL IS ADEQUATE FOR GENDER-AFFIRMING TREATMENT: ISSUES RELATED WITH MENTAL HEALTH ASSESSMENT IN THE UNITED STATES

Autores: Chiang & Bachmann.

Publicación: The Journal of Sexual Medicine.

DOI: https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad019

Cita completa: Chiang, T., & Bachmann, G. A. (2023). The informed consent model is adequate for gender-affirming treatment: issues related with mental health assessment in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(5), 584-587.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: las personas transgénero presentan dificultades para acceder a la atención sanitaria de afirmación de género (terapia hormonal y cirugía), existiendo lo que se considera un "control de acceso" por parte de los sanitarios dificultando el acceso todavía más. Las dificultades más comunes son: falta de cobertura del seguro médico, falta de conocimiento por parte de los profesionales, coste, y discriminación y agresiones. Las investigaciones demuestran que un modelo de "consentimiento informado" puede ser más beneficioso para obtener resultados óptimos, como un mejor acceso a la atención sanitaria y mejores resultados en salid mental.

Objetivo: confirmar la importancia y adecuación de hacer uso del modelo de consentimiento informado para el tratamiento de afirmación de género en EEUU.

Método: análisis del modelo de consentimiento informado, los fundamentos de la disforia de género y las normas de atención de WPATH. Todo esto a través del análisis de artículos de revistas de la mayor impacto en este ámbito.

Resultados: se observó que buscar profesionales de la salud mental como medida de apoyo para la propia transición está mucho más ampliamente aceptado. Debe respetarse en última instancia la autonomía del paciente y la terapia de salud mental debe depender de cada persona. Por lo tanto, para mejorar la interacción transgénero-atención sanitaria,

debería reformularse como un tipo de modelo de toma de decisiones compartida.

Conclusión: es necesario y facilitador que los médicos que llevan a cabo los tratamientos deben mantener una conversación en profundidad con el paciente y discutir los riesgos y beneficios de la intervención, tal como indica el modelo de consentimiento.

Chiang, T., & Bachmann, G. A. (2023). The informed consent model is adequate for gender-affirming treatment: issues related with mental health assessment in the United States. The Journal of Sexual Medicine, 584-587.

IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL OLVIDO HISTÓRICO, MÉDICO Y SOCIAL DEL CLÍTORIS (10)

CLINICAL IMPLICATIONS OF THE HISTORICAL, MEDICAL, AND SOCIAL NEGLECT OF THE CLITORIS

Autores: Blair Peters, Amara Ndumele, María I.

Publicación: The Journal of Sexual Medicine.

DOI: https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac044

Cita completa: Peters, B., Ndumele, A., & Uloko, M. I. (2023). Clinical implications of the historical, medical, and social neglect of the clitoris. The Journal of Sexual Medicine. 418-421.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el placer sexual es intrínseco a la existencia humana y constituye una importante medida de la calidad de vida. El clítoris desempeña un papel fundamental en el ciclo de respuesta sexual y en la consecución del placer sexual en individuos con anatomía vulvar. A pesar de su importancia, el clítoris ha permanecido gravemente incomprendido, mal representado y a menudo descuidado en la literatura médica y en la conciencia social. Existe un déficit significativo en nuestro conocimiento fundamental de la anatomía y fisiología básicas del clítoris.

Objetivo: concienciar sobre las consecuencias clínicas del olvido general del clítoris a nivel social, médico e histórico.

Método: revisión de 25 artículos para analizar los conocimientos científicos actuales acerca de la anatomía, fisiología del clítoris, las lagunas que existen en la investigación y educación, las consecuencias directas para los pacientes y cómo avanzar en este ámbito.

A. Villena y cols.

Resultados: todavia existe mucha desinformación acerca del clítoris. A nivel social es evidente que ha crecido su conocimiento. A nivel médico es necesario seguir realizando investigaciones acerca de su fisiólogia nervial y demás áreas. No debemos olvidarnos de las enfermedades relacionadas con el clítoris y demás partes externas de los genitales femeninos, requieren de más investigaciones para dar luz al tratamiento de estas.

Conclusión: existe la necesidad de conocer más el clítoris a nivel social y por supuesto, a nivel médico, su anatomía y su función sexual. Se debe acabar con la desinformación y aportar datos científicos acerca del mismo. Si aumentamos la conciencia social y la investigación sobre el clítoris se podrá mejorar los resultados de los pacientes que padecen afecciones médicas relacionadas con las partes exteriores de los genitales femeninos y, por lo tanto, mejorar la salud física y sexual de la mitad de la población mundial.

 Peters, B., Ndumele, A., & Uloko, M. I. (2023). Clinical implications of the historical, medical, and social neglect of the clitoris. The Journal of Sexual Medicine, 418-421.

BIENESTAR SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO PRECOZ A 1 Y 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO (11)

SEXUAL WELL-BEING IN PATIENTS WITH EARLY-STAGE BREAST CANCER AT 1-AND 2-YEAR FOLLOW-UP

Autores: Anouk S. Huberts, Marloes E. Clarijs y Hester Pastoor.

Publicación: The Journal of Sexual Medicine.

DOI: https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad007

Cita completa: Huberts, A. S., Clarijs, M. E., Pastoor, H., van Rosmalen, M., & Koppert, L. B. (2023). Sexual well-being in patients with early-stage breast cancer at 1- and 2-year follow-up. The Journal of Sexual Medicine, 20(4), 507–514.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el bienestar sexual (SWB) es un aspecto importante de la calidad de vida en general y, por lo tanto, debe tenerse en cuenta a la hora de medir el efecto del cáncer de mama en la vida cotidiana.

Objetivo: identificar factores predictivos positivos y negativos asociados con el cambio en el SWB 1 año después del diagnóstico y si el SWB cambia al año siguiente.

Método: los datos se obtuvieron de una medida de resultados en línea informada por pacientes que incluyó a pacientes mayores de 18 años que fueron tratadas por cáncer de mama entre octubre de 2015 y marzo de 2022 en el Centro Médico de la Universidad Erasmus. Se utilizó una regresión lineal multivariable para analizar la asociación entre las variables demográficas y específicas de la enfermedad y el cambio en el SWB entre el momento del diagnóstico y un año después. Para definir la relevancia, se dividió a los pacientes en 3 grupos en función de su puntuación de SWB al año: disminuido, estable y mejorado. Se utilizó la prueba de rango con signo de Wilcoxon para probar la diferencia en SWB entre el año sy los 2 años después del diagnóstico en los 3 grupos.

Resultados: La reconstrucción (β=20.136, P<.001) y mastectomía (β=11.157, P<.001) tuvieron una asociación positiva significativa con ASWB frente a la tumorectomía. El cambio en el bienestar psicológico tuvo una relación positiva significativa con ASWB . Las pacientes con disminución del SWB en el primer año no mejoraron al año siguiente.

Conclusión: el tipo de operación, el índice de masa corporal mayor a 30 y el cambio en el bienestar psicológico se asociaron con SWB. Los pacientes con disminución del SWB 1 año después del diagnóstico tendían a no mejorar o normalizarse al año siguiente, lo que indica que es necesario intervenir para restablecer el SWB en este grupo específico.

 Huberts, A. S., Clarijs, M. E., Pastoor, H., van Rosmalen, M., & Koppert, L. B. (2023). Sexual well-being in patients with early-stage breast cancer at 1- and 2-year follow-up. The journal of sexual medicine, 20(4), 507–514.

A. Villena y cols.

ATENCIÓN PLENA ENTRE LAS SÁBANAS: ¿PUEDE UNA INTERVENCIÓN BREVE DE ATENCIÓN PLENA MEJORAR LAS EXPERIENCIAS Y MOTIVACIONES SEXUALES DE LAS POBLACIONES QUE VIVEN EN COMUNIDAD, Y PUEDE EL APEGO INSEGURO MODERAR ESTOS EFECTOS? (12)

MINDFULNESS BETWEEN THE SHEETS: DOES A BRIEF MINDFULNESS INTERVENTION IMPROVE COMMUNITY-DWELLING POPULATIONS' SEXUAL EXPERIENCES AND MOTIVATIONS, AND ARE EFFECTS MODERATED BY ATTACHMENT INSECURITY?

Autores: Dixon, H. C., Reynolds, L. M., & Consedine, N. S. Publicación: The Journal of Sex Research.

DOI: https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2196279

Cita completa: Dixon, H. C., Reynolds, L. M., & Consedine, N. S. (2023). Mindfulness Between the Sheets: Does a Brief Mindfulness Intervention Improve Community-Dwelling Populations' Sexual Experiences and Motivations, and Are Effects Moderated by Attachment Insecurity?. *The Journal of Sex Research*, 1-14.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: la atención plena promueve el acceso a sentimientos, pensamientos, motivaciones y tendencias conductuales. Se ha observado, que esta puede ser útil para personas inseguras que reportan experiencias cognitivas y afectivas negativas. También, se ha visto que el aumento de la capacidad para regular la atención hacia el placer fisiológico en personas inseguras hace que respondan más fácilmente a sus necesidades sexuales y las de su pareja. Cabe descartar, que en los últimos años, diferentes investigadores han teorizado que los efectos de la atención plena en la sexualidad pueden no ser equivalentes entre el estilo de apego ansioso y el evitativo.

Objetivo: evaluar si los estilos de apego ansioso y/o evitativo, moderan los efectos de una breve intervención de atención plena autoadministrada en cuatro semanas. Observando su moderación en una gama de resultados sexuales positivos y negativos, incluida la positividad de la experiencia sexual, los motivos sexuales basados en el enfoque centrado en uno mismo y los motivos sexuales basados en la evitación.

Método: la muestra final para este estudio fue de N=90, ya que se pedían unos requisitos de participación que no todos llegaron a cumplimentar. Todos los participantes tenían más de 18 años, y llevaban mínimo 1 año viviendo en pareja. La investigación se compuso de 4 fases: (1) cuestionarios demográficos y de apego; (2) cuestionarios diarios durante 7 días sobre sus experiencias y motivaciones sexuales ese día; (3) escucha de grabaciones de audio de atención plena de 10 minutos cada día durante cuatro semanas; (4) cuestionarios diarios que medían las experiencias y motivaciones sexuales posteriores a la intervención cada día durante 1 semana.

Resultados: se observó que, la atención plena aumentó con el tiempo. No se obtuvo moderación a través de un estilo de apego en ninguno de los efectos de la intervención de atención plena en los resultados sexuales a lo largo del tiempo. En general, no se obtuvieron diferencias significativas tal y como se esperaba antes del estudio.

Conclusión: este estudio fue diseñado para examinar los efectos de una breve intervención de atención plena en el funcionamiento sexual y para probar si los efectos fueron moderados por el estilo ansioso o evitativo. No hubo un beneficio específico de la intervención de atención plena y los análisis de moderación tampoco mostraron los efectos esperados en los que la atención plena amortiguaba los efectos de la ansiedad por el apego en los informes de motivaciones sexuales. Si se pudo observar que, las interacciones entre la parte de ansiedad y el tiempo mostraron que más participantes de estilo ansioso informaron de un aumento de los motivos sexuales basados en el enfoque en sí mismos, pero una disminución de la fuerza comunitaria sexual. En conjunto, estos hallazgos parecen sugerir que, si bien la intervención de atención plena no mejoró los resultados sexuales en general, parecía alentar a las personas más ansiosas a volver a priorizar los motivos sexuales relacionados con su propio placer. La investigación futura podría replicar y ampliar esta investigación para que se puedan encontrar conclusiones más definitivas sobre el papel de la atención plena en las relaciones y la sexualidad.

 Dixon, H. C., Reynolds, L. M., & Consedine, N. S. (2023). Mindfulness Between the Sheets: Does a Brief Mindfulness Intervention Improve Community-Dwelling Populations' Sexual Experiences and Motivations, and Are Effects Moderated by Attachment Insecurity?. The Journal of Sex Research, 1-14.

A. Villena y cols

EL PAPEL DE LAS ACTIVIDADES SEXUALES EN PAREJA SIN PENETRACIÓN EN LAS ASOCIACIONES ENTRE LAS DIFICULTADES DE ERECCIÓN, EL SEXO Y LA SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN EN HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS (13)

THE ROLE OF NON-PENETRATIVE PARTNERED SEX ACTIVITIES IN THE ASSOCIATIONS AMONG ERECTILE DIFFICULTIES, SEX AND RELATIONSHIP SATISFACTION IN MEN AGED 50+

Autores: Ševčíková, Jaroslav Gottfried, Veronika Gocieková, Gabriela GoreGorszewska, Lukas Blinka & Jan Kotík

Publicación: International Journal of Sexual Health

DOI: https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2169850

Cita completa: Ševčíková, A., Gottfried, J., Gocieková, V., Gore-Gorszewska, G., Blinka, L., & Kotík, J. (2023). The Role of Non-penetrative Partnered Sex Activities in the Associations Among Erectile Difficulties, Sex and Relationship Satisfaction in Men Aged 50+. *International Journal of Sexual Health*, 35(1), 30-40.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: los cambios en el funcionamiento sexual entre los hombres (después de los 50 años), son significativos y conducen a una proporción creciente de hombres que experimentan dificultades eréctiles. Independientemente de su origen, las dificultades eréctiles están relacionadas con una disminución de la actividad sexual, particularmente en el sexo penetrativo. Esto es importante, ya que, según estudios sobre relaciones cercanas (a mediana y avanzada edad), la satisfacción sexual (que se relaciona con la frecuencia) y las relaciones están interconectadas.

Objetivo: examinar las asociaciones entre las dificultades eréctiles, la satisfacción sexual y la satisfacción en las relaciones. También observar si hay un efecto amortiguador del sexo en pareja sin penetración en la satisfacción de las relaciones en hombres de más años que reportan dificultades eréctiles.

Método: la muestra final se compuso de 431 hombres checos (de 50 a 96 años). Para recoger los datos se utilizó un cuestionario en línea publicado en la plataforma Qualtrics. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron satisfacción en la relación, satisfacción en la frecuencia del sexo, frecuencias de las relaciones sexuales, dificultades eréctiles y

prácticas sexuales sin penetración. Los análisis de datos se llevaron a cabo en el software R.

Resultados: el 59 % de los encuestados indicaron que se dedicaban a prácticas no penetrantes al menos una vez a la semana, el 34 % indicaron una frecuencia más baja y el 7 % no respondieron a la pregunta. Los resultados para corroborar las hipótesis planteadas fueron satisfactorios en algunas de ellas. Sin embargo, el compromiso en el sexo en pareja no penetrativo no moderó la relación entre las dificultades eréctiles y la satisfacción sexual y relacional que era el análisis principal del estudio, pero si se observó que estaba vinculado a una mayor satisfacción sexual y relacional.

Conclusión: no se ha apoyado el efecto amortiguador de las relaciones sin penetración para el vínculo entre las dificultades eréctiles y la satisfacción en las relaciones. Este estudio mostró que las dificultades eréctiles en la mitad y posterior de la vida están relacionadas negativamente con la satisfacción con la frecuencia sexual y la satisfacción de las relaciones. La participación más frecuente en prácticas sexuales sin penetración, no parece interactuar con el supuesto efecto negativo de las dificultades eréctiles en la satisfacción sexual y de las relaciones. Sin embargo, un repertorio sexual más amplio podría ser beneficioso para el funcionamiento sexual de los hombres en la vida posterior, ya que se asoció con una menor incidencia de dificultades eréctiles. Los resultados de este estudio sugieren que la situación es más compleja y se debe prestar atención a cómo estos hombres entienden las prácticas sexuales, en particular las actividades de pareja no coital, y en qué contexto y qué significados les atribuyen.

 Ševčíková, A., Gottfried, J., Gocieková, V., Gore-Gorszewska, G., Blinka, L., & Kotík, J. (2023). The Role of Non-penetrative Partnered Sex Activities in the Associations Among Erectile Difficulties, Sex and Relationship Satisfaction in Men Aged 50+. International Journal of Sexual Health, 35(1), 30-40.

A. Villena y cols

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN PROGRAMAS PARA PREVENIR EL ABUSO SEXUAL INFANTIL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE CUATRO DÉCADAS DE INVESTIGACIÓN (14)

PARENTAL INVOLVEMENT IN PROGRAMS TO PREVENT CHILD SEXUAL ABUSE: A SYSTEMATIC REVIEW OF FOUR DECADES OF RESEARCH

Autores: Rudolph, JI, van Berkel, SR, Zimmer-Gembeck, MJ, Walsh, K., Straker, D. y Campbell, T.

Publicación: Trauma, Violence, & Abuse (TVA).

DOI: https://doi.org/10.1177/15248380231156408

Cita completa: Rudolph, J. I., van Berkel, S. R., Zimmer-Gembeck, M. J., Walsh, K., Straker, D., & Campbell, T. (2023). Parental involvement in programs to prevent child sexual abuse: a systematic review of four decades of research. *Trauma, Violence, & Abuse,* 15248380231156408.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: a pesar de los múltiples programas de prevención, el abuso sexual infantil (CSA) es experimentado por muchos niños en el mundo. Los enfoques de prevención eficaces siguen siendo una alta prioridad de salud pública. Es importante incluir las intervenciones diseñadas específicamente para padres, (que pueden o no incluir a los hijos) en la prevención. La mayoría de los programas, no tiene en cuenta a los padres de forma directa. Ejemplo de ello sería, una gran encuesta realizada en EEUU, donde el 72 % de los programas incluían materiales para llevar a casa y solo el 18 % invitaba a los padres a participar. En Australia, se observó que había escasez de programas para apoyar y/o alentar a los padres a hablar con sus hijos sobre la prevención del abuso sexual.

Objetivo: esta revisión tiene el propósito de sintetizar 40 años de programas centrados en los padres, que tenían como objetivo mejorar el conocimiento, las actitudes o el comportamiento de la prevención del CSA. Cabe destacar que, en esta revisión sistemática, no se realizó un metanálisis debido a la heterogeneidad en los estudios de evaluación. En su lugar, se reunieron los estudios elegibles, presentando evaluaciones de riesgo y de sesgo, además de un resumen narrativo detallado para establecer las direcciones para futuras investigaciones.

Método: las búsquedas electrónicas en bases de datos produjeron 2.789 registros, de los cuales 689 se identificaron como duplicados. Los dos primeros autores, trabajando de forma independiente, utilizaron "Rayyan" para grabar registros de pantalla a doble ciego en contra de los criterios de inclusión y exclusión. Los datos se extrajeron y resumieron en base a la plantilla de extracción y evaluación de datos del Grupo de Salud Pública Cochrane (2011). Los datos extraídos incluían: los padres existentes y la naturaleza de las intervenciones dirigidas a los padres, los resultados de los padres medidos y la eficacia de estas intervenciones para lograr los resultados deseados medidos en cada estudio individual. Finalmente se obtuvieron 24 estudios.

Resultados: la mayoría de los estudios que midieron los comportamientos de los padres o las intenciones conductuales de participar en la prevención de la CSA informaron de mejoras después de la intervención. De estos estudios, 18 se centraron en intervenciones de prevención de la CSA dirigidas específicamente a los padres. Se representó una variedad de modos de entrega de intervención, y la mayoría de los programas incluyeron al menos una sesión de grupo cara a cara. Además, hubo un rango en la duración de la intervención de varios minutos a varias semanas. La mayoría de los programas proporcionaron una sesión de alrededor de 1 a 3 horas. Aunque las características de los programas variaron sustancialmente, todos tenían como objetivo mejorar al menos uno de los siguientes resultados: conocimiento de los padres, actitudes, comportamientos, intenciones de comportamiento, autoeficacia, eficacia de respuesta o capacidades a través de alguna forma de iniciativa de educación de los padres.

Conclusión: as intervenciones de CSA disponibles centradas en los padres representadas en la literatura son efectivas hasta cierto punto para mejorar las variables de los padres relacionadas con la prevención de la CSA directamente después de las intervenciones. En cuanto a la longevidad de las mejoras, pocos estudios (5 de 24) incluyeron seguimiento y ningún seguimiento fue de más de 2 meses. Sin embargo, los resultados mostraron que en los seguimientos de uno a dos meses (cuando se llevaron a cabo), los resultados posteriores a la prueba para cada variable casi siempre se mantuvieron (es decir, las mejoras siguieron siendo mejoras). La investigación de evaluación demuestra que los programas tienen la capacidad de cambiar las 7 áreas propuestas. Otras conclusiones obtenidas del estudio a futuro serían: que la investigación futura aborde las limitaciones metodológicas que dificultan la extracción de conclusiones para una gran proporción de la investigación disponible; Los altos niveles

A. Villena y cols.

de desgaste en los estudios incluidos sugieren que se podría hacer más para involucrar a los padres y evitar el abandono.

 Rudolph, J. I., van Berkel, S. R., Zimmer-Gembeck, M. J., Walsh, K., Straker, D., & Campbell, T. (2023). Parental involvement in programs to prevent child sexual abuse: a systematic review of four decades of research. *Trauma, Violence*, & *Abuse*, 15248380231156408.

¿CÓMO PREDICEN LOS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS Y LAS FUNCIONES FAMILIARES UN DESAJUSTE MARITAL DIÁDICO? UNA PRUEBA SOBRE PERSONAS CASADAS EN TURQUÍA (15)

HOW DO EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND FAMILY FUNCTIONS PREDICT DYADIC MARITAL ADJUSTMENT? A TEST ON TURKISH MARRIED INDIVIDUALS

Autores: Koruk, S., & Ozabaci, N.

Publicación: Journal of Sex & Marital Therapy

Cita completa: Körük, S., & Özabacı, N. (2023). How Do Early Maladaptive Schemas and Family Functions Predict Dyadic Marital Adjustment? A Test on Turkish Married Individuals1. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-11.

DOI: https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2195857

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: los esquemas desadaptativos tempranos se originan como pensamientos y creencias sobre nosotros mismos, el mundo que nos rodea y el mundo de los demás. Estos esquemas, al igual que las funciones familiares, influyen fuertemente en cómo nos comportamos y nos sentimos.

Objetivo: el presente estudio busca determinar la relación entre esquemas desadaptativos y funciones familiares con la posibilidad de un desajuste marital diádico.

Método: N=201 personas casadas. Se evaluó la presencia de esquemas desadaptativos siguiendo un modelo hipotético estructural.

Resultados: dos esquemas desadaptativos: 1) fuerte presión interna para conseguir alcanzar unas metas muy ambiciosas para evitar la crítica y 2) la inhibición y desconexión emocional, se asociaron fuertemente con desajustes maritales diádicos. Mientras que las funciones familiares solo se asociaron de manera moderada.

Conclusión: los resultados obtenidos muestran la necesidad de identificar y trabajar los esquemas desadaptativos tempranos de los individuos que acuden a terapia de pareja para superar sus dificultades.

15. Körük, S., & Özabacı, N. (2023). How Do Early Maladaptive Schemas and Family Functions Predict Dyadic Marital Adjustment? A Test on Turkish Married Individuals1. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-11.

APEGO, MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN SEXUAL ENTRE PAREJAS ESPERANDO SU PRIMER HIJO (16)

ATTACHMENT, SEXUAL MOTIVES, AND SEXUAL SATISFACTION AMONG COUPLES EXPECTING THEIR FIRST CHILD

Autores: Brassard, A., Vallee-Destrempes, M., Binet M.A., Brault-Labbe, A., Lafontaine, M.F., Peloquin, K.

Publicación: Journal of Sex & Marital Therapy

Cita completa: Brassard, A., Vallée-Destrempes, M., Binet, M. A., Brault-Labbé, A., Lafontaine, M. F., & Péloquin, K. (2023). Attachment, Sexual Motives, and Sexual Satisfaction among Couples Expecting their First Child. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-17

DOI: https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2193190

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: ser padres por primera vez supone un cambio de etapa del ciclo vital de las personas. Ante esta situación, múltiples parámetros, entre ellos, la relación entre los miembros de la pareja se ve afectada.

Objetivo: el objetivo de este estudio es analizar las relaciones directas e indirectas entre apego inseguro (fundamentalmente ansiedad y evitación) y satisfacción sexual en parejas esperando su primer hijo

Método: N=204 parejas que están esperando su primer hijo. Se realizaron cuestionarios online.

Resultados: los análisis revelaron que el apego y la satisfacción sexual no se correlacionaron directamente. La satisfacción sexual se asoció a tres factores: aprobación de la pareja, autoafirmación e intimidad. En el caso de los hombres, el apego ansioso se relacionó con una mayor satisfacción sexual en situaciones de mayor intimidad, mientras que el apego evitativo se relación con una menor satisfacción sexual en los caos de menor intimidad.

A. Villena y cols.

Conclusión: los resultados obtenidos ayudan a los profesionales de la salud mental a valorar el impacto que tiene el apego de cada miembro de la pareja y la situación vital de ser padres por primera vez en la estabilidad y satisfacción en la pareja.

Brassard, A., Vallée-Destrempes, M., Binet, M. A., Brault-Labbé, A., Lafontaine, M. F., & Péloquin, K. (2023). Attachment, Sexual Motives, and Sexual Satisfaction among Couples Expecting their First Child. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-17

INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE BAJO DESEO SEXUAL Y TRASTRONO DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLSIS (17)

INCIDENCE AND PREDICTORS OF LOW SEXUAL DESIRE AND HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER IN WOMEN: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Autores: Tetik, S., & Yalcinkaya, O.

Publicación: Journal of Sex & Marital Therapy.

Cita Completa: Tetik, S., & Yalçınkaya Alkar, Ö. (2023). Incidence and Predictors of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-24.

DOI: https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2208564

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: determinar la verdadera incidencia e identificar los factores de riesgo de un bajo deseo sexual (Low Sexual Desire, LSD) y del Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD) es fundamental para prevenir disfunciones sexuales y aplicar un tratamiento médico adecuado.

Objetivo: aplicar una revisión exhaustiva de la literatura y un meta-análisis de los datos obtenidos.

Método: la revisión sistemática y el meta-análisis se basaron en artículos de investigación que reportaron mujeres con LSD, HSDD en diversos motores de búsqueda. Todos los estudios que analizaron estas patologías fueron incluidos. Del total de 891 artículos, 24 fueron elegibles, todos con un bajo nivel de sesgo.

Resultados: la incidencia de LSD hallada fue del 29%, mientras que de HSDD fue del 12%. Los estudios que usaron un muestreo de conveniencia mostraron una incidencia mayor que estudios que usaron un muestreo probabilístico. No se hallaron diferencias asociadas a la cultura. La mayoría de los estudios analizaron datos demográficos, fisiológicos, psicológicos, relacionales y factores predictores sexuales.

Conclusión: los resultados obtenidos ayudan y favorecen a investigadores y profesionales clínicos de la salud a identificar más mujeres con sintomatología relacionada con LSD y HSDD.

17. Tetik, S., & Yalçınkaya Alkar, Ö. (2023). Incidence and Predictors of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-24.

Sección coordinada por **Ana Campos** (Consejo de Redacción)

MANUAL DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN PSICOESTIMULACIÓN PARA DEMENCIAS

Palabras clave: Demencia, Psicoestimulación, Entrenamiento cognitivo. **Keywords:** Dementia, Psychostimulation, Cognitive training

El progresivo aumento de la esperanza de vida de la población y los avances en el campo de la medicina provoca que las enfermedades neurodegenerativas se conviertan en uno de los mayores problemas de salud actuales. Mientras en los años 60-70 los neurólogos que visitaban enfermos después de haber sufrido una lesión cerebral adquirida (por ejemplo, en el caso de las afasias) no se les concedía ninguna esperanza de tratamiento rehabilitador, actualmente se pueden intervenir enfermedades neurodegenerativas como las demencias, que con programas especializados de estimulación, como el que presenta Álvaro Rodríguez, pueden llegar a mejorar funciones cognitivas o enlentecer el deterioro, siempre y cuando se detecten en determinados estadios de la enfermedad. Consecuentemente, desarrollar programas de evaluación e intervención en estas enfermedades es cada vez más necesario.

El libro de Álvaro Rodríguez Mora* es un auténtico placer porque contempla de manera global la intervención en las demencias desde un enfoque positivo donde deja suponer que siempre hay una esperanza de intervención. El autor diferencia senectud de senilidad, conceptos que se pueden confundir fácilmente en entornos no profesionales. Mientras que la senectud se refiere a un envejecimiento normal, la senilidad comporta patología. Las demencias se enmarcan en este último concepto. Por demencia se entiende un trastorno neurodegenerativo irreversible, que afecta a les actividades de la vida diaria, las funciones cognitivas, la personalidad y pueden aparecer también trastornos psiquiátricos y de comportamiento. Este conjunto de deterioro crea dependencia, afectación del funcionamiento de la persona, afectación laboral y social.

Actualmente hay evidencias científicas que los programas de intervención tienen que ser sistemáticos para que sean eficaces. El autor del libro destaca los métodos de intervención cognitiva propuesto por Clare y Woods (2004): la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento y la estimulación cognitiva. La rehabilitación cognitiva tiene que ser individualizada, estimular áreas más conservadas para incidir en las más deterioradas, revisar los objetivos periódicamente y adaptarse la rehabilitación en función del grado de consciencia de enfermedad y motivación del paciente.

El entrenamiento cognitivo consiste en estimular las distintas funciones cognitivas. Este entrenamiento puede realizarlo un terapeuta (en sesiones individualizadas) o un familiar (con el soporte del terapeuta). El objetivo es enlentecer el deterioro. Las sesiones pueden ser individuales o grupales y se realizan diferentes terapias, como: a) Orientación a la realidad, b) Arte terapia, c) Terapia de validación, d) Curas diarias, e) Terapia de reminiscencia, f) Musicoterapia. Se estimulan todas las funciones cognitivas, tanto las que están preservadas como las deterioradas. Los programas de estimulación cognitiva más habituales son los de psicoestimulación.

Estos programas de estimulación cognitiva se basan en la teoría de la Neuroplasticidad cerebral, según la cual mediante la estimulación cognitiva se crean conexiones nuevas en el cerebro. Entre los factores que incrementan la neuroplasticidad nos encontramos con la actividad física, la educación, la interacción social, el desarrollo intelectual y las intervenciones cognitivas.

El programa PPID, que se concreta en el libro, incluye la intervención en la capacidad funcional: rendimiento cognitivo, estado afectivo, actividades de la vida diaria y estado físico general. Se trata de retrasar el curso evolutivo de la enfermedad y evitar la sobreestimulación y sobrecarga cognitiva. Por ello, es muy estructurado y tiene muy delimitado el tiempo previsto para cada actividad.

Como beneficios de la aplicación de este programa, aparte del mantenimiento o recuperación de las funciones cognitivas, a la vez fomenta la autoestima, las habilidades sociales y la calidad de vida. Puede ser aplicado por terapeutas o por familiares, evitando la sobrecarga.

DOI: https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum251601

25 / AÑO 2023 ABRIL • MAYO • JUNIO

COMENTARIO LIBRO COMMENTED BOOK

Sección coordinada por **Ana Campos** (*Consejo de Redacción*)

Por último, decir que al ser una realidad que va en aumento, es necesario que se inviertan recursos públicos y privados para poder desarrollar y aplicar estas intervenciones con un mínimo de garantías.

BIBLIOGRAFÍA

 Álvaro Rodríguez Mora (2022). Manual de intervención integral en psicoestimulación para demencias. Programa PPID. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.)

LA RECOMENDACIÓN

Libro altamente aconsejable para quien quiera conocer el estado actual de la psicoestimulación para demencias. Los profesionales recibirán una inyección de cierto optimismo basado en el enfoque positivo del autor.

Judit Raventós Olivella

Neuropsicóloga y Logopeda, Hospital Universitario Dexeus, Barcelona



Sección coordinada por **Ana Campos** (*Consejo de Redacción*)

LA CIENCIA DEL SUEÑO INFANTIL. COMPRENDIENDO EL SUEÑO DE NUESTROS HIJOS

Palabras clave: sueño infantil, bebé, colecho, maternidad.

Keywords: child's dream, baby, co-sleeping, maternity.

Durante muchos años, la ciencia del sueño infantil no ha sido cuestionada, siendo las exigencias sociales y culturales las que han ido marcando cómo, cuánto, cuándo y dónde debían descansar los más pequeños, sin tener en cuenta las necesidades naturales del propio acto. Un bebé de seis meses que no consigue dormir solo y durante las horas establecidas se consideraba algo patológico, llevando a muchos padres a sentirse desesperados y a buscar ayuda profesional para que su hijo encajase en la norma.

El abordaje del problema pasaba por abandonar los malos hábitos que habían inculcado los progenitores al pequeño en el momento de llevarlo a la cuna. Se les educaba para que aplicasen técnicas conductistas de adiestramiento con el fin de que fuese el bebé quien se consolase solo. Las indicaciones eran claras, cambiar asociaciones supuestamente negativas como el pecho, los abrazos y la presencia de la mamá por asociaciones positivas como un peluche, un chupete o una mantita. Otro objetivo, no menos importante, era que los padres se desensibilizasen del llanto de su hijo con el firme argumento de que se trataba de un acto de manipulación por parte del menor.

La ciencia basada en la evidencia apoyó este tratamiento, pediatras de todo el mundo recetaban famosos libros en los que se especificaba, paso por paso, los rituales que los cuidadores debían seguir para evitar cualquier resistencia o rebelión del niño en el momento de ir a dormir. Fue entonces cuando empezaron a oírse voces disidentes en contra de estas prácticas que provenían de ámbitos de la biología, la antropología, la neurología y la etología, todas ellas con ganas de entrar en el debate científico sobre este tema.

María Berrozpe Martínez, doctora en ciencias biológicas, cofundadora del centro de estudios del sueño infantil (CESI), defensora del colecho y de la lactancia materna, es una de estas voces que han abierto la puerta a un nuevo paradigma

cargado de evidencia. En su libro (1) encontramos la explicación acerca de las necesidades de sueño que tenemos como mamíferos primates, profundizando en nuestra naturaleza más básica para así poder entender por qué los recién nacidos demandan contacto cercano a sus cuidadores. Así mismo, encontramos cuestiones tan importantes como la evolución del número de horas que debemos descansar desde la etapa prenatal hasta la adolescencia, además de cuánto, cómo y por qué tenemos que dormir y qué hay de cierto en las recomendaciones oficiales del sueño durante los primeros años de vida.

De forma amplia se contempla el colecho como un comportamiento natural y saludable, muy beneficioso para el mantenimiento de la lactancia materna y que mejora la calidad del sueño de la madre y el bebé. Sobre este acto, la autora señala las limitaciones de diferentes estudios que han querido demostrar la existencia de una relación entre el colecho y la muerte súbita del lactante y que no han tenido en cuenta variables como: una posible vulnerabilidad subyacente, que el menor se encontrase en un periodo crítico del desarrollo, que los padres fuesen fumadores, que la práctica se hiciese en un sofá o que el mismo colecho fuese reactivo y no se tomasen las medidas de seguridad oportunas.

Así mismo, la autora detalla las características de los métodos más utilizados para dormir a los bebés, desde los más antiguos y poco respetuosos basados en dejar llorar al pequeño, hasta los más inofensivos que consisten en reforzar la conducta del niño si es capaz de pasar la noche sin reclamar la presencia de sus padres. En referencia a los primeros, da especial importancia a que el estrés que generan estas técnicas puede provocar efectos nocivos en el cerebro del menor.

En el último capítulo, se define el nuevo paradigma del sueño "amamadormir", que consiste en la díada madre-bebé durmiendo juntos en contacto, en el contexto de la lactancia materna y en ausencia de factores de riesgo. Cabe destacar que, si algún miembro de la familia, que conviva en el hogar y que comparta o no la misma cama donde se practica el colecho, tiene algún problema de sueño, se podrá abordar de una manera integral, ofreciendo soluciones respetuosas,

DOI: https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum251602



Sección coordinada por **Ana Campos** (*Consejo de Redacción*)

innovadoras y basadas en las evidencias científicas. El manejo de estas dificultades se tratará a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso, ayudando a los padres a pensar en los valores con los que quieren criar a su hijo, con el fin de que sean la principal guía para afrontar los problemas que surjan en su crianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berrozpe Martínez, M. (2022). La ciencia del sueño infantil. Comprendiendo el sueño de nuestros hijos. Oberon.

LA RECOMENDACIÓN

saber cuidar de algo tan importante y complejo como el sueño en los primeros años de vida no es tan sencillo como pensábamos. Esta obra penetra en cada uno de los entresijos del sueño en los niños, repasando el avance que ha supuesto la ciencia del sueño desde hace años hasta la actualidad, mostrándonos así el recorrido hasta llegar al punto actual.

Laura Villalba Strohecker

Psicóloga. H.U. Dexeus. Barcelona.

Sección coordinada por **Ana Campos** (*Consejo de Redacción*)

ESO NO ES SEXO. PROPUESTA PARA EDUCAR EN SEXUALIDAD.

Palabras clave: Educación sexual, adolescencia..

Keywords: Sexual education, Adolescence.

En un informe dado a conocer a los medios de comunicación por la policía de Cataluña, entre enero y abril de 2023 han recibido más de 1200 denuncias por agresión sexual, de las que se desprende que han detenido o investigado a más de 1000 personas, un 12,3 % menores de edad. Casi el 40 % de las denuncias han sido por agresión sexual con penetración, el 60 % de las denuncias acusan a hombres que formaban parte del círculo de confianza de las víctimas, en el 43 % de las agresiones múltiples al menos uno de los autores conocía a la víctima... y más y más y más (1).

En el libro que vamos a comentar (2), la autora presupone todo lo que nos cuenta la noticia pues nos explica qué es lo que pasa desde la perspectiva de los centros escolares de secundaria donde ella entra como educadora sexual. No sólo entra, interacciona, recoge información, clasifica esta información, la estructura y nos la traslada para que tengamos una idea clara de cómo se están formando nuestros adolescentes dentro de los centros escolares, de cuál es caldo de cultivo de lo que después nos llama tanto la atención cuando leemos los titulares de los informativos y que nos impresiona.

La autora se presenta como una educadora y según este perfil nos va explicando de manera detallada cómo los adolescentes van descubriendo su identidad y cómo van formando sus roles y, cabe destacar, el detallado repaso a las variables que influyen de manera determinante en el desarrollo de los comportamientos y rasgos de personalidad propios de la edad y que en muchos casos pueden generar estados

de riesgo o patologías. Un capítulo especial es el referido al porno: se trata de la principal fuente de información y que condiciona su comportamiento y a la que se ha tenido que enfrentar como educadora y a la que nos previene a todos, de sus verdaderas intenciones y consecuencias.

Pero aún más, el texto se presenta como una guía de ayuda a educadores, terapeutas, padres y adolescentes y contiene estrategias didácticas, así cada capítulo además de estar escrito en un lenguaje muy moderno y accesible, contiene una serie de ejercicios en los que tiene que participar de manera activa los adolescentes. Es un texto interactivo desde la primera página a la última que impone una reflexión continuada de todos concetos que se trabajan y, cuidado, ¡no creamos que esas reflexiones son sólo para los adolescentes!

En resumen, se trata de un verdadero manual de cómo educar a los adolescentes en sexualidad de una forma interactiva realizado por una educadora y que en estos momentos viene a cubrir una demanda que, en muchos casos, son los mismos jóvenes quienes la generan.

BIBLIOGRAFÍA

- Esta noticia se puede encontrar en varios medios de comunicación, por ejemplo: https://cadenaser.com/cataluna/2023/05/23/els-mossosatenen-una-victima-de-delicte-sexual-cada-dues-hores-sercat/
- 2. Marroquí, M. (2023). Eso no es sexo. Barcelona. Ed. Crossbooks

LA RECOMENDACIÓN

Se trata de un libro de referencia para educar en sexualidad a adolescentes en el que han de participar e interaccionar.

Miquel Agulló

Psicólogo. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática Hospital Universitario Dexeus

DOI:https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum251603

25 / AÑO 2023 ABRIL • MAYO • JUNIO

COMENTARIO LIBRO COMMENTED BOOK

Sección coordinada por **Ana Campos** (*Consejo de Redacción*)

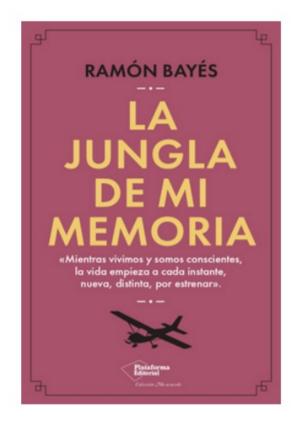
LA JUNGLA DE MI MEMORIA. UN HOMENAJE A LA VIDA

Palabras clave: Recuerdos de vida

Ramon Bayés nos vuelve a sorprender con un libro que refleja su incombustible amor por las buenas gentes y por el país. Ahora ya no es un libro en el que se desarrollan conceptos como la jubilación activa o el afrontamiento ante la eutanasia o los procesos adaptativos a enfermedades crueles. Ahora Ramon nos sumerge en su memoria de hechos que no sólo forman parte del pasado si no que son un presente de las cosas futuras, como él mismo nos ilustraba sobre el tiempo y San Agustín.

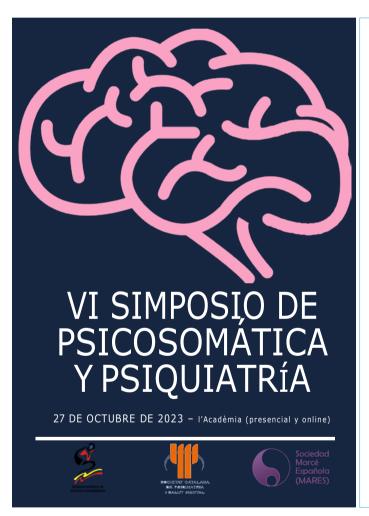
Ramon peina los recuerdos y los desliza hacia los que nunca los habíamos vivido. Un auténtico homenaje a la vida.

> J.M. Farré Editor











ISSN 2565-0564

Como cita

Sardà, Neus. «Agenda». Psicosomàtica y Psiquiatría, 2023, n.º 25, https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/417002.







Agenda

DRAFT290627



50 CONGRESO "DESAFÍOS EN PSICOSOMÁTICA" SOCIEDADESPAÑOLAMEDICINAPSICOSOMÁTICA

Fundada por Rof Carballo 1955

3 Y 4 DENOVIEMBRE 2023-AULA MAGNA HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN c/Ibiza

VIERNES3NOVIEMBRE

15:00 h Inscripción. Entrega de acreditaciones 15:45 Inauguración Oficial*

16:00 h Conferencia Inaugural: La nueva (y preocupante) Psicosomática del Adolescente *Prof. Dr. Celso Arango*

17:00 h Transexualidad: Aspectos Médicos

Prof. Francisco Vaz

17:30 h Transexualidad: aspectos Legales

Dra. Maria Ibañez

COMUNICACIONES

19:30 h Asamblea General

SÁBADO 4 NOVIEMBRE

10:00 h Una Sanidad Sana: Burnout de los Profesionales Sanitarios, sus Causas y Soluciones

Dr. Ignacio Sanchez Arcilla

10.30 h Burnout en personal sanitario. Prevención, Detección y Tratamiento

Dr. Luis Hernandez

COMUNICACIONES

11:45 h Café

12:00 h El fenotipo Neuro-Conectivo: Un nuevo paradigma en Medicina

Prof. Antonio Bulbena

12:30 h Propiocepción, Sistema Visceral y Somatización del Estrés

Prof. Ángel Oliva-Pascual

13:00 h Nuevas Tendencias en Psicoterapia Psicosomática

Prof. Luis G. de Rivera

13.30 h Psicoterapia sistémica personalizada

Dr. José Ignacio del Pino

14:00 h Comida de Trabajo

16:00 h Nuevas Estrategias en Psicofarmacología

Prof. Ricardo Campos Rodenas

17:00 h Retos en el tratamiento de Trastornos médicos funcionales.

20:00 h Entrega PREMIOS: al mejor poster y a la mejor comunicación





Ramon Bayes

Professor emérito. Universitat Autónoma de Barcelona

EL HOMBRE QUE CREABA VÍNCULOS

Érase una vez un hombre llamado Carlos, natural de Campo Viejo del Monte Pardo, que, a pesar del extraño olor de sus sobacos (o tal vez debido a ello) nació con una habilidad extraordinaria para establecer vínculos.

Nunca sintió la necesidad de estudiar. Ni siquiera tuvo que aprenderse de memoria la tabla de multiplicar.

Si la maestra le preguntaba, siempre había algún compañero o compañera que, disimuladamente, le pasaba la respuesta.

- A ver Carlitos, ¿cuántos son tres por ocho?.
- Y Carlitos sólo tenía que escuchar.
- ¡Veinticuatro! le soplaba Juanita
- Veinticuatro contesta Carlitos con aplomo
- Perfecto, Carlitos.

Incluso, si Juanita estaba enferma u otro compañero no sabía la respuesta, le ayudaba la maestra:

- Si Vd. lo sabe, Carlitos, Vd. lo sabe. Veamos: tres por ocho son veinti... veinti... veinti... cua... cua... cua...
 - ...tro terminaba Carlitos.
 - ¡Muy bien! Vienticuatro. ¿Vé como lo sabía?

En sus exámenes finales, incluso Don Rosendo, el catedrático de Ciencias Naturales llegado del Ministerio de

Cultura para examinar a los niños de su clase, estableció de inmediato un fuerte vínculo con él.

- Hábleme de las filicales —le preguntó directamente el eminente profesor contemplándolo con benevolencia.

Y ante el silencio perplejo de Carlitos, el catedrático que disponía del mayor historial de suspensos del país, mostró una sorprendente y acogedora sonrisa hacia él.

- Si hombre. Vd tiene cara de saberlo. Lo sabe, lo sabe, yo sé que lo sabe. Son los "He... he... hele...le...le...
 - ...chos" completó Carlitos sin excesiva convicción
 - ¡Muy bien! ¡Los helechos! ¡Extraordinario!

Ni siquiera tuvo problemas para tener novia. Todas las chicas de la clase cayeron, una tras otra, rendidas a sus pies. ¡Era tan guapo! ¡Tan condenadamente simpático! ¡Qué ojos! ¡Qué nariz! ¡Qué voz! ¡Qué culo!

Ya de mayor, cuando salía a la calle, todos los perros, gatos – e incluso algunas cucarachas- se sentían mágicamente atraídos hacia él y lo seguían dando alegres ladridos, satisfactorios ronroneos o se arrastraban con amorosa viscosidad, según el caso. Si el vínculo que se establecía era muy fuerte y conseguían vencer su timidez, incluso se acercaban lo suficiente para lamerle la mano o introducirse suavemente en su sobaco izquierdo con sumo respeto. Si el

SEMP Sociedad Española de Medicina Psicosomática



ISSN 2565-0564

DOI: https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum2518



Cuentos clínicos J.J. de la Gándara

animal al que se vinculaba era una gallina, Carlitos tenía que estar muy atento pues pronto empezaba a cacarear alegremente y ponía un huevo de tres yemas.

Con las mujeres, con independencia de su edad, era un verdadero imán, un auténtico Sinatra. En primavera le costaba muchísimo quitarse de encima jóvenes apasionadas de todas las razas, alturas y volúmenes, e incluso, una vez, al sentirse acosado por una fogosa pastora con garrote procedente del Cáucaso, tuvo que intervenir una patrullla de la guardia urbana con casco y silbato para proteger su integridad corporal.

Y, aunque cuando salía de su casa solía disfrazarse de camello en verano, de oso polar en invierno y procuraba andar a cuatro patas, rara vez podía zafarse de algún ser vivo que estuviera a menos de 10 metros. Pura química.

Los mosquitos tigre lo adoraban y determinados partidos políticos le ofrecían de tapadillo voluminosos sobres si aceptaba asistir a una manifestación ya que, en este caso, el éxito, aún sin pancartas, banderas ni himnos patrios, estaba asegurado.

Cuando un amigo lo convenció para que entrara en una popular red social, al cabo de diez minutos ya tenía a tres millones de seguidores entusiasmados haciendo cola con su perfil en la mano. Y si alguna vez era detectado por los departamentos de recursos humanos de una emergente multinacional de videojuegos, procuraban reclutar-lo de inmediato pues, además de marcar tendencia incluso durmiendo, sus preferencias alimentarias podían ser decisivas en determinados sectores de consumo incierto como la alcachofa escandinava, el rábano sudanés, los calcetines verdes o el caviar napolitano.

A veces, incluso llegaba a crear vínculos con camiones de gran tonelaje – en especial– lo cual lo convertía en un peligro público. Los servicios técnicos de la policía de carreteras tuvieron que crear un repelente especial de ondas electromagnéticas para el caso de que apareciera al volante de su descapotable.

Un caluroso día de verano en el que se arriesgó a transitar, a pie y en hora punta, por una calle céntrica de la ciudad, se le cayó la falsa joroba, fue descubierto y casi aplastado por una ingente multitud de pesonas de todas las tendencias sexuales, que se vincularon intensamente a él en pocos minutos. La suerte hizo que un coche de bomberos pasara en aquel momento y sus expertos profesionales, en un alarde de habilidad y valor, consiguieran extraerlo todavía con vida del fondo de un ingente montón de supuestos caballeros y señoras, para trasladarlo al hospital, donde tardó varias semanas en recuperarse de sus heridas y magulladuras.

Pero un día de temperatura agobiante salió al balcón sin tomar las precauciones decuadas y un dron del barrio que estaba profundamente enamorado de él, sin poder resistir la tentación, se lanzó contra su boca y ambos, como los amantes de Teruel, murieron abrazados.

Hay vínculos que salvan y vínculos que matan. Cuando murió, la CIA hizo desaparecer misteriosamente su cuerpo del cementerio, extrajo sus genes, los criolizó y, desde entonces, los mantiene fuertemente custodiados en sus laboratorios secretos de Fort Knox en Kentuky, defendidos por la sección A-23 del cuerpo de supermarines con rabia asesina, por si el presidente o su sucesor los considera necesarios algún día para sus siempre pacificas políticas: ¡América primero!

Los perros, los gatos, las cucarachas, y un selecto núccleo de ladys y lores británicos con antepasados en el Ampurdán oriental, están atravesando un largo e incierto periodo de duelo.

Los cocodrilos están al acecho.





Jesús J. de la Gándara Martín

Psiquiatra y escritor

SER O ESTAR

¿Por qué nos gusta tanto dejar de estar y tampoco dejar de ser? -le pregunté con espíritu socrático.

- Nos gusta dejar de estar afligidos, ansiosos o insomnes. Dejar de estar doloridos, preocupados, presos o tristes, por supuesto que nos gusta.
- (...)
- No nos gusta dejar de ser nosotros mismos, ni familiares de nuestros familiares, ni patriotas de la patria grande o chica, ni hinchas del Madrid, o, simplemente, dejar de ser humanos.
- (...)
- Nos gusta dejar de estar despiertos para estar dormidos, que es la única manera de volver a despertar, pero no nos gusta dejar de ser conscientes.
- (...)
- La inconsciencia nos da miedo, el sueño placer, porque dormir suspende el estar, pero no el ser.

Así habló ese aprendiz de filósofo de ¿17?, ¿18.? semejante al que muchos padres soportan cuando a sus hijos les asalta una adolescencia turbulenta.

- Ya lo entiendo, por eso hay días que soy médico y otros sólo lo estoy. O filósofo, o padre, o enfermo. Pero cuando más lo noto es cuando soy joven pero estoy viejo, ¿o es al revés?
- (...)

- Nos encanta dejar de ser a ratos nosotros mismos, descansar, desconectar, emborracharnos de irrealidad, de fantasías o de calimocho.
- (...)
- Esa es la famosa suspensión de incredulidad que te sucede en el cine, en el teatro o con una buena novela, pero tiene sus límites, si te pasas se denomina suspensión del juicio de realidad, y eso significa que se te ha ido la olla.
- ¿...?
- En tres palabras: necesitas un psiquiatra.

Todo esto que ahora recuerdo fue el texto. El contexto fue una consulta con un joven, que acudió a la cita con cascos, capucha, y un cuchillo de campo en la mochila. No tenía nada claro si quería dejar de estar sin dejar de ser, o era al revés. Con un conflicto shakesperiano debajo de la capucha y la sombra del joven Werther opacando su mirada.

Tras esa sesuda disertación no logré saber si la cosa fue mal o bien, nunca volvió, pero recuerdo bien que se llamaba Raul, y que al acabar la consulta dijo que lo que quería de verdad era dejar de estar solo, sin dejar de ser un solitario.

A veces aun lo recuerdo y me pregunto, ¿tendría una familia?





ISSN 2565-0564