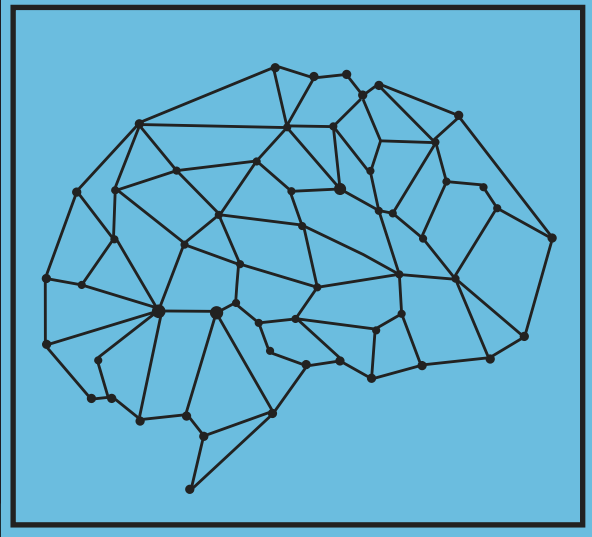




PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

www.psicosomaticaypsiquiatria.com

Revista indexada en



28

AÑO 2024

ENERO • FEBRERO • MARZO



EDITORIAL

SENTIMIENTO, VOLUNTAD Y DESEO

FEELING, WILL, AND DESIRE

J.M. Farré

Editor

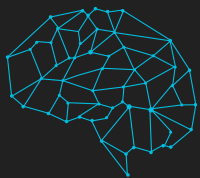
*"¿Qué hay detrás de tu nombre?
Una lealtad"*
(Luis García Montero)

Palabras Clave: Disfunción Eréctil; Violencia de Género; COVID; Abstracts; Observatorio; Secciones.

Este número pasará a la historia por la extraordinaria densidad, variedad y profundidad de contenido. Arranca con un estudio de la factoría Dexeus sobre componentes asociados a la gravedad de la **disfunción eréctil** (DE), centrándose en dimensiones y trastornos de personalidad, componentes estructurales de conducta (como la autoeficacia, la tendencia a la preocupación o la autoestima), así como las comorbilidades. Las/los autoras/es se inclinan por la etiqueta "funcional" más que por la variante "psicógena", considerando el elemento mixto como el nexo que amalga-

ma las dos presentaciones de la DE (funcional y orgánica). Es de interés que reintroduzcan la dimensión de "Sensibilidad a la Ansiedad" en el firmamento ansioso de la etiología estructural de la DE. Léanlo y descubrirán con sorpresa que lo que parecía ser el nudo de los dominios psicológicos que acoge la gravedad de la DE se reparte de una forma mucho más escalonada de lo que era de esperar. Comprobarán también que Bandura sigue con nosotros.

La violencia de género (VdG) en mujeres, a pesar de las evidencias sobre la asociación con el suicidio y sus tentativas, sufre de una infradetección, tanto en la consulta como en Urgencias. Merodio, enfermera de Salud Mental en el Parc Taulí de Sabadell, lidera un potente estudio, usufructuando el Código de Riesgo de Suicidio (CRD), con el que su hospital lleva implementando asistencia desde hace 5 años. Aprovechando los datos y los resultados de tratamiento y prevención, el análisis de las características



de la tentativa de 208 mujeres, muestra sin emboscos una detección claramente baja de VdG. Se analizan las posibles causas de esta infra detección, con varios elementos explicativos, que incluyen profesionales y sus habilidades de detección... o no, protocolos y necesidad de inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud, entre otros. Los servicios de urgencias constituyen un marco único para dicha detección.

Los efectos **COVID/Salud Mental** en niños y adolescentes son objeto de un metaanálisis del activo grupo de HU de Burgos, liderado en este caso por Bernal Jiménez, que sigue la estela de García Soto en unos papeles publicados en esta revista que ya anunciaban el tema.¹ Interesaba observar si se detectaban diferencias entre las sintomatologías internalizantes (cognitivas y marcadas por la psicopatología clásica) y externalizantes (conductuales y sus diversas manifestaciones emocionales e interpersonales), lo cual es sometido a un análisis exhaustivo de los diversos ítems implicados, examen del que, sin ninguna duda, son responsables, en equilibrio participativo, los restantes coautores.

"Definiciones y conceptos" es un apartado que va adquiriendo entidad propia, a medida que se consolidan los claros y agudos análisis sobre diversas entidades, así como eventos estresores que podrían desencadenar perjuicios tanto reactivos de presente como infortunios preocupantes de futuro. Serrat, del Hospital Vall d'Hebron, lidera un grupo de expertos que nos transportan al siempre espinoso mundo de la fibromialgia, insertado en un contexto histórico y de posibilidades etiológicas. Contextualizado en modelos explicativos actuales y con las correspondientes implicaciones terapéuticas multicomponentes desembocan en unas conclusiones altamente sugestivas.

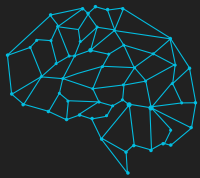
La SEMP ha celebrado en Madrid su 50 edición; todo un hito del que esta revista -por deber y convicción-, se hace resonancia con la publicación de los abstracts y premios que, con orgullo, nos permitimos resaltar que recayeron en dos miembros de nuestro staff, Chiclana² y Palazón. A destacar la presentación del presidente de la entidad, el Prof. González de Rivera, con un recorrido histórico tanto de la SEMP, como del devenir y el futuro de la Psicología. Destacar algunos de los procesos actuales y originales, como la adolescencia y sus realidades actuales, o la soledad, el dolor en mujeres atletas, el sempiterno burnout, sin obviar los clásicos, como el Delirium, las adicciones y el original fenotipo neurocognitivo con la revisión del concepto y la exposición del instrumento

de medida por parte de un experto del tema como lo es Bulbena, el CNEC que incluye dimensiones de sensibilidad sensorial, signos y síntomas somáticos, estrategias de comportamiento o psicopatología. Una vistosa manera de verificar y "aplicar de forma experta la comorbilidad", como manifiesta el propio Bulbena. Un monográfico final dedicado a Rof, pone broche, con la garantía del dueto Álvarez Romero-Martínez Pintor y el epígono sensato de Álvarez- Fernández.

Han pasado 20 años de la constitución del Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental de la "*Societat Catalana de Psiquiatria*" (SCP) coordinado por la Dra. Judith Usall Rodié, actualmente presidenta de la "*International Association for Women's Mental Health*" y miembro de nuestro Consejo Asesor. Un grupo de intensa actividad científica y compromiso social y que ha organizado 3 Congresos nacionales y 4 internacionales, amén de los Workshop de Investigación, de cuya V edición publicamos sus Abstracts: no en vano la SCP es sociedad corresponsal de "Psicología y Psiquiatria".

Circulamos, entre otros, por el Estrés Postraumático (EPT), en el que se establecen diferencias diagnósticas con el EPT complejo en trastornos de la conducta suicida o no, nos ilustramos con la Salud sexual y reproductiva en mujeres con trastorno mental complejo, se considera el manejo del litio en el periparto, factores mediacionales en el Deseo Sexual Inhibido (DSI), el perfil psicológico de las parejas femeninas de hombres con conducta compulsiva sexual, la situación dramática de las clitoridectomizadas, las adicciones o la depresión postparto (DPP). Un auténtico goce.

Y siguiendo con el tema, la MARES celebra su XII Jornada en Madrid el 26 de abril, con un taller evaluativo el 25. Detalles en Agenda y la Sección (SMP), que estrena un espacio en Latinoamérica y de la Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal. Su presidente, Jorge Osma, nos honra con una Editorial Invitada. En cualquier caso, las Secciones brillan como siempre por su esfuerzo informativo elaborado con profundidad y elegancia. Como botones de muestra, metaanálisis de tratamientos en DPP o una curiosa cuestión emergente como la depresión periparto paterna en la de SMP. En la de Enlace, el olvidado acercamiento psicológico de la endometriosis, la edad avanzada o una sensacional revisión de los trastornos del sueño en la que destaca la información adicional que nos proporciona Ignacio Gómez Reino, de videos sobre diversos matices del tema o la incombustible PHQ/9 para la depresión en interconsulta. A destacar el resumen de las Jornadas de Psiquiatria Psicología celebradas en



Ourense con la brillante participación de Antonio Lobo, Jordi Blanch y Gemma Parramón.

A no obviar el esfuerzo de la de Infantojuvenil para aproximarnos a un mundo no siempre conocido y que va arañando posiciones gracias a los excelentes estudios que se reportan: las investigaciones sobre conducta alimentaria o las vinculaciones entre los cambios de irritabilidad de la primera infancia y la sintomatología depresiva y las conductas autolesivas a los 14 años, son ejemplos diáfanos, así como las reseñas de las Jornadas de Salud Digital.

La de Sexología es de culto. Imposible definir el brillo y el cambio que ha supuesto en los sesgos de información desde la aparición de esta sección liderada por Carlos Chiclana y Alejandro Villena. A destacar en este 28, las descripciones de la infidelidad en los adultos jóvenes, el funcionamiento neuropsicológico en agresores sexuales, los macro estudios (33 países europeos y 55 países en iniciación sexual y conductas de riesgo respectivamente), Instagram y el ideal del cuerpo voluptuoso (¡!), DSI en mujeres y asesoramiento sexual...

Y dejamos para el final el Observatorio en Salud Mental Conducidos por la mejor experta como lo es Ester Gómez Gil y con los habituales discusores, se invitó a participar a A.E.E. Vidal del Clínic de Barcelona y a A.L. Montejo del HU de Salamanca y presidente de AESEXSAME. El tema, la ley TRANS, sometida a reflexión, análisis de los artículos que han generado más polémica, incluyendo la derivada del rol

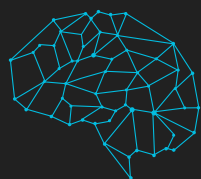
(o no rol) de los profesionales de la salud mental, con la posibilidad de la merma de la calidad de la asistencia integral, sin que estos y otros asertos no sean óbice para un debate en el que los matices presentados por algunos de los discusores permiten que la discusión siga abierta. En cualquier caso, una aportación que es un ejemplo más de la capacidad del Observatorio para iluminar las cuestiones que preocupan tanto al profesional como a la /al paciente, usuarias /os o familiares.

Y permítanme – parafraseando el título y el fragmento poético de esta Editorial- que una Revista con “Voluntad y deseo” de evidencias científicas en los campos que aborda, puede permitirse el sentimiento de terminar su andadura nominal con una sección tan bella y sugestiva como lo son los “Cuentos Psicosomáticos”, una idea de Jesús de la Gándara, al que acompaña, con su habitual trasfondo irónico, el gran Ramón Bayés. Genio e ingenio.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Soto et al (2021) Confinamiento y salud mental en población Infantojuvenil: estudio prospectivo. *Psicosomática y Psiquiatría* (16), 25-34. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum1606>
2. Nos permitimos recordar la Monografía que ha roto moldes en la comprensión de la Adicción al Sexo del propio Chiclana y de Alejandro. Villena. “Conducta Sexual Compulsiva” (2022). Nocta Ed. Madrid.

J.M. Farré Martí
Editor Científico



EDITORIAL INVITADA

TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS EMOCIONALES EN CONDICIONES MÉDICAS

TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN MEDICAL CONDITIONS

J. Osma, L. Martínez García, V. Martínez Borba, O. Peris Baquero

Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón

Palabras clave: Trastornos emocionales, Tratamiento transdiagnóstico, Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico, Terapia Cognitivo Conductual.

Keywords: Emotional disorders, Transdiagnostic treatment, Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment, Cognitive Behavioral Therapy

Las personas con trastornos emocionales se caracterizan por presentar: (1) emociones intensas y frecuentes que generan malestar; (2) rechazo a la experiencia emocional (p. ej., "soy una persona débil" o "me volveré loco"); e (3) intentos de evitación y huida de la experiencia emocional. Siguiendo esta definición, a este grupo pertenecerían los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y otros relacionados, como los trastornos obsesivo-compulsivos, los relacionados con el trauma y estresores, los de la conducta alimentaria, los disociativos o los de síntomas somáticos (Bullis et al., 2019). Los sistemas de clasificación de los trastornos mentales han facilitado el diseño de tratamientos psicológicos específicos para cada uno de estos trastornos. A pesar de la eficacia

de estos tratamientos, se han identificado limitaciones importantes en su aplicación como, por ejemplo, qué tratamiento utilizar en los casos en los que la persona presente comorbilidad, síntomas subclínicos o no especificados. Esta situación, lejos de ser anecdótica, se da en la mayoría de los casos de personas diagnosticadas con algún trastorno emocional (Brown y Barlow, 2009). Por este motivo, durante los últimos años han surgido distintas intervenciones psicológicas de carácter transdiagnóstico, es decir, centradas en abordar los mecanismos etiológicos y de mantenimiento de distintos grupos de trastornos. En el caso de los trastornos emocionales se han identificado el elevado neuroticismo (disregulación emocional), la preocupación y rumiación o la



evitación, entre otros (Rosellini et al., 2015). De entre todos los mecanismos, subrayamos la relevancia del neuroticismo, considerado una variable de vulnerabilidad biológica generalizada para el desarrollo de trastornos emocionales. Este rasgo de personalidad hace referencia a la tendencia relativamente estable a responder con "emociones negativas" a la amenaza, frustración o pérdida. Encontrar tratamientos cuyo foco sea el abordaje de este mecanismo sería lo más recomendable para conseguir no solo cambios en los síntomas, sino también cambios en "las causas".

Desde el enfoque transdiagnóstico se ha diseñado el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (en adelante PU; Barlow et al., 2018), una intervención psicológica basada en Terapia Cognitivo Conductual formada por 8 módulos de tratamiento que incluyen el entrenamiento de 5 habilidades básicas de regulación emocional (conciencia plena, flexibilidad cognitiva, oponerse a las conductas emocionales, exposición interoceptiva y exposición emocional) (Barlow et al., 2018). El PU se ha diseñado eligiendo técnicas psicológicas basadas en la evidencia dirigidas a tratar los distintos mecanismos transdiagnósticos, por lo que estaría recomendado para tratar el elevado neuroticismo.

El carácter modular del PU lo hace más flexible y adaptable a diferentes problemas clínicos, contextos y formatos (ver Osma, 2019). Por un lado, el PU ha demostrado su eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales a través de varias revisiones sistemáticas y metaanálisis (p.ej., Schaeuffele et al., 2024), incluyendo aumentos significativos en regulación emocional y reducciones significativas en neuroticismo (ver Sauer-Zavala & Barlow, 2021). En España, nuestro equipo de investigación ha demostrado también su eficacia en formato grupal en unidades de salud mental públicas comparado con el tratamiento habitual y con seguimiento a los 15 meses tras el inicio del tratamiento (Peris-Baquero y Osma, 2023). Por tanto, podemos decir que el PU es un tratamiento de elección para el abordaje de los trastornos emocionales dadas sus ventajas respecto de los tratamientos específicos para cada trastorno, por ejemplo, permite tratar a personas con distintos trastornos (o con trastornos comórbidos) con el mismo tratamiento, facilita la organización de grupos terapéuticos o reduce el coste en formación de terapeutas, entre otros.

Como hemos visto, el neuroticismo es un rasgo de la personalidad con una significación muy importante en la salud

mental, pero, no debemos obviar que este rasgo también correlaciona y predice de manera importante distintos trastornos mentales y también distintas condiciones médicas, la comorbilidad entre ellos y la frecuencia en el uso de servicios de salud. Más aún, el neuroticismo predice la calidad de vida e incluso los años de vida (Lahey, 2009).

La literatura científica nos indica que el 36.6% de personas que presentan una condición médica presenta un trastorno mental (Daré et al., 2019) y que esta comorbilidad se asocia con un mayor número de síntomas, deterioro funcional y mayores dificultades en pedir ayuda y adherirse a los tratamientos, lo cual afecta a su eficacia (Doherty y Gaughran, 2014).

Por tanto, teniendo en cuenta esta evidencia, podríamos pensar que el PU podría resultar útil para la mejora de la sintomatología emocional (y/o física) en personas con distintas condiciones médicas. En este sentido, en 2021 publicamos la primera revisión sistemática sobre esta temática (Osma et al., 2021) y descubrimos que, hasta ese momento, únicamente 9 estudios habían estudiado la utilidad clínica del PU para el tratamiento de trastornos emocionales en personas que presentan alguna condición médica (cáncer de mama, síndrome de intestino irritable, VIH, dolor crónico, enfermedad de Parkinson idiopática, esclerosis múltiple e infertilidad). De los 9 trabajos únicamente 4 utilizaron un diseño de ensayo clínico aleatorizado. Los resultados apuntaban a reducciones significativas de la sintomatología emocional y mejoras en regulación emocional. Respecto a los síntomas físicos derivados de las condiciones médicas, un estudio encontró pequeñas disminuciones en la intensidad del dolor y otro estudio encontró mejora en síntomas gastrointestinales mediados por cambios en la regulación emocional.

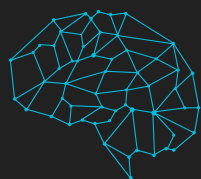
Los datos iniciales son alentadores y, por ello, no es de extrañar que grupos de investigación de distintas partes del mundo hayan decidido llevar a cabo estudios en esta línea. Fruto de este esfuerzo contamos con una recopilación reciente de resultados en formato libro "Applications of the Unified Protocol in Health Conditions" (Osma y Farchione, 2023) en el que el lector encontrará la adaptación del PU para el tratamiento de trastornos emocionales en las siguientes condiciones médicas: diabetes, esclerosis múltiple, infertilidad, VIH, obesidad, cardiopatía, dolor crónico, endometriosis, Parkinson, síndrome intestino irritable, adicción al tabaco y COVID persistente. Asimismo, el libro recoge casos clínicos, consejos para los terapeutas y resultados clínicos.



Todavía queda mucho trabajo por realizar para contar con evidencias más robustas sobre la eficacia del PU para el tratamiento de trastornos emocionales en personas con condiciones médicas. Esperamos que en los próximos años esta evidencia se consiga y podamos contar con un protocolo de tratamiento psicológico eficaz, estructurado, para facilitar su implementación, pero también versátil para poder adaptarse a las distintas condiciones médicas y los contextos clínicos en los que se interviene. Continuará...

BIBLIOGRAFÍA

1. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. Oxford University Press.
2. Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. (2nd ed.) [Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales: Manual del terapeuta. (2.a ed.), traducida por Jorge Osma y Elena Crespo. Alianza Editorial.
3. Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
4. Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
5. Daré, L. O., Bruand, P.-E., Gérard, D., Marin, B., Lameyre, V., Boumédienne, F., & Preux, P.-M. (2019). Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6623-6>
6. Doherty, A. M., & Gaughran, F. (2014). The interface of physical and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(5), 673-682. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0847-7>
7. Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241-256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
8. Osma, J. (2019). Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional. Alianza Editorial.
9. Osma, J., & Farchione, T. J. (Eds.). (2023). *Applications of the unified protocol in health conditions*. Oxford University Press.
10. Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5077. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>
11. Peris-Baquero, O., & Osma, J. (2023). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in Spain: Results of a Noninferiority Randomized Controlled Trial at 15 Months after Treatment Onset. *Depression and Anxiety*, 2023, 1-16. <https://doi.org/10.1155/2023/1981377>
12. Rosellini, A. J., Boettcher, H., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: An update. *Psychopathology Review*, 2(1), 110-128.
13. Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2021). *Neuroticism: A new framework for emotional disorders and their treatment*. Guilford Publications.
14. Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C., & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE



Recibido: 11/12/23 Aceptado: 4/3/24

TRASTORNO ERÉCTIL: ¿QUÉ FACTORES PUEDEN AFECTAR A SU GRAVEDAD?: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO-CORRELACIONAL

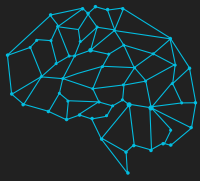
ERECTILE DYSFUNCTION: WHAT FACTORS AFFECT ITS SEVERITY? A DESCRIPTIVE CORRELATE STORY

A. Fuentes¹, J.M. Farré², B. Farré-Sender³, P. Ponce-López³, G. Lasheras²

¹Psicóloga. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. Hospital Universitario Dexeus (SPPPM-HUD). Barcelona. Investigadora colaboradora. ²Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. Hospital Universitario Dexeus (SPPPM-HUD). Barcelona

³Psicólogo/a. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. Hospital Universitario Dexeus. Barcelona

Correspondencia: Andrea Fuentes. fuentes.andrea.24@gmail.com, Email: jmfarremarti@gmail.com



RESUMEN

Una de las disfunciones sexuales más comunes es el trastorno eréctil (TE). Pretendemos identificar factores asociados a la gravedad del TE. Treinta y seis hombres, entre 18 y 70 años, que presentan un diagnóstico de TE, basado en los criterios DSM-V, han sido evaluados a través de una entrevista clínica y de una batería de 7 cuestionarios (IIEF, SCL-90, PDQ-4, PSWQ, STAI, SSES, SSEI). La metodología se centró en un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional de diseño ex post facto con muestreo por conveniencia. Los resultados del modelo de regresión final muestran que la autoeficacia sexual, determinadas tendencias de personalidad y la sintomatología de depresión, somatización, obsesión-compulsión y ansiedad son factores asociados a la gravedad del TE, explicando el 51,3% de la varianza. Poder identificar aquellos factores asociados a la gravedad del TE, puede tener una relevante importancia para poder trabajar en su prevención y mejorar la orientación de las intervenciones psicológicas.

Palabras clave: trastorno eréctil, autoeficacia sexual, autoestima sexual, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

One of the most common sexual dysfunctions is erectile disorder (ED). Therefore, this research aims to identify factors associated with the severity of ED. Thirty-six men, aged 18 to 70 years, with a diagnosis of ED, based on DSM-V criteria, were assessed by means of a clinical interview and a battery of 7 questionnaires (IIEF, SCL-90, PDQ-4, PSWQ, STAI, SSES, SSEI). The methodology focused on a quantitative, descriptive-correlational study of ex post facto design with convenience sampling. The results of the final regression model shows that sexual self-efficacy, certain personality tendencies and the symptomatology of depression, somatization, obsession-compulsion and anxiety are factors associated with the severity of TE, explaining 51.3% of the variance. Being able to identify those factors associated with the severity of TE may be of relevant importance in order to work on its prevention and improve the orientation of psychological interventions.

Keywords: erectile disorder, sexual self-efficacy, sexual self-esteem, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no únicamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Por ello, tal y como asegura la Asociación Mundial para la Salud Sexual, la salud sexual está directamente relacionada con el bienestar y la calidad de vida de las personas. Es por ello, que aquellas personas que padecen alguna disfunción sexual, padecen un deterioro de su estado de salud global, ya que la presencia de la disfunción, impide que la persona viva la sexualidad como un aspecto enriquecedor de su vida.

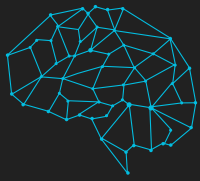
Una de las disfunciones sexuales más comunes es el trastorno eréctil (TE). Forma parte de la categoría diagnóstica de Disfunciones Sexuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) y se define por una elevada dificultad en conseguir y/o mantener la erección, así como, una posible reducción marcada de la rigidez. Se establecen especificadores, los cuales ayudan a definir la naturaleza y características del TE. Hacen referencia a si el

TE es primario o secundario, si es generalizado o situacional y si su gravedad es leve, moderada o grave.

Su prevalencia puede variar entre diferentes países, culturas y razas. En España, un estudio de Farré et al, 2009, revisado en 2019 indica que esta prevalencia tiende a aumentar con la edad: 8,6% en hombres entre 18 y 34 años; 13,7% entre 35 y 50 años; 24% entre 50 y 60 años; 53,7 en más de 60 años (Figs. 1 y 2).

Este trastorno se asocia a procesos multifactoriales, es decir, en su etiología intervienen diversos factores tanto físicos como psicológicos. De hecho, hoy día tendemos a considerar un factor *mixto* en el cual estarían presentes respuestas de alta sensibilidad *vasoespástica*, que se podrían objetivar en el Eco Doppler, presentes tanto en los psicógenos como en los orgánicos.

Ante esto, algunos estudiosos prefieren llamar a los psicógenos, *funcionales*, siguiendo las tendencias en Psicología y en afrontamiento del dolor (Farré-Martí, 2022; Nieto et al, 2023) con factor mixto (30%) y comorbilidades: patología mental, vg trastorno de Ansiedad o TOC; Trastornos de Personalidad (TP) o tabaquismo, amén de disfunciones dobles.



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.



Figura 1. Epidemiología del TE (Farré, Almeda y Lasheras, 2019).

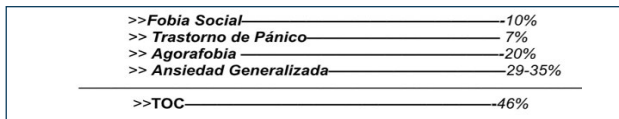


Figura 2. Epidemiología TE, Trastornos de Ansiedad y TOC.

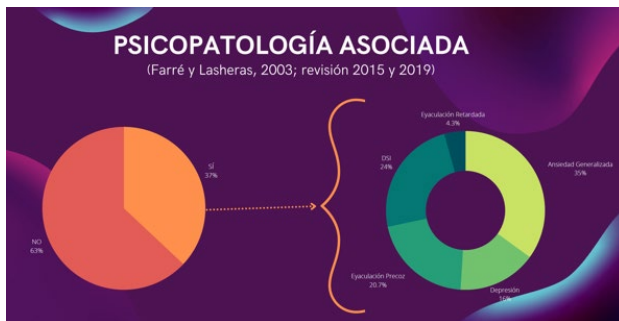


Figura 3. Psicopatología Asociada.

En el caso de los orgánicos, el factor mixto (33%) también iría más allá de la reactividad autonómica y abrazaría las reacciones psicógenas ante la seguridad o el miedo a la presencia de la etiología somática: un ejemplo lo tendríamos en la ansiedad ante la posibilidad o la evidencia del factor vascular en la diabetes, unas reacciones insertadas en otros aspectos globales, simplemente comórbidos: complicaciones de la propia patología orgánica, responsable del trastorno...o incluso alteraciones concomitantes de salud mental (Fig. 4).

La *Sensibilidad a la Ansiedad* (SE) es la primera dimensión que aparece en el firmamento ansioso de la etiología

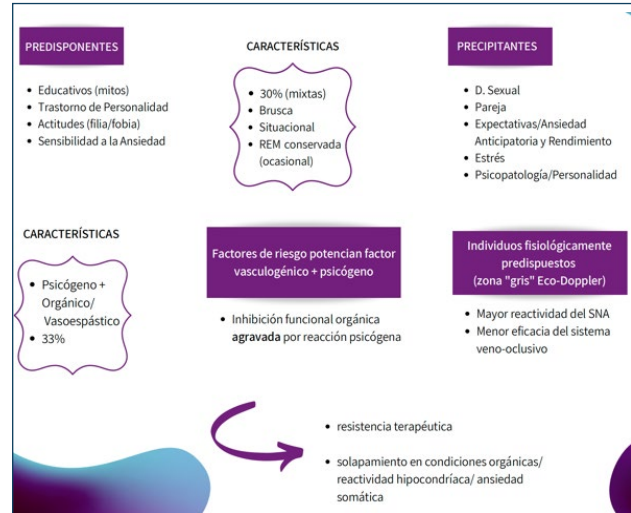


Figura 4. TE Funcional y TE Mixta.

Miedo a las sensaciones inducidas por la ansiedad

- Expectativas: ¿A qué tengo miedo? Del daño/peligro de la ansiedad y de la evaluación social

Creencias de que estas sensaciones tendrán consecuencias negativas

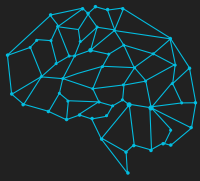
- Sensibilidades: ¿Por qué tengo miedo? Por las consecuencias somáticas, sociales o psicológicas negativas

Tendencia o factor de riesgo de los Trastornos de Ansiedad y Neuroticismo

Figura 5. Sensibilidad a la Ansiedad.

estructural de la TE, fundamentalmente en las funcionales, como elemento primario y en las orgánicas, como secundario. Es un componente de riesgo o directamente causal. Sus características nucleares están reflejadas en la figura 5.

Se la considera una medida de Personalidad, prima hermana de la "Sensibilidad al Daño de Millon", distinta a la Ansiedad-Rasgo y factor de riesgo para trastornos de ansiedad y neuroticismo. La puntuación del cuestionario específico de medida ("Anxiety Sensitivity Index") es significativa en pacientes con TE, contribuyendo a la inhibición sexual ante la amenaza del rendimiento por el miedo al fallo (Farré, 2018).



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

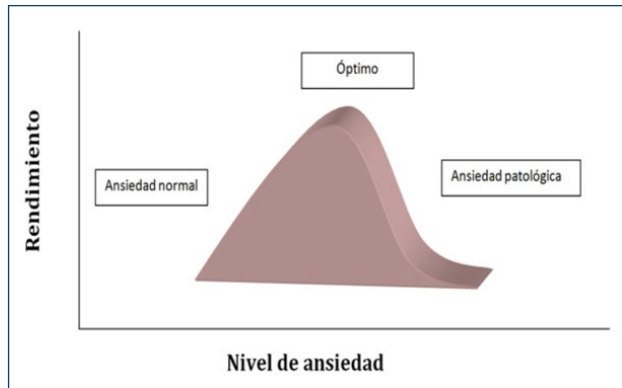


Figura 6. Ansiedad y Disfunción Sexual.

El paciente elabora tanto la Ansiedad anticipatoria fundamentada en la correlación curvilínea de la ley de Yerkes-Dodson, como en la estructurada de rendimiento que se concatenan entre sí y potencian el bloqueo de respuesta, las rumiaciones y las posibles conductas de evitación (Figs. 6 y 7).

Un concepto que ha demostrado ser clave para entender el estado de salud psicológica general, en el que se incluye una respuesta sexual saludable, es la **autoeficacia**. Se puede resumir su papel por su influencia en las decisiones, en los patrones de pensamiento y emociones y en las expectativas (Rodrigues, Catao et al, 2008; Rowland et al., 2015). La Autoeficacia es un constructo desarrollado por Bandura (Farré-Sender y Mestres, 2015): se trata de la habilidad percibida para ser eficaz en una tarea determinada sobre la base de las experiencias anteriores, con percepción de control de la situación. Se ha incorporado en el tratamiento de diferentes respuestas bioconductuales como las fobias, el abuso de sustancias, la ansiedad social, y trastornos alimentarios entre otras. Las investigaciones sobre la relación entre la autoeficacia y la respuesta sexual son escasas, pero se ha demostrado que un nivel percibido de menor autoeficacia es una señal de mayor severidad del TE (Rowland et al, 2015)

Así y todo, se antoja como evidente que la autoeficacia es un constructo útil que puede explicar y predecir estrategias efectivas, cognitivas, motivacionales y conductuales relevantes en las situaciones sexuales.

Otro constructo a considerar es la **autoestima** sexual, entendida como una dimensión que puede llegar a ejercer una gran influencia sobre el comportamiento que las personas emiten en las situaciones sexuales, repercutiendo así, de

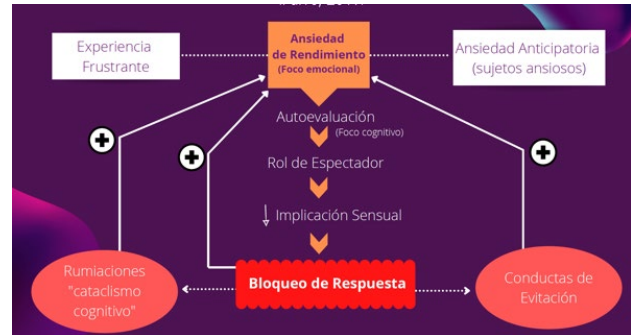


Figura 7. Proceso Psicológico del TE.

forma relevante en la salud sexual de las personas (Sierra et al, 2018; Snell & Papini, 1989).

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta la relevancia de la cuestión, el objetivo planteado es identificar los factores asociados a la gravedad del trastorno eréctil, para poder abordar su prevención y mejorar la orientación de las intervenciones psicológicas, una vez el TE ya instaurado. Los objetivos específicos consideraban y la la relación entre gravedad de la TE, la autoeficacia, y la autoestima sexual, la presencia de psicopatología y las características de personalidad.

Las **Hipótesis** que hemos barajado son las correlaciones negativas entre la gravedad de la TE y las autoeficacia y autoestima adecuadas. Y, a su vez, la positiva con psicopatología activa y los TP.

METODOLOGIA

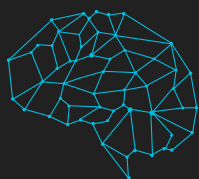
DISEÑO

Se trata de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional de diseño ex post facto con muestreo por conveniencia (Tabla 1).

PARTICIPANTES

Han participado 36 hombres, entre 18 y 70 años, que han consultado los servicios de Psiquiatría-Psicología, Angiología-Cirugía Vascular y/o Urología del Hospital Universitario Dexeus, entre los años 2019 y 2022.

Para seleccionar los participantes se realizó un muestro intencional a partir de los criterios de inclusión y exclusión que aparecen en la Tabla1.



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

Tabla 1.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Hombre • 18-70 años • Diagnóstico TE basado en criterios DSM-V	• Consumo de tóxicos que puedan alterar la respuesta sexual normal. • Consumo de fármacos cuyo efecto pudiera ser la causa de la disfunción sexual. • Enfermedades psiquiátricas graves: <i>trastornos de personalidad graves, demencias, trastorno bipolar y esquizofrenia.</i> • Enfermedades orgánicas: <i>diabetes, enfermedades vasculares y prostatectomía radical por neoplasia.</i>

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se administro una entrevista clínica para recoger información sobre variables sociodemográficas (edad, estado civil, relación pareja estable), variables médico-psiquiátricas (antecedentes familiares y personales médicos, antecedentes familiares y personales psiquiátricos y presencia de TE (aparición y tipo de TE).

Complementariamente se administró la batería de cuestionarios descrita a continuación.

- Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF; Rosen y cols., 1997, Zegarra, 2011): instrumento breve, válido para medir diferentes aspectos asociados a la función sexual masculina. Se agrupan en 5 dimensiones: función eréctil, función orgánica, diseño sexual, satisfacción en la relación sexual y satisfacción global. Para determinar qué grado de severidad presenta el TE, se utiliza la puntuación obtenida en el dominio de "función eréctil": TE grave (puntuación de 6-10), TE moderado (puntuación de 11-16), TE leve (puntuación de 17-25) y ausencia de TE (puntuación igual o superior a 26).
- *Symptom Checklist-90-Revisada* (SCL-90-R; Derogatis, 1977, González de Rivera y cols., 1990): cuestionario que permite evaluar una gran variedad de síntomas psicopatológicos. Su corrección e interpretación, nos permite obtener información de 9 dimensiones sintomáticas, las cuales son "Somatización", "Obsesiones y Compulsiones", "Sensibilidad Interpersonal", "Depresión", "Ansiedad", "Hostilidad", "Ansiedad Física", "Ideación Paranoide" y "Psicoticismo".
- *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4+; Tyler, 1994, Calvo y Torrubia, 1999): es un cuestionario de trastornos de la personalidad (TP) basado en los criterios del DSM-IV. Permiten evaluar 10 trastornos de la personalidad específicos, incluidos en el Eje II del DSM-IV (TP Paranoide, TP Esquizoide, TP Esquizotípico, TP Histriónico, TP Narcisista, TP Límite, TP Antisocial, TP por Evitación, TP por Dependencia, TP Obsesión-Compulsión) y 2

trastornos pendientes de estudio incluidos en el anexo B (TP Pasión-Agresión, TP Depresión).

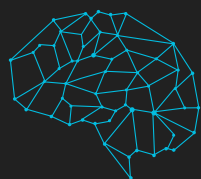
- *Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania* (PSWQ; Meyer i cols., 1990, Sandín y cols., 2009): instrumento que permite evaluar la tendencia general a preocuparse. El rango de puntuación total va de 16 a 80, en el que una mayor puntuación indica una mayor tendencia a la preocupación generalizada.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI; Spielberg y cols., 1983, Pino Muñoz y cols., 2013): cuestionario que permite valorar la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Como más elevada es la puntuación en cada escala, más presencia de ansiedad tiene o está.
- *Escala de Autoestima Sexual* (Sexual-Esteem Efficacy Scale-SSES; Snell, y Papini, (1989). Traducción J. Almeda; Revisión J.M. Farré): subescala del cuestionario de la Escala de Sexualidad (SS), que evalúa la autoestima sexual, en cuanto a la consideración positiva y la confianza en la capacidad de experimentar la práctica sexual de forma satisfactoria y agradable. Esta consideración refleja las experiencias previas que la persona ha visto al volverse sexual. El rango de puntuación oscila de 8 a -8, indicando que, a mayor puntuación, mayor es la autoestima sexual.
- Índice de Autoeficacia Sexual -SSEI; Rowland y cols., 2015. Trad. esp: J. Almeda; revisada por J. M. Farré, 2017): índice útil para medir la autoeficacia sexual, definida como la tendencia a valorar positivamente la capacidad de relacionarse sexualmente con una pareja. El rango de puntuaciones va de 4 a 28, de tal manera que puntuaciones más elevadas indican una mayor percepción de autoeficacia sexual.

PROCEDIMIENTO

El primer paso consistió en la identificación de un varón susceptible de participar en la investigación. Esta identificación se realizó a través de los facultativos de las unidades colaboradoras, quienes ofrecieron la posibilidad de participación, explicando brevemente en qué consistía la investigación. Seguidamente, los solicitantes que aceptaron, fueron citados al Servicio de Psiquiatría y Psicología del HUDexeus, donde fueron informados extensamente de los objetivos, el procedimiento y las particularidades de la investigación, así como se procedió a firmar el consentimiento informado pertinente. Una vez completado este requisito preliminar, los pacientes procedieron a responder a todos los cuestionarios citados en el apartado anterior.

Análisis de Datos

Se han analizado las diferencias en la gravedad del trastorno eréctil mediante la puntuación total de la escala



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

Funcional Eréctil (FE) del IIEF respecto a diferentes variables con potencial de influir en este factor (peso del TE). Para las variables continuas, se han calculado los coeficientes de Pearson para evaluar su relación con la FE. Para las variables categóricas, se ha realizado un ANOVA. Se complementó con un análisis de regresión lineal múltiple para identificar los factores relacionados con la puntuación de la FE.

Para la variable de interés (gravedad del TE medido con la puntuación de la FE del IIEF), el número total de muestras utilizables ha sido 36. Esto ha permitido detectar una medida del efecto tan pequeña como 0,05 con un 80% de potencia estadística, como mínimo. El nivel de significación estadística seleccionado ha sido un valor inferior a 0,05.

El análisis estadístico se ha realizado con el SPSS v.21

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos indican que los hombres de la cohorte (n=36) tienen entre 18-67 años y la mayoría se encuentra en una situación laboral activa. El 42,7% de la población era soltera, mientras que el 33,3% estaba casada, el resto, divorciados (13,9%) o viudos. La mayoría (80,7%) eran parejas estables.

En lo que respecta a las variables médico-psiquiátricas, un 58,3% de la cohorte presentaba antecedentes médicos familiares, y un 27,4%, antecedentes psiquiátricos. En relación a los antecedentes *personales*, el 50% reportaba antecedentes médicos y el 41,7%, psiquiátricos. También se pudo observar cómo aproximadamente un 60% presentaba algún tipo de disfunción sexual asociada al TE, entre las cuales se encontraba el deseo sexual inhibido (30,6%), la eyaculación precoz (11,1%) y la eyaculación retardada (13,9%).

En el análisis de las características del TE, podemos observar cómo el 11,1% mostraba un TE primario y un 88,9%, secundario. Su aparición, fue brusca en el 58,3% de la cohorte, mientras que en un 36,1 fue progresiva y en un 5,6% desde el inicio de la actividad sexual. Un 72,2% fue funcional/psicógeno y un 27,8%, mixto.

En el análisis bivalente entre variables cualitativas y la gravedad del Trastorno Eréctil no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de covariables (Tabla 2).

En el análisis bivalente entre variables cuantitativas y la gravedad del trastorno eréctil, se han encontrado correlaciones negativas estadísticamente significativas entre la FE y la autoeficacia sexual, la presencia de trastorno de la

Tabla 2. Análisis Multivariante de los Factores Asociados a la Gravedad del TE (medida con la subescala de Función Eréctil (FE) del IIEF).

Modelo	B	SE B	β	t	p valor
(Constante)	15.117	4.049		373.348	0.001
SSEI	-0.332	0.157	-0.347	-2.114	0.0451
SCL90-Depresión	-0.825	1.363	-0.122	-0.605	0.551
PDQ4	0.939	0.485	0.321	1.937	0.065
SCL90-Somatización	-1.542	1.845	-0.192	-0.836	0.411
SCL90-Obsesión-Compulsión	-0.732	1.954	-0.094	-0.374	0.711
SCL90-Ansiedad	0.172	1.605	0.033	0.107	0.916

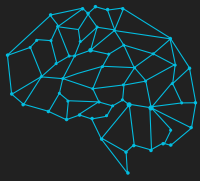
personalidad, la somatización, la obsesión-compulsión, la depresión y la ansiedad.

El análisis multivariante, basado en el modelo de regresión lineal múltiple que incluye las variables independientes (predictoras) con relaciones estadísticamente significativas con la variable dependiente (resultado), ha proporcionado un modelo final válido (ANOVA = 0,05) que explica el 51,3% de la variación ($R^2=0,513$). En este modelo la autoeficacia sexual ha sido el mayor predictor de la gravedad del TE, obteniendo un valor estadísticamente significativo. La variable tendencias de personalidad obtuvo un valor que se ajusta a la significación y la depresión, la somatización, la obsesión-compulsión y la ansiedad entran en el modelo, pero no obtienen significación estadística.

DISCUSIÓN

En este estudio se han analizado posibles factores asociados a la gravedad del trastorno eréctil, permitiendo concluir que la gravedad del TE se ve fuertemente influenciada por la autoeficacia sexual, moderadamente influenciada por rasgos característicos de personalidad y levemente influenciada por síntomas depresivos y ansiosos.

La tendencia a valorar negativamente la propia capacidad para relacionarse sexualmente con una pareja (autoeficacia sexual baja) se relaciona con una mayor gravedad del TE. Esto resulta coherente con los resultados reportados en investigaciones anteriores, basadas en el estudio de la relación de estas dos variables (Holden, 1999; Latini et al., 2002; Rowland et al., 2015). La autoeficacia sexual, se conforma a partir de experiencias anteriores, y su relación con el TE se



puede entender a través de las propias consecuencias de una baja autoeficacia sexual. En primer lugar, la influencia sobre las decisiones, donde se ha comprobado como las personas escogen aquellas actividades y aquellos objetivos en los que creen que pueden tener éxito y evitan los que puedan fracasar (Rowland et al., 2015), podría aumentar y mantener el problema del TE. Además, la influencia en los patrones de pensamiento y emociones promueven sentimientos de incapacidad para afrontar a las demandas contextuales (baja autoeficacia), tendiendo a anticipar posibles dificultades como más graves de los que son, experimentando así, más emociones negativas, más estrés y patrones de pensamiento ansioso centrados en el fracaso y los posibles obstáculos y dificultades (Bandura, 1982). Por último, la influencia en las expectativas, es decir, en la anticipación del futuro. Altos niveles de autoeficacia se relacionan con estrategias de actuación positivas y visualización del éxito, incluso, ante situaciones que se consideran problemas importantes. Niveles de autoeficacia bajos, en cambio, se asocian con la tendencia a focalizarse en los aspectos negativos de las situaciones y visualizar resultados de fracaso (Bandura, 1989). Por lo tanto, desde el punto de vista del TE, las personas que han vivido experiencias de pérdida de erección y su autoeficacia sexual es baja, tienden a imaginar y focalizar su atención en todas las posibles dificultades y obstáculos que pueden experimentar en la situación sexual, potenciando los parámetros propios de la ansiedad, anticipando y visualizando un resultado de fracaso. Todo ello influirá en la exposición que decida experimentar la persona ante las situaciones sexuales, tendiendo cada vez más a evitarlas. Es razonable asociar que, a una menor autoeficacia sexual percibida, mayor será la influencia sobre las decisiones, pensamientos, emociones y expectativas de la persona y mayor será la gravedad del TE.

Otro hallazgo importante es la relación entre síntomas psicopatológicos y TE. En este sentido, se reporta que la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa puede influir en la gravedad del TE, hecho que también se ha podido comprobar en otros estudios (Boddi et al., 2015; Quinta Gomes & Nobre, 2011). El modelo de Barlow, (2018; 1986), ilumina la responsabilidad de la ansiedad en la aparición y el mantenimiento del trastorno eréctil. La ansiedad se sustenta en 4 factores: a) miedo al fracaso, b) obligación de resultados, c) altruismo excesivo y d) autoobservación. Ansiedad que juega un rol principal en el desencadenamiento de la pérdida de erección. Teniendo presente este concepto de ansiedad, Barlow explica que la persona con

dudas sobre su ejecución o respuesta eréctil, reacciona negativamente ante la demanda (implícita o explícita) de relaciones de la pareja. Esta reacción negativa se debe a que, por un lado, la persona percibe una falta de control sobre la situación, que la lleva a asumir un rol de espectador, el cual se caracteriza por conductas de autoobservación. A su vez, se anticipa un resultado de fracaso, que provoca un aumento de la ansiedad. Frente a esta reacción negativa, la persona intenta por un resultado de éxito, de tal manera que realiza intentos conscientes para conseguir la erección, intentos que consiguen justo lo contrario de lo que pretenden: pérdida y mayor dificultad de erección. Para explicar este hecho, debemos considerar que la erección es un proceso fisiológico automático e involuntario, de tal manera que rumiar obsesivamente en conseguirla; esta "selectividad" del objetivo, desvía la atención hacia los estímulos eróticos y sensuales lo que se empobrece y bloquea la respuesta fisiológica, abrumada por la emoción negativa y la cognición intrusa del momento. El resultado final, es un predominio adrenérgico que comporta el fracaso eréctil (Fig. 7).

La aparición de procesos de somatización es entendidos como forma de expresión de la ansiedad, resulta coherente como variable dependiente más a sumar en la contextualización de la Ansiedad, teniendo además la deconstrucción de aquel concepto (Aubá, 2020, Farré, 2022).

Los resultados permiten deducir que presentar ciertas tendencias o claros criterios de TP, pueden afectar a la gravedad del TE. Son rasgos característicos de los trastornos de personalidad evitador, obsesivo-compulsivo, depresivo y paranoide. Lo que resulta coherente, por una parte, con la relación encontrada en su momento por Peixoto y Nobre (2016) en el que los hombres con TE presentaron niveles significativamente más altos de neuroticismo. Una de las características de las personas con tendencias muy marcadas de personalidad es la dificultad de gestión de las emociones, la cual puede ser poco eficaz. Así pues, puede suponer un problema a la hora de gestionar el TE y todas las emociones implicadas, dando como resultado una mayor gravedad al TE.

Espéramos constatar una influencia significativa de la autoestima sexual sobre el TE, pero esta variable no ha obtenido suficiente potencia estadística como para formar parte del modelo final. Una explicación a este hecho podría ser que en esta investigación se ha planteado la baja autoestima sexual como una variable independiente que influye sobre la gravedad del TE, es decir, que una baja autoestima sexual, comportará una mayor gravedad del TE. Es posible que la afectación a la



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

autoestima sea una consecuencia de padecer TE. Tal y como definen Snell y Paini (1989), la autoestima sexual es la valoración positiva y la confianza en la capacidad de experimentar la sexualidad de una manera satisfactoria y placentera. Así pues, una adecuada autoestima sexual se caracteriza por una actitud y un comportamiento positivo frente al sexo, exento de sentimientos de culpa, ansiedad sexual y/o depresión..

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la insuficiente amplitud de la muestra. De cara a futuros estudios, será conveniente ampliarla e incluir un grupo control.

CONCLUSIONES

El estudio muestra la presencia de diversos factores (presencia de síntomas psicopatológicos (ansiedad y depresión), tendencias de personalidad (neuroticismo) y autoeficacia sexual) que deben ser considerados en la evaluación de los varones que presenten trastorno eréctil, con tal de prevenir o mejorar la gravedad de éste.

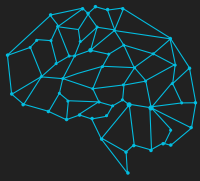
Estos factores pueden ser identificados y tratados en el contexto terapéutico, una vez realizada la detección del trastorno eréctil. Asimismo, la investigación sugiere la implicación de elementos clínicos y psicológicos en la gravedad del trastorno eréctil, los cuales proporcionan una base sólida para el futuro tratamiento y prevención del trastorno eréctil grave y nos guían hacia una promoción del comportamiento sexual saludable más adecuada.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

1. Ni el proyecto de estudio ni el estudio fueron financiados;
2. J.M. Farré- Martí, A. Fuentes y B. Farré -Sender diseñaron el estudio.
A. Fuentes y JMFarré construyeron el protocolo, y recogieron muestra.
B. Farré-Sender elaboró la estadística y participó en la discusión y conclusiones.
A. Fuentes concluyó los resultados y los plasmó en el manuscrito.,
J.M. Farré- Martí escribió el manuscrito definitivo que fue revisado por G. Lasheras.
Ponce construyó las figuras y escalas definitivas;
3. Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses y el respeto a los aspectos éticos plasmados en la Declaración de Helsinki.

BIBLIOGRAFIA

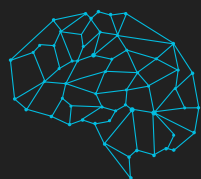
1. Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Chicago: American Psychiatric Publishing.
2. Aubá, E. (2020) DSMV y CIE11: la deconstrucción de los trastornos somatomorfos. *Psicosomática y Psiquiatría* 12(30-37). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum1202>.
3. Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2). <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>.
4. Bandura, A. (1989). Regulation of Cognitive Processes Through Perceived Self-Efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5). <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.5.729>.
5. Barlow, D.H. (2002) Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Guilford Press. New York.
6. Boddi, V., Fanni, E., Castellini, G., Fisher, A. D., Corona, G., & Mario, M. (2015). Conflicts Within the Family and Within the Couple as Contextual Factors in the Determinism of Male Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 12(12). <https://doi.org/10.1111/jsm.13042>
7. Castro, R. P., Hernández, P. C., Casilda, R. R., García, J. R., & Tapia, M. J. R. (2010). Epidemiology of erectile dysfunction. Risk factors. *Archivos Españoles de Urología (Ed. Impresa)*, 63(8). <https://doi.org/10.4321/S0004-06142010000800010>
8. Farré Martí, JM.; Mestre G.; I. Tolosa; B. Cejas (2018). *Psiquiatría y Sexualidad*. Ed Síntesis. Madrid.
9. Farré Martí, JM. (2022). ¿Qué es la Psicosomática? *Psicosomática y Psiquiatría* (22) (30-37) <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum22052>
10. Farré Martí, JM., Fuentes, A. & Lasheras, G. ((2021). Epidemiología del TE. En *Sexualidad y Psiquiatría*. XXIV Congreso Nacional de Psiquiatría.
11. Farré Martí, JM. (2018). Los efectos de la ansiedad en la conducta sexual. En *Psiquiatría y Sexualidad*. (15-41) Farré & al.. Ed. Síntesis. Madrid.
12. Farré-Sender & Mestres., G. (2015) *Disfuncions Sexuals* SCRITC Butll:
13. Holden, R. R. (1999). The Holden psychological screening inventory and sexual efficacy in urological patients with erectile dysfunction. *Psychological Reports*, 84(1). <https://doi.org/10.2466/pr0.1999.84.1.255>.
14. Latini, D. M., Penson, D. F., Colwell, H. H., Lubeck, D. P., Mehta, S. S., Henning, J. M., & Lue, T. F. (2002). Psychological impact of erectile dysfunction: Validation of a new health related quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 168(5). [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)64302-9](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)64302-9).
15. Latini, D. M., Penson, D. F., Wallace, K. L., Lubeck, D. P., & Lue, T. F. (2006). Longitudinal differences in psychological outcomes for Men with erectile dysfunction: Results from ExCEEDTM. *Journal of Sexual Medicine*, 3(6). <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00332.x>
16. Libman, E., Rothenberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The sses-e: A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11(4). <https://doi.org/10.1080/00926238508405450>
17. Macías, G., & Luna, M. (2018). Validación de una Escala de Mandatos de Género en universitarios de México Gender's Commands Scale: Validation with Mexican college students. *CienciaUAT*, 12(2).
18. Nieto, Serrat, M. & Luciano, JV(2023) Definición del dolor. *Psicosomática y Psiquiatría* 26(30-37) <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum2068>
19. Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2016). Personality traits, sexual problems, and sexual orientation: An empirical study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 42(3). <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.985352>



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

20. Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2011). Personality Traits and Psychopathology on Male Sexual Dysfunction: An Empirical Study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 461–469. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02092.x>
21. Rowland, D. L., Adamski, B. A., Neal, C. J., Myers, A. L., & Burnett, A. L. (2015). Self-efficacy as a relevant construct in understanding sexual response and dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(1). <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811453>
22. Sierra, J. C., Herrera, F. L., Muelas, A. Á., Arcos-Romero, A. I., & Calvillo, C. (2018). The sexual self-esteem: Its relationship with the sexual arousal. *Suma Psicológica*, 25(2), 146–152. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.6>
23. Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26(2). <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>
24. Soler, F., Lugo, M. G., Espada, J. P., Morales, A., Sierra, J. C., Bertrand, L. M., & Medina, P. V. (2016). Adaptation and Validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish Populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3).
25. Swindle, R. W., Cameron, A. E., Lockhart, D. C., & Rosen, R. C. (2004). The psychological and interpersonal relationship scales: Assessing psychological and relationship outcomes associated with erectile dysfunction and its treatment. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1023/B:A-SEB.0000007459.48511.31>
26. Torres-Obregón, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J. C., Granados, R., Garza-Elizondo, M. E., & Benavides-Torres, R. A. (2019). Interpersonal factors as predictors of sexual self-esteem in women in Northeast Mexico. *Revista Internacional de Andrología*, 17(2). <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.03.003>



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 01/04/2023. Aceptado: 20/11/2023

DETECCIÓN DE VIOLENCIA MACHISTA ENTRE LAS MUJERES ATENDIDAS POR TENTATIVA AUTOLÍTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

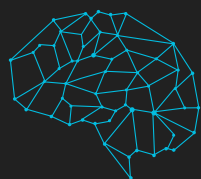
DETECTION OF INTERPERSONAL PARTNER VIOLENCE AMONG WOMEN TREATED FOR ATTEMPTED SUICIDE IN AN EMERGENCY DEPARTMENT

I. Merodio Ruiz^{1-4,11*}, J. Cobo^{3-5,7}, E. Canta López⁶, M. Corrigüelas Marín⁸, A.M. Santiago Barragán^{1,8},
M.C. Camposo Montesinos⁸, A. Rubio García^{1,8}, L. Llauredó Igual⁸, A. Coscolluela Pérez^{1,8}, R. Aguayo Navarro^{1,8},
L. Castro Pérez^{1,8}, P. Molla Robles⁸, M.T. Muñoz Martínez^{8, 11}, D.J. Palao Vidal^{3-5,9}, A. Granero Lázaro^{1,3,4,10}

¹Enfermera/o Especialista en Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ²Doctorando Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España. ³Centro de Investigación Biomédica en Red – Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ⁴Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España. ⁵Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT) – UAB, Sabadell, Barcelona, España. ⁶Enfermera Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁷Psiquiatra Adjunto Unidad de Agudos Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁸Enfermera del Centro de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁹Psiquiatra Director Servicio Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ¹⁰Jefe de Enfermería de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ¹¹Coordinador de Enfermería de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

Correspondencia: IJesús Cobo. Mental Health Department, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Spain.
Telf.: +34 937231010, Ext. 21762 E-mail: jcobos@tauli.cat

* El presente trabajo forma parte de la Tesis Doctoral del Primer Autor.



RESUMEN

Introducción: Existe evidencia sobre una asociación directa entre la Violencia Machista/Violencia de Género (VdG) y el suicidio, e incluso se señala que la VdG es el principal factor precipitante para que una mujer realice una tentativa suicida. Además, se ha demostrado que las mujeres con enfermedades mentales crónicas sufren especialmente más violencia que la población en general. Sin embargo, existen relativamente pocos datos sobre la capacidad de detección de VdG de los servicios de urgencias. En Catalunya, el Programa Código Riesgo de Suicidio (CRS) atendió a 12.596 personas con episodios de conducta suicida y ha demostrado su eficacia en nuestro hospital.

Objetivo principal: Cuantificar el grado de detección de la VdG de nuestros registros sanitarios en mujeres visitadas en el servicio urgencias de nuestro hospital por ideación y/o tentativa suicida y que han sido incluidas en el Programa CRS.

Hipótesis principal: La detección actual de VdG en las mujeres es <10%.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo basado en registros electrónicos sanitarios. Se identificaron todas las mujeres que habían estado en seguimiento telefónico en los últimos 12 meses por haber acudido al servicio de urgencias de nuestro Hospital por ideación y/o intento suicida. El período de análisis incluyó del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Se realizó una revisión completa de todos los informes de alta de estas mujeres visitadas en urgencias y de los registros clínicos de todos los profesionales (médicos, psiquiatras, enfermeras...) disponibles en la historia clínica informatizada. Se realizó un análisis descriptivo simple de los datos.

Resultados: Durante el período de estudio, se detectaron cuatro casos de violencia machista/VdG (1,92%) y dos casos de violencia familiar entre las 208 mujeres que se visitaron por ideación y/o intento autolítico. A todas las mujeres a las que se les detectó VdG, se les recomendó la visita con el Centro de Atención a la Mujer, pero se desconoce si fueron efectivamente derivadas a otros profesionales o si realmente acudieron.

Conclusiones: Los datos obtenidos demuestran una clara infradetección y confirman la hipótesis propuesta al inicio del estudio. Igualmente, faltan datos relevantes sobre la actitud que siguió a esta detección.

Palabras clave: Violencia interpersonal de pareja; Violencia machista; Violencia de género; Suicidio; Evaluación psiquiátrica; Evaluación enfermera; Urgencias; Registros electrónicos de datos.

ABSTRACT

Introduction: There is evidence of a direct association between interpersonal partner/sexist/gender violence (IPV) and suicide, and it is even pointed out that IPV is the main precipitating factor for a woman to make a suicide attempt. In addition, it has been shown that women with chronic mental illness suffer especially more violence than the general population. However, there is relatively little data on the IPV detection capacity of emergency departments. In Catalonia, the Suicide Risk Code Program (CRS) treated 12,596 people with episodes of suicidal behaviour and has demonstrated its effectiveness in our hospital.

Main objective: To quantify the degree of detection of IPV in our health records in women visited in the emergency department of our hospital for suicidal ideation and/or attempt and who have been included in the CRS Program.

Main hypothesis: Current detection of IPV in women is <10%.

Methodology: Retrospective descriptive study based on electronic health records. All the women who had been in telephone follow-up in the last 12 months for having gone to the emergency department of our hospital for suicidal ideation and/or attempt were identified. The analysis period included from January 1 to December 31, 2020. A complete review of all the discharge reports of the women visited in the emergency room and of all the clinical records of all the professionals (doctors, psychiatrists, nurses...) available in the computerized medical record was carried out. A simple descriptive analysis of the data was performed.

Results: During the study period, four cases of IPV (1.92%) and two cases of family violence were detected among the 208 women who were visited for suicidal ideation and/or attempt. All the women who were detected with IPV were recommended to visit the Women's Care Center, but it is unknown if they were actually referred to other professionals or if they actually attended.

Conclusions: The data obtained show a clear IPV underdetection and confirm the hypothesis proposed at the beginning of the study. Similarly, there is a lack of relevant data on the attitude that followed this detection.

Keywords: Interpersonal partner violence; Sexist violence; Gender violence; Suicide; Psychiatric evaluation; Nursing evaluation; Emergency; Electronic data records.



INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VdG) o violencia machista es uno de los problemas de salud más importantes y con más incidencia a los que nos enfrentamos en la actualidad. Actualmente, denominamos violencias machistas solo a aquellas violencias que están motivadas por una mentalidad machista. Previamente se utilizaron los términos violencia doméstica (inadecuado) y también violencia de género, haciendo hincapié en que era una violencia ejercida por las personas de un sexo (masculino), sobre las personas del otro sexo (femenino). El término VdG es todavía muy utilizado (Cirici, 2023). Como destaca la Dra. Roser Cirici, la violencia machista puede desarrollarse en todos y cada uno de los ámbitos de la vida de las personas (pareja/expareja, laboral, social, educacional y/o comunitario) y también en todos los momentos de su vida (perinatal, infancia, adolescencia, edad adulta y tercera edad), por tanto, no hay que hablar de un solo tipo de violencia machista sino de muchos tipos de violencias machistas (Cirici, 2023).

La OMS considera la VdG como "un problema de salud global de proporciones epidémicas" y que afecta a más de la tercera parte de todas las mujeres a nivel mundial (WHO, 2013). La macroencuesta española sobre violencia de género del año 2019 destaca que, una de cada dos mujeres (57,3%) residentes en España de 16 ó más años, han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres y una de cada cinco la han sufrido en los últimos 12 meses (Subdirección General de Sensibilización, 2020). Esta misma encuesta en 2015 indicaba que en el total de las mujeres de 16 años o más que residen en España, un 12,5% ha padecido violencia física o sexual por parte de su pareja o expareja, un índice más bajo que la media de la Unión Europea, que está sobre el 22% (De Miguel Luken, 2015). Las consecuencias de la VdG para la salud física de las mujeres o su funcionalidad son graves y bien conocidas (Raya Ortega et al., 2004; Cirici Amell et al., 2023).

En todos los estudios revisados se destaca una asociación directa entre la VdG y el suicidio (Devries et al., 2011; Devries et al. 2013; Colucci & Heredia Montesinos, 2013; McLoughlin, O'Carroll & O'Connor, 2012). Incluso señalan que la VdG es el principal factor precipitante para que una mujer realice una tentativa suicida (Colucci & Heredia Montesinos, 2013). Si a estos datos unimos que se ha demostrado que las personas con enfermedades mentales crónicas sufren más violencia que la población en general y que, entre ellas, las mujeres con enfermedad mental sufren más VdG que aquellas que no tienen una enfermedad mental (Cobo et al.,

2010), nos encontramos que es de vital importancia la detección y posterior actuación sobre las mujeres con VdG por parte de todos los agentes de salud, incluidas las enfermeras de salud mental (WHO, 2013). Por otra parte, la bibliografía destaca que, en la práctica, la capacidad de detección del maltrato o violencia por los diversos profesionales sanitarios es muy escasa y algunos estudios señalan que únicamente se detectan del 10 al 40% de los casos (Cobo et al., 2010). Esto nos sitúa en una realidad asistencial desfavorable que es necesario modificar.

En nuestro propio hospital, se ha implementado desde hace años un Programa de seguimiento de las tentativas suicidas innovador y que ya se ha demostrado eficaz en diferentes estudios y análisis (Cebria et al., 2015; CatSalut, 2015). En toda Catalunya, el Código Riesgo de Suicidio (*Codi Risc Suicidi* ó CRS) (CatSalut, 2015) fue implantado el año 2014 y, en sus primeros 5 años de funcionamiento, ya atendió a 12.596 personas con episodios de conducta suicida a lo largo del territorio. De estas, el 88% nunca han realizado más conductas suicidas y han tenido un correcto seguimiento posterior. Se ha de destacar que, en Catalunya, en el año 2020 sólo hubo 556 fallecimientos por suicidio, cifra que, todo y ser alta, es una de las más bajas de Europa (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2021; CatSalut, 2015).

Dentro del Programa CRS que se realiza en nuestro Hospital, se incluye una intervención telefónica para todas las personas que han sufrido una tentativa autolítica o bien tienen riesgo de realizarlo por presentar ideación autolítica consistente. La intervención, además, incluye un seguimiento proactivo con una visita urgente y un tratamiento ambulatorio intensivo en un período de tiempo muy corto tras la tentativa (CatSalut, 2015). El programa de gestión telefónica retrasó los reintentos de suicidio en el grupo de intervención en comparación con el año de referencia y comparado con la población de control durante el mismo período (Cebria et al., 2015; CatSalut, 2015). Además, la intervención redujo la tasa de pacientes que volvieron a intentar el suicidio en la población experimental en comparación con el año anterior y la población control (Cebria et al., 2015; CatSalut, 2015). Sin embargo, hasta el momento todavía no se había contemplado la posible influencia que puede tener la evaluación de diversos factores independientes, como puede ser la VdG en aquellas mujeres que realizan tentativas autolíticas.

Por todo lo dicho anteriormente, en los próximos años nos planteamos una innovación significativa en el proce-



so de seguimiento de las mujeres que han realizado una tentativa suicida y que están dentro del Programa CRS en nuestro ámbito poblacional, con el fin de detectar si además sufren VdG añadida y posteriormente poder realizar una intervención enfermera integrada de empoderamiento específica para VdG.

El objetivo principal de este análisis preliminar es cuantificar el grado de detección en nuestros registros sanitarios de la violencia de género en mujeres visitadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital por ideación y/o tentativa suicida y que han sido incluidas en el Programa CRS. Como objetivo secundario, identificaríamos las mujeres que presentan ideación y/o tentativa suicida incluidas en el Programa CRS de nuestro hospital a las que se ha activado el protocolo de atención a las víctimas de violencia de género. Nuestra hipótesis principal es que la detección actual de VdG en las mujeres visitadas por ideación y/o tentativa suicida en el servicio de urgencias del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT) es inferior al 10% de los casos.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Estudio descriptivo retrospectivo basado en registros electrónicos sanitarios.

POBLACIÓN DE ANÁLISIS:

Mujeres que han estado en seguimiento telefónico en los últimos 12 meses en el Programa CRS, por haber acudido al servicio de urgencias de nuestro Hospital por ideación y/o intento suicida. El período de análisis incluyó desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una revisión completa de todos los informes de alta de las mujeres visitadas en urgencias. Igualmente, realizamos también una revisión completa de los registros clínicos de estas mujeres realizados por todo el personal médico, de psiquiatría, de psicología o de enfermería disponibles en la historia clínica informatizada de nuestro hospital.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo simple de los datos (medias, desviación estándar y porcentajes) mediante el paquete informático IBM SPSS en su versión 25.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE CONFIDENCIALIDAD

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica de nuestro hospital y se ha desarrollado de acuerdo con el protocolo y con los procedimientos normalizados de trabajo de la buena práctica clínica (Referencia 2020/319).

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

Se incluyeron 208 mujeres visitadas en el servicio de Urgencias de nuestro hospital en este período por tentativa/ideación autolítica (Tabla 1). Los meses con más tentativas fueron enero y febrero. Hasta 16 mujeres se visitaron más de una vez a lo largo del período de análisis por el mismo motivo. El perfil de las mujeres era de una media de edad de 43 ± 16 años. La mayoría de nacionalidad española (87%) y con pareja estable, casadas o con pareja de hecho en más de la mitad de las mujeres (55,77%). El nivel de estudios fue mayoritariamente primario (15,38%) o secundarios ESO/FP1 (15,38%). Un 25,48% de la muestra trabajaba y el 20% era pensionista. Un total de 116 mujeres vivían con sus maridos o parejas, de las cuales 104 llevaban manteniendo esta relación con su pareja en un intervalo de 0 a 5 años. En 84 casos no tenían pareja en el momento del intento autolítico (Tabla 1).

A través de la historia clínica electrónica, como desencadenantes de la ideación o tentativa autolítica, en 69 mujeres (33,17%) se referían problemas de pareja y en 57 mujeres (27,40%) problemas con algún familiar (no especificados en los registros). Sólo 27 casos referían únicamente síntomas de su patología de base como causa de la tentativa/ideación sin ningún estresor reconocible (Tabla 1).

DESCRIPCIÓN DE LA VdG

Respecto de los posibles antecedentes de VdG en las mujeres, en 175 de los casos (84,13%) éste no consta o no está descrito en el informe de urgencias. En 23 casos se destacaban problemas de pareja o con el marido (11,06%) de forma genérica. Sólo en 4 casos se destacaban antecedentes de discusiones y mala relación previas de pareja. Solo en un caso la mujer presentaba antecedentes de violencia por parte de otro familiar cercano (su padre).

Respecto del episodio actual de intento de suicidio/ideación suicida en urgencias, en la mayoría de los 202 casos (97,12%) no constaba ningún dato de VdG en el informe.

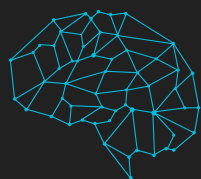


Tabla 1. Características sociodemográficas y de la tentativa.

Perfil de las mujeres visitadas (n=208 mujeres)	
Edad (media $\pm$ desviación standard en años)	43,0 $\pm$ 16,0
Nacionalidad española (n, %)	181 (87,0 %)
Pareja estable actual (n, %)	116 (55,77 %)
Estudios Primarios y/o Secundarios (n, %)	64 (30,76 %)
Trabajan (n, %)	53 (25,48 %)
Vivian con su marido o pareja (n, %)	106 (50,9 %)
Tiempo de relación 0 a 5 años (n, %)	104 (50,0 %)
Sin pareja en el momento del intento (n, %)	84 (40,3 %)
Meses del año con más tentativas	Enero y febrero
Visitadas más de una vez en Urgencias (n, %)	16 (7,6 %)
Motivo descrito de intento/ideación autolítica	
Problemas de pareja (n, %)	69 (33,17 %)
Problemas con algún familiar (n, %)	57 (27,4 %)
Síntomas de su patología de base (n, %)	27 (12,9%)

Sólo se detectaron 4 casos de VdG ejercidos por parte de su marido o pareja (1,92%). También se describieron dos casos de violencia familiar actual por parte de los hijos hacia las madres.

En la gran mayoría de los informes de alta faltan datos cruciales sobre el caso atendido, por ejemplo, con quién conviven, su estado civil, antecedentes, estudios realizados, etc.

En ningún informe se especificó cómo se realizó la evaluación de la posible VdG.

DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN URGENCIAS

En las cuatro mujeres detectadas con VdG, se realizó la recomendación de una visita con el Centro de Atención a la Mujer de zona. En un caso se contactó directamente con la policía ya que se trataba de una posible agresión sexual el día anterior. En los casos de violencia familiar se recomendó la intervención de la trabajadora familiar.

Sin embargo, a través de nuestros registros, se desconoce si fueron derivadas a otros profesionales (trabajadora social, enfermera...) y/o si realmente acudieron a ellos.

EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS AMBULATORIOS DE LAS PACIENTES

En todas las historias clínicas revisadas de las mujeres visitadas en urgencias por ideación y/o tentativa autolítica, a

través de los cursos clínicos se constata que enfermería de urgencias no registra la realización de ningún tipo de abordaje especializado y/o específico a la mujer que presenta VdG.

Los registros de enfermería únicamente hacen referencia a la descripción de los cuidados generales (constantes, intervenciones en necesidades básicas, curas, etc.) dispensados durante la estancia de la mujer en el servicio y no hemos encontrado ninguna referencia específica sobre VdG. Predominan los escritos escuetos y poco elaborados.

En lo que se refiere a los informes médicos y psiquiátricos de alta revisados, se objetiva que faltan muchos datos que consideramos importantes (estado civil, nivel de estudios, relaciones con familia directa, situación laboral, información sobre actividad diaria, etc.). Aparentemente existe una tendencia a copiar los antecedentes de informes hospitalarios previos sin ningún tipo de variación.

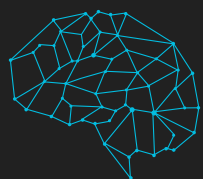
Si analizamos los informes de otros médicos especialistas (traumatólogos, médicos de medicina interna, etc.) de urgencias, observamos que los informes son mucho más escuetos en cuanto información y se ciñen estrictamente al problema de salud que presenta la persona en el momento de la visita y que motivó su intervención.

DISCUSIÓN

La detección de VdG durante el 2020 fue del 1,92% entre todas las mujeres que se visitaron en el servicio de urgencias por presentar ideación o tentativa autolítica. Esto supone una detección muy por debajo de lo señalado en la bibliografía revisada. Este dato reafirma nuestra hipótesis propuesta inicialmente, con una detección inferior al 10% de los casos.

En los últimos años se han realizado diversos estudios de prevalencia de violencia en pacientes con trastorno mental grave (TMG). Hay estudios realizados en diferentes países, como Suecia, EE.UU, Países bajos, Grecia, Reino Unido y Etiopía (Bengtsson-Tops et al., 2005; Chang et al., 2011; Kamperman et al., 2014; Katsikidou et al., 2013; Khalifeh et al., 2015; O'Hare et al., 2016; Silver et al., 2005; Tsigebrhan et al., 2014). Más adelante intentaremos relacionar los resultados más relevantes de estos estudios con nuestros propios resultados.

En la revisión y metaanálisis de Trevillion et al. (2012) se incluyeron 41 estudios. Existe un mayor riesgo de sufrir violencia de pareja durante la vida adulta entre mujeres con trastornos depresivos (odds ratio OR 2,77 [IC 95%: 1,96-3,92]), trastornos de ansiedad (OR 4,08 [IC 95%: 2,39-6,97]) y trastorno por estrés postraumático TEPT (OR 7,34 [IC 95%:



4,50-11,98]), en comparación con las mujeres sin trastornos mentales. No se dispuso de datos suficientes para calcular las odds ratio para otros trastornos mentales, la violencia familiar (es decir, violencia perpetrada por una persona que no es la pareja) o la violencia sufrida por los hombres. Los estudios individuales informaron de un aumento de las probabilidades para mujeres y hombres en todas las categorías diagnósticas, incluidas las psicosis, con una prevalencia más alta para las mujeres. Se encontraron pocos estudios longitudinales, por lo que no se pudo investigar la dirección de la causalidad. Como conclusiones de su revisión, se detectó que existe una alta prevalencia y una mayor probabilidad de ser víctima de violencia machista en hombres y mujeres en todas las categorías diagnósticas, en comparación con las personas sin trastornos mentales. Se necesitan estudios longitudinales para identificar las vías que conducen a ser víctima de violencia machista para optimizar las respuestas sanitarias (Trevillion et al., 2012). En un nuevo metaanálisis con 42 estudios, la mediana de la prevalencia de la violencia de pareja a lo largo de la vida notificada en los trabajos de alta calidad fue del 30% (intervalo intercuartílico [IQR] 26-39) entre las pacientes internadas y del 33% (IQR 21-53) entre las pacientes ambulatorias. Ningún estudio incluyó un grupo de control (Oram et al., 2013).

Sin embargo, en nuestro medio hay pocos datos. Contamos al menos con un estudio del año 2014 hecho en 62 mujeres con TMG en dos Centros de Rehabilitación Psicosocial (San Fernando de Henares y Alcalá de Henares) (González Cases et al., 2014; García Santos, 2017). La prevalencia de la violencia en los doce meses previos a la entrevista fue del 40,3%, pero del 74,1% a lo largo de toda la vida. La forma de abuso o violencia más frecuente en la muestra fue el psicológico, seguido del físico y en último lugar el sexual, como es habitual. Las mujeres con TMG víctimas de abuso presentaron también una baja tasa de apoyo social.

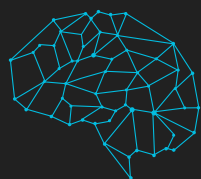
En la muestra más amplia de la Tesis de García Santos (2017), cuarenta y tres mujeres, de las 142 con TMG que componían la muestra final, han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja en el último año. Casi un tercio (30,3%) de las mujeres han sido en el último año agredidas por sus parejas o exparejas. Respecto del tipo de violencia ejercido, observamos que la violencia psicológica es la más frecuente (29,6%), seguida de la física con el 8,5% y en último lugar de la sexual con el 4,2%. Por tanto, si combinamos la violencia física y la sexual tenemos que

el 9,8% de las mujeres han sido víctimas de violencia grave (física y/o sexual) en el último año. Las mujeres que habían sufrido violencias físicas durante la infancia tenían un riesgo 2,22 veces más de ser víctimas de violencia machista en el ámbito de la pareja que las mujeres que no habían sufrido nunca violencias en la niñez (González Cases et al., 2014).

Diversos informes evidencian que es muy necesario establecer estrategias de detección de la VdG entre las mujeres afectas de TMG, ya que, según algunos informes, el riesgo que tiene una mujer con trastorno mental de sufrir este tipo de violencia se multiplica entre dos y cuatro veces más que entre las mujeres en general (FEDEAFES, 2017). Aún más, existe evidencia de una gran falta de recursos de acogida específicos suficientes para todas las mujeres con trastornos mentales en situación de supervivientes de violencias machistas. Todavía más, muchas veces este trastorno mental hace que se cuestione esta condición de víctimas con argumentos tales como que su relato no es veraz (Activa-Mente-Cataluña Asociación, 2020).

En un estudio elaborado por nuestro Equipo de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell, se realizó un análisis retrospectivo del seguimiento de todas las mujeres atendidas por violencia física grave en Urgencias durante dos años consecutivos. De las 412 mujeres atendidas en el Servicio de Urgencias, el 25,5% habían recibido en algún momento atención psiquiátrica o psicológica especializada. Casi todas las mujeres presentaban diagnósticos psiquiátricos mayores, fundamentalmente trastornos adaptativos y de ansiedad (56%), trastornos afectivos (unipolares o bipolares, 28%) y, menos frecuentemente, diagnósticos del grupo de las psicosis (13%). El 27,3% de estas mujeres presentaban abuso comórbido o dependencia del alcohol y el 33,3% consumían benzodiacepinas u otras drogas. Además, a más de la mitad (58,1%) se las había diagnosticado trastornos de la personalidad y al 39,4% se las había detectado problemas de salud física añadidos a su proceso de salud mental (Cobo et al., 2010).

En este estudio previo de nuestro Hospital (Parc Taulí, Sabadell), el 41,9% de estas mujeres que se habían atendido en las consultas de salud mental y que sufrían violencias machistas graves en este periodo habían registrado antecedentes de intentos de suicidio, e incluso algunas lo habían intentado previamente repetidas veces. Todo y la gravedad de los hechos, solo en el 51,5% de los casos se documentó en la historia clínica psiquiátrica/psicológica la violencia



que sufrían estas mujeres. La gran mayoría de las mujeres (69,7%) abandonaron el seguimiento de las consultas de salud mental (Cobo et al., 2010).

En el estudio ya citado del año 2014 en 62 mujeres con TMG en la zona de Alcalá de Henares, los profesionales de los Centros de Rehabilitación psicosocial consiguen identificar más pacientes, sobre todo en los casos que son víctimas de abuso reciente. En cuanto a la violencia familiar, son detectados hasta un 71% de casos de violencia a lo largo de la vida y un 68% de violencia en el último año. Más específicamente respecto de la violencia de pareja, son detectados 80% de casos en violencia a lo largo de la vida y un 100% de casos para la violencia en los últimos 12 meses (González Cases et al., 2014; García Santos, 2017).

En la muestra ampliada con 142 mujeres TMS (García Santos, 2017), respecto de la capacidad de los profesionales referentes de algunos servicios de la red madrileña de salud mental para detectar y tener conocimiento de situaciones de maltrato, se comprobó también que éste sólo se detectaba en la mitad de las mujeres que afectivamente habían sufrido violencia por parte de su pareja en el último año. Llama también la atención un interesante aspecto metodológico de su investigación, ya que entre todas las mujeres que el profesional reconoce que eran efectivamente víctimas de maltrato, hasta un 40,6% no eran «caso» según el cuestionario de violencia aplicado. Esta divergencia, según el autor, puede deberse a una valoración errónea del profesional o a una «ocultación» de la mujer al investigador de su situación de maltrato durante la aplicación de la encuesta y que sin embargo sí había puesto en conocimiento del profesional de salud mental que la atendía habitualmente (García Santos, 2017). En esta muestra de Madrid, el tipo de violencia que mejor detecta el/la profesional de referencia de los servicios de salud mental es la violencia física (54,5%) seguida de la psicológica (45,9%). Las agresiones sexuales pueden pasar totalmente inadvertidas por el/la profesional, aunque hay una escasa frecuencia de este tipo de VdG y los datos se deben tomar aquí con precaución (García Santos, 2017). Por lo tanto, los profesionales de salud mental podríamos tener la oportunidad añadida de detectar la VdG de forma más precisa, e incluso más potente que las simples escalas psicométricas de despistaje.

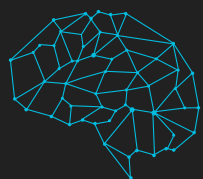
Además, se ha de destacar que las mujeres con problemas de salud mental experimentan rechazo, aislamiento y exclusión y reciben un trato paternalista y sobreprotector,

y se encuentran en situaciones de más vulnerabilidad que las abocan a sufrir también otros tipos de violencias. Estas mujeres no cumplen los «requisitos sociales»; es decir, se considera que no tienen suficientes capacidades para cumplir los mandatos de la feminidad (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023). Su autoestima se ve afectada por las exigencias sociales y ellas mismas pueden interiorizar estos prejuicios en forma de autoestigma (Atelsam, 2020; Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023).

Tal y como nos indican los estudios, si, por un lado, hay una prevalencia más elevada de antecedentes de violencias machistas en las mujeres en todas las categorías diagnósticas de trastornos mentales y, por otro lado, las mujeres con trastornos mentales graves tienen más probabilidad de ser víctimas (Oram et al., 2013), en las entrevistas clínicas se tendrían que incluir siempre preguntas de exploración de las violencias machistas en lugar de obviar o esconder este tema. La investigación científica sobre mujeres con trastornos mentales y violencias machistas es escasa; nos encontramos con una dificultad enorme para obtener estudios, análisis o estadísticas (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023). Si estos tipos de violencias no son objeto de estudio y no se reconocen como determinantes de la salud, se invisibiliza esta realidad y se puede convertir en una sutil forma más de violencia machista, de tipo institucional o social (Atelsam, 2020). El resultado final, como refieren algunos estudios, es que, en la mitad o más de los casos, los/las profesionales de referencia de la red de salud mental no conocen/reconocen las violencias graves que sufren las mujeres que atienden o no les prestan atención suficiente (y no lo registran en la historia clínica) (FEDEAFES, 2017; Cobo et al., 2010; González Cases et al., 2014).

Además, se ha encontrado una relación significativa entre sufrir violencia actualmente y haberla sufrido en alguna relación anterior (Ruiz-Pérez et al., 2006; Plazaola Castaño et al., 2008). También hay una relación significativa entre haber sufrido violencia sexual en la infancia y desarrollar un trastorno mental en la edad adulta: el 47% de las mujeres diagnosticadas de TMG han sufrido violencia sexual a la infancia y el 28% han estado testigos de violencia en el entorno doméstico (Tasa-Vinyals et al., 2020). Por lo tanto, la detección precoz nos permitiría una adecuada prevención de futuras VdG o de sus consecuencias.

Diversas autoras han destacado cómo, para las mujeres, adolescentes y niñas que sufren violencia machista en sus



diferentes modalidades, el hecho de disponer de espacios seguros y comprensivos para poder hablar abiertamente de sus experiencias de victimización supone un gran alivio. En este sentido, los espacios de atención directa, como por ejemplo hogares-residencia, hogares con apoyo, servicios de autonomía al propio hogar, servicios prelaborales o clubes sociales, son lugares idóneos para detectar las consecuencias de la violencia y aliviar sus sufrimientos. El apoyo y el acompañamiento de profesionales son un elemento clave para encontrar una salida en su situación (Ruiz-Pérez et al., 2006; Cirici et al., 2010). Además, en nuestra opinión, los Grupos de autoayuda, auto-organización o de Ayuda Mutua (GAM) son de gran interés y se han de promocionar y sostener desde las administraciones públicas.

Además, y volviendo directamente al caso de las tentativas autolíticas en mujeres, como citamos en la introducción, todos los estudios previos revisados y las revisiones y metaanálisis destacan una asociación directa entre la VdG y el suicidio (Devries et al., 2011; Devries et al. 2013; Colucci & Heredia Montesinos, 2013; McLaughlin, O'Carroll & O'Connor, 2012).

En nuestro contexto y concretamente en Valencia, Pico-Alfonso et al. (2006) compararon mujeres maltratadas física/psicológicamente (n=75) y psicológicamente (n=55) con mujeres de control no maltratadas (n=52). Las mujeres expuestas a VdG física/psicológica y psicológica presentaron una mayor incidencia y gravedad de síntomas depresivos y de ansiedad, trastorno por estrés posttraumático e ideas de suicidio que las mujeres control, sin diferencias entre los dos grupos de maltrato. La concomitancia de violencia sexual se asoció con una mayor gravedad de los síntomas depresivos entre las mujeres maltratadas de ambos grupos y una mayor incidencia de intentos de suicidio (Pico-Alfonso et al., 2006). Éste estudio además demostró que la llamada violencia psicológica no es nada «leve» en comparación con la física para los aspectos de síntomas depresivos y suicidio.

En los países en desarrollo, se ha observado también una relación muy significativa entre la llamada violencia «doméstica» (machista) y la ideación suicida: 48% en Brasil, 61% en Egipto, 64% en la India, 11% en Indonesia o 28% en Filipinas (WHO, 2001).

En la revisión sistemática y metaanálisis de Devries et al. (2013) se incluyeron sólo estudios longitudinales publicados antes del 1 de febrero de 2013. Se detectaron dieciséis estudios con 36.163 participantes. Todos los estudios

incluyeron participantes de sexo femenino; cuatro estudios también incluyeron participantes de sexo masculino, pero pocos controlaron factores de confusión potenciales distintos de los demográficos. En el caso de las mujeres, hubo pruebas claras de una asociación entre la VdG y los síntomas depresivos incidentes, así como con los intentos de suicidio (Devries et al., 2013).

Respecto de la capacidad de los profesionales sanitarios para detectar las situaciones de violencia machista, Fisher et al. (2022) en un estudio sobre conocimientos, confianza y habilidades clínicas relativas a la violencia familiar en un entorno privado australiano, destaca cómo la mayoría de los clínicos refieren que trabajan con pacientes que han verbalizados experiencias de violencia familiar, pero la mayoría (63%) no habían recibido formación en el área. Especialmente las enfermeras referían menores tasas de formación previa. Menos del 20% referían disponer de conocimientos suficientes clave, como eran información sobre los indicadores de violencia familiar, las formas de preguntar sobre violencia familiar o cómo actuar ante una verbalización de violencia. Por lo tanto, sus resultados muestran un conocimiento subóptimo y por tanto la necesidad de formación, particularmente entre el staff enfermero (Fisher et al., 2022).

En otro estudio australiano, aunque la mayoría de las enfermeras que atendía a mujeres embarazadas realizaban al menos un screening de violencia familiar, pero sólo la mitad creían que lo hacían apropiadamente (Withiel et al., 2020).

En otro estudio sobre conocimientos y actitudes hacia la violencia de género (*intimate partner violence*) entre enfermeras y matronas tituladas y estudiantes de ambas disciplinas, se demostró que las estudiantes de enfermería o de matronas tenían menos conocimientos sobre VdG que las profesionales ya tituladas, y además que las matronas tituladas tenían más conocimientos que las enfermeras tituladas (Ali et al., 2021).

Respecto de los datos que nosotros planteamos en este estudio, puede tener también influencia el hecho de la pandemia, ya que el período de análisis incluye desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020, en plena pandemia e incluyendo el proceso de confinamiento (lockdown). Diferentes análisis muestran cómo las restricciones del COVID-19 pueden ser usadas como un mecanismo de control por los perpetradores de violencia en las relaciones abusivas (Usher et al., 2020).

En nuestro estudio, también se ha de destacar que en la gran mayoría de los informes de alta faltan datos cruciales



sobre el caso atendido, por ejemplo, con quién conviven, su estado civil, los antecedentes, etc. Lo cual tiene interés médico-legal, ya que los informes médicos pueden ser piezas claves a la hora de perseguir a los delincuentes y en posteriores juicios.

Y esto, teniendo en cuenta que, en nuestro ámbito legal, la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (Ley, 2020), regula la violencia institucional como uno de los ámbitos posibles de la violencia machista. Define también el concepto de **diligencia debida** como la obligación de los poderes públicos de adoptar medidas legislativas y de cualquier otro orden para actuar con la agilidad y eficacia necesarias en orden a prevenir, investigar, perseguir castigar y reparar adecuadamente en los actos de violencia machista y proteger las víctimas. Además, especifica que la mencionada violencia machista se puede causar tanto por acción como por omisión de los deberes de prevención y reparación (Ley, 2020). Por todo esto, hace falta que los profesionales dejen atrás sus miedos a la hora de afrontar estas cuestiones (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023).

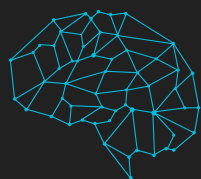
Como otras autoras previas, pensamos también que es necesario introducir la perspectiva de género en todas las desigualdades que afectan la salud, así como las diferencias en la socialización, las desigualdades en el poder y el acceso a los recursos, o en los aspectos laborales (Borrell y Artazcoz, 2008). En este sentido, incorporar la perspectiva feminista, o de género, nos permite interpretar las diferencias entre mujeres y hombres en el área de la salud mental y especialmente en la de detección de casos de violencias machistas (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023).

En nuestra opinión y experiencia clínica, los resultados obtenidos por nuestro estudio pueden ser debidos a varias causas. La principal causa para la no detección, que ya destaca la bibliografía previa, hace referencia a la falta de conocimientos específicos por parte de los profesionales sanitarios. También pensamos que una causa muy importante es la falta de protocolización en la anamnesis de la VdG. Igualmente, puede haber miedo/incertidumbre entre los profesionales respecto a las posibles consecuencias secundarias esperadas después de la activación del circuito de VdG. Igualmente, dadas las difíciles condiciones de la asistencia de urgencias en los hospitales generales de nuestro entorno, una de las causas puede ser la falta de tiempo de dedicación para cumplimentar correctamente los registros debido a la presión asistencial de los dispositivos.

Otro dato que hace pensar en una posible infradetección de la VdG entre nuestra muestra de mujeres con tentativa autolítica, se debe a que, a través de la historia clínica electrónica, se detectan un importante porcentaje de los denominados "problemas de pareja" (33,17%) como desencadenantes de la ideación o tentativa autolítica, así como "problemas" con algún familiar (no especificados) en un 27,40% añadido. Pensamos que buena parte de este eufemístico «problemas» se trata de VdG que no se ha sabido o querido recoger de esta manera, o bien la paciente no la ha verbalizado espontáneamente.

Como señalaron también Ali et al. (2021) en relación con la detección de VdG en enfermería, los equipos de enfermeras y matronas pueden utilizar políticas y protocolos clínicos y organizativos, revisados y actualizados periódicamente. Se deberá promover y desarrollar la colaboración interdisciplinar para la rápida identificación y gestión de los casos de violencia de pareja.

La detección universal en el sistema de salud o en dispositivos específicos, como las urgencias médicas, es una medida de gran utilidad. En la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022–2025 del Ministerio de Igualdad, Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2022), se recomiendan diferentes ya medidas de detección. Además, según la excelente revisión de la evidencia de Ahmad et al. (2017) el cribado sistemático o universal da lugar a mayores tasas de identificación de la violencia de pareja. Además, según detectan, las mujeres que dan positivo en el cribado de violencia de pareja en los servicios de urgencias tienen además más probabilidades de sufrir malos tratos en los meses siguientes. Los factores que facilitan el cribado de la violencia de pareja pueden clasificarse como factores relacionados con los profesionales sanitarios, como la capacidad de hacer preguntas directas o pasar suficiente tiempo con el paciente y no parecer apresurado, o el género del entrevistador, así como factores organizativos y factores relacionados con los pacientes (Ahmad et al., 2017). Por lo tanto, los servicios de urgencias ofrecen una oportunidad única a los profesionales sanitarios para detectar la violencia de pareja en sus pacientes. Además, la competencia a la hora de evaluar las necesidades de los pacientes parece ser un factor muy significativo que puede afectar a las tasas de revelación de casos de violencia de pareja. (Ahmad et al., 2017). Por otra parte, otras revisiones minimizan el impacto o la relevancia del screening universal en el ámbito sanitario (O'Doherty et al., 2015). Por otra parte,



en un estudio australiano, los profesionales sanitarios que respondieron a una encuesta al respecto apoyaron firmemente el cribado en los servicios de urgencias (Spangaro et al., 2022).

Finalmente, por nuestra parte, creemos también urgente y necesario incorporar mecanismos de detección de VdG fiables en las urgencias médicas y en especial en el caso de mujeres afectas de trastorno mental y/o ideación/tentativa autolítica. Dados los resultados, en nuestro propio equipo asistencial y de investigación, nos planteamos la implementación prospectiva de escalas validadas para la detección VdG en nuestro ámbito hospitalario, con las que esperamos aumentar la detección de casos y su posterior abordaje por parte del equipo de enfermería de salud mental.

LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES

La principal limitación del estudio es el carácter unicéntrico de la muestra, que puede representar un resultado aislado, así como el tamaño muestral. Además, el estudio a través de los registros clínicos, aunque tiene una gran fiabilidad y trazabilidad, adolece de las dificultades inherentes a la calidad original de los datos. Entre las principales fortalezas se encuentran el análisis exhaustivo, incluyendo todos los registros médicos y de trabajo social y la falta de estudios en nuestro ámbito.

RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Pensamos que los datos obtenidos en el estudio son de una gran relevancia para la práctica clínica diaria. Queda en evidencia que hay una posible infradetección de la VdG en el servicio de urgencias. Esto conlleva a la necesidad de introducir mecanismos de detección de VdG para todas las mujeres que son atendidas en el servicio de urgencias, especialmente en las visitas de salud mental y específicamente entre aquellas con tentativas autolíticas, debido al riesgo inherente.

Igualmente, se destaca la necesidad de mejorar los registros clínicos de los distintos profesionales que intervienen en el tratamiento/cuidado de las mujeres atendidas en urgencias, con el fin de poder compartir la máxima información posible, manteniendo el derecho a la confidencialidad y para poder atenderlas de la manera más adecuada asegurando una continuidad de los cuidados. Igualmente, una adecuada cumplimentación de los antecedentes de VdG en la historia clínica tiene relevancia médico-legal y podría ayudar a las mujeres a enfrentarse mejor en caso de proceso judicial por las agresiones sufridas.

CONCLUSIONES

Existe una evidencia científica sobre una asociación directa entre la VdG y el suicidio e incluso se señala que la VdG es el principal factor precipitante para que una mujer realice una tentativa suicida. Sin embargo, diversos estudios previos hablan también de una infradetección de la VdG en los servicios sanitarios.

En nuestra muestra de pacientes visitados en Urgencias, durante todo el período de estudio (año 2020), únicamente se detectaron cuatro casos de violencia machista - VdG (1,92%) y dos casos de violencia familiar entre las 208 mujeres que se visitaron por ideación y/o intento autolítico. En nuestra opinión, estos datos demuestran una clara infradetección y nos confirma la hipótesis propuesta al inicio del estudio. Además, en la gran mayoría de los informes de alta faltan datos cruciales sobre el caso atendido.

A todas las mujeres a las que se les detectó VdG, se les recomendó la visita con el Centro de Atención a la Mujer, pero se desconoce si fueron efectivamente derivadas a otros profesionales implicados (trabajadora social, enfermera...) o si realmente acudieron. Sin embargo, a este respecto se han de tener en cuenta las limitaciones de los registros de donde se han obtenido los datos.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

FINANCIACIÓN

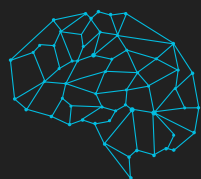
Beca Fundación Privada Benéfica Barnola- Vallribera, Sant Josep. Importe total 3.000 €.

La financiación para la realización de este estudio fue otorgada por Beca Fundación Privada Benéfica Barnola-Vallribera Sant Josep. La Fundación no participó en el diseño del estudio, interpretación de resultados o redacción del manuscrito.

CONTRIBUCIÓN

Los autores Igor Merodio Ruiz, Jesús Cobo Gómez, Albert Granero Lázaro, Diego J. Palao Vidal y Elena Canta López diseñaron el estudio.

Los autores María Teresa Muñoz Martínez, Mónica Corrigüelas Marín, Ángel Santiago Barragán, María Camposo Montesinos, Alejandra Rubio García, Laura Llauradó Igual, Albert Cosculluela Pérez, Raquel Aguayo Navarro, Lourdes Castro Pérez, Paula Molla Robles e Igor Merodio Ruiz recopilamos todos los datos del estudio, realizando revisión completa de las historias clínicas.



Los autores Igor Merodio Ruiz y Elena Santa López realizaron los análisis estadísticos.

Los autores Igor Merodio Ruiz, Jesús Cobo Gómez y Albert Granero Lázaro contribuyeron al redactado inicial del artículo.

Todos los autores revisaron y participaron en la redacción final.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al equipo administrativo y a todos los profesionales de psiquiatría, psicología y de enfermería del Servicio de Salud Mental de la Corporació Parc Taulí su colaboración con el estudio.

CONFLICTOS DE INTERESES

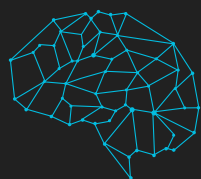
Ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Beca Fundación Privada Benéfica Barnola-Vallribera, Sant Josep. Importe total 3.000 €.

BIBLIOGRAFÍA

1. Activament Catalunya Associació (2020). Perspectiva de gènere en salut mental. Recuperado el 18/02/23 de: www.activament.org/2020/perspectiva-de-genero-i-salut-mental/#sthash.S55kcxxt.dpbs
2. Ahmad, I., Ali, P.A., Rehman, S., Talpur, A., Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nurse*, Vol. 26, pp. 3271-3285. doi: 10.1111/jocn.13706
3. Ali, P., McGarry, J., Younas, A., Inayat, S., Watson, R. (2022). Nurses' midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey. *Journal of Nurse Management*, Vol. 30, pp. 1434-1444. doi: 10.1111/jonm.13503
4. ATELSAM Salud Mental (2020). Guía de salud mental con perspectiva de género. Recuperado el 18/02/23 de: www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Perspectiva-Genero.pdf
5. Bengtsson-Tops, A., Markström, U., Lewin, B. (2005). The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrators and places where abuse occurred. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 59, pp. 504-510. <https://doi.org/10.1080/08039480500360732>
6. Borrell, C., Artacoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 82, pp. 245-249.
7. CatSalut (2015). Instrucció 10/2015. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS). Recuperado el 19/02/23 de: https://catsalut.gencat.cat/web/contenut/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf
8. Cebria, A. I., Pérez-Bonaventura, I., Cuijpers, P., Kerkhof, A., Parra, I., Escayola, A., García-Parés, G., Oliva, J. C., Puntí, J., López, D., Valles, V., Pamias, M., Hegerl, U., Pérez-Sola, V., Palao, D. J. (2015). Telephone Management Program for Patients Discharged From an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis*, Vol. 36, pp. 345-352. doi: 10.1027/0227-5910/a000331.
9. Chang, J.C., Cluss, P.A., Burke, J.G., Hawker, L., Dado, D., Goldstroom, S., Scholle, S.H. (2011). Partner violence screening in mental health. *General Hospital Psychiatry*, Vol. 33, pp. 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.11.009>
10. Cirici Amell, R. (2023). Definición de las violencias machistas. *Psicosomática y Psiquiatría*, 2023, 24. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatri-num2408>
11. Cirici Amell, R., Querol Viñas, N., Ripoll Ramos, A. (2010). La consulta sanitaria: ¿Un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? *Formación Médica Continuada*, Vol. 17, pp. 550-559.
12. Cirici Amell, R., Soler, A. R., Cobo, J., Soldevilla Alberti, J. M. (2023). Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate partner violence. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 58, pp. 6-19. doi: 10.1177/00912174211050504.
13. Cobo, J., Muñoz, R., Martos, A., Carmona, M., Pérez, M., Cirici, R., García-Parés, G. (2010). La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, Vol. 3, pp. 61-67.
14. Colucci, E., Heredia Montesinos, A. (2013). Violence against women and suicide in the context of migration - A review of the literature and a call for action. *Suicidology Online*, Vol. 4, pp. 81-91.
15. De Miguel Luken, V. (2015). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Recuperada el 19/02/23 de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
16. Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., Watts, C. H. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*, Vol. 10, e1001439. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671407>
17. Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwapo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., Garcia-Moreno, C. (2011). WHO Multi-Country Study Team Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, Vol. 73, pp. 79-86. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.006
18. Direcció General de Serveis Socials / Roser Cirici Amell. (2023). Salut Mental, Perspectiva de Gènere i Atenció a les Violències Masclistes des dels Serveis Socials. Barcelona, Departament de Drets Socials.
19. Federación de Euskadi de Familiares y Personas con Enfermedad Mental - FEDEFES (2017). Guía de la investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Recuperado el 18/02/23 de: www.fedefes.org/blog/investigacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-con-enfermedad-mental
20. Fisher, C. A., Jones, S., Smyth, C. B., Stokes, L., Cairns, G., Withiel, T. D. (2022). Domestic and family violence knowledge and skills: A private mental health service survey of nurses, allied health, and medical clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 31, pp. 952-961. doi:10.1111/inm.13004
21. Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). Estadísticas 2020 de Suicidios España 2020. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>
22. González Aguado, F., González Cases, J., López Gironés, M., Olivares Zarco, D., Polo Usaola, C., Rullas Trincado, M. (2013). Violencia familiar y de pareja



- hacia las mujeres con trastorno mental grave (2013). Norte de Salud Mental, Vol. 11, pp. 23-32. Recuperada el 18/02/23 de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Violenciainmujeresenfermedadmental.pdf>
23. González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M., Fernández Liria, A. (2014). Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain. *Community Mental Health Journal*, Vol. 50, pp. 841-847.
24. González Cases, J.C. (2011). Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave. Universidad de Alcalá, Tesis Doctoral. Recuperado el 18/02/23 de: <https://core.ac.uk/download/pdf/58909666.pdf>
25. Kamperman, A.M., Henrichs, J., Bogaerts, S., Lesaffre, E.M.E.H., Wiersma, A.I., Ghauharali, R.R.R., Swildens, W., Nijssen, Y., van der Gaag, M., Theunissen, J.R., Delespaul, P.A., van Weeghel, J., van Busschbach, J.T., Kroon, H., Teplin, L.A., van de Mheen, D., Mulder, C.L. (2014). Criminal victimisation in people with severe mental illness: a multi-site prevalence and incidence survey in the Netherlands. *PLoS One*, Vol. 9, e91029. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091029>
26. Katsikidou, M., Samakouri, M., Fotiadou, M., Arvaniti, A., Vorvolakos, T., Xenitidis, K., Livaditis, M. (2013). Victimization of the severely mentally ill in Greece: the extent of the problem. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 59, pp. 706-715. <https://doi.org/10.1177/0020764012448782>
27. Khalifeh, H., Moran, P., Borschmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osborn, D., Johnson, S., Howard, L.M. (2015). Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*, Vol. 45, pp. 875-886.
28. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Recuperado el 19/02/23 de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464
29. McLaughlin, J., O'Carroll, R. E., O'Connor, R. C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. *Clinical Psychological Review*, Vol. 32, pp. 677-689. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017498>
30. Ministerio de Igualdad, Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2022). Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025. NIPO en línea: 048-22-060-5. Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>
31. O'Hare, T., Shen, C., Sherrer, M. V. (2016). Lifetime Physical and Sexual Abuse and Self-Harm in Women With Severe Mental Illness. *Violence Against Women*, Vol. 22, pp. 1211-1227.
32. Oram, S., Trevillion, K., Feder, G., Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 202, pp. 94-99.
33. Pico-Alfonso, M. A., García-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, Vol. 15, pp. 599-611. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>
34. Plazaola Castaño, J., Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., Grupo de Estudio para la Violencia de Género. (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 22, pp. 527-533.
35. Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisab, S., Rueda Lozano, D., García de Vinuesa, L., González Barranco, J. M., Garralón Ruiz, L. M., Arnalte Barrera, M., Lahoz Rallo, B., Acemel Hidalgo, M. D., Carmona Molina, M. P. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria*, Vol. 34, pp. 117-124. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79480-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79480-9)
36. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L.L., Feder, G., Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Systematic Review*, Vol. 22, 2015(7):CD007007. doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
37. Ruiz-Pérez, I., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, I., Grupo de Estudio para la Violencia de Género. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 20, p. 202-208.
38. Salut Mental Catalunya (2019). 3 de cada 4 dones amb problemes de salut mental han estat víctimes de violència de gènere. Recuperado el 18/02/23 de: <https://www.salutmental.org/el-70-de-les-dones-amb-problemes-de-salut-mental-no-te-feina/>
39. Silver, E., Arseneault, L., Langley, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., 2005. Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *American Journal of Public Health*, Vol. 95, pp. 2015-2021. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.021436>
40. Spangaro, J., Vajda, J., Klineberg, E., Lin, S., Griffiths, C., McNamara, L., Saberi, E., Field, E., Miller, A. (2022). Emergency Department staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: Acceptability, enablers and barriers. *Australasian Emergency Care*, Vol. 25, pp. 179-184. doi: 10.1016/j.auec.2021.12.004
41. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). (2020). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Ministerio de igualdad. Recuperado 19/02/23 de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
42. Tasa-Vinyals, E., Álvarez, M.-A., Puigoriol-Juvanteny, E., Roura-Poch, P., García-Eslava, J. S., Escoté-Llobet, S. (2020). Intimate partner violence among patients diagnosed with severe mental disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 208, pp. 749-754. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001207>
43. Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, Vol. 7, e51740.
44. Tsigebrhan, R., Shibre, T., Medhin, G., Fekadu, A., Hanlon, C. (2014). Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: a comparative cross-sectional community study. *Schizophrenia Research*, Vol. 152, pp. 275-282.
45. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nurse*, Vol. 29, pp. 549-552. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
46. WHO (2001). The World Health Report. Mental Health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
47. Withiel, T. D., Sheridan, S., Rudd, N., Fisher, C. A. (2022). Preparedness to Respond to Family Violence: A Cross-Sectional Study Across Clinical Areas. *SAGE Open Nurse*, Vol. 11, 8:23779608221126355.
48. World Health Organization / London School of Hygiene and Tropical Medicine / South African Medical (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva, Switzerland; pp. 1-58 p. Disponible desde: www.who.int



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 05/07/2023. Aceptado: 06/11/2023

EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

A. Bernal-Jiménez¹, X.R. García-Soto², J. J. González-Bernal³, S. Calvo-Simal⁴

¹Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Burgos. ²Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Burgos. ³Catedrático de la Universidad de Burgos. ⁴Bioestadística de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Burgos.

Correspondencia: abernalj@saludcastillayleon.es / abernalj@gmail.com



RESUMEN

Introducción: La enfermedad por COVID-19 ha afectado a millones de personas en todo el mundo y ha planteado un desafío sin precedentes a los sistemas de salud, provocando medidas como el distanciamiento social y el confinamiento domiciliario, que han afectado a la vida diaria y las relaciones sociales de la población. El objetivo principal de este artículo fue examinar las consecuencias de estas circunstancias en la salud mental infanto-juvenil.

Método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica disponible en PubMed, PsycINFO, Embase y ScinceDirect, de acuerdo con las recomendaciones de la Declaración PRISMA. La selección de los estudios se realizó en base a los siguientes criterios: estudios de investigación originales, con un diseño metodológico prospectivo, publicados a partir del año 2020 y que en sus resultados evaluaran mediante escalas niveles de depresión, estrés, ansiedad y/o problemas conductuales de la población infanto-juvenil durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Resultados: De los 334 estudios identificados, 14 cumplían los criterios establecidos para ser incluidos en esta revisión. Se agruparon los resultados en sintomatología internalizante y externalizante. En relación a la sintomatología internalizante, la diferencia de medias pre-post, analizada mediante la d de Cohen, fue de 0.172 (0.036; 0.308) siendo significativa ($p = 0.0131$). Por el contrario, no se objetivaron diferencias significativas en la sintomatología externalizante ($p = 0.7314$).

Conclusiones: Durante la pandemia se observó un aumento de la sintomatología internalizante, pero no de la externalizante, en niños y adolescentes. Al mismo tiempo, se observaron variaciones que sugieren que el efecto podría estar modulado por factores individuales y contextuales.

Palabras clave: COVID-19; SARS-CoV-2; pandemia; salud mental; niños; adolescente; revisión sistemática.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 disease has affected millions of people worldwide and has posed an unprecedented challenge to health systems, leading to measures such as social distancing and home confinement that have affected the daily life and social relationships of the population. This article reviews the consequences of these circumstances on child and adolescent mental health.

Methods: A systematic review of the scientific literature available in PubMed, PsycINFO, Embase and ScinceDirect was carried out, in accordance with the recommendations of the PRISMA Declaration. The selection of studies followed the following criteria: original research studies with a prospective methodological design published from the year 2020 and whose results evaluated levels of depression, stress, anxiety and/or behavioral problems in the child and adolescent population during the SARS-CoV-2 pandemic using clinical scales.

Results: Of the 334 studies identified, 14 met the criteria established to be included in this review. Results were grouped into internalizing and externalizing symptomatology. In relation to internalizing symptomatology the mean difference pre-post analyzed using Cohen's d was 0.172 (0.036; 0.308), which was significant ($p = 0.0131$). No significant differences were observed in externalizing symptomatology ($p = 0.7314$).

Conclusions: During the pandemic an increase in internalizing symptoms was observed, but not in externalizing symptoms, in children and adolescents. Also were observed variations suggesting that the effect could be modulated by individual and contextual factors.

Keywords: COVID-19; SARS-CoV-2; pandemics; mental health; child; adolescent; systematic review.

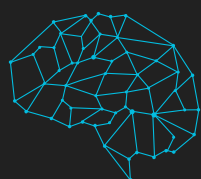


Tabla 1. Formato PIO: palabras clave.

Población	Población general infanto-juvenil
Intervención	Examinar la repercusión de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes
Resultados	Niveles de depresión/ansiedad/estrés/problemas conductuales objetivados en escalas estandarizadas
Pregunta de investigación	¿La situación originada por la pandemia por SARS-CoV-2 ha repercutido en la salud mental de la población infanto-juvenil?

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por COVID-19, notificada el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), ha afectado a más de 250 millones de personas en todo el mundo y se ha convertido en una preocupación importante para todos los sistemas de salud (WHO, 2020). Desde el inicio de la pandemia numerosos países implementaron medidas de salud pública como el distanciamiento social o el confinamiento domiciliario, con el propósito de neutralizar la propagación del virus (López-Bueno et al., 2020; Xiao, 2020). Estas medidas causaron un impacto en la economía, en el modo de trabajar, en las relaciones sociales y en la vida diaria de la población, susceptible de aumentar la prevalencia de problemas de salud mental (Galea, Merchant y Lurie, 2020; Rubin y Wessely, 2020; Tull et al., 2020).

En población infanto-juvenil se han realizado diversos estudios que analizan los efectos psicológicos del confinamiento en niños y adolescentes. Un ejemplo de ello es la investigación de Sprang y Silman (2013), que evidenciaron que los niños sometidos a aislamiento durante enfermedades pandémicas tenían una mayor probabilidad de desarrollar diferentes trastornos, entre ellos trastornos de estrés agudo, trastornos de adaptación, trastorno de estrés postraumático y duelo. Considerando esta información, el 16 de marzo de 2020 el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos emprendió un proyecto de investigación titulado "Estudio prospectivo de los efectos del confinamiento por la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental de niños y adolescentes en tratamiento en un equipo de salud mental infanto-juvenil". Este proyecto culminó con la publicación de un artículo en la revista "Psicosomática y Psiquiatría" donde se presentan los resultados de la investigación. 422 pacientes del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos, de edades entre 3 y 18 años de edad fueron seguidos telefónicamente du-

rante el confinamiento por COVID-10 (de marzo a mayo de 2020), registrándose puntuaciones GAF de estado de salud, síntomas, y diagnóstico. Para analizar la evolución se diferenciaron cinco etapas del confinamiento. Se compararon estadísticamente las puntuaciones GAF antes y durante el confinamiento, sus cambios en las etapas, la evolución de los síntomas por etapas, y la evolución del GAF por diagnósticos. Los resultados sugirieron que el estado de salud mental de los menores no empeoró tras el inicio del confinamiento, no hubo etapas de empeoramiento, no hubo diferencias en la sintomatología referida, y no hubo empeoramientos en ningún cuadro diagnóstico. Se concluyó que durante el período estudiado no se evidenciaron efectos psicopatológicos significativos (García-Soto et al., 2021).

En base a los resultados obtenidos, discrepantes de otras investigaciones publicadas sobre el presente tema, se planteó la realización de un meta-análisis de la bibliografía para aproximarnos a un mejor conocimiento del estado de la cuestión.

MÉTODO

BÚSQUEDA DE LOS ESTUDIOS

De acuerdo con las recomendaciones de la Declaración PRISMA (Urrutia y Bonfill, 2010), y siguiendo el protocolo de investigación previamente establecido, entre los meses de noviembre de 2021 y enero de 2022 se realizó una revisión sistemática de la literatura científica disponible en la versión electrónica de las siguientes bases de datos: PubMed, PsycINFO, Embase y ScinceDirect. La búsqueda comenzó con la formulación de una pregunta de investigación clínicamente refutable en Formato PIO, según los criterios establecidos por Sackett et al. (2007) (Tabla 1).

Una vez formulada la pregunta de investigación, y en base a ella, se diseñaron diferentes estrategias de búsqueda, adaptándolas a las peculiaridades de cada una de las bases de datos consultadas. Se utilizaron los "encabezados de temas médicos" (MeSH) apropiados, combinados con operadores booleanos (AND / OR) para incluir el máximo de combinaciones posibles (Tabla 2).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

En el meta-análisis se incluyeron aquellos estudios de investigación originales que cumplieron los siguientes criterios: 1) Estudios en inglés y español; 2) con un diseño metodológico prospectivo/longitudinal (dada su mayor validez

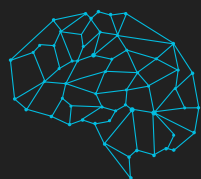


Tabla 2. Estrategia de búsqueda utilizada, adaptada a cada una de las bases de datos.

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	((("sars virus"[MeSH Terms] OR "sars virus"[Title/Abstract] OR "SARS-Cov-2"[MeSH Terms] OR "SARS-Cov-2"[Title/Abstract] OR "pandemics"[MeSH Terms] OR "pandemic"[Title/Abstract] OR "COVID-19"[MeSH Terms] OR "COVID-19"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "Psychological health"[Title/Abstract]) AND ("child"[MeSH Terms] OR "child"[Title/Abstract] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[Title/Abstract] OR "teenager"[Title/Abstract]) AND ("prospective study"[Title/Abstract] OR "longitudinal studies"[MeSH Terms] OR "longitudinal study"[Title/Abstract])).
PsycINFO	MH (sars-cov-2 or covid-19 or 2019-ncov or coronavirus or corona virus or covid 19) AND MH (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness) AND MH (children or adolescents or child or teenager).
Embase	'coronavirus disease 2019'/exp AND ('mental health'/exp OR 'psychological well-being'/exp) AND ('child'/exp OR 'adolescent'/exp) AND ((school)/lim OR [adolescent]/lim) AND [embase]/lim AND [2020-2021]/py AND 'longitudinal study'/exp.
ScienceDirect	(pandemic OR COVID-19) AND ("mental health" OR "psychological health") AND ("child" OR "adolescent") AND ("prospective study" OR "longitudinal study" OR "longitudinal studies").

y calidad metodológica) 3) publicados a partir del año 2020; 4) que en sus resultados evaluaran niveles de depresión, estrés, ansiedad y/o problemas conductuales de la población infanto-juvenil durante la pandemia por SARS-CoV-2; 5) que aportaran los datos numéricos necesarios para realizar el metaanálisis; 6) con acceso abierto al texto completo.

En cuanto a los criterios de exclusión establecidos fueron: 1) estudios que únicamente aportaran datos cualitativos; 2) artículos duplicados; 3) publicaciones en otro idioma diferente al español o al inglés; 4) revisiones bibliográficas; 5) investigaciones que no detallaran los valores de las medias y desviaciones típicas en el apartado de resultados, respecto a los pre-test y post-test; 6) que analizaran subgrupos de población (por ejemplo, población infanto-juvenil en situación de malos-tratos, institucionalizada en centros, con un diagnóstico psicopatológico en particular).

También se realizó, como estrategia de búsqueda secundaria, una búsqueda inversa manual para identificar posibles estudios relevantes no tenidos en consideración previamente. Se revisaron las referencias bibliográficas citadas en los estudios seleccionados.

EXTRACCIÓN DE DATOS

La selección de estudios y la evaluación de su calidad metodológica se realizaron de forma independiente y a ciegas, resolviendo por consenso las posibles discrepancias. Para asegurar la homogeneidad de todos los investigadores en la recolección de la información se diseñó un formulario estandarizado de extracción de datos que incluye los siguientes ítems: título y autor principal, país y año de publicación, tipo de estudio y objetivo, tamaño y características de la muestra, definición de las variables analizadas e instrumentos utilizados, breve resumen de los resultados obtenidos y conclusiones, junto con los resultados de la evaluación de su calidad metodológica y el riesgo de sesgo. Como punto de corte para aceptar la inclusión del estudio en la revisión sistemática se consideró un valor mínimo de 7 criterios sobre 9 en la evaluación de calidad de estudios cuasi experimentales, según el Instituto Joanna Briggs.

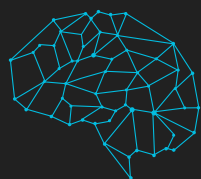
Mediante el uso de este formulario se obtuvieron los datos cuantitativos relacionados con el tamaño muestral y las medidas de las variables de resultado (promedios del pre-test y post-test, con su correspondiente desviación típica). Para seleccionar los artículos. Se efectuó una lectura del título y el resumen, con el propósito de aplicar los dos primeros criterios de exclusión. Posteriormente, se procedió a la lectura del texto completo, para aplicar los demás criterios conceptuales y metodológicos.

AGRUPACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Los estudios fueron agrupados en base a dos categorías: aquellos que evaluaban síntomas externalizantes y aquellos que analizaban síntomas internalizantes. Según Achenbach (1991), los síntomas externalizantes son aquellos que se manifiestan a nivel conductual (externo), y están caracterizados por bajo control emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, en el respeto de las reglas, irritabilidad y agresividad. Los síntomas internalizantes se manifiestan a nivel cognitivo (interno) e históricamente se han relacionado con ansiedad, somatizaciones, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, preocupación, inestabilidad del estado de ánimo y obsesiones.

RIESGO DE SESGO

El sesgo de publicación se evaluó mediante el método de Begg y el método de Egger. La prueba de Begg se utiliza para analizar si existe alguna asociación entre las estimaciones



de los efectos y sus varianzas. Si se encuentra correlación entre estos dos elementos, es probable que exista sesgo de publicación. Sin embargo, esta prueba tiende a tener una baja potencia estadística, lo que la hace menos confiable cuando se dispone de un número reducido de estudios primarios. Por otro lado, la prueba de Egger, es más específica que la prueba de Begg y consiste en representar gráficamente la recta de regresión entre la precisión de los estudios (considerada como la variable independiente) y el efecto estandarizado (considerado como la variable dependiente). Es importante destacar que esta regresión debe ser ponderada por el inverso de la varianza, lo que añade complejidad estadística al análisis. Para sugerir la presencia de sesgo, generalmente se utiliza un valor de p de la regresión inferior a 0,1.

Los resultados obtenidos fueron [$p=0.6614$] en el método de Begg, y [$p=0.728$] en el método de Egger. Ambos métodos arrojan un p -valor alto, sugiriendo ausencia de sesgo de publicación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO EMPLEADO EN EL META-ANÁLISIS

Los análisis estadísticos se realizaron con la plataforma de software SPSS. Para analizar las diferencias de medias entre los pre-test (pre-pandemia) y los post-test (durante la pandemia por COVID-19) fue necesario estandarizarlas y transformarlas en magnitudes de efectos, utilizando para ello la d de Cohen o diferencia de medias estandarizada (una medida estadística que se utiliza para cuantificar la magnitud de la diferencia entre las medias de dos grupos en un estudio comparativo). Esta medida es especialmente útil para evaluar la efectividad o impacto de un tratamiento, intervención o condición sobre una variable de interés. Cuanto mayor sea el valor de " d ," mayor será la magnitud de la diferencia entre los dos grupos, considerándose "grande" al superar el valor 0,8.

Posteriormente, se comprobó la heterogeneidad de los datos mediante la prueba I^2 , una medida de la heterogeneidad en un meta-análisis cuando se utiliza un modelo de efectos aleatorios. Esta prueba evalúa la proporción de la variación total en los resultados que se debe a la heterogeneidad entre los estudios, en comparación con la variación

debida al azar o al error de muestreo. En esta medida, se considera que cuanto mayor sea el valor del porcentaje mayor es la heterogeneidad entre los estudios.

Respecto al aspecto descrito en el párrafo anterior, en los estudios que evaluaron síntomas externalizantes, se objetivó una heterogeneidad del 27% (moderada), mientras que en aquellos que analizaron síntomas internalizantes dicho valor fue del 9% (baja heterogeneidad). Por este motivo, se consideró que los estudios incluidos en el meta-análisis eran consistentes en sus resultados y similares en lo que respecta al efecto investigado, ya que la heterogeneidad evidenciada en el caso de los síntomas externalizantes no fue tan alta como para considerar que los estudios eran incompatibles.

RESULTADOS

De los 334 estudios identificados inicialmente 14 fueron seleccionados para su revisión sistemática después de una lectura crítica del texto completo (Figura 1).

El resumen de las principales características y resultados obtenidos en los estudios seleccionados se muestra en la Tabla 3.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS

En los estudios finalmente incluidos se consideraron un total de 14.186 sujetos, cuyas edades estaban comprendidas entre el primer año de vida y los 21 (rango de edad que abarca desde la etapa temprana de la infancia hasta el fin de la adolescencia), y cuyo número de participantes osciló entre 53 y 3.572. En la mayoría de los estudios seleccionados predominaba el sexo femenino. Los artículos examinados analizaban los efectos de la pandemia por SARS-CoV-2 en la salud mental de la población infanto-juvenil, en relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y los problemas conductuales.

Con relación a la distribución geográfica, los estudios se realizaron en diferentes países con sistemas sanitarios y culturas diferentes: Países Bajos ($n=2$), Canadá ($n=1$), Reino Unido ($n=2$), Noruega ($n=1$), Estados Unidos ($n=2$), China ($n=2$), Italia ($n=2$), Australia ($n=1$) y Lituania ($n=1$).

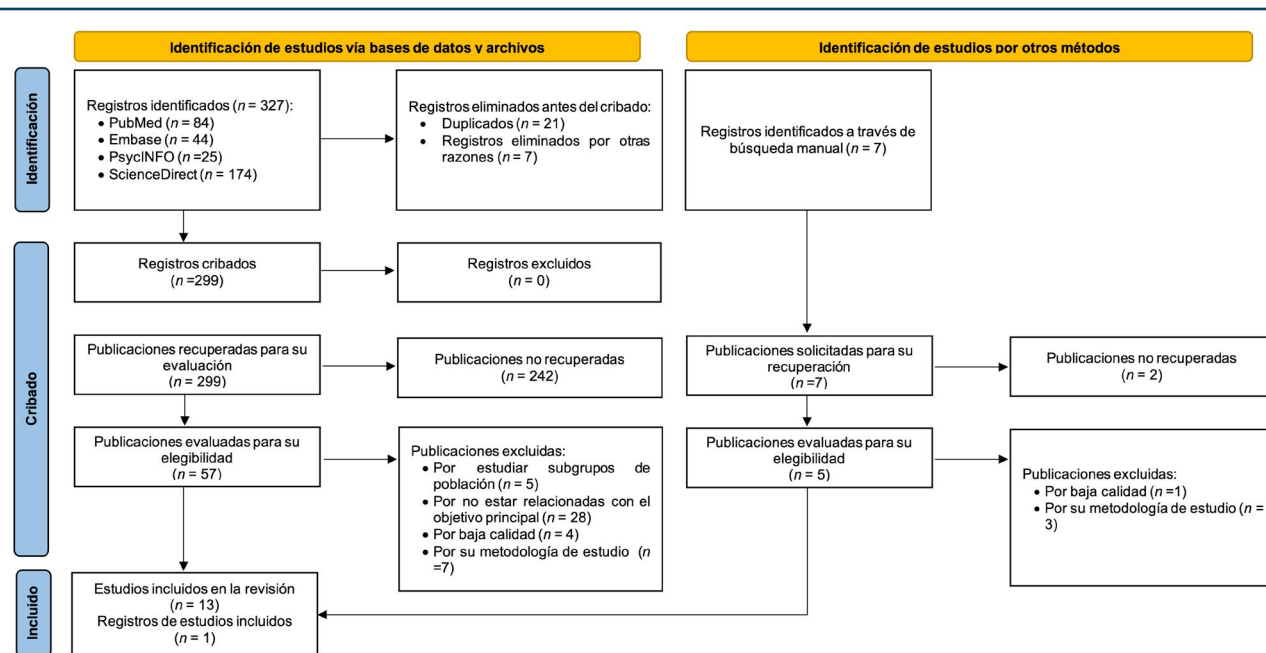
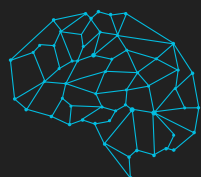


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios.

en los cuatro meses posteriores.

Finalmente, Daniunaite et al. (2021) y Hu y Qian, (2021)

informaron de resultados no concluyentes. En el estudio de

Daniunaite et al. (2021) se apreció un aumento de la hiperac-

Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Estudio/Autor	País	Tipología/Objetivo Principal	Participantes	Variables/Instrumentos	Hallazgos principales	JB1
Bélanger et al., 2021	Canadá	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: evaluar el efecto del COVID-19 en la salud mental de los adolescentes.	n= 2099 Población: general Edad: 12 – 16 años Sexo (f / m): 52,93% / 47,02%	Síntomas internalizantes: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para niños y adolescentes (CES-DC) Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	Los síntomas de ansiedad y depresión aumentaron menos de lo que normalmente se hubiera esperado, en función de los cambios encontrados en olas anteriores a COVID-19 (entre los años 2019-2020 pasaron de una media de 8,61 a 8,88 y de 6,06 a 6,23 con un $\alpha > 0,80$; respectivamente).	8/9
Bignardi et al., 2020	Reino Unido	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: comprobar si se produjeron cambios en el bienestar emocional, la ansiedad y la depresión durante la pandemia de COVID-19 en comparación al estudio base (2018-2019).	n=168 Población: general Edad: 7,6 – 11,6 años	Síntomas internalizantes: Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30)	Las tres medidas de salud mental estuvieron fuertemente correlacionadas durante el confinamiento ($0,53 \leq r \leq 0,69$), aunque las correlaciones entre los informes de salud mental antes y durante el confinamiento fueron generalmente bajas ($r \leq 0,34$). Las puntuaciones estandarizadas de depresión fueron en promedio de 0,74 (IC del 95%: 0,46 a 1,01) más altas durante el confinamiento que antes. Se evidenció una disminución no significativa de 0,25 en los problemas emocionales ($B = -0,25$, IC del 95%: -0,54 a 0,05) y una disminución de 0,06 en las puntuaciones de ansiedad ($B = -0,06$, IC del 95%: -0,34 a 0,23) durante el confinamiento en comparación con antes.	8/9

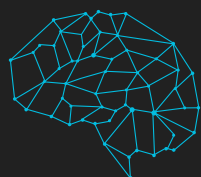


Efectos de la pandemia de covid-19 sobre la salud mental de niños y adolescentes...

A. Bernal y cols.

Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Continuación).

Estudio/ Autor	País	Tipología/Objetivo Principal	Participantes	Variables/Instrumentos	Hallazgos principales	JB1
Daniunaite et al., 2021	Lituania	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: lograr una mejor comprensión de como la pande- mia de COVID-19 pudo haber afecta- do a la salud mental de los adolescentes.	n= 331 Población: general Edad: 12 – 16 años Sexo (f / m): 57,34% / 42,60%	Síntomas internalizantes y externalizantes: Cuestionario de Fortale- zas y Dificultades (SDQ)	Los síntomas emocionales (Mslope= 0.41, p < 0.001), así como la hiperactividad y falta de atención (Mslo- pe= 0.45, p < 0.001), aumentaron significativamente durante la pandemia de COVID-19, evidenciándose por tanto un impacto negativo en la salud mental en la mayoría de los adolescentes. Sin embargo, no se reportaron cambios en relación a problemas conductuales (Mslope= - 0.02, p = 0.852) y problemas de relación con los compañeros (Mslope = 0.07, p = 0.495).	8/9
Hafstad et al., 2021	Noruega	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: determinar el impacto psicoló- gico a corto plazo de la pandemia de COVID-19 en una muestra represen- tativa de adoles- centes.	n= 3572 Población: general Edad: 12 – 16 años Sexo (f / m): 49,81% / 50,28%	Síntomas internalizantes: Lista de verificación de síntomas de Hopkins (HSCL-10)	Los síntomas de ansiedad y depresión (puntuación media del HSCL-10) aumentaron durante el brote pandémico (diferencia de medias 0,06, p<0,001; IC 95% 0,03, 0,08 p <0,001); sin embargo, los autores reportaron que la diferencia observada no fue clínica- mente relevante. Además, al controlar el aumento de la edad entre los puntos de evaluación, la diferencia disminuyó a 0,01, reflejando que este cambio fue impulsado por dicho aumento (IC del 95 %: -0,046; 0,064, p=0,751).	8/9
Hu y Qian, 2021	Reino Unido	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: exami- nar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los adolescentes de Reino Unido.	n= 886 Población: general Edad: 10 – 16 años Sexo (f / m): 51,13% / 48,88%	Síntomas internalizantes y externalizantes: Cuestionario de Fortale- zas y Dificultades (SDQ)	Los adolescentes con buena salud mental antes de la pandemia experimentaron un notable aumento de problemas emocionales (B = 1,05; IC 95%: 0,88, 1,22; p < 0,001), problemas de conducta (B = 0,28; IC 95 %: 0,16, 0,39; p < 0,001), hiperactividad (B = 0,64; IC 95 %: 0,46, 0,82; p < 0,001), problemas de relación con los compañeros (B = 0,94; IC 95%: 0,79, 1,08; p < 0,001), y se volvieron menos prosociales (B = -0,89; IC 95%: -1,03, -0,75; p < 0,001). Por el contrario, aquellos con un nivel relativamente alto de problemas de salud mental antes de la pande- mia experimentaron una mejora en las cinco subes- calas del SDQ, es decir, una marcada disminución de los problemas emocionales (B = -0,49; IC del 95 %: -0,70, -0,28); p < .001), problemas de conducta (B = -.96; IC 95%: -1.19, -.73; p < .001), hiperactividad (B = -.86; IC 95%: -1.09, -.63; p < .001), problemas de relación con los compañeros (B = -.31; IC 95%: -.50, -.13; p = .001) y un aumento de la tendencia prosocial (B = .42; 95% IC: .26, .59, p < .001).	8/9
Hussong et al., 2021	Estados Unidos	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: examinar los cambios en la salud mental gene- ral antes y después del brote de CO- VID-19 en jóvenes del sureste de los Estados Unidos.	n= 105 Población: general Edad: 11 – 16 años Sexo (f / m): 51,43% / 48,57%	Síntomas internalizantes y externalizantes: Inventario de Conducta de Niños (CBCL).	La sintomatología general aumentó a lo largo del tiempo (b=0,02, t=4,16, p<0,001) en los adolescentes que fueron seguidos desde aproximadamente seis años antes de la pandemia por COVID-19 hasta cinco meses después del inicio del brote.	8/9



Efectos de la pandemia de covid-19 sobre la salud mental de niños y adolescentes...

A. Bernal y cols.

Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Continuación).

Estudio/ Autor	País	Tipología/Objetivo Principal	Participantes	Variables/Instrumentos	Hallazgos principales	JB1
Janssen et al., 2020	Países Bajos	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: examinar y comparar el afecto (positivo y negativo) de padres y adolescentes holandeses durante dos semanas de la pandemia por COVID-19 (14-28 de abril de 2020) y un periodo similar de dos semanas en años previos a la pandemia (2018-2019).	n= 104 (34 adolescentes / 67 padres) Población: general Edad: 11 – 17 años Sexo (f / m): 64,71% / 35,29%	Síntomas internalizantes: Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) Escala de afectos positivos y negativos (PANAS-C)	No se encontraron diferencias significativas en los informes cumplimentados por los adolescentes respecto al afecto negativo durante la pandemia por COVID-19 en comparación con el periodo de referencia (B = 0.016, SE = .027, df = 2618, t = 0.595, p = .552). No se evidenció ningún cambio en el afecto positivo, tanto para los padres (B = 0.012, SE = .028, df = 5986, t = 0.404, p = .686) como para los adolescentes (B = 0.025, SE = .043, df = 2618, t = 0.574, p = .566).	8/9
Li et al., 2020	China	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: explorar los cambios en el estado de salud mental de una población universitaria antes y tras su confinamiento por la COVID-19, durante las dos primeras semanas, centrándose en estados de ánimo psicológico angustia, depresión, ansiedad y afectividad; investigando a su vez la influencia de posibles factores estresantes en la salud mental, como por ejemplo suministros inadecuados y temor a la infección.	n= 555 Población: general Edad media: 19,6 (SD=3,4) Sexo (f / m): 76,76% / 23,24%	Síntomas internalizantes: Programa de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Afecto negativo y positivo para padres (SMFQ-P) Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4). Ansiedad y depresión	Se observaron disminuciones significativas para el afecto negativo (PANAS-NA) y los síntomas de ansiedad y depresión PHQ-4 (p < 0,001), y un cambio no significativo en el afecto positivo PANAS-PA (p = 0,107) después de dos semanas de confinamiento. En comparación con las puntuaciones obtenidas antes del confinamiento, el miedo a la infección (riesgo propio) tuvo una asociación significativa con la reducción del afecto positivo en un sentido negativo (coeficiente = -0,047, IC del 95% = -0,080, -0,014); el suministro inadecuado de desinfectantes para manos se asoció con un aumento del afecto negativo (coeficiente = 0,043, IC del 95% = 0,008, 0,078); y el miedo a la infección (general) (coeficiente = 0,806, IC del 95% = 0,008, 0,043) y los suministros inadecuados de gel hidroalcohólico (coeficiente = 0,031, IC del 95% = 0,002, 0,060) se asociaron con un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión (PHQ-4).	8/9
Liang et al., 2021	Italia	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: explorar los cambios longitudinales y los mecanismos de influencia de los síntomas de internalización de los adolescentes (ansiedad y depresión) durante la pandemia de COVID-19.	n= 1053 Población: general Edad: 11 – 18 años Sexo (f / m): 49,10% / 50,90%	Síntomas internalizantes: Cuestionario sobre el estado de ánimo y los sentimientos – Versión breve para padres (SMFQ-P) Escala de Ansiedad Infantil de Spence para padres (SCAS-P)	Los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios cumplimentados por los padres reflejaron que los síntomas de ansiedad de los adolescentes fueron significativamente diferentes en cada momento temporal, con un tamaño de efecto pequeño (F (2, 564) = 4,906, p = 0,008, η^2 = 0,017). Las pruebas post hoc mostraron que los síntomas de ansiedad aumentaron de T1 (dos semanas después del confinamiento domiciliario) a T2 (cinco semanas después del confinamiento domiciliario), con una p = 0,016 y se redujeron de T2 a T3 (fin del confinamiento), con una p = 0,017. En relación con los síntomas depresivos, la diferencia entre los tres puntos temporales arrojó un tamaño de efecto pequeño (F (2, 564) = 6,106, p = 0,002, η^2 = 0,021). Las pruebas post hoc mostraron que los síntomas de depresión aumentaron desde T1 a T2 (p = 0,002), sin evidenciarse diferencia significativa en T3.	8/9

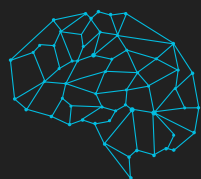


Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Continuación).

Estudio/ Autor	País	Tipología/Objetivo Principal	Participantes	Variables/Instrumentos	Hallazgos principales	JBÍ
Liao et al., 2021	China	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: explorar el cambio de la duración del sueño y los síntomas depresivos entre los adolescentes, antes (diciembre de 2019) y durante la pande- mia de COVID-19 (julio de 2020), en la provincia de Sichuan, China.	n= 2496 Población: general Edad: 11 – 16 años Sexo (f / m): 50,20% / 49,80%	Síntomas internalizantes: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epide- miológicos para niños y adolescentes (CES-DC)	Los síntomas depresivos aumentaron (de 15.1 a 15.9; $p < 0.001$) y la duración del sueño disminuyó (de 516.7 minutos a 497.0; $p < 0.001$) en el contexto de la pandemia de COVID-19. Los adolescentes que presentaban síntomas depre- sivos antes de la pandemia eran propensos a dormir menos durante la pandemia ($\beta = -0.106$, $p < 0.001$), mientras que los que dormían menos antes de la pandemia tenían más probabilidades de informar síntomas depresivos durante la misma ($\beta = -0.082$, $p < 0.001$).	8/9
Liu et al., 2021	Estados Unidos	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: examinar los efectos agudos (a las siete semanas de la pandemia) y persistentes (a los ocho meses de la pandemia) de la pandemia de CO- VID-19 en los sín- tomas depresivos de los adolescentes.	n= 175 Población: general Edad: 12– 21 años Sexo (f / m): 49,14% / 50,86%	Síntomas internalizantes: Inventario Depresión In- fantil (CDI-2:SR)	Las niñas experimentaron un aumento significativo en los síntomas depresivos durante el período agudo, después del cierre estatal inicial relacionado con COVID-19 (cambio medio: +1.31 puntos, $p < .01$). En cambio, durante el período persistente (entre las se- manas 7 y 33 de la pandemia), los niños obtuvieron un aumento significativo en los niveles de depresión (cambio medio: +1,02 puntos, $p < .05$).	8/9
Raffagnato et al., 2021	Italia	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: investigar el impacto inmedia- to y a corto plazo de la pandemia en el bienestar psicoló- gico de los niños y adolescentes italia- nos con trastornos psiquiátricos y sus familias.	n= 53 Población: pacientes con algún trastorno psiquiátrico en seguimiento ambulatorio Edad: 6 – 18 años Sexo (f / m): 71,70% / 33,96%	Síntomas internalizantes y externalizantes: Lista de verificación de comportamiento infantil (CBCL/6-18) Youth Self Report 11–18 (YSR)	Los datos fueron analizados en dos momentos temporales diferentes: durante el confinamiento por COVID-19 (T0) y 4 meses después (T1). La compara- ción (T0 y T1) mostró una reducción estadística- mente significativa en las puntuaciones de la escala de problemas de internalización (CBCL) cumplimentada por las madres ($W = 395$, $p = 0,042$; $MT0 = 66,9$, $SE = 1,67$; $MT1 = 64,2$, $SE = 1,67$); también se observó una reducción en las puntuaciones de T0 a T1 en la escala de problemas de estrés postraumático ($W = 470$, $p = 0,003$; $MT0 = 68,9$, $SE = 1,77$; $MT1 = 64,9$, $SE = 1,54$) y CBCL rellenada por los padres ($W = 570$, $p = 0,020$; $MT0 = 65,1$, $SE = 1,61$; $MT1 = 62,3$, $SE = 1,59$). Por otro lado, no hubo cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones del cuestionario cumplimentado por los adolescentes (YSR) de T0 a T1.	8/9
van der Laan et al., 2021	Países Bajos	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: evaluar si el bienestar mental de los adolescen- tes cambió tras la introducción de las medidas de confinamiento en la pandemia por COVID-19 y, si este cambio difiere en función del sexo.	n= 224 Población: general Edad: 12 – 16 años Sexo (f / m): 52,67% / 47,32%	Síntomas internalizantes Escala Revisada de Ansie- dad y Depresión Infantil (RCADS)	Los síntomas internalizantes de los adolescentes no aumentaron [$F(1,151) = 2.152$, $p = .144$, $\eta^2 p = 0,014$] después de la introducción de medidas de confinamiento en comparación con las evaluaciones iniciales. Con relación al sexo, los niños tuvieron significativamente menos síntomas de internaliza- ción en comparación con las niñas, tanto al inicio como al seguimiento [$F(1,153) = 12,486$, $p = 0,001$, $\eta^2 p = .127$].	8/9

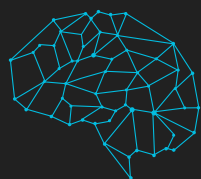


Tabla 3. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Continuación).

Estudio/ Autor	País	Tipología/Objetivo Principal	Participantes	Variables/Instrumentos	Hallazgos principales	JBI
Westrupp et al., 2021	Australia	Diseño: Longitudinal cuantitativo Objetivo: examinar los patrones de salud mental de padres e hijos (0 a 18 años), el uso de sustancias de los padres, los conflictos de pareja, las prácticas de crianza y el funcionamiento familiar durante COVID-19, en comparación con los datos previos a la pandemia, e identificar a las familias con mayor riesgo de resultados deficientes según factores demográficos e individuales preexistentes y factores estresantes de COVID-19.	n=2365 Población: general Edad: 0 – 18 años	Síntomas internalizantes: Cuestionario sobre el estado de ánimo y los sentimientos (SMFQ)	En comparación con las estimaciones previas a la pandemia, durante el período pandémico los padres informaron tasas más altas de depresión, ansiedad y estrés en sus hijos (d de Cohen = 0.26–0.81, todos $p < 0.001$), mayor irritabilidad (d = 0.17–0.46, todos $p < 0.001$) y menor expresividad familiar positiva (d = – 0.18, $p < 0.001$). Estos datos sugieren impactos familiares perjudiciales de gran alcance asociados con la pandemia de COVID-19.	8/9

JBI: Puntuaje total en las "herramientas de evaluación crítica" del Instituto Joanna Briggs; n, número de participantes; sexo (f/m): sexo (femenino/masculino).

Se utilizaron diversas escalas y cuestionarios para medir el impacto de la pandemia del SAR-CoV-2, en la salud mental de la población infanto-juvenil: la escala revisada de ansiedad y depresión infantil (RCADS), el cuestionario de salud del paciente (PHQ), el cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ), el inventario de conducta de niños (CBCL), la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos para niños y adolescentes (CES-DC), la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el cuestionario sobre el estado de ánimo y los sentimientos – versión breve para padres (SMFQ-P), la escala de ansiedad infantil de Spence para padres (SCAS-P), el inventario de depresión infantil (CDI-2:SR), la lista de verificación de síntomas de Hopkins (HSCL-10), el Youth Self Repor (YSR) y la escala de afectos positivos y negativos (PANAS-C). Tal y como se puede observar, algunas de estas escalas y cuestionarios fueron cumplimentados por los padres, pero siempre haciendo alusión a la salud mental de sus hijos. Se optó por incluir también estos datos al haberse asegurado que los estudios eran comparables, realizando una rigurosa evaluación de la heterogeneidad y calidad de los estudios.

Los estudios analizados obtuvieron puntuaciones elevadas respecto a la calidad metodológica y riesgo de sesgo, superando el punto de corte establecido (Tabla 4).

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Síntomas externalizantes

Se evaluaron en cuatro de los catorce estudios incluidos en el meta-análisis, apreciándose resultados discrepantes entre los mismos. Únicamente la investigación de Hussong et al. (2021) objetivó un incremento global de la sintomatología, aunque señalaron una limitación relevante de su estudio: las familias de la muestra poseían un nivel socioeconómico alto.

Por el contrario, en la investigación de Raffagnato et al. (2021), a pesar de que al inicio del periodo de confinamiento por COVID-19 se observó que el 25% de las familias reportaron un aumento de algunos problemas de conducta (como episodios más frecuentes e intensos de falta de colaboración, indiferencia, agresión física / verbal, gritos / llantos, aislamiento social, actitudes provocativas hacia los demás e ideación autolítica), no se evidenciaron cambios significativos



Tabla 4. Resultados de la evaluación de la calidad de los estudios cuasi-experimentales.

Study	JB1	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
Bélanger et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Bignardi et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Daniunaite et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Hafstad et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Hu y Qian	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Hussong et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Janssen et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Li et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Liang et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Liao et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Liu et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Raffagnato et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
van der Laan et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Westrupp et al.	8/9	+	+	+	-	+	+	+	+	+

BI: Instituto Joanna Briggs; Q: Pregunta.

tividad y falta de atención durante la pandemia de COVID-19, sin observarse cambios en los problemas conductuales ni en los problemas de relación con iguales. En la investigación de Hu y Qian, (2021) se encontraron diferentes resultados en función de la salud mental previa de los adolescentes. De este modo, quienes poseían buena salud mental antes de la pandemia experimentaron un notable aumento la sintomatología externalizante y aquellos con un nivel relativamente alto

de problemas relacionados de salud mental experimentaron una marcada disminución de dicha problemática.

El promedio de la diferencia de medias pre-post en estos estudios, analizada a través del modelo de efectos aleatorios mediante la d de Cohen, fue de 0.022 (-0.103; 0.147) siendo no significativa ($p = 0.7314$) (Tabla 5).

De este modo, tal como se aprecia en la gráfica inferior, no es posible afirmar que la sintomatología externalizante empeoró a raíz de la pandemia por COVID-19 (Figura 2).

Síntomas internalizantes

Fueron evaluados en todos los estudios incluidos en el meta-análisis, con diferentes cuestionarios. Debido a la diferente metodología utilizada resumiremos los resultados agrupándolos en cuatro categorías o dimensiones: ansiedad, depresión, problemas emocionales, afectos positivos y negativos.

Ansiedad

La dimensión ansiedad fue analizada en siete de las catorce investigaciones contempladas en el presente artículo. En la mayoría de ellas se apreció que dicha sintomatología empeoró tras la pandemia, aunque en una de las investigaciones se concluyó que los síntomas ansiosos no experimentaron ningún cambio. Es preciso interpretar con cautela el empeoramiento de la sintomatología ansiosa descrito en algunos de los estudios. Por ejemplo, tal como se menciona en la investigación de Bélanger et al. (2021), a pesar de apreciarse un aumento de síntomas al comparar los datos

Tabla 5. Diferencia de medias para variable síntomas externalizantes.

ESTUDIO	N	M PRE	SD PRE	M POST	SD POST	COHEN'S D, ALEATORIO, IC 95%	Weights
Hu y Qian, 2021 (b) - SDQ (p. conductuales)	886	2,12	1,62	1,94	1,64	-0,1104 [-0.204 ; -0.172]	18.6%
Hu y Qian, 2021 (c) - SDQ (hiperactividad)	886	4,26	2,4	4,25	2,47	-0,0041 [-0.973 ; 0.890]	18.6%
Hussong et al., 2021 (b) - CBCL	105	0,44	0,24	0,57	0,3	0,4785 [0.204 ; 0.753]	10.4%
Daniunaite et al., 2021 (c) - SDQ (p. conductuales)	331	2,53	1,53	2,49	1,57	-0,2580 [-0.178 ; 0.126]	15.9%
Daniunaite et al., 2021 (b) - SDQ (hiperactividad)	331	3,39	2,07	3,84	2,24	0,2086 [0.559 ; 0.361]	15.9%
Raffagnato et al., 2021 (f) - CBCL/6-18, (madres)	55	58,3	9,83	56,1	8,95	-0,2340 [-0.609 ; 0.141]	7.27%
Raffagnato et al., 2021 (d) - CBCL/6-18 (padres)	55	54,8	10,21	53,9	9,49	-0,0913 [-0.465 ; 0.283]	7.30%
Raffagnato et al., 2021 (e) - YSR	41	52,8	8,21	51,2	7,82	-0,1996 [-0.633 ; 0.234]	5.96%
Total (IC 95%)	2690					0,022 [-0.103 ; 0.147]	100%

Homogeneidad. Chi2 = 9,67 ($p = 0,2078$)

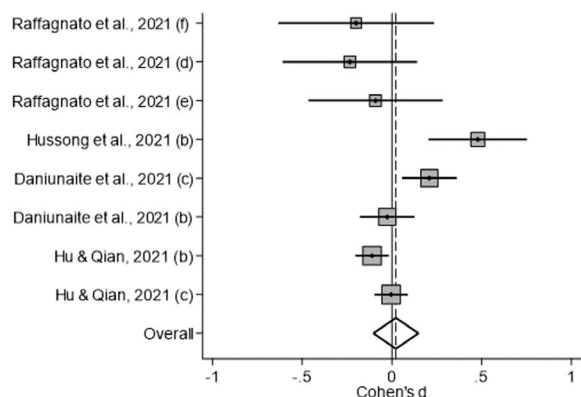


Figura 2. Grafica diferencia de medias para variable síntomas externalizantes.

obtenidos en 2019 (pre-pandemia) con los reflejados tras la primavera de 2020, se objetivó que éstos fueron aproximadamente la mitad del cambio encontrado durante el mismo período de tiempo del año anterior, sugiriendo por este motivo que el confinamiento podría haber atenuado el deterioro de la salud mental relacionado con la edad durante la adolescencia.

Hafstad et al. (2021) obtuvieron resultados semejantes. En su estudio se observó un ligero incremento de los niveles clínicos de ansiedad del 5,5% en febrero del 2019 al 6,3% en junio de 2020 (dos semanas después de la reapertura de los colegios), no significativo al controlar el aumento de edad de los adolescentes. Su conclusión fue que el empeoramiento de la sintomatología podría estar impulsado por la edad. Por otro lado, estos autores observaron que ser niña, presentar problemas de salud mental preexistentes y vivir en un hogar monoparental, predijo niveles más altos de ansiedad, en cambio, vivir en una familia con bajos recursos económicos o tener antecedentes de maltrato, se asoció con menor aumento de los síntomas.

Por otro lado, Liang et al. (2021) reflejaron que el 31,9% de los adolescentes presentó síntomas de ansiedad elevados, los cuales, a pesar de que aumentaron cinco semanas después del inicio del confinamiento domiciliario por COVID-19, se redujeron cuando este finalizó. Del mismo modo, Li et al. (2020), Westrupp et al. (2021), y Bignardi et al. (2020) revelaron un empeoramiento de la ansiedad infantil; siendo no significativo exclusivamente en la última investigación nombrada.

Finalmente, solo una de las seis investigaciones que analizaron los cambios en la sintomatología ansiosa tras el inicio de la pandemia concluyeron que estos síntomas no habían sufrido ninguna variación significativa (van der Laan et al., 2021).

Depresión

Nueve investigaciones analizaron los cambios en la sintomatología depresiva en el contexto de pandemia por COVID-19. Solo una (van der Laan et al., 2021) no objetivó un empeoramiento significativo de los síntomas. El resto de estudios (Bélanger et al., 2021; Bignardi et al., 2020; Hafstad et al., 2021; Li et al., 2020; Liang et al., 2021; Liao et al., 2021; Liu et al., 2021; Westrupp et al., 2021) mostraron un aumento significativo de la sintomatología depresiva en la población infanto-juvenil. Tal como se mencionó anteriormente los resultados procedentes de la investigación de Bélanger et al. (2021) y Hafstad et al. (2021) deben interpretarse con cautela.

Además, Liao et al. (2021) relacionaron el aumento de los síntomas depresivos con la disminución en la duración del sueño, manifestando que los adolescentes que tenían síntomas depresivos antes de la pandemia eran propensos a dormir menos durante la pandemia, mientras que los que dormían menos antes de la pandemia tenían más probabilidades de informar síntomas depresivos durante la misma.

Afecto positivo y afecto negativo

El afecto positivo y el afecto negativo fueron analizados en dos investigaciones, cuyos resultados fueron opuestos. Por un lado, Li et al. (2020) observaron disminuciones significativas para el afecto negativo (PANAS-NA) y un cambio no significativo en el afecto positivo PANAS-PA ($p = 0,107$) después de dos semanas de confinamiento. Y, por otro lado, Janssen et al. (2020) no hallaron diferencias significativas respecto al afecto negativo de los adolescentes durante la pandemia por COVID-19 en comparación con el período de referencia (los autores señalan que debe tenerse en cuenta que las evaluaciones se tomaron en una fase temprana del confinamiento, cuando el cierre de los colegios pudo haber proporcionado una sensación de alivio en los adolescentes).

Problemas emocionales

Cinco de las catorce investigaciones incluidas en el meta-análisis evaluaron la sintomatología internalizante de modo global a través de cuestionarios como el SDQ, CBCL

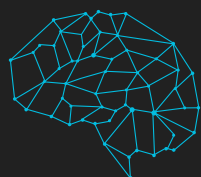


Tabla 6. Diferencia de medias para variable síntomas internalizantes.

ESTUDIO	N	M PRE	SD PRE	M POST	SD POST	COHEN'S D, ALEATORIO, IC 95%	Weights
Bélanger et al., 2021 (a) CES-DC	2099	8,88	5,96	8,61	5,97	0,0452 [-0.152 ; 0.106]	4.64%
Bélanger et al., 2021 (b) GAD-7	2099	6,23	5,44	6,06	5,51	0,3105 [-0.294 ; 0.091]	4.64%
Bignardi et al., 2020 (a) SDQ (p. emocionales)	50	0,03	0,9	0,23	0,9	-0,2222 [-0.615 ; 0.171]	3.36%
Bignardi et al., 2020 (b) RCADS-30 (ansiedad)	54	-0,09	0,87	-0,3	0,91	0,2359 [-0.143 ; 0.614]	3.43%
Bignardi et al., 2020 (c) RCADS-30 (depresión)	54	-0,14	0,95	-0,9	0,78	0,8744 [0.479 ; 1.269]	3.35%
Daniunaite et al., 2021 (a) SDQ (p. emocionales)	331	3,27	2,47	2,86	2,29	0,1721 [0.019 ; 0.325]	4.42%
Hafstad et al., 2021. HSCL-10	3572	0,57	0,64	0,51	0,62	0,0952 [0.045 ; 0.142]	4.66%
Hu y Qian, 2021 (a) SDQ (p. emocionales)	886	3,45	2,44	3,22	2,44	0,0943 [0.001 ; 0.187]	4.58%
Hussong et al., 2021 (a) CBCL	105	0,57	0,3	0,44	0,24	0,4785 [0.204 ; 0.753]	3.93%
Janssen et al., 2020 (a) PHQ-9	34	4,82	3,42	4,21	2,54	0,2025 [-0.274 ; 0.679]	2.97%
Janssen et al., 2020 (b) PANAS-C (a. negativo)	34	1,44	0,47	1,4	0,48	0,0842 [-0.391 ; 0.560]	2.98%
Janssen et al., 2020 (c) PANAS-C (a. positivo)	34	34,46	0,75	34,44	0,66	0,0283 [-0.447 ; 0.504]	2.98%
Li et al., 2020 (a) PHQ-4	555	0,76	0,61	0,95	0,65	-0,3014 [0.420 ; -0.183]	4.52%
Li et al., 2020 (b) PANAS-C (a. negativo)	555	2,24	0,8	2,38	0,79	-0,1761 [-0.294 ; -0.582]	4.52%
Li et al., 2020 (c) PANAS-C (a. positivo)	555	36,74	0,79	36,79	0,79	-0,0633 [-0.181 ; 0.054]	4.52%
Liang et al., 2021 (a) SMFQ-P	1053	5,94	5,16	2,18	1,73	0,9771 [0.887 ; 1.067]	4.59%
Liang et al., 2021 (b) SCAS-P	1053	6,26	3,92	2,91	2,47	1,0225 [0.932 ; 1.113]	4.59%
Liao et al., 2021 . CES-DC	2496	15,9	11,1	15,1	10,5	0,0740 [0.018 ; 0.129]	4.65%
Raffagnato et al., 2021 (a) CBCL/6-18 (madres)	55	64,4	10,06	66,9	10,46	-0,244 [-0.619 ; 0.131]	3.45%
Raffagnato et al., 2021 (b) CBCL/6-18 (padres)	55	60,7	11,4	62,3	11,56	-0,1394 [-0.513 ; 0.235]	3.46%
Raffagnato et al., 2021 (c) YSR	41	58,8	11,09	60,4	11,72	-0,2502 [-0.574 ; 0.293]	3.17%
Van der Laan et al., 2021. RCADS	224	41,77	10,29	40,28	9,72	0,1489 [-0.036 ; 0.334]	4.31%
Westrupp et al., 2021. SMFQ (depresión infantil)	2365	5,04	12,35	4,28	4,58	0,0816 [0.024 ; 0.139]	4.64%
Liu et al., 2021 (a) CDI-2:SR (niños)	89	4,95	3,49	3,91	3,49	0,2980 [0.002 ; 0.593]	3.83%
Liu et al., 2021 (b) CDI-2:SR (niñas)	86	6,07	3,43	4,35	3,34	0,5081 [0.204 ; 0.812]	3.79%
Total (IC 95%)	18534					0,172 [0.036 ; 0.308]	100%

Homogeneidad. $\chi^2 = 26,62$ ($p = 0.3220$)

y YSR, sin diferenciar específicamente entre síntomas ansiosos y síntomas depresivos. Solamente el estudio de Raffagnato et al. (2021) reflejó una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones de la escala de problemas de internalización evaluados a través del cuestionario CBCL (cumplimentado por la figura materna). Los cuatro estudios restantes (Bignardi et al., 2020; Daniunaite et al., 2021; Hu y

Qian, 2021; Hussong et al., 2021) hallaron un aumento de los síntomas de salud mental asociados con el inicio de la pandemia de COVID-19, aunque en la investigación de Bignardi et al. (2020) este aumento no resultó significativo.

Hu y Qian, (2021) señalaron que los adolescentes con distintos niveles de salud mental prepandémica experimentaron diversas trayectorias. Aquellos con buena salud men-

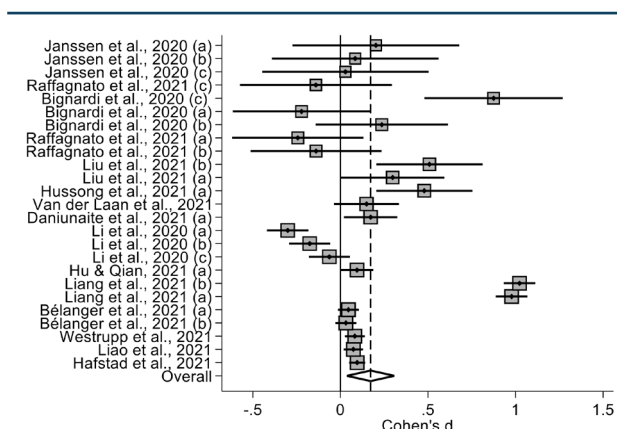
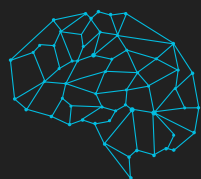


Figura 3. Gráfica diferencia de medias para variable síntomas internalizantes.

tal previa experimentaron un notable deterioro de su salud mental durante la pandemia. Por el contrario, aquellos con un nivel relativamente alto de problemas relacionados de salud mental antes de la pandemia experimentaron una mejora en las cinco subescalas del SDQ. A continuación se muestra una tabla resumen con los resultados obtenidos en los diferentes estudios que evaluaron la sintomatología internalizante.

El promedio de la diferencia de medias pre-post en estos estudios, analizada a través del modelo de efectos aleatorios mediante la *d* de Cohen, fue de 0.172 (0.036; 0.308) siendo significativo ($p = 0.0131$). De este modo, tal como se aprecia en la gráfica inferior, es posible afirmar que la sintomatología internalizante empeoró a raíz de la pandemia por COVID-19 (Figura 3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta revisión sistemática, y meta-análisis fue examinar la repercusión de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes, en términos de sintomatología internalizante (ansiedad, depresión, retraimiento) y externalizante (problemas de conducta, irritabilidad, hiperactividad).

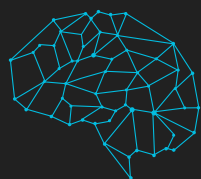
Los síntomas externalizantes fueron evaluados en cuatro de los catorce estudios examinados en esta revisión, evidenciándose resultados inconsistentes. Solo uno de dichos estudios halló un aumento significativo en la sintomatología, enfatizando que las familias incluidas en la investigación poseían un nivel socioeconómico alto (Hussong et al., 2021). En cambio, otro de los estudios no objetivó cambios signifi-

cativos en los síntomas después de cuatro meses de confinamiento, a pesar de que el 25% de las familias informaron de un aumento inicial en problemas de conducta (Raffagnato et al., 2021). En los otros dos estudios adicionales no se obtuvieron resultados concluyentes: uno de ellos encontró un aumento en la hiperactividad y falta de atención (Daniunaite et al., 2021), mientras que el otro mostró resultados diferentes según la salud mental previa de los adolescentes (Hu y Qian, 2021). El meta-análisis realizado reveló que el promedio de la diferencia en los síntomas pre y post no fue significativo, indicando que la sintomatología externalizante no empeoró a raíz de la pandemia por COVID-19.

Los síntomas internalizantes fueron evaluados en todos los estudios incluidos en este artículo, pudiendo agrupar los resultados obtenidos en diferentes dimensiones: ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo, y problemas emocionales. En cuanto a la ansiedad, la mayoría de los estudios mostraron un empeoramiento de los síntomas ansiosos después del inicio de la pandemia, aunque algunos autores señalaron que el aumento fue menor en comparación con los cambios asociados a la etapa evolutiva. Factores como la edad, el sexo, los problemas de salud mental preexistentes y el entorno familiar influyeron en los niveles de ansiedad. En lo referente a la depresión, se evidenció de manera global un aumento significativo en los síntomas durante la pandemia. Además, se observó una asociación entre la disminución del sueño y el aumento de los síntomas depresivos (Liao et al., 2021). Con relación al afecto positivo y negativo, los resultados fueron contradictorios. Algunos estudios mostraron disminuciones significativas en el afecto negativo y ningún cambio significativo en el afecto positivo, mientras que otros no encontraron diferencias significativas. Por último, respecto a los problemas emocionales en general, la mayoría de los estudios mostraron un aumento en la sintomatología internalizante después del inicio de la pandemia; apreciándose diferentes trayectorias según el nivel de salud mental previo de los adolescentes.

En el meta-análisis se reveló que la sintomatología internalizante empeoró durante la pandemia de COVID-19, con aumentos significativos en la ansiedad, la depresión y los problemas emocionales. Sin embargo, se observaron algunas variaciones según factores individuales y contextuales.

Las futuras investigaciones deberán interpretar los hallazgos encontrados en esta revisión tomando en consideración las limitaciones de los estudios revisados; como los sesgos



derivados de los métodos de recolección de información: encuestas en línea, generalmente cumplimentadas por los padres. Tal como planteamos en la investigación realizada por García-Soto et al. (2021), los cuestionarios respondidos por los padres pueden ser útiles para recopilar información sobre el comportamiento y los síntomas en el entorno familiar, donde los problemas pueden manifestarse con mayor frecuencia. Sin embargo, la subjetividad de los informes de los progenitores puede influir en los resultados y sesgar la percepción de los síntomas. Por el contrario, la valoración de un profesional (psicólogos o psiquiatras) proporciona una evaluación más objetiva y basada en la experiencia clínica. Los profesionales están capacitados para realizar diagnósticos y evaluar los síntomas de manera más precisa, considerando también otros factores importantes en la evaluación. Cabría, además, preguntarse por el significado clínico del incremento de los valores en las escalas de síntomas informadas por los padres ya que no está claro que deban interpretarse como indicadores inequívocos de enfermedad mental, siendo posible que reflejen cambios situacionales sin significación psicopatológica. Para interpretarlos adecuadamente resulta imprescindible que la valoración sea realizada por un facultativo. También habría que controlar el efecto de variables como el nivel socioeconómico de las familias estudiadas, tal como señala uno de los estudios revisados en el que se refleja un posible sesgo por el nivel económico elevado de su muestra.

Otro aspecto a considerar es que, aunque todos los gobiernos implementaron políticas de distanciamiento físico durante el confinamiento domiciliario por COVID-19, las medidas adoptadas variaron entre los distintos países. Por ejemplo, los países asiáticos, como Corea del Sur, Japón y Singapur, implementaron estrategias agresivas de rastreo de contactos, pruebas masivas, cuarentenas obligatorias para contener la propagación del virus, aplicaciones de rastreo de contactos y monitoreo electrónico de cumplimiento de cuarentena. Mientras que en países como España, aunque se tomaron medidas restrictivas durante el confinamiento, como el cierre de escuelas, comercios no esenciales y restricciones a la movilidad, estas no fueron tan amplias ni tan rigurosas. Un gran número de investigaciones proceden de países donde las medidas impuestas fueron especialmente estrictas. Por este motivo, cabe plantearse la opción de que este hecho sea un factor modulador de la salud mental y los resultados obtenidos no sean generalizables a otras áreas del mundo. Yendo un poco más lejos, no podemos olvidar el

papel de los medios de comunicación en la creación de un estado de opinión en nuestra sociedad. Desde el inicio del confinamiento los medios de comunicación transmitieron informaciones sobre posibles consecuencias psicopatológicas de la situación, basadas en información de aquellos países. Es posible que esto haya favorecido un marco de pensamiento en el que los cambios de situación se interpretaron en términos alarmistas como una pandemia de enfermedad mental y no como una respuesta adaptativa de individuos en situación de desarrollo a condiciones socioambientales y económicas adversas.

Finalmente, resulta esencial señalar que la mayoría de las investigaciones incluidas en este meta-análisis fueron realizadas en periodos cercanos al estallido inicial de la pandemia, examinando únicamente los resultados a corto plazo. Debido a ello, sería conveniente efectuar estudios que analicen si el empeoramiento de la salud mental persiste a largo plazo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

1. Financiación: Este trabajo se realizó en el Servicio de Psiquiatría de Burgos, sin ningún tipo de financiación pública o privada.
2. Contribución: El trabajo ha sido realizado colegiadamente por el equipo firmante. Todos los autores han contribuido a la redacción del proyecto de investigación, recogida de datos, análisis de datos y redacción del artículo.
3. El autor primer firmante del manuscrito, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Investigación aprobada por el Comité Ético de Investigación Médica del HUBU con el registro CEIm 2660.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach, T. M. (1991). Child behavior checklist/4-18. University of Vermont. Psychiatry.
2. Bélanger, R. E., Patte, K. A., Leatherdale, S. T., Ganssone, R. J., y Haddad, S. (2021). An Impact Analysis of the Early Months of the COVID-19 Pandemic on Mental Health in a Prospective Cohort of Canadian Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 917-924. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.039>
3. Bignardi, G., Dalmaijer, E. S., Anwyll-Irvine, A. L., Smith, T. A., Siugzdaitė, R., Uh, S., y Astle, D. E. (2020). Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood*, 106(8), 791-797. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320372>
4. Daniunaite, I., Truskauskaitė-Kuneviciene, I., Thoresen, S., Zelviene, P., y Kazlauskas, E. (2021). Adolescents amid the COVID-19 pandemic: A pros-



- pective study of psychological functioning. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00397-z>
5. Galea, S., Merchant, R. M., y Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*, 180(6), 817-818.
 6. García-Soto, X. R., Bernal-Jiménez, A., Gordo-Seco, R., Álvarez-Fernández, Y., Hernando-Segura, R., Jiménez-de Lamo, E. y de la Gándara-Martín, J. J. (2021). Confinamiento y salud mental en población Infanto-Juvenil: estudio prospectivo. *Psicosomática y Psiquiatría*, 16), 25-34. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum1606>
 7. Hafstad, G. S., Sætren, S. S., Wentzel-Larsen, T., y Augusti, E.-M. (2021). Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak—A prospective population-based study of teenagers in Norway. *The Lancet Regional Health. Europe*, 5, 100093. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100093>
 8. Hu, Y., y Qian, Y. (2021). COVID-19 and Adolescent Mental Health in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health*, 69(1), 26-32. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.005>
 9. Hussong, A. M., Midgette, A. J., Thomas, T. E., Coffman, J. L., y Cho, S. (2021). Coping and Mental Health in Early Adolescence during COVID-19. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(9), 1113-1123. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00821-0>
 10. Janssen, L. H. C., Kullberg, M.-L. J., Verkuil, B., van Zwielen, N., Wever, M. C. M., van Houtum, L. A. E. M., Wentholt, W. G. M., y Elzinga, B. M. (2020). Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA-study on daily affect and parenting. *PloS One*, 15(10), e0240962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240962>
 11. Li, H. Y., Cao, H., Leung, D. Y. P., y Mak, Y. W. (2020). The Psychological Impacts of a COVID-19 Outbreak on College Students in China: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph17113933>
 12. Liang, Z., Mazzeschi, C., y Delvecchio, E. (2021). The impact of parental stress on Italian adolescents' internalizing symptoms during the covid-19 pandemic: A longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). Embase. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158074>
 13. Liao, S., Luo, B., Liu, H., Zhao, L., Shi, W., Lei, Y., y Jia, P. (2021). Bilateral associations between sleep duration and depressive symptoms among Chinese adolescents before and during the COVID-19 pandemic. *Sleep Medicine*, 84, 289-293. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.06.007>
 14. Liu, S. R., Davis, E. P., Palma, A. M., Sandman, C. A., y Glynn, L. M. (2021). The Acute and Persisting Impact of COVID-19 on Trajectories of Adolescent Depression: Sex Differences and Social Connectedness. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.030>
 15. López-Bueno, R., Calatayud, J., Casaña, J., Casajús, J. A., Smith, L., Tully, M. A., y López-Sánchez, G. F. (2020). COVID-19 confinement and health risk behaviors in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1426.
 16. Raffagnato, A., Iannattone, S., Tascini, B., Venchiariutti, M., Broggio, A., Zanato, S., Traverso, A., Mascoli, C., Manganiello, A., Miscioscia, M., y Gatta, M. (2021). The COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study on the Emotional-Behavioral Sequelae for Children and Adolescents with Neuropsychiatric Disorders and Their Families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189880>
 17. Rubin, G. J., y Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*, 368:m313 <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
 18. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., y Richardson, S. (2007). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clinical orthopaedics and related research*, 455, 3-5.
 19. Sprang, G; Silman, M (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health related disasters. *Disaster Med Public Health Prep*, 7, pp. 105-110
 20. Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P., y Gratz, K. L. (2020). Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry research*, 289, 113098.
 21. Urrutia, G., y Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
 22. van der Laan, S. E. I., Finkenauer, C., Lenters, V. C., van Harmelen, A.-L., van der Ent, C. K., y Nijhof, S. L. (2021). Gender-Specific Changes in Life Satisfaction After the COVID-19-Related Lockdown in Dutch Adolescents: A Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health*, 69(5), 737-745. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.013>
 23. Westrupp, E. M., Bennett, C., Berkowitz, T., Youssef, G. J., Toubmourou, J. W., Tucker, R., Andrews, F. J., Evans, S., Teague, S. J., Karantzias, G. C., Melvin, G. M., Olsson, C., Macdonald, J. A., Greenwood, C. J., Mikocka-Walus, A., Hutchinson, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., Stokes, M. A., Olive, L., Sciberras, E. (2021). Child, parent, and family mental health and functioning in Australia during COVID-19: Comparison to pre-pandemic data. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01861-z>
 24. World Health Organization (2020). WHO. 2019 Novel Coronavirus (2019nCoV): Strategic preparedness and response plan. WHO. Geneva. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf>
 25. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N. (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923921-1.



DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DEFINITIONS AND CONCEPTS

DEFINICIÓN DE LA FIBROMIALGIA

DEFINITION OF FIBROMYALGIA

M. Serrat¹, R. Nieto², J.V. Luciano³, A. Feliu⁴

¹Unitat d'Expertesa en Síndromes de Sensibilització Central, Servei de Reumatologia, Vall d'Hebron Hospital Universitari, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, 08035 Barcelona, Spain. ²Escoles Universitàries Gimbernat, Autonomous University of Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 08193. Barcelona, Spain. ³eHealth Lab Research Group, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Universitat Oberta de Catalunya, 08018 Barcelona, Spain. ⁴Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Psychology, Autonomous University of Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 08193 Barcelona, Spain. Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, 08950 Barcelona, Spain. CIBER of Epidemiology and Public Health, Madrid, Spain. ⁵Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Psychology, Autonomous University of Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 08193 Barcelona, Spain. CIBER of Epidemiology and Public Health, Madrid, Spain.

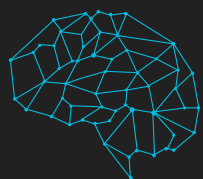
RESUMEN

El artículo define brevemente la fibromialgia dentro de un contexto más amplio incluyendo las raíces históricas del concepto y su posible etiología, así como su interpretación dentro de los modelos biopsicosociales más actuales, con implicaciones terapéuticas de alto interés.

Palabras clave: dolor persistente; modelo biopsicosocial; etiología; fibromialgia; educación en ciencia del dolor.

LA CONCEPCIÓN Y DEFINICIÓN DE LA FIBROMIALGIA A LO LARGO DE LA HISTORIA: DESDE HENCH HASTA NUESTROS DÍAS

La fibromialgia (FM) es una condición clínica compleja caracterizada principalmente por dolor musculoesquelético persistente y generalizado que conlleva la percepción de dolor sin un estímulo nociceptivo asociado (alodinia) y una respuesta aumentada de dolor ante la aplicación de un estímulo doloroso (hiperalgesia). A día de hoy, no se



ha identificado una patología o lesión tisular conocida que explique la experiencia dolorosa de las personas con fibromialgia. Además del dolor, las personas con fibromialgia, en su mayoría mujeres, informan de múltiples síntomas como la fatiga persistente, la rigidez, alteraciones del sueño, alteraciones cognitivas (fibroniebla) y sintomatología ansioso-depresiva clínicamente relevante.

La prevalencia de la FM varía en función de la población estudiada y los criterios utilizados. De forma general, se considera que afecta a entre un 2% y 4% de la población general. Estudios más recientes reportan una menor prevalencia en la población mundial (1.78%). En España, se situaría en torno a un 2.45% de la población adulta (Cabo-Meseguer et al., 2017; Font Gayà, 2020).

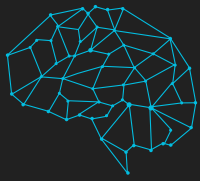
A lo largo de los últimos siglos, esta condición médica a la que Hench llamó "fibromialgia" por primera vez en 1976, ha sido definida y descrita de diferentes formas. Actualmente, es una entidad clínica reconocida, sin embargo, a pesar de los esfuerzos de una parte de los estamentos políticos, profesionales y sociales, la FM sigue siendo una enfermedad estigmatizada y muy cuestionada por la comunidad médica al no conocerse con claridad su etiología y por su altísima comorbilidad con otras condiciones médicas pertenecientes a los llamados síndromes de sensibilización central.

En 1592, el médico francés Guillaume de Baillou fue el primero en describir este tipo de dolor muscular como "reumatismo". A partir del s. XIX, médicos alemanes, escandinavos y británicos fueron describiendo y publicando literatura sobre otras tipologías de reumatismo muscular con nomenclaturas distintas. Pero las primeras descripciones de lo que entendemos hoy como fibromialgia no las encontramos hasta 1815. El cirujano de la Universidad de Edimburgo William Balfour fue el primero en describir nódulos en el músculo, considerados consecuencia de la inflamación del tejido conectivo. En 1880, el neurólogo americano George Miller Beard definió la "neurastenia" como un cuadro de dolor generalizado, con presencia de fatiga y de trastornos psicológicos causados por el estrés de la vida diaria. La FM se consideró una manifestación de este trastorno y perdió "prestigio" al ser catalogada como una alteración psicológica; concepción que aún perdura hoy en día en algunos profesionales sanitarios. En 1904, el neurólogo británico William Gowers, pensando que esta enfermedad estaba relacionada con una inflamación del tejido fibroso, utilizó el término de fibrositis para describir

un cuadro de dolor musculoesquelético muy similar al que hoy conocemos como FM, incluyendo también la fatiga y las alteraciones del sueño.

En 1972, Hugh A. Smythe puso, por primera vez, las bases de la concepción moderna de la FM, describiéndola como un dolor generalizado y especificando la localización de unos puntos hipersensibles (Inanici & Yunus, 2004). En 1975, Hugh A. Smythe y Harvey Moldofsky hicieron constar la relevancia de la mala calidad del sueño en esta enfermedad. En 1976, el premio Nobel de medicina, P.K. Hench propuso el término de fibromialgia para dar énfasis a la ausencia de signos inflamatorios, sustituyendo así el término de fibrositis. El término fibromialgia deriva de las palabras griegas fibros (tejido conjuntivo), mios (músculo) y algia (dolor). En 1981, Yunus realizó el primer estudio clínico controlado que validaba los principales síntomas de dolor crónico generalizado de más de 3 meses de duración. También establece otros criterios diagnósticos como la presencia de ansiedad, fatiga, trastornos del sueño, colon irritable, cefalea tensional o migrañosa, etc. (Inanici & Yunus, 2004). Estos criterios diagnósticos fueron utilizados tanto en la práctica clínica como en la investigación en los años 80 hasta que en 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) tras un amplio estudio multicéntrico liderado por Frederick Wolfe (ACR, 1990), publicó los primeros criterios de clasificación. Otro hito importante es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la FM como enfermedad del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo, siendo clasificada con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad reumatólogica. También fue reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código x33x8a.

Los criterios del ACR de 1990 fueron muy controvertidos por estar relacionados con la identificación de puntos sensibles ("tender points") que pueden estar muy influenciados por la subjetividad. Por este motivo, los criterios posteriormente publicados por el colegio americano de reumatología en 2010, 2011 y 2016 eliminaron los puntos sensibles como criterio diagnóstico. Sin embargo, los criterios de clasificación actuales siguen sin ser del agrado de parte de la comunidad científica al no existir una prueba de laboratorio que objete el diagnóstico. Esta polémica genera también incertidumbre, confusión y cierta desesperanza en la persona que recibe el diagnóstico, teniendo



la sensación de que se utiliza el diagnóstico de FM como "cajón de sastre". Esto se ha comprobado que influye en el historial clínico de la persona, de tal forma que a menudo se atribuye a la FM cualquier otro dolor, pasando por alto el correcto diagnóstico y tratamiento de otras patologías (Briones-Vozmediano, 2017).

FIBROMIALGIA: SU ETIOLOGÍA COMO RETO EN INVESTIGACIÓN

Como hemos apuntado anteriormente, la FM es una condición clínica compleja en la que los mecanismos fisiopatológicos involucrados en su génesis y mantenimiento siguen sin ser totalmente claros, aunque ha habido importantes avances al respecto en las últimas décadas gracias a los avances en neuroimagen del dolor y las aportaciones de la psiconeuroinmunología. Sin entrar en detalle, actualmente sabemos que hay potencialmente involucrados factores genéticos, ambientales, hormonales, neurales e inmunológicos, así como algunas infecciones como el virus de Epstein-Barr, parvovirus, brucelosis y la enfermedad de Lyme. También se han identificado anomalías en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP) de las personas con FM.

Aunque las personas con FM sufren un dolor potencialmente incapacitante, no se evidencia inflamación, daño o deformidad de los tejidos involucrados. Algunas de las alteraciones morfológicas y funcionales que se han hallado en el aparato locomotor, así como alteraciones mitocondriales son muy poco definitorias. Tampoco hay evidencia de lesión ni en el SNC ni en el SNP y las pruebas objetivas complementarias habitualmente utilizadas en la clínica arrojan resultados normales. Sin embargo, sí se evidencia una alteración en los mecanismos del procesamiento del dolor, posiblemente por la implicación de un desequilibrio en los neuromoduladores del SNC. Esta alteración en el sistema nociceptivo, evidenciada en diversas exploraciones neurofisiológicas, sería la responsable de que las personas con FM reaccionen de forma más rápida y con mayor intensidad a distintos estímulos mecánicos, térmicos, químicos o eléctricos, tanto de forma directa como anticipatoria. El umbral para trasladar al cerebro estos estímulos como posible amenaza para el organismo estaría así significativamente disminuido, siendo el responsable de la aparición de la alodinia y la hiperalgesia que mencionamos al inicio de este artículo.

Pruebas de neuroimagen como la resonancia magnética funcional con estimulación también han evidenciado cómo las áreas implicadas en el procesamiento de la sensación dolorosa se activan con estímulos de baja intensidad. Estos hallazgos hacen que la hipótesis más aceptada actualmente sobre el principal proceso fisiopatológico subyacente de la FM sea la que sugiere una hipersensibilización del SNC, característica de los síndromes de sensibilización central (Grayston, 2019), de las cuales la FM sería la patología más representativa. La sensibilización central (SC) es la actividad dependiente de la plasticidad sináptica en la asta dorsal de la médula espinal que genera una amplificación de la señal causando hipersensibilidad. Aunque la SC puede ser la característica principal de enfermedades como la FM, no todos los dolores crónicos se deberían a dicha sensibilización y ésta no sólo aparecería en el dolor crónico, sino que también lo haría después de una lesión (de forma aguda) y dependería del contexto y las influencias personales, ambientales, sociales y culturales. Aunque se desconoce por qué no todos los dolores crónicos presentan SC, parece que podría existir una base biopsicosocial. Si la SC está presente, es muy importante diagnosticar la enfermedad lo antes posible para detectar el riesgo de cronificación (Nijs et al., 2014b). Aun así, existe una gran variedad de factores que podrían estar implicados en la etiopatogenia de la FM y, seguramente, implica un conjunto de diversos factores más que una única vía causal. Hay alteraciones como los problemas de sueño y la fatiga que están incluidas en los criterios diagnósticos de la FM de la ACR y, por lo tanto, se entiende que forman parte de esta enfermedad. Si la FM se entiende como dolor dentro de un continuo entre factores periféricos y centrales, se deberían tener en cuenta los diferentes factores involucrados (Creed, 2020).

LA APROXIMACIÓN BIOPSICOSOCIAL A LA FIBROMIALGIA: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR Y MULTICOMPONENTE

Como hemos visto hasta ahora, la FM tiene una etiología incierta y se caracteriza por la manifestación de una constelación de síntomas clínicos que hacen difícil el establecimiento de unos criterios diagnósticos claros y el hallazgo de un tratamiento curativo. Si sabemos que la combinación de distintas estrategias dirigidas a desensibilizar los distintos mecanismos involucrados parecería ser más efectiva que seguir un solo abordaje terapéutico. De esta forma,



resulta imprescindible ofrecer un tratamiento multidisciplinar y multicomponente que implique la implementación de intervenciones no farmacológicas eficaces para ayudar a poner en equilibrio los diferentes mecanismos implicados en la FM, tanto periféricos como centrales y sólo aquellos medicamentos justos e imprescindibles. Investigaciones recientes (Macfarlane et al., 2017) apuntan a que el primer paso sería la educación y las terapias no farmacológicas, como la fisioterapia y la psicoterapia. En caso de no obtener una mejora significativa de la calidad de vida o el estado funcional de la persona, debería complementarse con terapia psicológica individual y tratamiento farmacológico tras un estudio exhaustivo de las comorbilidades que presenta la persona. Como, hasta la fecha, no disponemos de un tratamiento que permita la remisión completa, el objetivo principal de la terapia que se persigue en personas con FM se focaliza en mejorar la funcionalidad y la calidad de vida, diseñando programas específicos en función de la intensidad de los síntomas y las comorbilidades.

El abordaje multicomponente que incluye la terapia educativa (como la educación en neurociencia del dolor, PNE por sus siglas en inglés de Pain Neuroscience Education) combinada con ejercicio físico terapéutico además de terapia cognitivo conductual (TCC) de segunda o tercera generación, serían estrategias altamente efectivas. La PNE es una terapia educativa que mejora la severidad del dolor, la discapacidad y las variables psicológicas para personas con FM, aunque los mayores efectos se logran cuando se combina con una estrategia de ejercicio físico terapéutico que integre una exposición gradual y con objetivos cognitivos, es decir, aplicar la TCC en la terapia física según los principios de la PNE. Además, las terapias de tercera generación como el mindfulness podría ayudar a superar las limitaciones de la TCC de segunda generación por sus efectos en aspectos nucleares en la FM (Pérez-Aranda et al., 2019a). Así pues, siguiendo las recomendaciones derivadas de un estudio Delphi (Sharpe, 2020) de consenso entre investigadores que concluye que se recomienda para el abordaje del dolor persistente utilizar una triple estrategia terapéutica de: educación, ejercicio físico y psicoterapia, una posible combinación podría ser la compuesta por PNE con la integración del ejercicio físico terapéutico, la TCC y entrenamiento en mindfulness (Serrat et al., 2020).

Las diferentes guías clínicas no definen cuáles deberían ser las mejores estrategias para combinar en los tratamien-

tos multicomponente y, por tanto, es necesario alcanzar un consenso (Thieme et al., 2017). Es posible también que todo proceso de mejora acabe pasando por empoderar a la persona con FM con la adopción de estrategias activas de afrontamiento y conseguir un comportamiento diferente que tenga un reflejo en un cambio real en el estilo de vida de las personas con FM. Es importante que las líneas actuales y futuras de investigación lo tengan muy presente, así como el potencial que pueden ofrecer las terapias basadas en procesos y las realizadas en la naturaleza, las cuales están suscitando mucho interés en la comunidad científica por sus efectos positivos en la salud física y mental de la población general (Coventry et al., 2021).

ENGLISH VERSION

ABSTRACT

The article briefly defines fibromyalgia within a broader context including the historical roots of the concept and its possible aetiology, as well as its interpretation within the most current biopsychosocial models, with highly interesting therapeutic implications.

Keywords: persistent pain; biopsychosocial model; aetiology; fibromyalgia; pain science education.

THE CONCEPTION AND DEFINITION OF FIBROMYALGIA THROUGHOUT HISTORY: FROM HENCH TO THE PRESENT DAY

Fibromyalgia (FM) is a complex clinical condition characterised primarily by persistent, widespread musculoskeletal pain involving the perception of pain without an associated nociceptive stimulus (allodynia) and an increased pain response to the application of a painful stimulus (hyperalgesia). To date, no known pathology or tissue lesion has been identified to explain the painful experience of people with fibromyalgia. In addition to pain, people with fibromyalgia, the majority of whom are women, report multiple symptoms such as persistent fatigue, stiffness, sleep disturbances, cognitive disturbances (fibromyalgia fog) and clinically relevant anxious-depressive symptomatology.

The prevalence of FM varies depending on the population studied and the criteria used. It is generally considered to affect between 2% and 4% of the general population. More



recent studies report a lower prevalence of 1.78% in the world population and others, averaging different studies, report a prevalence of 2.1%. In Spain, it would be around 2.45% of the adult population (Cabo-Meseguer et al., 2017; Font Gayà, 2020).

Over the past centuries, this medical condition, which Hench first called "fibromyalgia" in 1976, has been defined and described in different ways. Today, it is a recognised clinical entity, however, despite the efforts of some political, professional and social bodies, FM remains a stigmatised and highly questioned disease in the medical community because of its unclear aetiology and its very high comorbidity with other medical conditions belonging to the so-called central sensitisation syndromes.

In 1592, the French physician Guillaume de Baillou was the first to describe this type of muscle pain as "rheumatism". From the 19th century onwards, German, Scandinavian and British doctors described and published literature on other types of muscular rheumatism with different nomenclatures. But the first descriptions of what we understand today as fibromyalgia are not found until 1815. Edinburgh University surgeon William Balfour was the first to describe nodules in the muscle, considered to be the result of inflammation of the connective tissue. In 1880, the American neurologist George Miller Beard defined "neurasthenia" as a picture of generalised pain, with the presence of fatigue and psychological disturbances caused by the stresses of everyday life. FM was considered a manifestation of this disorder and lost "prestige" when it was labelled as a psychological disorder; a conception that still persists today among some health professionals. In 1904, the British neurologist William Gowers, thinking that this disease was related to an inflammation of fibrous tissue, used the term fibrositis to describe a picture of musculoskeletal pain very similar to what we know today as FM, also including fatigue and sleep disturbances.

In 1972, Hugh A. Smythe first laid the foundations of the modern conception of FM, describing it as a generalised pain and specifying the location of hypersensitive points (Inanici & Yunus, 2004). In 1975, Hugh A. Smythe and Harvey Moldofsky noted the relevance of poor sleep quality in this disease. In 1976, Nobel laureate in medicine, P.K. Hench proposed the term fibromyalgia to emphasise the absence of inflammatory signs, thus replacing the term fibrositis. The term fibromyalgia is derived from the Greek words fibros (connective tissue), mios (muscle) and algia (pain). In 1981, Yunus conducted the

first controlled clinical study validating the main symptoms of chronic widespread pain lasting more than 3 months. He also established other diagnostic criteria such as the presence of anxiety, fatigue, sleep disorders, irritable bowel, tension or migraine headache, etc. (Inanici and Yunus, 2004). These diagnostic criteria were used in both clinical practice and research in the 1980s until 1990 when the American College of Rheumatology (ACR), after a large multicentre study led by Frederick Wolfe (ACR, 1990), published the first classification criteria. Another important milestone is that the World Health Organisation (WHO) recognised FM as a disease of the musculoskeletal system and connective tissue, being classified with the code M79.7 of the International Classification of Diseases (ICD-10) as a rheumatological disease. It was also recognised in 1994 by the International Association for the Study of Pain (IASP) and classified with code x33x8a.

The 1990 ACR criteria were very controversial as they related to the identification of tender points, which can be highly influenced by subjectivity. For this reason, the criteria subsequently published by the American College of Rheumatology in 2010, 2011 and 2016 eliminated tender points as a diagnostic criterion. However, the current classification criteria are still not to the liking of part of the scientific community as there is no laboratory test that objectifies the diagnosis. This controversy also generates uncertainty, confusion and a certain hopelessness in the person receiving the diagnosis, with the feeling that the diagnosis of FM is being used as a "catch-all". This has been found to influence the person's clinical history, so that any other pain is often attributed to FM, overlooking the correct diagnosis and treatment of other pathologies (Briones-Vozmediano, 2017).

FIBROMYALGIA: ITS AETIOLOGY AS A RESEARCH CHALLENGE

As noted above, FM is a complex clinical condition in which the pathophysiological mechanisms involved in its genesis and maintenance remain unclear, although there have been important advances in this regard in recent decades thanks to advances in neuroimaging of pain and the contributions of psychoneuroimmunology. Without going into detail, we now know that genetic, environmental, hormonal, neural and immunological factors are potentially involved, as well as some infections such as Epstein-Barr virus, parvovirus, brucellosis and Lyme disease. Abnormalities in the functioning of the central nervous system (CNS) and peripheral nervous



system (PNS) have also been identified in people with FM.

Although people with FM suffer from potentially disabling pain, there is no evidence of inflammation, damage or deformity of the tissues involved. Some of the morphological and functional alterations found in the locomotor system, as well as mitochondrial alterations, are hardly definitive. There is no evidence of lesions in the CNS or PNS and the objective complementary tests usually used in the clinic are normal. However, there is evidence of an alteration in the pain processing mechanisms, possibly due to the involvement of an imbalance in the CNS neuromodulators. This alteration in the nociceptive system, evidenced in various neurophysiological explorations, would be responsible for people with FM reacting more quickly and with greater intensity to different mechanical, thermal, chemical or electrical stimuli, both directly and anticipatory. The threshold for transferring these stimuli to the brain as a possible threat to the organism would thus be significantly lowered, being responsible for the appearance of the allodynia and hyperalgesia mentioned at the beginning of this article.

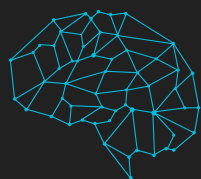
Neuroimaging tests such as functional magnetic resonance imaging with stimulation have also shown how areas involved in the processing of pain sensation are activated by low-intensity stimuli. These findings mean that the currently most widely accepted hypothesis about the main pathophysiological process underlying FM is that suggesting CNS hypersensitisation, characteristic of central sensitisation syndromes (Grayston, 2019), of which FM would be the most representative pathology. Central sensitisation (CS) is synaptic plasticity-dependent activity in the dorsal horn of the spinal cord that generates signal amplification causing hypersensitivity. Although CS may be the main feature of diseases such as FM, not all chronic pain would be due to such sensitisation and it would not only appear in chronic pain, but also after injury (acutely) and would depend on the context and personal, environmental, social and cultural influences. Although it is not known why not all chronic pain has CS, it seems that there may be a biopsychosocial basis. If CS is present, it is very important to diagnose the condition as early as possible to detect the risk of chronification (Nijs et al., 2014b). Even so, there is a wide variety of factors that could be involved in the aetiopathogenesis of FM, and it probably involves a combination of several factors rather than a single causal pathway. Disturbances such as sleep problems and fatigue are included in the ACR diagnostic criteria for FM and

are therefore understood to be part of the disease. If FM is understood as pain within a continuum between peripheral and central factors, the different factors involved should be taken into account (Creed, 2020).

THE BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH TO FIBROMYALGIA: A MULTIDISCIPLINARY AND MULTICOMPONENT APPROACH

As we have seen so far, FM has an uncertain aetiology and is characterised by the manifestation of a constellation of clinical symptoms that make it difficult to establish clear diagnostic criteria and to find a curative treatment. We do know that a combination of different strategies aimed at desensitising the different mechanisms involved would appear to be more effective than following a single therapeutic approach. Thus, it is essential to offer a multidisciplinary and multi-component treatment that involves the implementation of effective non-pharmacological interventions to help balance the different mechanisms involved in FM, both peripheral and central, and only those medications that are just and essential. Recent research (Macfarlane et al., 2017) suggests that the first step would be education and non-pharmacological therapies, such as physiotherapy and psychotherapy. If no significant improvement in quality of life or functional status is achieved, this should be complemented by individual psychological therapy and pharmacological treatment after a thorough assessment of the person's comorbidities. As, to date, we do not have a treatment that allows complete remission, the main objective of therapy for people with FM is focused on improving functionality and quality of life, designing specific programmes according to the intensity of symptoms and comorbidities.

A multicomponent approach that includes educational therapy (such as Pain Neuroscience Education, PNE) combined with therapeutic physical exercise as well as second or third generation cognitive behavioural therapy (CBT) would be highly effective strategies. PNE is an educational therapy that improves pain severity, disability and psychological variables for people with FM, although the greatest effects are achieved when combined with a therapeutic physical exercise strategy that integrates graded and cognitively targeted exposure, i.e. applying CBT to physical therapy according to PNE principles. Furthermore, third-generation therapies such as mindfulness could help to overcome the limitations of second-generation CBT because of its effects on core

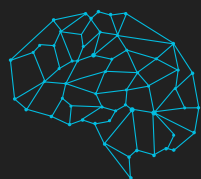


aspects in FM (Pérez-Aranda et al., 2019a). Thus, following the recommendations derived from a Delphi study (Sharpe, 2020) of consensus among researchers that concludes that a triple therapeutic strategy of education, physical exercise and psychotherapy is recommended for the management of persistent pain, a possible combination could be composed of PNE with the integration of therapeutic physical exercise, CBT and mindfulness training (Serrat et al., 2020).

Different clinical guidelines do not define what should be the best strategies to combine in multicomponent treatments and therefore a consensus needs to be reached (Thieme et al., 2017). It is also possible that any improvement process will ultimately involve empowering the person with fibromyalgia to adopt active coping strategies and to achieve a different behaviour that is reflected in a real change in the lifestyle of people with FM. It is important that current and future lines of research keep this in mind, as well as the potential of process-based and nature-based therapies, which are attracting much interest in the scientific community for their positive effects on physical and mental health in the general population (Coventry et al., 2021).

BIBLIOGRAFÍA

1. Briones-Vozmediano, E. (2017). The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients. *Global Health Action*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1275191>
2. Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Fibromyalgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. Medicina Clínica*, 149(10), 441–448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
3. Coventry, P. A., Brown, J. E., Pervin, J., Brabyn, S., Pateman, R., Breedvelt, J., ... & White, P. L. (2021). Nature-based outdoor activities for mental and physical health: Systematic review and meta-analysis. *SSM-population health*, 16, 100934.
4. Font Gayà, T., Bordoy Ferrer, C., Juan Mas, A., Seoane-Mato, D., Álvarez Reyes, F., Delgado Sánchez, M., Martínez Dubois, C., Sánchez-Fernández, S. A., Marena Rojas Vargas, L., García Morales, P. V., Olivé, A., Rubio Muñoz, P., Larrosa, M., Navarro Ricós, N., Sánchez-Piedra, C., Díaz-González, F., Bustabad-Reyes, S., & Working Group Proyecto EPISER2016 (2020). Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 38 Suppl 123(1), 47–52.
5. Grayston, R., Czanner, G., Elhadd, K., Goebel, A., Frank, B., Üçeyler, N., ... Alam, U. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of small fiber pathology in fibromyalgia: Implications for a new paradigm in fibromyalgia etiopathogenesis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 48(5), 933–940. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2018.08.003>
6. Inanici, F., & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8(5), 369–378. <https://doi.org/10.1007/s11916-996-0010-6>
7. Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
8. Nijs, J., Meeus, M., Cagnie, B., Roussel, N. A., Dolphens, M., Van Oosterwijck, J., & Danneels, L. (2014b). A modern neuroscience approach to chronic spinal pain: combining pain neuroscience education with cognition-targeted motor control training. *Physical Therapy*, 94(5), 730–738. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130258>
9. Pérez-Aranda, A., D'Amico, F., Feliu-Soler, A., McCracken, L. M., Peñarribia-María, M. T., Andrés-Rodríguez, L., Angarita-Osorio, N., Knapp, M., García-Campayo, J., & Luciano, J. V. (2019a). Cost-Utility of Mindfulness-Based Stress Reduction for Fibromyalgia versus a Multicomponent Intervention and Usual Care: A 12-Month Randomized Controlled Trial (EUDAIMON Study). *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 1068. <https://doi.org/10.3390/jcm8071068>
10. Sharpe, L., Jones, E., Ashton-James, C. E., Nicholas, M. K., & Refshauge, K. (2020). Necessary components of psychological treatment in chronic pain management programs: A Delphi study. *European Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1002/ejp.1561>
11. Serrat, M., Almirall, M., Musté, M., Sanabria-Mazo, J. P., Feliu-Soler, A., Méndez-Ulrich, J. L., Luciano, J. V., & Sanz, A. (2020). Effectiveness of a Multicomponent Treatment for Fibromyalgia Based on Pain Neuroscience Education, Exercise Therapy, Psychological Support, and Nature Exposure (NAT-FM): A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3348. <https://doi.org/10.3390/jcm9103348>
12. Thieme, K., Mathys, M., & Turk, D. C. (2017). Evidenced-Based Guidelines on the Treatment of Fibromyalgia Patients: Are They Consistent and If Not, Why Not? Have Effective Psychological Treatments Been Overlooked? *The Journal of Pain*, 18(7), 747–756. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.12.006>
13. Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>



ABSTRACTS DE SIMPOSIOS Y CONGRESOS

CONGRESO SEMP

SEMP CONGRESS

J.L. González de Rivera

Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica. Doctor en Medicina Especialista en Psiquiatría y en Medicina Interna.
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

PRESENTACIÓN

EL CINCUENTAVO CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y LOS TRES NÚCLEOS DE LA PSICOSOMÁTICA

*THE FIFTIETH CONGRESS OF THE SPANISH
SOCIETY OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE AND
THE THREE NUCLEI OF PSYCHOSOMATICS*

Prof. José Luis González de Rivera y Revuelta

Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica. Doctor en Medicina Especialista en Psiquiatría y en Medicina Interna. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

La Sociedad Española de Medicina Psicosomática, amistosamente conocida como la SEMP, nació en 1955, alumbrada por un distinguido grupo de médicos. Sus cinco

primeros presidentes sucesivos, Juan Rof Carballo, Ramon Sarró Burbano, Juan José López Ibor, Arturo Fernández Cruz y Ramón Rey Ardid, dejaron el listón tan alto que sus sucesores tuvieron fácil el estímulo, la aspiración y el modelo para construir la más amplia, coherente y prometedora depositaria de una ciencia, de una filosofía y de una actitud ante la salud y la enfermedad que hemos dado en llamar Medicina Psicosomática.

Desde entonces, la intensa vida científica de la SEMP se ha manifestado en numerosos actos, tanto propios como en colaboración con Sociedades amigas, algunos focalizados en un interés monográfico, otros abiertos a todo tema que los socios quieran presentar y debatir.

No es banal señalar que, en este su 50 Congreso, la SEMP celebra su 68 cumpleaños, discrepancia de cifras que se debe a la ocasional reserva del título de "Congreso" para la reunión bi-anual en la que se elige al nuevo presidente. En el 49 Congreso, organizado en Badajoz por el Prof. Francisco Vaz Leal en 2022, se corrigió por estatuto esta pequeña anomalía, decidiendo hacer coincidir la asamblea general anual con un Congreso Anual.

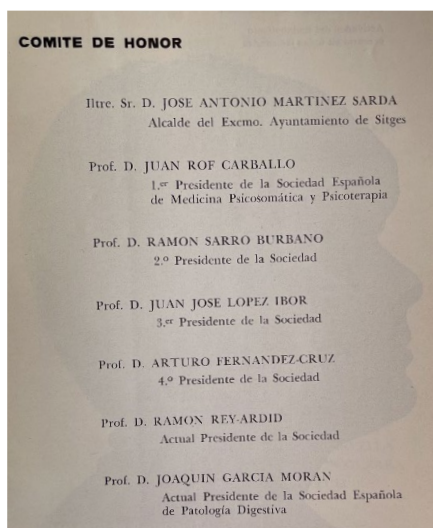


Figura 1. Los Cinco Primeros Presidentes. Comité de Honor de la Reunión Conjunta de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y la Sociedad Española de Patología Digestiva en Sitges, 1963.

Al día de hoy, resueltos otros detalles administrativos gracias a la incansable y eficaz labor del actual Secretario General Dr. Luis Hernández Herrero, la SEMP satisface todas sus obligaciones como sociedad científica no gubernamental sin ánimo de lucro, con un congreso y una asamblea general anuales, una elección bi-anual de Vice-Junta y la toma de posesión como Junta Directiva de la vicejunta elegida en el bienio anterior.

No entraré más en los detalles de nuestra historia, labor a la que ha dedicado un loable esfuerzo nuestro presidente anterior, Dr. Fernando Martínez-Pintor, a quien animo a continuar este esfuerzo, con la cooperación, ya ofrecida, de Dr. Francisco Vaquero Cajal y de todos aquellos que quieran unirse a ellos.

Continuaré con mi agradecimiento al Prof. Celso Arango, Miembro de Honor de la SEMP y Miembro de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, que ha puesto a nuestra disposición las excelentes estructuras del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Gregorio Marañón como sede del 50 Congreso, celebrado los días 3 y 4 de noviembre de 2023 bajo el Alto Patrocinio de Su Majestad la Reina de España.

Abierta a las realidades sociales más urgentes y actuales, y en honor a los más altos intereses de la sede que nos acoge, la SEMP dedicó la primera jornada del Congreso a las nuevas y alarmantes patologías del adolescente, cuyas implicaciones desbordan el terreno psicosomático estricto



Figura 2. El Segundo Presidente, Prof. Ramón Sarro, y un futuro presidente, Prof. González de Rivera, Barcelona, 1978.



Figura 3. La Reina de España, Excmo. Sr. Celso Arango, Prof. González de Rivera, Ilmo Sr. Decano-Presidente del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid José Antonio Luengo Latorre.

para incidir en el más amplio de la identidad psicosexual y la integridad somática.

Desde otro ángulo, las elegantes investigaciones del psicólogo Roberto Agudo Romo desvelan un factor oculto en el rampante fracaso escolar, que no es ni la archirrepetida confusión de los planes docentes ni la falta de motivación de los alumnos, sino sutiles – y no tan sutiles- disfunciones psicopatológicas.

El ser humano, de cualquier edad, vive en un entorno social del cual se nutre y al cual se adapta. Cuando, como ocurre en nuestros días, este entorno excede niveles tolerables

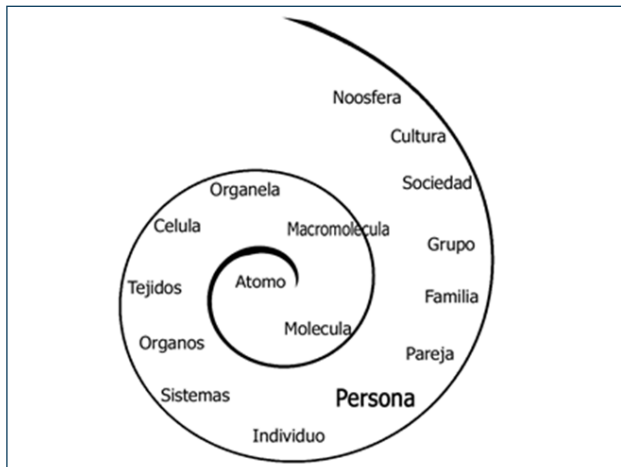
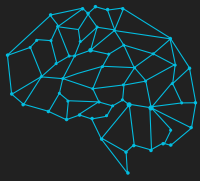


Figura 4. Niveles de organización de la experiencia humana. La persona es el núcleo central de la experiencia humana, que se extiende desde el subsistema de partículas subatómicas hasta suprasistemas que van más allá de la noosfera. Todos estos niveles influyen en el fenómeno humano, y son influidos por él. ©JLG de Rivera, Síndromes de Estrés, Editorial Síntesis, Madrid, 2010, pág. 67

de anomia, es inevitable el fallo de otras dinámicas, desde la más básica energía mitocondrial hasta la más elevada trascendencia espiritual.

De las consideraciones de Celso Arango y de Roberto Aguado sobre el primer extremo etario pasamos a las de Francisco Vaz Leal sobre las del último, con su magistral exposición de la Psicología de la Soledad, epidemia creciente en una sociedad de familias en creciente desintegración.

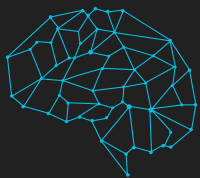
Cada ser humano es la encarnación temporal e irrepetible de tres grandes abstracciones, la social, la psíquica y la biológica, a las que mis admirados Drs. Angel y Manuel Álvarez gustan de añadir la espiritual. *La psicología es la disciplina que trata de integrar estos tres modos de abstracción, esto es, los fenómenos fisiológicos, psicológicos y sociales.* Llevada a la práctica, la tarea psicológica se expresa de tres maneras diferentes: La primera, como una filosofía, un esfuerzo por conceptualizar al Hombre global, y, en concreto, un movimiento, el Movimiento Psicológico en Medicina, una forma de ejercer - que se extiende ya a otras disciplinas sanitarias - que tiene en cuenta los aspectos sociales y psicológicos, además de los somáticos, en el diagnóstico y tratamiento de toda enfermedad. La segunda, como una ciencia experimental que investiga

las interacciones entre procesos biológicos, psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad. Finalmente, la tercera, como una especialización clínica en aquellas patologías médicas en las que las dinámicas psicológicas juegan un papel predominante. Veremos cómo estos tres aspectos, que constituyen lo que he denominado los Tres Polos de la Psicología, están presentes en nuestra Sociedad y en el Congreso.

EL PRIMER POLO

Desde sus comienzos, la SEMP protagoniza el enfoque humanista en medicina, una de cuyas acepciones es la de comportarse de manera humana, acepción que no parece tener en cuenta que la crueldad y la estupidez son dos cualidades mucho mejor repartidas en la especie humana que entre los demás animales. Más acertado es entenderlo como admonición a no comportarnos como una máquina, cosa relativamente fácil hoy en día gracias a los protocolos, las guías diagnósticas y la informatización. Estamos hablando, ya claramente, de la relación médico-enfermo, esa particular interacción que, en el magistral concepto de Lain Entralgo, no es ni íntima ni transaccional, sino ambas y ninguna de ellas, quasi-diádica, como él la llama. Prácticamente todos los participantes muestran, de manera más o menos implícita, su adhesión a esta acepción, destacando la contribución de Jesús Monforte Porto y Alberto de Vega a la extensión del compromiso humanizador al cuidado del paciente con delirium y sus familiares en Atención Primaria.

El énfasis, ciertamente necesario, en las necesidades del paciente no debe hacernos obviar las necesidades del médico, parte olvidada y esencial de la ecuación. Bajo la experta moderación de la Dra. María Dolores Crespo Hervás, eficaz impulsora del Programa de Atención al Médico Enfermo del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, los Drs. Sánchez Arcilla, José Carlos Mingote y Luis Hernández Herrero abordan de manera magistral la creciente problemática del *burnout* o síndrome de desgaste profesional en los sanitarios, aunque no dedican suficiente atención al paralelo síndrome de acoso institucional, a mi parecer quizá aún más importante y descuidado. Recuerdo el genial comentario de pasillo de Carlos Mingote, *"La mejor manera de prevenir el suicidio de los enfermos es prevenir el suicidio de los médicos"*, cuyo espíritu me gusta ampliar diciendo que *"La mejor manera de humanizar la relación médico-enfermo es humanizar la relación gestor-médico"*.



En un tono menor, pero no menos importante, aprovecho para incidir en un pequeñísimo detalle cuyas repercusiones en la relación con el paciente estimo habrán de ser enormes: Desde la introducción de la Historia Clínica Informatizada se ha vuelto habitual hacer la anamnesis mirando al teclado y a la pantalla, con sólo fugaces atisbos del rostro del paciente. Ciertamente éstos ya parecen acostumbrados, aceptando esta falta de contacto como una servidumbre más de su médico a las imposiciones del sistema, pero todos agradecen que les miren a la cara cuando hablan. Me asombra que, entre toda la docta riqueza de guías, prontuarios y seminarios al respecto, ningún experto en humanizaciones haya caído en la cuenta de este asunto práctico, que tiene, por otra parte, fácil solución.

Cada letra tiene una forma y un sonido y, para quien sabe mecanografía, también un movimiento de dedo. Quien añade esta representación psicomotriz a la visual y la auditiva puede tomar la historia clínica mirando al paciente, aunque luego tenga que corregir alguna trasposición de letras, inconveniente que se va reduciendo con la práctica. Animo a quien lea esto a buscar algún tutorial en youtube y hacer la prueba; aunque parece difícil al principio, bastan 20 minutos diarios durante tres semanas para hacerse un experto, lo cual, además de mejorar la relación médico-enfermo, ampliará las funciones cognitivas del médico.

La otra acepción de Humanismo Médico se refiere a la formación del médico en las clásicamente llamadas Humanidades, es decir, en disciplinas tales como la historia, la literatura y las artes en general. Viene aquí a cuento la conocida frase del médico español José de Letamendi, "*Quien sólo sabe de medicina, ni de medicina sabe*", y también la cita de Edmundo Pellegrino "*La Medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades*".

No escasean en la SEMP los médicos humanistas, empezando por su primer presidente, a cuya vida y obra dedican todo un simposio los Drs. Fernando Martínez Pintor, Ángel Álvarez Fernández y Manuel Álvarez Romero - ellos mismos destacados humanistas - con ocasión de la presentación del libro *Juan Rof Carballo: Médico, Psicólogo, Antropólogo*, editado por el Prof. Antonio Piñas Mesa.

No se quedan a la zaga los siguientes presidentes del Quinteto Inicial: tanto Sarró, como Fernández-Cruz y López-Ibor nos han dejado destacada obra literaria y antropológica, a la que Rey Ardid añade, además, tratados sobre ajedrez, arte del fue campeón nacional. Más cercano a nosotros, Francisco

Vaz Leal, cuyas investigaciones científicas en Psicosomática podrían alejarnos de sospechas humanistas, es autor de novelas de impactante realismo mágico, obras que han merecido su reciente ingreso como numerario de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas.

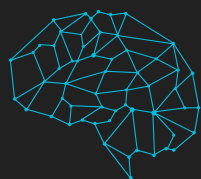
Sé que me dejo mucha gente; espero que me perdonen y que reaccionen creativamente, gestando actividades sobre Humanidades en Medicina en el seno de la SEMP. Es fácil que todos los médicos estén de acuerdo sobre la pertinencia de saber, por ejemplo, el diámetro del eritrocito, pero me temo que quizá ya no tantos lo estén sobre la de conocer los mitos griegos o las obras maestras de la literatura.

EL SEGUNDO POLO

Con el título "El Misterioso Salto de la Mente al Cuerpo" editó Felix Deutsch hace muchos años un tratado que intenta desvelar este misterio, llegando, entre otras, a la interesante conclusión de que no existe tal salto, sino que mente y cuerpo son dos abstracciones de la misma substancia, cuyas funciones se expresan de manera diferente y se estudian con métodos e instrumentos diferentes. La figura 4 representa de manera visual este concepto, que podemos expresar diciendo que tanto como la trascendencia forman parte de la unidad psicosomática.

A falta de tratados sobre Bioquímica Psicosomática y Espiritualidad Psicosomática (estoy seguro de que los Drs. Manuel Álvarez y Jose Ignacio del Pino tienen este último en preparación) hemos de contentarnos con el estudio de lo que he llamado los Mecanismos Intermedios en Psicosomática, esto es, las interacciones entre procesos somáticos, psicológicos y sociales detectables y medibles con los métodos y técnicas de que disponemos. Definiremos así la Psicosomática, puestos en plan académico, como "Ciencia experimental integrativa, cuyo objeto es la investigación de las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos sociales, psicológicos y biológicos tanto en la salud como en la enfermedad, tal y como son influidos por el medio ambiente físico y humano".

El interés por el segundo polo psicosomático se inicia con los estudios sobre el estrés de Hans Selye y sobre la respuesta psicofisiológica de lucha-huida de Walter Cannon, temas sorprendentemente ausentes en este congreso. Si que estuvieron largamente representados en reuniones anteriores, la más reciente el simposio monográfico de 2021 en Badajoz sobre Neurociencias y Psicosomática y la más antigua en el Curso sobre Psiconeuroendocrinología, presidido por el



Prof. Arturo Fernández-Cruz en 1978 y coordinado por los Drs. Antonio Vela-Bueno, neuropsiquiatra, Aniceto Charro, endocrinólogo, y Luis de Rivera, internista y psiquiatra.

También de esta época es el primer tratado español de Psiconeuroendocrinología, que incluye los entonces recientes descubrimientos en psiconeuroinmunología, magistralmente expuestos por el Prof. Antonio Portolés, a la sazón Director del Instituto Jaime Ferrán del Consejo Superior de Investigaciones Científicas – CSIC. Por cortesía de los editores, este libro ha sido donado a la SEMP y distribuido entre los socios, así que, si alguien no tiene su ejemplar, puede solicitarlo a la secretaria general. Los mecanismos intermedios en psicosomática pudieran también llamarse Psiconeuroendocrinoinmunología, sinónimo algo largo, y además, como veremos a continuación, parcial.

Singular interés tiene la conferencia del Prof. Antonio Bulbena, descubridor de un nuevo paradigma en medicina psicosomática, que él denomina el Fenotipo Neuro-Conectivo. Basándose en sus estudios pioneros sobre la psicopatología asociada a la laxitud articular, Bulbena ha ido ampliando el manido concepto de la relación mente-neurona hacia la comprensión de una más difusa relación entre el sistema conectivo general y el funcionamiento mental. Pocos discutirán que "la mente está en el cerebro", pero a muchos sorprenderá Bulbena cuando dice que también está en el colágeno. Como ocurre con frecuencia entre nosotros, sus estudios son más conocidos en otros países, a través de sus cursos en Oxford y en la Salpêtrière que en España. No importa, el momento llega siempre.

Desde otro ángulo, y siguiendo un camino inverso, el Prof. Angel Oliva Pascual-Vaca, fisioterapeuta y director del departamento de fisioterapia de la Universidad de Sevilla, revela su trabajo sobre las respuestas psicoterapéuticas inducidas por la manipulación muscular articular, descubrimientos que me recuerdan los sorprendentes resultados de Ida Rolf en el tratamiento del estrés traumático con su método de masaje en el antiguo Instituto Esalen de California. Ciertamente que ambos, Bulbena y Oliva, al introducir el sistema conectivo y el muscular en la psicosomática científica, estrenan un nuevo paradigma, al que nadie se atreverá a llamar Psiconeuroendocrinoinmunoconectivomuscular, aunque podría hacerlo.

EL TERCER POLO

Los conocimientos, las habilidades y las actitudes adquiridas a través de los polos Primero y Segundo han ido configurando una especialización clínica centrada en trastornos

PSICOSOMATOLOGIA

- Patología Funcional (colon irritable, cefalea...)
- Manifestaciones fisiológicas de patología afectiva (fatiga, palpitaciones, hiperventilación...)
- Factores psicológicos predisponen, precipitan, mantienen o agravan (cardiopatía isquémica, hipertensión, asma, epilepsia temporal...)
- Condiciones quirúrgicas (cirugía cosmética, depresión postoperatoria...)
- Condiciones gineco-obstétricas (amenorrea psicógena, dispareunia y disorgasmia, infertilidad...)

JLG de Rivera

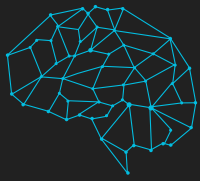
Figura 5. Patologías en cuya génesis, mantenimiento o resolución juegan importante papel los factores psicológicos.

médicos en cuya génesis, mantenimiento o resolución juegan importante papel los factores psicológicos.

En una comunicación personal, el Dr. José Ignacio del Pino ha sugerido llamar "psicosomatología" a esta subespecialidad, término que acepto sin más, abierto al necesario debate en futuras reuniones de la SEMP. La expresión "trastorno médico" no tiene pretensiones nosológicas y denota simplemente la opinión del paciente y, en un primer momento, la del médico no psiquiatra que le atiende.

Las secciones de interconsulta y enlace de los servicios de psiquiatría, que fueron hace un siglo el motor del movimiento psicosomático en el Hospital General, han de cumplir ahora una doble función: por un lado, continuar atendiendo los trastornos y complicaciones psiquiátricas que se presenten en pacientes primariamente atendidos por otros especialistas y, por otro, difundir el conocimiento e interés por la psicosomatología.

Aunque, por la naturaleza de las patologías a las que se dedica, la práctica del psicosomatólogo es predominantemente ambulatoria, la unidad psicosomática del servicio de psiquiatría sigue siendo el núcleo fundamental de su formación y actividad investigadora. Bajo su influencia, muchos psicólogos clínicos han descubierto su interés por la psicosomática, lo cual se refleja, entre otras cosas, en su incorporación en número creciente a la SEMP. No fue casual que el Decano-Presidente del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid participara en la inauguración del 50 Congreso.



¿Qué saben los psicopsomatólogos?

1. Los mecanismos intermedios que transforman experiencias, pensamientos y sentimientos en modificaciones funcionales y estructurales.
2. Los efectos de diferentes estrategias mentales sobre la actividad neurovegetativa y endocrina
3. El proceso continuo emoción – sentimiento – opinión.
4. Diagnóstico y tratamientos de la patología psicopsomática.

JLG de Rivera

Figura 6. Temas específicos en la formación del psicopsomatólogo.

PSICOTERAPIA PSICOSOMÁTICA

- PRINCIPIOS COMUNES
- ENTRENAMIENTO FUNCIONES MENTALES
 - ATENCIÓN
 - PROPIOCEPCIÓN / INTEROCEPCIÓN
- REGULACIÓN NEUROVEGETATIVA
- NUEVOS MECANISMOS PSICOFISIOLÓGICOS que sustituyen a las respuestas automáticas, inconscientes e involuntarias que desregulan el funcionamiento psicopsomático óptimo.

JLG de Rivera

Figura 7. Elementos de la Psicoterapia Psicopsomática.

Además de una buena formación en su disciplina de base, el psicopsomatólogo ha de poseer un buen conocimiento bidireccional de los mecanismos intermedios – segundo polo- y del misterioso proceso que transforma la emoción en sentimientos y estos en evaluaciones cognitivas del entorno y de sí mismo.

Obviamente, la psicoterapia es la herramienta príncipes del psicopsomatólogo, sin descuidar las intervenciones farmacológicas adecuadas. Todos los métodos conocidos son de utilidad, dependiendo más de la habilidad del terapeuta que de su adhesión rígida a purezas dogmáticas; algunos rasgos de su personalidad correlacionan más con su eficacia terapéutica que la técnica específica que aplique.

En la mesa de Nuevos Paradigmas en Psicopsomática se discute en este congreso el enfoque psicopsomático en psicoterapia, que, respetando los principios comunes y la importancia de educar y potenciar la personalidad terapéutica, introduce novedosos elementos específicos.

Finalmente, *last but not least*, es necesario expresar nuestro reconocimiento a dos importantes artífices de este 50 Congreso, el Dr. Carlos Mur de Viú Bernard y el Dr. Ricardo Campos Ródenas, organizadores de sendas mesas fundamentales.

El insomnio es una complicación, y a veces también una causa, de los trastornos médicos funcionales, un tema magistralmente tratado por Dr. Carlos Mur, que nos puso al día de los más relevantes avances farmacológicos en este difícil



Figura 8. El prof Gonzalez de Rivera entrega el premio a la mejor comunicación al Dr. Carlos Chiclana.

problema. Por su parte, el Dr. Ricardo Campos, organizador de la mesa Nuevas Estrategias en Psicofarmacología, nos trajo una novedad que es el retorno de prometedores tratamientos abandonados hace cincuenta años por consideraciones más políticas que clínicas.

Ana Gonzalez-Pinto Arrillaga, Catedrática de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco, en la exposición de su experiencia con la eficacia de la esketamina en la depresión, nos recordó el olvidado principio de que, a veces, la

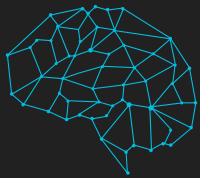


Figura 9. Organizadores y ponentes del 50 Congreso, los últimos en salir, cansados pero felices.

desorganización del mundo interno puede ser un paso necesario para una reorganización más coherente y saludable. *Post tenebras, lux*. En vena similar, Víctor Pérez Sola, jefe de unidad en el servicio de psiquiatría del Hospital Santa Creu y Sant Pau de Barcelona, amplió las indicaciones de los psicodislépticos, que de drogas perseguidas – y deben seguir siéndolo cuando no están indicadas – han pasado a ser una esperanza en patologías resistentes al tratamiento. *Nada hay tan malo que no pueda ser utilizado para bien*, dijo Shakespeare.

Las contribuciones a este 50 Congreso son muchas y poco es el espacio para hacerlas justicia a todas. Si que cabe reconocer el meritorio esfuerzo de tantos jóvenes investigadores que en él participaron y, justo es decirlo, el de la SEMP al institucionalizar un sustancioso premio a la mejor comunicación y al mejor poster. Tras larga deliberación, hecha difícil por la alta calidad de los trabajos, resultaron ganadores el Dr. Carlos Chiclana y sus colaboradores en la primera modalidad y la Dra. Alba Palazón y los suyos en la segunda. Va aquí de nuevo mi enhorabuena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arango, C. El presente y el futuro de la Salud Mental pasa indefectiblemente por la Prevención Primaria. Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 2023.
2. Aguado, R. (cita Psiquiatría Psicosom) Vaz Leal, F. Lain Entralgo, P. La Relación Médico-Enfermo. Madrid, Revista de Occidente, 1964.
3. Sanchez-Arcilla Mingote, C Hernández, L González de Rivera, L. El Síndrome de Acoso Institucional. Diario Médico, 18 julio 2000.
4. Pellegri, E., citado y comentado en: Castellano-Arroyo M. La medicina ciencia y arte, siempre junto al enfermo. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España, 2020, 137(03):309-314. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.03.rev07>.
5. Piñas-Mesa, A y Poveda, B (Eds): Juan Rof Carballo: Medicina, Psicología, Antropología. Dykinson, Madrid, 2023.
6. Vaz Leal, F. Nada más le pido al mar. Del Oeste Ediciones, Barcelona, 2010.
7. Deutsch, F. On the mysterious leap From the Mind to the Body. International Universities Press, New York, 1959.
8. Gonzalez de Rivera, J.L. Homeostasis, Alostasis y Adaptación. En: J. Guimón (Ed.), Crisis y Contención. Eneida Madrid 2008. Pág. 31-37.
9. De Rivera, L. Síndromes de Estrés, Editorial Síntesis, Madrid, 2010.
10. De Rivera, L. Psiconeuroendocrinología, Inteva, Madrid, 1981.
11. Bulbena, A Oliva, A Gonzalez de Rivera, J.L. Moreau, D. La Consulta psiquiátrica interdepartamental en el hospital general. Revista Española de Psicoterapia Analítica, 1975; 7: 35-44.
12. De Rivera, L. Psicoterapias y psicoterapeutas. Psiquis, 1982, 3:112-114,

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280900>



“PERFIL DE LAS HOSPITALIZACIONES EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES MENTALES EN ESPAÑA EN LAS DOS ÚLTIMAS DÉCADAS”

Carlos Chiclana Actis^{1,4}, Vicente Soriano¹, José Manuel Ramos², María Inés López Ibor^{1,3}, Manuel Faraco^{1,5}, Joaquín González-Cabrera¹, Eduardo González-Fraile¹, Gemma Mestre-Bach¹, Hector Pinargoté⁶, Manuel Corpas^{1,7}, Lucía Gallego^{1,3}, Octavio Corral¹, Hillario Blasco-Fontecilla¹

¹Universidad Internacional de La Rioja, UNIR-itei & Health Sciences School, Madrid, Spain; ²School of Medicine, Universidad Miguel Hernández, Alicante, Spain; ³Universidad Complutense, Madrid, Spain; ⁴Consulta Dr. Carlos Chiclana, Madrid, Spain; ⁵Centro Adalmed, Madrid, Spain; ⁶Dr. Balmis University General Hospital, Alicante, Spain; ⁷Westminster University, London, UK.

Palabras clave: Adolescente, Ingreso hospitalario, Salud mental, Prevención

Keywords: Adolescent, Hospital admission, Mental health, Prevention

Introducción. Los trastornos mentales representan una carga sanitaria creciente en todo el mundo. Caracterizar su espectro y las tendencias a lo largo del tiempo en los adolescentes debería influir en las políticas educativas y apoyar las estrategias preventivas en las escuelas.

Metodología. Examinamos retrospectivamente (200-2021) todas las hospitalizaciones en España en adolescentes de 11 a 18 años, incluyendo las enfermedades mentales como diagnóstico utilizando el Registro Nacional de Altas Hospitalarias de España.

Resultados. Se produjeron 2.015.589 hospitalizaciones en adolescentes. 118.609 (5,9%) debidas a trastornos mentales, 55,1 en mujeres. La tasa de diagnósticos psiquiátricos aumentó del 3,9% en 2000 al 9,5% en 2021. Los adolescentes de más edad presentaban enfermedades mentales con mayor frecuencia que los más jóvenes (3,8% a los 11 y 23% a los 18 años). La estancia media hospitalaria fue de 10,6 días. La mortalidad hospitalaria media fue del 0,24%. Tras el primer año de la pandemia COVID-19 aumentaron un 51% en 2021.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos por uso de sustancias (TUS) (40%), trastornos de la alimentación (TA) (15%), ansiedad (13%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (9%), depresión (8%), esquizofrenia/psicosis (6%), trastornos del espectro autista (TEA) (6%), trastornos del sueño (3%), comportamiento suicida (2%) y trastornos sexuales (1%). El número de ingresos se multipli-

có por más de 10 en el TDAH, la depresión y los trastornos sexuales.

Se observaron diferencias en cuanto al sexo, con predominio de las chicas para ansiedad, depresión, intento de suicidio y TA y en los chicos de TUS, TDAH, psicosis, esquizofrenia y TEA. El comportamiento suicida y el sexo masculino fueron predictores independientes de muerte intrahospitalaria en el análisis multivariante.

Discusión y conclusiones. Existe una crisis creciente de salud mental entre los adolescentes en España. Se ha producido un aumento constante desde el inicio del milenio, más evidente tras la pandemia. Las estrategias de prevención primaria deben adaptarse a los nuevos perfiles de trastornos mentales en adolescentes.

ESTA PONENCIA RECIBIÓ EL PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL EN EL 50 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MADRID NOVIEMBRE DE 2023

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum280907>

RASGOS DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA COMO PREDICTORES DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA Y CRAVING A COCAÍNA

Palazón Llecha A^{1,2}, Trujols J^{1,3}, Madre M¹, Batlle F¹, Duran-Sindreu S^{1,3}, Mallorquí-Bagué N²

¹ Unidad de Conductas Adictivas, Departamento de Psiquiatría Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Instituto de Investigación Sant Pau; ² Departamento de Psicología, Universitat de Girona; ³ Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

Palabras clave: Personalidad, Psicopatología, Abstinencia, Craving, Cocaína, Predictores

Keywords: Personality, Psychopathology, Abstinence, Craving, Cocaine, Predictors

Introducción. El trastorno por consumo de cocaína suele cursar con síntomas de abstinencia tras el cese del consumo, alteraciones funcionales, craving y psicopatología comórbida.



da. El objetivo del presente estudio es explorar si los rasgos de personalidad y psicopatología predicen la presencia de craving y síntomas de abstinencia.

Metodología. 63 participantes ($M=42,49$ años; $DT=8,47$) hospitalizados para desintoxicación de cocaína en la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona completaron una evaluación al inicio del tratamiento. Esta incluye: psicopatología (SCL-90-R), sintomatología depresiva (BDI), rasgos de personalidad (SC-SR), severidad del craving (WCS) y severidad de los síntomas de abstinencia de cocaína (CSSA). Se realizaron análisis bivariados mediante el cálculo de coeficiente de correlación de Pearson y, seguidamente, sendos análisis de regresión lineal múltiple para lograr el objetivo.

Resultados. La sensibilidad al castigo (SC) correlacionó significativamente con WCS ($r=.259$; $p=.046$). Además, SCL-90-R_GSI correlacionó significativamente con CSSA ($r=.374$; $p=.009$) y con WCS ($r=.351$; $p=.012$), mientras que el BDI lo hizo con CSSA ($r=.503$; $p<.001$) y WCS ($r=.430$; $p=.001$). Finalmente, la sensibilidad a la Recompensa (SR) y BDI predijeron CSSA ($R^2=.278$; $F(2,44)=8,48$; $p=.001$), al igual que BDI predijo WCS ($R^2=.212$; $F(1,48)=12,88$; $p=.001$).

Discusión y conclusiones. La SR y la sintomatología depresiva predicen los síntomas de abstinencia a la cocaína, mientras que la sintomatología depresiva predice la severidad del craving. Existe la necesidad de abordar la presencia de psicopatología y rasgos de personalidad, como la SR, durante el tratamiento de desintoxicación mediante la terapia cognitivo-conductual, puesto que es la que presenta mayor eficacia para obtener una mejora global de la adicción a la cocaína.

ESTA COMUNICACIÓN RECIBIÓ EL PREMIO AL MEJOR POSTER DEL 50 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MADRID NOVIEMBRE DE 2023

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum280906>

RELACIÓN ENTRE FRACASO ESCOLAR Y LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. PSICOPATOLOGÍA EN LA ESCUELA POSTPANDEMIA

¹Roberto Aguado Romo, ²Aritz Anasagasti Undabarrena, ³Manuela Martínez-Lorca, ³Alberto Martínez-Lorca

¹Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado . ²Emotional Network. ³Universidad de Castilla la Mancha

Palabras clave: Fracaso escolar, Trastorno psicológico, Convivencia, Intervención docente.

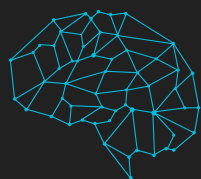
Keywords: School failure, Psychological disorder, Coexistence, Teacher intervention

ABSTRACT

Estudios prepandémicos (Unicef, 2019; OMS, 2019) indican que, entre los 6 y 16 años, el 20,8 % padece un trastorno psicológico en España, siendo de un 19% el fracaso escolar (EPA, 2022). Aunque sea solo a nivel observacional podemos señalar que los alumnos que sufren fracaso escolar y/o trastorno psicológico son similares en porcentaje, por ello queremos evaluar si existe alguna asociación entre ambas variables.

El estudio de la psicopatología de la infancia y la adolescencia está siendo estudiada de forma exhaustiva en los últimos años (Aláez et al., 2000; Benítez-Ortega et col., 2022), sin embargo, el porcentaje de alumnos con trastornos mentales no tiene prácticamente estudio. La proliferación de los trastornos disruptivos, desafiantes y negativistas es prácticamente una epidemia en esta última década, suponiendo entre un 30 y un 50 % de las consultas pediátricas que se realizan con niños y adolescentes (Rodríguez, 2017), siendo muy alta la comorbilidad que existe entre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el Trastorno explosivo intermitente (TEI), el Trastorno de la conducta disruptiva (TCD) y el Trastorno negativista desafiante (TND), todos ellos muy relacionados con un fondo psíquico que puede estar determinado por un Trastorno depresivo (Demontis, et al., 2021).

Partimos de la réplica de la investigación ya publicada en el número 15 de la revista Educar y Orientar (Aguado, et al., 2021). El estudio actual se refiere a la recogida de datos, desde abril del 2020 hasta noviembre de 2022, de 298 docentes,



repartidos por etapas de la siguiente manera: 72 de infantil (24,3%), 66 de primaria (22,1%), 82 de secundaria (27,5%), 78 de bachiller y FP (26,1%), que representan a 18 centros educativos: 12 del País Vasco, 3 de Jaén, 1 de Madrid, 1 de Pamplona y 1 de Murcia, de los cuales 10 son concertados, 7 públicos y 2 privados.

Las conclusiones son que 87,7 % de los alumnos que tienen un diagnóstico de trastorno psicológico sufren de fracaso escolar. Estos datos son solo descriptivos, pero nos indica la necesidad de seguir esta línea de investigación ya que hay en la escuela un número muy alto de alumnos que no tienen diagnóstico, ya que no se ha hecho un estudio psicológico específico, y sí que sufren de fracaso escolar, por lo que nos hacemos la pregunta si la solución al fracaso escolar es solo de índole académico y/o necesita de intervención sanitaria.

Correo correspondencia: raguado@robertoaguado.com

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280901>

EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN MUJERES ATLETAS: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Elena Vico-Moreno¹, Juan Carlos Fernández-Domínguez^{1,2}, Elisa Bosch-Donate¹, Ángel Oliva-Pascual-Vaca³, Andreu Sastre-Munar¹, Natalia Romero-Franco^{1,2}

¹Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares, E-07122, Palma de Mallorca, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears, IdISBa, E-07120, Palma de Mallorca, España. ³Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBiS. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. E-41013, Sevilla, España.

Palabras clave: Dolor pélvico crónico; Mujeres atletas; Práctica deportiva.

Keywords: Chronic pelvic pain; Female athletes; Sport practice.

Introducción: El dolor en las mujeres deportistas ha sido poco explorado, siendo frecuente extrapolar resultados hallados en hombres o sin muestra representativa de mujeres. Si consideramos el cuidado del suelo pélvico, la literatura científica es aún más escasa, siendo desconocida la prevalencia del dolor relacionado con estas estructuras y su relación con

la práctica deportiva. El objetivo fue explorar la prevalencia de dolor pélvico crónico en mujeres atletas y su relación con la práctica deportiva.

Metodología: Durante la temporada 2023, las mujeres con licencia federativa en atletismo en España y más de 18 años fueron invitadas a través de sus federaciones regionales, clubes y/o grupos de entrenamiento a responder un cuestionario online. El cuestionario contenía preguntas sobre datos personales (edad), deportivos (experiencia deportiva, modalidad atlética, horas de entrenamiento y descanso semanal) y presencia de dolor (crónico o persistente en estructuras del interior de la pelvis - entre final de columna lumbar/ombiligo e inicio de extremidades inferiores).

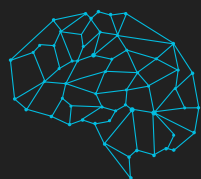
Resultados: 240 atletas contestaron al cuestionario, de las que 102 (42.5%) afirmaron tener dolor: el 20.8% rara vez, 13.8% algunas veces, 5.8% frecuentemente y 2.1% tenían dolor siempre. El análisis de varianza mostró que las atletas con dolor, tenían menos sesiones de descanso semanal (2.1 vs 1.7 sesiones, $p = 0.050$) comparado con las que no tenían dolor. No se encontraron diferencias en base al resto de características deportivas ($p > 0.05$).

Discusión y conclusiones: Más del 40% de las mujeres atletas afirman tener dolor crónico en las estructuras del interior de la pelvis. Aunque la prevalencia de dolor no mostró relación con las horas de entrenamiento semanal, los años de experiencia deportiva o la modalidad atlética, sí podría estar relacionado con menor descanso semanal. Estudios futuros deben explorar las características del dolor pélvico crónico en atletas, empleando herramientas completas validadas para ello.

Actitud es un proyecto de investigación, financiado por el Consejo Superior de Deportes en la convocatoria de Ayudas para Proyectos de Investigación en Ciencia y Tecnología aplicada a la Actividad Física Beneficiosa para la Salud (AFBS) y la Medicina Deportiva", con cargo a los fondos europeos (NextGenerationEU) del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia» para el año 2022 (ref: EXP_74607).

Correo de correspondencia: natalia.romero@uib.es

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280902>



¿Y LA NEUROMODULACIÓN PARA CUÁNDO...? REVISIÓN DE LOS ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE CON TOC RESISTENTE; A PROPÓSITO DE UN CASO

Benítez Sánchez, Elena Inmaculada¹; Montesinos Almarcha, Lorena²; Vega Lucio, Nerea²

¹Médico Interno Residente de 3º año; CHUB. ²Médico Interno Residente de 4º año; CHUB

Keywords: Treatment-resistant. Obsessive-compulsive disorder. Neuro-modulation. Deep brain stimulation. Transcranial magnetic stimulation

Palabras clave: Resistencia al tratamiento. Trastorno obsesivo compulsivo. Neuromodulación. Estimulación cerebral profunda. Estimulación magnética transcraneal

Introducción. El *trastorno obsesivo compulsivo (TOC)* es una *patología que se acompaña de un importante deterioro en la funcionalidad y de la dinámica familiar*, y que además conlleva un elevado riesgo suicida. Se habla de *TOC resistente cuando no hay respuesta al tratamiento tras dos intentos con ISRS durante 12 semanas a dosis terapéuticas*. Las principales estrategias de manejo clínico en estos casos son la optimización y la potenciación, pero en los TOC refractarios hay otras opciones, entre las que destacan los procesos de neuromodulación, como la estimulación magnética transcraneal (EMT) o la estimulación cerebral profunda (ECP), que mantienen unas perspectivas favorables en la efectividad. A pesar de ello, hay algunos problemas para su uso por la dificultad de ubicarlos en el algoritmo de tratamiento.

Metodología. Se ha realizado una *revisión bibliográfica sistemática del trastorno obsesivo compulsivo resistente y de los algoritmos actuales del tratamiento en diversos buscadores bibliográficos*, entre los que se encuentran *UpToDate, Web of Science, Cochrane y PubMed*. Se han utilizado como palabras claves: "deep brain stimulation", "DBS", "obsessive-compulsive disorder", "TMS", "TOC", "TOC & EMT". Se describe, además, un caso de TOC resistente que podría ser subsidiario de estas técnicas si estuvieran más protocolizadas en su uso.

Resultados. Se aprecia en los diferentes buscadores bibliográficos *un incremento del número de artículos presentes en relación con este tema, especialmente durante el periodo 2022-2023*. En general, se aprecia que *diferentes técnicas de estimulación podrían ser efectivas*, sobre todo

en pacientes que no responden a abordajes psicoterapéuticos o psicofarmacológicos. La literatura indica que existe una buena evidencia sobre efectividad, especialmente con la EMT y la ECP.

Discusión y conclusiones. La *aparición de nuevas técnicas de neuromodulación está aportando una perspectiva diferente en cuanto a los abordajes clásicos en los TOC refractarios*. Son técnicas que, pese a generar resultados satisfactorios, con escasos efectos secundarios, tienden a infrautilizarse al no estar clarificados y estructurados en el algoritmo en cuanto al perfil de pacientes y a la temporalidad de su uso. La viñeta clínica propuesta ilustra estas circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA

13. Trastorno obsesivo-compulsivo resistente al tratamiento: manejo y alternativas terapéuticas [Internet]. *psiquiatria.com*. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/trastorno-obsesivo-compulsivo-resistente-al-tratamiento-manejo-y-alternativas-terapeuticas/>
14. Rapinesi, C., Kotzalidis, G. D., Ferracuti, S., Sani, G., Girardi, P., & Del Casale, A. (2019). Brain Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Systematic Review. *Current neuropharmacology*, 17(8), 787–807. <https://doi.org/10.2174/1570159X17666190409142555> (2).
15. Vázquez-Bourgon J., Martino J., Peña M., Ceberio J., Martínez M., Ocon R. et al. La estimulación cerebral profunda en el trastorno obsesivo-compulsivo refractario al tratamiento: una revisión sistemática. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental* 2019;12(1):37-51. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.00>

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280803>

BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS. HACIA UNA SOCIEDAD SANA

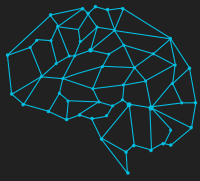
I. Sánchez-Arcilla Conejo¹

¹Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Palabras clave: Bournout, Trabajador sanitario, Salud mental, Calidad asistencial

Keywords: Bournout, Healthcare worker, Mental health, Quality of care

En el mes de mayo de 2019 el síndrome de desgaste profesional o burnout fue incluido en la clasificación internacional de enfermedades, CIE 11, como una entidad específicamente relacionada con las condiciones del trabajo.



El burnout en profesionales sanitarios está reconocido actualmente como una emergencia global en esta era postpandémica.

El agotamiento emocional supone un grave problema para la seguridad del trabajador y la calidad asistencial.

En España se estima según la bibliografía en un 40% la prevalencia sin diferencias significativas en medicina y enfermería.

El trabajo asistencial genera con frecuencia situaciones de estrés debido a las elevadas exigencias inherentes al mismo y a la exposición habitual a situaciones de alto impacto emocional.

El profesional afectado experimenta problemas de conducta, malestar psicológico y corporal, con repercusiones nocivas tanto para el propio trabajador como para los pacientes.

La concurrencia de circunstancias vitales adversas puede favorecer o acelerar el desgaste de los profesionales expuestos.

El factor más relevante es la frecuencia de exposición a la demanda emocional. Un segundo factor desencadenante tiene que ver con la frustración de las propias expectativas en torno al trabajo, como por ejemplo la burocratización de las tareas, consumiendo tiempo de lo que se considera el propósito nuclear o el contenido de su trabajo, la asistencia.

El desgaste profesional es un fenómeno progresivo. A veces se tiene la impresión de que el proceso ha sobrevenido de forma repentina, cuando en realidad estaba latente.

Los incidentes críticos, es decir episodios poco frecuentes, pero de elevada intensidad emocional, muchas veces suponen un punto de inflexión en la relación afectiva con el trabajo y la aparición del síndrome.

Las personas que tratan de evitar el desgaste sin cambios en su forma de trabajar suelen acusar el sobreesfuerzo.

El sobreesfuerzo mantenido y la continuada alerta psicofísica están en la base de cuadros depresivos graves e incluso de casos de suicidio, debiendo tener las profesiones sanitarias se encuentran a la cabeza de los casos de mortalidad por esta causa.

También son muy comunes los trastornos psicosomáticos, las afecciones cardiovasculares, los accidentes, y las bajas reiteradas.

Los trabajadores sanitarios necesitan apoyo para afrontar esta crisis global y se deben modificar las condiciones de trabajo asociadas con el agotamiento y la mala salud mental en los entornos de trabajo sanitarios.

Igual que se está haciendo en otros países, necesitamos impulsar en España actuaciones de las administraciones públicas en esta dirección.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280924>

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL BURNOUT

Luis Hernández Herrero¹

¹Médico Psicoterapeuta. Director de meditacion365.com. Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Secretario General de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática – SEMP

Palabras clave: Burnout, Estrés, Psicoterapia, Psicosomática, Autogenics 3.0, Entrenamiento Autógeno, Coherencia Cardíaca, Respiración en Calma - ReC, Sotai

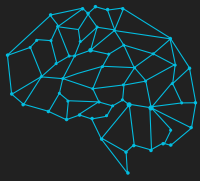
Keywords: Burnout, Stress, Psychotherapy, Psychosomatic, Autogenics 3.0, Autogenic Training, Cardiac Coherence, Calm Breathing - ReC, Sotai.

Email de referencia: luishhdm@gmail.com

Abstract. El autor comparte su experiencia de más de 40 años como médico y como especialista en medicina del trabajo, siempre interesado en facilitar a sus pacientes herramientas de gestión del estrés y del burnout, desgraciadamente tan prevalentes hoy en los profesionales de la salud.

Aborda la prevención y tratamiento del burnout, destacando su naturaleza como la última fase del estrés crónico del trabajador. Identifica tres circunstancias determinantes para el burnout en sanitarios: pacientes exigentes, compañeros desvinculados y, en especial, instituciones burocratizadas, alejadas de las necesidades reales de la atención sanitaria e incluso practicantes de mobbing institucional.

En medicina todo es prevención: tratar precozmente es prevención secundaria, promover la salud y evitar el mal es prevención primaria, la más eficiente. Es esencial la actitud preventiva frente al estrés y el burnout por parte de la sociedad, las instituciones y los propios sanitarios (tres estamentos constituidos por personas). La base de esta prevención es la cultura del autocuidado y el cuidado de los demás: el apoyo mutuo entre sanitarios, la responsabilidad institucional y la consideración de los pacientes hacia los profesionales de la salud.



El autocuidado se destaca como crucial, abarcando aspectos como alimentación, sueño, ejercicio, apoyo social, ocio, trabajo saludable y meditación. Se enfatiza la meditación como un antídoto efectivo contra el burnout pues, una vez aprendida la técnica, es el propio interesado quien la aplica para restaurar los daños a su salud psicosomática, así como para promover su salud. El autor presenta tres técnicas meditativas habituales en su práctica diaria con estos pacientes: Sotai (técnica corporal para facilitar al cerebro la corrección postural), Respiración en Calma (ReC) para entrar en Coherencia Cardíaca (CC) y Autogenics 3.0, técnica en tres niveles muy potente para la resolución de experiencias traumáticas, tan frecuentes en el burnout, pero también para movilizar la creatividad y aumentar las capacidades cerebrales.

Se resalta la CC como una técnica fácil y viralizable para modular el estrés, debido a su capacidad para equilibrar las dos ramas del Sistema Nervioso Autónomo (Simpático y Parasimpático), con rápida normalización del ritmo cardíaco y la tensión arterial, desarrollo del estado de calma y progresivos beneficios en todo el psicosoma.

El autor concluye con una breve práctica de ReC, donde muchos de los asistentes aprecian sus beneficios inmediatos.

En resumen, se propone un enfoque integral centrado en la prevención primaria, autocuidado y meditación para abordar el burnout en sanitarios.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280904>

PROPIOCEPCIÓN, SISTEMA VISCERAL Y SOMATIZACIÓN DEL ESTRÉS

Ángel Oliva Pascual-Vaca¹

¹Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBiS. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Escuela de Osteopatía de Madrid.

Palabras clave: Estrés, Dolor, Somatización de dolor por estrés, Sistema visceral

Keywords: Stress, Pain, Somatization of stress pain, Visceral system

El estrés es muy frecuente en los países desarrollados. El modo de vida favorece su aparición, y con frecuencia se acompaña de dolor. Habitualmente, dicho dolor se ubica en zonas como el raquis cervical, especialmente en la zona de

los trapecios superiores, la cabeza, y la columna lumbar. Hasta la fecha, no se conoce por qué el estrés se somatiza más frecuentemente en estas zonas y no en otras. Igualmente, no se han establecido de forma clara qué factores determinan que, ante situaciones de estrés, un sujeto sufra dolor y otro no. Por ejemplo, se conoce que las mujeres son más proclives a sufrir somatización de dolor por estrés, pero no están claros los motivos que subyacen a esta mayor prevalencia.

Si bien las zonas de Head, descritas por Sir Henry Head hace más de 130 años, ayudan a comprender este fenómeno, los recientes avances en neurofisiología del dolor visceral y sensibilización contribuyen considerablemente de cara a explicar todas estas cuestiones. El desarrollo del conocimiento de la innervación visceral, la anatomía del nervio vago y del nervio frénico, así como los trastornos propioceptivos y la capacidad sensibilizadora del cortisol, ofrecen explicaciones plausibles a la ubicación del dolor por estrés. En este sentido, estos avances en neurociencia dan soporte al uso de abordajes como el tratamiento visceral o el ejercicio físico para la prevención y el tratamiento del dolor y somatización del estrés.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280905>

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

José Carlos Mingote Adán

Psiquiatra. Expresidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, especializado en Psiquiatría Psicosomática o de Interconsulta y Enlace.

Palabras clave: Prevención del suicidio, Complejidad, Dificultades de predicción, Estrés del profesional por incertidumbre, Modelos integrales.

Keywords: Suicide prevention, Complexity, Prediction difficulties, Professional stress due to uncertainty, Integrative models

Las conductas suicidas son fenómenos complejos que se explican por la interacción compleja de factores biopsicológicos, socioeconómicos y culturales, la disponibilidad de medios, la inversión en salud pública y en salud mental, incluida la prevención de conductas de riesgo y de suicidio desde la infancia y a lo largo de todo el ciclo vital.

En nuestro país es necesario reducir el impacto de la conducta suicida, con incrementos anuales en muertes por



suicidio (INE 27-6-2023). La conducta suicida conduce a mayor probabilidad de psicopatología en el futuro y mayor gravedad de la misma. Asimismo, se asocia a altos niveles de discapacidad y pérdida de funcionalidad. Se deben emprender estrategias de prevención en P.G. (prevención universal), en poblaciones de colectivos sensibles (prevención selectiva) e individuos con factores de riesgo (prevención indicada). Se considera también decisiva la incorporación de estrategias de carácter multisectorial y multicomponente. Todos, todos los agentes sociales tenemos que estar implicados en la prevención del suicidio, un problema de salud pública. Aumentar la concienciación social debe ser prioritario para doblegar la curva de muertes por suicidio. Asimismo, programas generales contra factores de riesgo sistémicos (exclusión social, alcoholismo, violencia de género) deben implementarse desde un nivel coordinado.

Sirva de ejemplo, en Madrid, el Programa Intensivo de Prevención de Reintento de Suicidio (PIPRS) con una muestra de 871 pacientes, mostró la repetición del intento de suicidio en el 9% del grupo de intervención (290), frente al 23,3% entre los pacientes que recibieron un tratamiento convencional (352), lo que supone una HR=2,68, IC 95% (1,65-4,35) respecto al grupo PIPRS durante el periodo de seguimiento de 12 meses: resultados similares al estudio del área de Orense (10% vs. 20,6%) y del Example Dreta de Barcelona (11% vs. 32%): La aplicación de un programa de prevención mediante psicoterapia breve y enfoque de gestión de caso tras un intento de suicidio, reduce y retrasa en el tiempo la repetición de intentos durante el año siguiente. Destaca un esfuerzo clínico (NNT=7) muy rentable (Angora, Martínez-Alés, Jiménez Arriero, Navío, Baca-García, 2022).

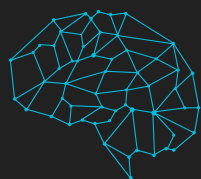
Respecto a la perspectiva de género hay que destacar, que a medida que se igualan las condiciones de trabajo y de vida entre géneros, las tasas de morbi-mortalidad y suicidio tienden también a confluir e incluso aumentar entre las mujeres, como sucede en las mujeres españolas, que presentan un marcado aumento en la mortalidad por suicidio entre 2010 y 2016 (Cayuela, Cayuela, Sánchez-Gayango y cols, 2020).

Pero, ¿es posible prevenir los suicidios? La prevención del suicidio es el objetivo prioritario de las políticas de salud mental y de salud pública en los países que cuentan con una asistencia pública universal, gratuita y de calidad. En la actualidad podemos responder que sí es posible prevenir el suicidio en muchos casos, aunque no en todos. En esta tarea preventiva podemos implicarnos todos los profesio-

nales sanitarios y educativos con programas de Educación para la Salud. Sirva de ejemplo la efectividad del Programa PAIME de los Colegios de Médicos, dirigido a la prevención y mejora de la salud de los médicos, con una filosofía no persecutoria ni punitiva, que promueve el acceso voluntario de los profesionales a los servicios del Programa y fomenta la rehabilitación de los mismos, siempre en un clima de estricta confidencialidad y alta especialización de los equipos asistenciales. Una muestra de ello es el dato de que el 90% de los médicos atendidos recuperan su salud y pueden reanudar su trabajo, garantizando su seguridad, la de los pacientes que atienden y de sus compañeros de trabajo. De esta forma, los Colegios de Médicos muestran que funcionan como una sólida red de apoyo profesional eficaz.

Así mismo, se propone a los asistentes hacer un viaje en el tiempo desde "El suicidio" (1897) del francés Emile Durkheim hasta modelos complejos, como el modelo procesal diátesis-estrés de John Mann y Mina Rizk (2020), que explica la conducta suicida como consecuencia de la interacción de factores de riesgo biológico (rasgo, predisposición, diátesis) genético x estrés ambiental temprano con factores estresantes actuales de estado (como depresión), con factores de umbral (como la exposición a modelos o la disponibilidad de medios); en personas que no disponen con los suficientes factores individuales de protección (resiliencia) ni con el suficientemente bueno apoyo familiar, profesional o social (grupo de iguales).

Respecto de los factores de riesgo biológico se presentaron varios estudios recientes de asociación de todo el genoma (GWAS), como el que investigó la arquitectura genética de la depresión postparto (PPD) en 18 cohortes de ascendencia europea (17.339 casos de PPD y 53.426 controles), una cohorte de ascendencia de Asia oriental (975 casos y 3.780 controles) y una cohorte de ascendencia africana (456 casos y 1.255 controles), totalizando 18.770 casos de PPD y 58.461 controles. Los análisis posteriores al GWAS incluyeron 1) heredabilidad basada en polimorfismo de un solo nucleótido (SNP), 2) correlaciones genéticas entre PPD y otros fenotipos, y 3) enriquecimiento de los hallazgos de PPD GWAS en 27 tejidos humanos y 265 tipos de células del sistema nervioso central y periférico del ratón: Ningún SNP alcanzó significación en todo el genoma en los metanálisis europeos o transancestrales. Se estimaron correlaciones genéticas significativas para la PPD con el TDM, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés



postraumático, el insomnio, la edad de la menarquia y el síndrome de ovario poliquístico. Los análisis de enriquecimiento de tipo celular implican neuronas inhibitoras en el tálamo y neuronas colinérgicas dentro de los núcleos septales del hipotálamo, un patrón que difiere del TDM. Estos resultados presentados confirman que la PPD es un fenotipo poligénico y hereditario. También hay evidencia de que, a pesar de una alta correlación con el TDM, el PPD puede tener componentes genéticos únicos. Los resultados del enriquecimiento celular sugieren neuronas gabaérgicas, que convergen en un mecanismo común con el único medicamento aprobado en EE. UU. para la PPD (brexanolona), que es un neuroesteroide, análogo de la alopregnanolona y potente modulador alostérico positivo del receptor GABA (Guintivano J, Byrne EM, Kiewa J y cols, 2023).

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum280908>

HUMANIZANDO LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DELIRIUM Y A SU FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

J. Monforte Porto¹; A. de Vega Martín²

¹Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.. ²Médico de Familia. Centro de Salud de Corrales del Vino (Zamora).

Palabras clave: Delirium, Atención Primaria, Prevención.

Keywords: Delirium, Primary Care, Prevention

Introducción: El delirium es uno de los grandes síndromes geriátricos suponiendo un reto para el profesional sanitario que atiende al paciente mayor. Es común en las personas mayores y supone una sobrecarga al familiar y cuidador. Su proporción está aumentando en Atención Primaria debido a un mayor envejecimiento de la población. A pesar de la elevada incidencia y gran impacto, el delirium sigue presentando una alta tasa de infradiagnóstico, empeorando el pronóstico del paciente.

Objetivos: El proyecto "Humanizando la Atención al Paciente con Delirium y a su Familia en Atención Primaria", tiene como objetivos mejorar la atención y la calidad de vida de las personas con delirium e influir positivamente en el curso

de su enfermedad; apoyar a los familiares o cuidadores en su adaptación a la enfermedad, informando de sus características y manejo durante las distintas fases de la misma; sensibilizar a los profesionales en las necesidades específicas que presentan los pacientes con delirium y sus familiares o cuidadores, así como su capacitación y motivación para reforzar y mejorar sus competencias y, mejorar la atención de las personas mayores con delirium facilitando documentos de consenso en materias de prevención, diagnóstico y tratamiento para los profesionales sanitarios.

Metodología: La población diana del proyecto englobaría tres grupos: población general (paciente afectado de un cuadro de delirium), familiares y/o cuidadores (de un paciente con delirium) y profesionales de Atención Primaria que participan en la asistencia a un paciente con delirium (médico, enfermero@...). Se desarrollará mediante un plan de trabajo con las siguientes actuaciones: realización de acciones de formación y sensibilización de los profesionales, organización y planificación del proceso de atención en función de las necesidades del paciente, desarrollo de acciones de información orientadas a la persona cuidadora o al familiar, facilitación de documentos de consenso en materias de prevención, diagnóstico y tratamiento.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum280910>

PSYCHOSOMATICS OF LONELINESS

PSICOSOMÁTICA DE LA SOLEDAD

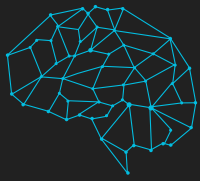
F.J. Vaz Leal¹

¹Catedrático de Psiquiatría – Jefe de Sección. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Extremadura. Hospital Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz

Keywords: Loneliness. Social isolation. Psychosomatics. Glucocorticoids.

Palabras clave: Soledad. Aislamiento social. Psicología. Glucocorticoides

Abstract. Loneliness is a major problem of public health: it shortens life (especially in older people), damages health and reduces quality of life. Socially isolated people have a chance of dying 25% higher when compared to the rest of the population. In addition, socially isolated individuals are



exposed to social rejection and often do not meet many of their basic needs: affection, approval, and status.

Loneliness can have a negative effect on health through the action of glucocorticoids (GC), which are actively involved in different regulatory processes, as metabolism, control of inflammatory processes, cardiovascular activity, cellular and humoral immunity, reproductive processes, neurodegeneration and apoptosis, among others. This explains their influence on disorders and illnesses such as diabetes, cardiovascular diseases, tumor expansion, neurodegeneration, psychopathological disorders, etc.

Isolated subjects seem to present a persistent activation of the axes involved in stress response: autonomic nervous system, sympathetic adrenal medullary axis, hypothalamic-pituitary-adrenal axis, vasopressin axis and thyroid axis. Persistently high levels of GCs, as a consequence of chronic stress, can induce a state of resistance to GCs. Since GCs repress the expression of pro-inflammatory proteins and promote the expression of anti-inflammatory proteins, resistance to GCs will promote the expression of pro-inflammatory genes. This is evident when several markers of GC receptor resistance are analyzed (such as the neutrophil/lymphocyte or neutrophil/monocyte ratio), as well as the daily cortisol release pattern in lonely people and normal controls.

The presentation considers different studies that have shown the influence of loneliness and social isolation on cardiovascular diseases, diabetes, several psychopathological disorders, neurodegenerative, rheumatological and other processes (asthma, migraines, low back pain, etc.). Overall, these studies show that lonely subjects have a greater severity of the symptoms, and worse prognosis, evolution, and quality of life.

As a conclusion, some possible prevention strategies are considered.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum280911>

SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN UNA MUESTRA DE UNIVERSITARIOS DURANTE EL COVID-19 Y SU RELACIÓN CON LAS EMOCIONES

SOMATIC SYMPTOMS IN SPANISH UNIVERSITY STUDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC AND EMOTIONS

M. Martínez-Lorca¹; A. Martínez-Lorca²⁻³

¹Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina (Toledo, España).

²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Ramon y Cajal. Madrid (España). ³Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina (Toledo, España).

Palabras clave: PHQ-15; GHQ-28; Estudiantes universitarios; COVID-19

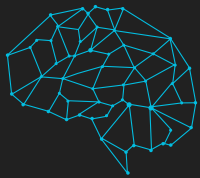
Keywords: PHQ-15; GHQ-28; University students; COVID-19

Introducción: Este estudio tuvo como objetivo examinar la sintomatología psicosomática en una muestra de estudiantes universitarios durante la crisis del COVID-19 y abordar la relación de estos síntomas con algunas variables como el género, grado universitario, curso académico y emociones.

Método: La muestra contó con 473 estudiantes universitarios quienes respondieron a dos cuestionarios el PHQ-15 y GHQ-28. Este estudio se desarrolló durante el mes de mayo de 2020.

Resultados: En cuanto a los resultados, la puntuación media total del PHQ-15 fue 12,90 y la del GHQ-28 fue 13,67 con diferencias por género. En general, los varones informaron significativamente menos síntomas psicosomáticos que las mujeres. Por ítems del PHQ-15, los síntomas somáticos más frecuentes eran sensación de cansancio, dolores de cabeza, dolor de espalda y problemas para dormir. Respecto al tipo de grado universitario, hemos encontrado pocas relaciones significativas con este y con el curso académico. Sin embargo, las emociones se asociaron con algunos de los elementos del PHQ-15 y con las subescalas del GHQ-28. En particular, tristeza, miedo, disgusto, rabia y seguridad.

Discusión: nuestra investigación confirma que hubo algunos destacados e importantes síntomas somáticos entre estudiantes universitarios españoles, concretamente fatiga y problemas de sueño durante la pandemia por COVID-19.



Estos síntomas somáticos estaban relacionados con emociones desagradables. De manera que es necesario implementar estrategias preventivas de salud mental en la Universidad sobre todo para conocer los efectos que ha tenido la pandemia entre la población universitaria para reducir la sintomatología psicosomática.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280912>

PSICOTERAPIA SISTÉMICA DE LA PERSONA. LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN PSICOSOMATOLOGÍA

J.I. del Pino Montesinos¹

¹Psiquiatra, Doctor en Medicina, Univ. Granada. Prof. ASCII Psicología, Univ. Sevilla, Académico correspondiente RAMCA Cádiz

Palabras clave: Psicosomatología, Paradigma Bio-Psico-Socio-Eco-Espiritual, Análisis psicopatológico. Análisis sistémico, Crisis antropológico-existencial, Psicoterapia Sistémica de la Persona

Keywords: Psychosomatology, Paradigm Bio-Psycho-Socio-Eco-Spiritual, Psychopathological analysis, Systemic analysis, Anthropological-existential crisis, Personal Systemic Psychotherapy

Con el término Psicosomatología nos referimos a la Medicina Psicosomática del siglo XXI, y tiene una doble ventaja: es un sustantivo -gramaticalmente más correcto- e incluye todas las profesiones sanitarias cuyo objetivo es el tratamiento del paciente (etimológicamente la persona que sufre).

En una reciente publicación⁽¹⁾ recordábamos las claves de la visión psicosomática:

- 1) El paciente es una persona.
- 2) La persona es una unidad, única y total.
- 3) La Medicina correctamente realizada debe ser siempre Psicosomática.

La Psicoterapia Sistémica de la Persona no es, por tanto, un nuevo tipo de psicoterapia, sino aquella psicoterapia que engloba el clásico paradigma Bio-Psico-Social de George Engel, al que la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática SAMP le ha añadido otras dos dimensiones básicas: la dimensión Ecológica hace referencia al papel que juega el entorno físico para la correcta comprensión del cuadro; y la dimensión Espiritual enfatiza la libertad del individuo no

sólo para el inicio de la clínica, sino también en el papel fundamental que desempeña para su curación.

En esta atención integral del paciente deberemos realizar junto con el examen físico elemental un completo análisis psicopatológico que nos definirá el trastorno nosológico que presenta; esto es, a QUÉ "juega" el paciente.

Investigando su historia valoraremos la dimensión intrapsíquica mediante conceptos psicodinámicos básicos que nos revelarán POR QUÉ ha elegido este "juego" y no otro.

En un tercer paso estudiaremos los efectos relacionales derivados mediante el análisis sistémico de la disfunción, que nos permitirá comprender su teleología: PARA QUÉ le sirve este "juego", cuál es la finalidad que lo sostiene y que debemos resolver para poder eliminarlo.

Y, finalmente, valoraremos CÓMO lo "juega" la persona, identificando la crisis antropológico-existencial que está atravesando y que es el origen último de la situación que presenta.

Así, entendemos que no es casual la irrupción de la patología en su biografía y, gracias a la visión psicosomática del qué (presente), del por qué (pasado), del para qué (futuro) y del cómo está viviendo la persona la crisis, estaremos facultados para intervenir de una manera más certera y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urgencias en Medicina Psicosomática, Álvarez Romero, M; González Infante, J.M.; del Pino Montesinos, J.I. cap. 7 en "Manual de Urgencias Psiquiátricas", Ed. Panamericana, Madrid. 2023

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280913>



ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO Y DIFERENCIAS DE SEXO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

E. Lobato Parra¹, C. López-Núñez¹, F. Javier Cano-García¹

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.

Palabras clave: Dolor crónico; diferencias sexuales; adicción a opiáceos; revisión sistemática.

Keywords: Chronic pain; sex differences; opioid addiction; systematic review.

Introducción. Los opioides se han convertido en el tratamiento médico actual de referencia para pacientes con dolor crónico, a pesar de las consecuencias negativas que puede llegar a ocasionar el consumo de estas sustancias potencialmente adictivas. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática acerca de la evidencia científica sobre la adicción a opiáceos en adultos con dolor crónico, indicando las diferencias entre hombres y mujeres.

Metodología. Se realizó una búsqueda de artículos científicos en cinco bases de datos (PubMed, Web of Science, Scopus, PsycINFO y Cochrane). Un total de 20 artículos fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se siguieron las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para el desarrollo de la revisión sistemática.

Resultados. Las muestras de los estudios analizados estaban compuestas fundamentalmente por mujeres solteras y de nivel educativo bajo-medio, que presentaban fibromialgia y dolor de espalda (8-12 años de duración). En cuanto a las características de la adicción, los opiáceos más consumidos fueron la oxiconona entre las mujeres y la heroína por los hombres, consumo motivado por el dolor y derivado de la previa prescripción inicial de medicamentos. Además, se encontró comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias, el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad, siendo estos dos últimos más frecuentes entre mujeres. El alcohol fue la sustancia comórbida más consumida, especialmente por los hombres.

Discusión y conclusiones. Las diferencias de sexo más destacables han hecho referencia a la epidemiología, a las distintas comorbilidades con otros trastornos y a la evolución del tratamiento. Se propone seguir un abordaje multidiscipli-

plinar que tenga en cuenta las características individuales de cada persona para la prevención y el tratamiento de la posible la adicción a opiáceos en adultos con dolor crónico.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280914>

ANÁLISIS TEMÁTICO LONGITUDINAL DE LA PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO DE RIESGO

J. García-Martínez¹; M.D. Lanzarote Fernández¹; E.M. Padilla Muñoz¹; A. Carreño Ortega¹; M. Barbancho Morant¹, F. Javier Cano-García¹

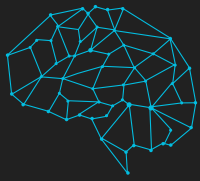
¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.

Palabras clave: Percepción de embarazo de riesgo; análisis temático; Entrevista Stanford de Salud Mental; diseño longitudinal.

Keywords: High-risk pregnancy perception; thematic analysis; Stanford Mental Health Interview; longitudinal design

Se presenta un análisis temático de ocho mujeres que han presentado un embarazo de alto riesgo. Todas fueron entrevistadas usando una adaptación de la Entrevista Stanford de Salud Mental para mujeres. A cada mujer se le entrevistó dos veces, durante el embarazo y a los 12 meses de edad corregida del bebé. Las entrevistas fueron analizadas utilizando el Análisis Temático siguiendo un procedimiento inductivo y ateoórico. Tres codificadores independientes analizaron las entrevistas hasta llegar a un consenso temático. Se localizan seis temas principales. Afectación Psicológica de la Madre, Factores Protectores y Vivencia de la Evolución del Bebé aparecen en ambos momentos de codificación, mientras que Vivencia del Embarazo, Evolución del bebé y Metáforas o consejos solo aparecen en el segundo momento de medida. La presencia del dolor y la inestabilidad emocional se ve compensada por el deseo del ser madre y la involucración en el cuidado del bebé y el autocuidado. Las estrategias de afrontamiento se centran en la gestión emocional. Cuando están presentes, las metáforas reconceptualizaron de manera positiva las dificultades del proceso vivido. Los resultados sugieren la necesidad de nuevos formatos de información y consejo en el caso de embarazos de riesgo.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280916>



PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE MANEJO DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ADOLESCENTE

A. Vieitez Fernández¹; M. González Lorenzo¹;
E. Conde Martínez²; S. Fontenla Gago²

¹ Enfermera Interna Residente en Salud Mental R2 en el Área Sanitaria de Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro. ² Enfermera Interna Residente en Salud Mental (R1) en el Área Sanitaria de Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro.

Palabras clave en español: ansiedad, adolescencia, enfermería, intervención y trastorno psicossomático.

Keywords: anxiety, adolescence, nursing, intervention, psychosomatic disorder

Los trastornos psicossomáticos se caracterizan por manifestaciones somáticas de origen no patológico y poseen una significativa prevalencia en adolescentes. Son de origen multifactorial y, entre estos, sobresalen la vulnerabilidad al estrés, la disfunción familiar, la sobreprotección y las situaciones precipitantes como acoso escolar, separación de los progenitores o abuso sexual⁽¹⁾.

Las técnicas de manejo de ansiedad han demostrado ser efectivas en estos casos, siendo el papel de la enfermería relevante en esta intervención⁽²⁾.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Dialnet Cochrane Library. Para el planteamiento se han seleccionado artículos con una antigüedad máxima de 5 años.

Los criterios de inclusión han sido:

- Pacientes entre 12 y 16 años con síntomas psicossomáticos derivados al servicio de psiquiatría desde Atención Primaria.
- Pacientes con los siguientes diagnósticos NANDA:
- Ansiedad [00146].
- Disminución de la implicación en actividades recreativas [00097].
- Riesgo de baja autoestima situacional [00153].

Objetivos principales:

- I. Reducción y autocontrol de la respuesta de ansiedad.
- II. Mejorar el afrontamiento de problemas.

Objetivo secundario: Fomentar la autoestima⁽³⁾.

El desarrollo del programa se llevará a cabo en 4 sesiones:

- SESIÓN 1 (50 minutos): ¿Qué es la ansiedad? Se realizará una breve presentación de los conceptos y síntomas. Se aplicará el Cuestionario GAD – 7 (Generalized Anxiety Disorder).
- SESIÓN 2 (30 minutos): Se explicará el desarrollo de algunas

técnicas de respiración consciente y a continuación se trabajarán en grupo.

- SESIÓN 3 (30 minutos): Se expondrá la ejecución de algunas técnicas de relajación (Jacobson, Schultz...) y visualización para posteriormente aplicarlas en la sesión.
- SESIÓN 4 (50 minutos): Taller de arteterapia Jackson Pollock: Consiste en realizar un mural, con la técnica dripping para alcanzar un estado de relajación. Se volverá a aplicar el Cuestionario GAD – 7.

Conclusiones: Es de valiosa importancia dotar a los adolescentes de herramientas y conocimientos para afrontar las situaciones de estrés que se pueden dar en su día a día. La inclusión en este programa ayudará concretamente a aquellos con síntomas psicossomáticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Boris IM. Los trastornos psicossomáticos en el niño y el adolescente. MEDISAN. 2020; 24 (5): 943-961.
2. Vara Navacerrada S. Plan de actuación específico para trabajar la ansiedad en adolescentes en el periodo de Covid – 19. 2022.
3. Fornes Vives J, Sánchez Ortuño M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Valoración y cuidados 3a Edición. 2022; 95 – 107.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280919>

SÍNTOMAS DIGESTIVOS IDIOPÁTICOS EN LA ADOLESCENCIA, EN UN CONTEXTO TRANSCULTURAL

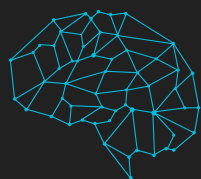
González Rodríguez I¹; Díaz Fernández F¹; González Camisón D¹;
Valmosisco Saponi E¹; Baños Cortés S¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres

Palabras claves: Adolescencia; Transculturalidad; Psicossomática

Keywords: Adolescence; Transculturality; Psychosomatic

Introducción: Los síntomas somáticos idiopáticos en la infancia-adolescencia presentan una alta prevalencia en los servicios de pediatría, llegando a precisar múltiples pruebas complementarias e incluso de hospitalizaciones para depistaje de patologías médicas y derivando en la necesidad de un abordaje más integral incluyendo aspectos psicológicos y ambientales.



Objetivos:

- Identificar población en riesgo de sufrir síntomas psicosomáticos y establecer un adecuado diagnóstico.
- Explorar la relación ambiental y el contexto de transculturalidad con los síntomas psicosomáticos.
- Destacar la importancia de un abordaje interdisciplinar precoz.

Metodología: Presentación de un caso clínico, que consiste en una mujer de doce años que ingresa en Pediatría por sintomatología digestiva consistente en dolor abdominal y vómitos incoercibles, descartándose causas médicas y consultando al Servicio de Psiquiatría por la sospecha de trastorno de síntomas somáticos.

Antecedentes sociofamiliares a destacar: Natural de Marruecos. Dinámica familiar alterada (padres divorciados, inversión de roles adulto/niño, ausencia de persona adulta de referencia). Abuso escolar en la infancia. Actualmente buena relación con el grupo de iguales y buen rendimiento académico. Mantiene vínculos con su abuela materna en Marruecos con visitas largas de vacaciones en verano (tema tabú).

Resultados: A lo largo de su evolución se llegan a los diagnósticos de: Trastorno de síntomas somáticos moderado-grave (F45.1) y Dificultad de aculturación (Z60.3).

Se realiza un abordaje interdisciplinar, que desde el punto de vista clínico consiste en:

- Psicoterapéutico: cara a cara con psicoeducación en implementación de técnicas de distracción conscientes en relación con las somatizaciones, reestructuración cognitiva, plan de rescate ante situaciones precipitantes y refuerzo yoico.
- Psicofarmacológico: fluoxetina 20 mg cada 24h y cinco gotas de clonazepam 2,5 mg/ml solución de rescate ante dolor abdominal.

Actualmente la paciente continua seguimiento interdisciplinar por parte de Psiquiatría, Psicología, Trabajo social, centro escolar y Pediatría, mejorando la intensidad y frecuencia de los síntomas somáticos, con una evolución favorable recuperando funcionalidad cotidiana.

Discusión y conclusiones.

- Se realiza exhaustivo diagnóstico diferencial dentro de la patología psiquiátrica con previo despistaje de afectación médica que pudiera relacionar similar sintomatología.
- Se presta gran interés y se aborda la problemática ambiental, la situación clínica y la dinámica familiar, teniendo en cuenta el contexto de transculturalidad de la paciente.
- Se concluye corroborando la importancia de un abordaje interdisciplinar y precoz para una evolución favorable de la enfermedad.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280918>

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Calvo Corbella^{1,6}; C. Calvo Herrero², S. Marcos Grañeda³;
R. Sala Serrano^{4,6}, D.M. González Herranz^{5,6}

¹Médico de Familia y Comunitaria (MFyC), Profesor Honorario Facultad de Medicina UAM; ²Psicóloga; ³Estudiante de Medicina UAM, 6º curso; ⁴Residente de MFyC; ⁵Enfermera; ⁶Centro de Salud Universitario Pozuelo Estación. SERMAS. DANOE. UAM.

Palabras clave: Diseño cuestionario, Medicina psicosomática, Redes sociales, Atención primaria.

Keywords: Design questionnaire, Medicine psychosomatic, Social media, Primary Care.

Introducción: La Medicina Psicosomática tiene una larga trayectoria ya consolidada, pero ignoramos el conocimiento de sanitarios y población sobre su situación actual. No hemos encontrado trabajos relacionados que aborden esta metodología exploratoria. El uso de cuestionarios en redes sociales puede ser una manera de aproximarse a esta realidad.

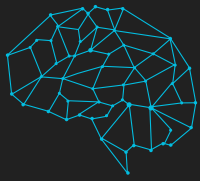
Objetivos: Esta encuesta explora la opinión en Atención Primaria (AP) y en estudiantes de Medicina sobre aspectos relacionados con la medicina psicosomática.

Metodología:

- Estudio descriptivo-transversal, encuesta de carácter exploratorio realizada on line por medio de redes sociales (Whatsapp).
- Selección muestral oportunista.
- Descripción de respondedores y sus respuestas con medidas de tendencia central para variables numéricas, porcentajes para variables categóricas.
- Uso de preguntas en formato Likert. Diferencias de porcentajes entre grupos con chi cuadrado.
- Población diana:
 - 1) Trabajadores de un Centro de Salud del NOE de la Comunidad de Madrid (N=78).
 - 2) Miembros de Sociedad de Respiratorio en AP (GRAP) (N=195).
 - 3) Estudiantes de 6º curso de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (N= 250).
- Tiempo de reclutamiento: 5 días, con 2 mensajes de recuerdo.
- Respondieron 134 de un Universo de 523 (25,62 %).

Resultados:

- La mayoría (76%) habían oído hablar de la Medicina psicosomática y estaba de acuerdo con una definición preestablecida de enfermedad psicosomática (87%).



- El modelo biopsicosocial de Engel no era muy conocido (49%).
- Un número aceptable (83%) conoce y utiliza técnicas no farmacológicas para afrontar el estrés personal.
- Había acuerdo en que el 25 % de consultas de AP tienen un origen psicológico.
- La mayoría (82 %) consideraban que los sanitarios de AP no están formados para abordar la enfermedad psicosomática.
- Hay desacuerdo (83 %) en aceptar que el modelo actual de AP permita abordar los componentes psicológicos de la Enfermedad.

Discusión y conclusiones:

- La selección muestral fue oportunista. Los participantes tenían en común su participación en la atención primaria.
- La tasa de respuesta fue discreta, condicionada por el tiempo breve de recogida.
- Manifestaban un moderado conocimiento de la Medicina psicosomática, conocían técnicas de control de estrés y desacuerdo con que AP pueda atender esta patología.
- Estos resultados sugieren la necesidad de implementar actuaciones para aumentar el conocimiento de la Medicina Psicosomática.
- El actual modelo de AP dificulta el desarrollo de la medicina Psicosomática en AP.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHATSAPP, ¿REVOLUCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA? C. Rodríguez Otsa, G. Marín Giménez, L. Fuentes-Guerra López-Crespo, A. Ceballos Martínez, A. Guerra Merinob, R. Laguna Pradosc, G. Faccini Dabrizioa, G. Santa Palaod, M. Pardo Chacónb e I. Vázquez Burgo. *Semergen*. 2018;44(Espec Congr 17): 1357
2. Castillo Nograro S. Potencialidad de uso de las aplicaciones móviles de salud en un grupo de población española. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2015 agosto; 3(3):42-53.
3. JF Fondevila-Gascón, J Marqués-Pascual, P Mir-Bernal, M Polo-López (2019): "Usos del WhatsApp en el estudiante universitario español. Pros y contras". *Revista Latina de Comunicación Social*, 74, pp. 308 a 324. <http://www.revistalatinacs.org/074paper/1332/15es.html> DOI: 10.4185/RLCS-2019-1332

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280920>

EL FENOTIPO NEURO-CONECTIVO: UN NUEVO PARADIGMA EN MEDICINA

A. Bulbena^{1,2}; S. Rosado^{2,3}; M. Cabaleiro^{1,2};
M. Martínez^{1,2}; C. Baeza-Velasco⁴⁻⁶; L.M. Martín²;
S. Batlle²; A. Bulbena-Cabré⁷

¹Departamento de Psiquiatría y Medicina legal, Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, España; ²Unidad de Ansiedad, Hospital del Mar, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) CIBERSAM, Barcelona, España; ³Programa de Doctorado en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona; ⁴Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, Université Paris Cité, París, Francia; ⁵Departamento de Psiquiatría de Emergencia y Cuidados Intensivos, CHU Montpellier, Francia; ⁶Instituto de Genómica Funcional, Universidad de Montpellier, CNRS, INSERM, Montpellier, Francia; ⁷Escuela de Medicina Icahn, Mount Sinai, Nueva York, NY, Estados Unidos

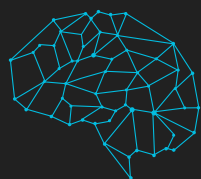
Palabras clave: Ehlers-Danlos, ansiedad, medicina psicosomática, fiabilidad, validez, hiperlaxitud articular, endofenotipo neuroconectivo

Keywords: Ehlers-Danlos syndrome, anxiety, psychosomatic medicine, reliability, validity, joint hypermobility, neuroconnective endophenotype

SPANISH VERSION

El paradigma causal simple entre lo mental y lo somático ha resultado limitado para la explicación de muchos trastornos psicosomáticos. Así, es insuficiente otorgar etiología mental simple a la fibromialgia o al colon irritable y ello ha generado conceptos como "trastorno funcional" que sirve para nombrar, pero no para entender. En espera de modelos etiopatogénicos más complejos es momento de tratar lo somático y lo mental al mismo nivel ya que el paciente sufre ambos en muchos casos psicosomáticos. Es decir, aplicar de forma experta la comorbilidad. El ejemplo más estudiado es la asociación del síndrome de Ehlers Danlos con trastornos psiquiátricos, que alcanza el 70% de los T. Ansiedad, 60% de Espectro autista y el 55% de TDAH. El Síndrome de Ehlers Danlos cursa con mucha patología somática objetiva y subjetiva, pero la demora diagnóstica es de unos 10 años.

Para integrar los avances clínicos y de investigación en este campo, se ha desarrollado un nuevo endofenotipo neuroconectivo (EN) y su instrumento correspondiente, el Cuestionario de endofenotipo neuroconectivo (CNEC). Este nuevo constructo clínico, creado con la participación de los pacientes, incluye dimensiones tanto somáticas como psicológicas e ítems de síntomas, pero también de elementos positivos de resiliencia.



El EN incluye cinco dimensiones: (1) sensibilidad sensorial, (2) signos y síntomas corporales, (3) trastornos somáticos, (4) estrategias conductuales polares y (5) dimensiones psicológicas y psicopatológicas. La información CNEC se recopila a través de cuatro cuestionarios autoadministrados (sensibilidad sensorial, signos y síntomas corporales, estrategias de comportamiento polar y características psicológicas) y una parte de diagnóstico estructurada que debe ser completada por un observador capacitado. Esta parte heteroadministrada incorpora (a) diagnósticos psiquiátricos (utilizando criterios estructurados, por ejemplo, MINI), (b) diagnóstico de trastornos somáticos, utilizando criterios estructurados, y (c) evaluación de criterios de hipermovilidad articular.

El CNEC ha alcanzado valores altos de fiabilidad y validez⁽¹⁾ y su originalidad es que incluye características tanto objetivas como subjetivas, contribuciones tanto del paciente como de los profesionales, dimensiones somáticas y psicológicas, y características tanto negativas como positivas (resiliencia). Todo ello puede mejorar la especificidad clínica, la búsqueda de terapias más integrales y sus bases genéticas y de neuroimagen.

Este endofenotipo aporta solidez a la práctica clínica y la investigación. Para los pacientes, el reconocimiento de este espectro les permite darse cuenta de la naturaleza mixta de su trastorno lo que resulta en un gran alivio y comprensión para los pacientes. Para los profesionales de la salud mental, la evaluación y el tratamiento de los síntomas tanto somáticos como mentales puede ser un paso relevante hacia una mejor comprensión del sufrimiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bulbena A, et al. Validation of the neuroconnective endophenotype questionnaire (NEQ): a new clinical tool for medicine and psychiatry resulting from the contribution of Ehlers-Danlos syndrome. *Front Med (Lausanne)*. 2023 May 10; 10:1039223. doi: 10.3389/fmed.2023.1039223

ENGLISH VERSION

The simple causal paradigm between the mental and the somatic has been limited in the explanation of many psychosomatic disorders. Thus, it is insufficient to grant a simple mental etiology to fibromyalgia or irritable bowel syndrome and this has generated concepts such as "functional disorder" that serves to name, but not to understand. While waiting for more complex etiopathogenic models, it is time to treat

the somatic and the mental at the same level since the patient suffers from both in many psychosomatic cases. That is, expertly apply comorbidity. The most studied example is the association of Ehlers Danlos syndrome with psychiatric disorders, which reaches 70% of T. Anxiety, 60% of Autism Spectrum and 55% of ADHD. Ehlers Danlos Syndrome presents with a lot of objective and subjective somatic pathology, but the diagnostic delay is about 10 years.

To integrate clinical and research advances in this field, a new neuroconnective endophenotype (NE) and its corresponding instrument, the Neuroconnective Endophenotype Questionnaire (NEQ), have been developed. This new clinical construct, created with the participation of patients, includes both somatic and psychological dimensions and symptom items, but also positive elements of resilience.

The NE includes five dimensions: (1) sensory sensitivity, (2) bodily signs and symptoms, (3) somatic disorders, (4) polar behavioral strategies, and (5) psychological and psychopathological dimensions. CNEC information is collected through four self-administered questionnaires (sensory sensitivity, body signs and symptoms, polar behavioral strategies, and psychological characteristics) and a structured diagnostic portion that must be completed by a trained observer. This heteroadministered part incorporates (a) psychiatric diagnoses (using structured criteria, e.g., MINI), (b) diagnosis of somatic disorders, using structured criteria, and (c) evaluation of joint hypermobility criteria.

The NEQ has achieved high values of reliability and validity (1) and its originality is that it includes both objective and subjective characteristics, contributions from both the patient and the professionals, somatic and psychological dimensions, and both negative and positive characteristics (resilience). All of this can improve clinical specificity, the search for more comprehensive therapies and their genetic and neuroimaging bases.

This endophenotype provides robustness to clinical practice and research. For patients, recognition of this spectrum allows them to realize the mixed nature of their disorder resulting in great relief and understanding for patients. For mental health professionals, the evaluation and treatment of both somatic and mental symptoms can be a relevant step towards a better understanding of the suffering of these patients.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum280922>



CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE MASTURBACIÓN Y ESTRÉS EN MUJERES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

I. Luceño Rodríguez¹

¹Psicóloga General Sanitaria y Sexóloga; fundadora y CEO de Irene Psicosex.

Palabras clave: Masturbación, Estrés, Mujeres, Hispanas, Pandemia por COVID-19.

Keywords: Masturbation, Stress, Women, Hispanic, COVID-19 pandemic

Introducción: En el contexto de la pandemia por COVID-19, los hábitos de la población sufrieron cambios drásticos. Se planteó el presente estudio con el objetivo principal de conocer la relación entre los niveles de estrés y los cambios en la frecuencia de masturbación en dicho contexto, en población hispanohablante de sexo femenino mayor de edad, sin pretensión de establecer relaciones causales.

Se plantearon además dos objetivos específicos: conocer los cambios en la frecuencia de masturbación en comparación con el periodo previo a la pandemia por COVID-19 en dicha población; y si, en el grupo que ha aumentado la frecuencia de masturbación, hay correlación entre dicha frecuencia y los niveles de estrés.

Metodología: Los datos se recabaron mediante una encuesta online y la escala de Estrés Percibido EEP-10, versión reducida de la escala EEP-14 (Remor, 2006), validada para población española, y para jóvenes mexicanas en su versión reducida.

Se recabó información acerca de las variables sexo, género, edad, país, orientación sexual, frecuencia de masturbación actual y comparada con el periodo previo a la pandemia, y nivel de estrés percibido. La masturbación se contabilizó con independencia de experimentar o no orgasmo.

Resultados: La muestra fue de 317 participantes de España e Hispanoamérica, de 18 a 73 años ($X = 34.61 \pm 12.96$ años); en marzo de 2021. El 2,5% se inició en esta práctica durante la pandemia, 14,5% la incrementó, 25,6% la redujo, 41,3% la mantuvo y 16,1% no la practicaba. En el grupo que aumentó la frecuencia, no se halló correlación entre ésta y los niveles de estrés.

Se hallaron diferencias significativas en el estrés percibido según el patrón de masturbación en el análisis ANOVA: $F(4)=4.554$, $p=0.001$; entre el grupo que redujo la frecuencia

y el que la mantuvo ($p=0.002$), y entre este último y en el que aumentó ($p=0.025$).

Discusión y conclusiones: Durante la pandemia de COVID-19, se produjeron cambios en la frecuencia masturbatoria en dicha muestra. Aquellas que habían variado su frecuencia de masturbación (comenzando el hábito, aumentando o disminuyendo su frecuencia), presentaban mayores niveles de estrés.

Limitaciones: disparidad en la proporción de las participantes por nacionalidad como consecuencia del menor acceso a la muestra hispanoamericana desde España, con 286 participantes de España (90.22%) y 31 de países de Hispanoamérica (9.78%).

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum280923>

JUAN ROF CARBALLO, "LA PERSONA".

Fernando Martínez Pintor

Director del Instituto de Reumatología y antropología Médica de Barcelona. Académico Correspondiente de la Real Academia Europea de Doctores. Miembro de Honor de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

Palabras clave: Juan Rof Carballo, Psicosomática, Antropología Médica, Patología Psicosomática

Keywords: Juan Rof Carballo, Psychosomatics, Medical Anthropology, Psychosomatic Pathology

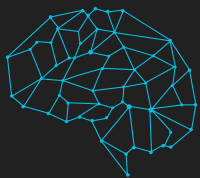
Me gusta considerar a Juan Rof Carballo el padre de la Psicosomática y de la Antropología Médica en España.

Nacido en 1905, en Lugo, de madre gallega y padre catalán, afincado en Galicia desde los 24 años, tras ganar una oposición de veterinario militar.

Juan Rof hijo, estudió medicina en Santiago, Barcelona y Madrid y al finalizar su carrera en 1932, se trasladó a vivir a Viena, tras conseguir una beca de la "Junta de Ampliación de Estudios".

De vuelta a España realizó el doctorado y comenzó a trabajar con Carlos Jiménez Díaz.

En 1945 Rof entró en contacto con Viktor von Weizsäcker en Heidelberg (Alemania), fundador junto con Ludolf von Krehl de la denominada por Pedro Laín Entralgo, la Escuela



de Heidelberg, entonces referentes internacionales de una nueva medicina que aunaba el psicoanálisis con una visión integral del enfermo.

La formación en Alemania junto a Viktor von Weizsäcker, dice Martin Montalbo, en su tesis doctoral de 1933, proporcionó a Rof una claridad de ideas no solo en el plano intelectual si no también en el plano humano, es decir una visión antropológica del enfermo.

En 1948 comenzó a trabajar con Gregorio Marañón, desarrollando a partir de ese momento una gran actividad asistencial e investigadora, como lo demuestra el hecho de haber invitado al profesor Weizsäcker a dar una conferencia en Madrid, dentro de las actividades de un Congreso de Medicina Psicosomática.

Fruto también de esta época de gran actividad investigadora es la publicación en 1949 de su obra cumbre, "Patología Psicosomática", que sigue siendo de lectura obligada en la actualidad para la formación en psicosomática.

En 1955 fundó la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, junto a los doctores Gallart i Mones, Obiols i Vie y Sarro i Burbano en San Lorenzo del Escorial, sociedad de la que me he honrado en haber sido el vigesimoquinto presidente.

Su discípulo Francisco Martínez López, ha permanecido en la sociedad hasta su fallecimiento. Quiero destacar de este autor, su tesis doctoral realizada en 1960 en la inclusa de Madrid, donde puso de manifiesto en una muestra de 250 niños, como aquellos pequeños que recibían cariño y un cuidado personalizado, modificaban su peso, su percepción auditiva y visual y su capacidad para sonreír, a diferencia de los que no recibían estos cuidados afectivos que tenían una evolución mucho más tórpida.

Decía Pedro Laín en 1984, que efectivamente la antropología de la Escuela de Heidelberg, se basaba en el conocimiento del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable, y mortal, y concluía diciendo, que solo la Antropología es el auténtico saber médico.

En definitiva, la Antropología Médica, para Fernando Lolas, es la ciencia que estudia al ser humano al integrar:

- La medicina biográfica, tanto la biología como su historia.
- La medicina Psicosomática.
- Estudia la relación de la persona con la sociedad.
- Relaciona la medicina con la filosofía.

El saber escuchar, el saber percibir lo que el enfermo nos quiere transmitir, sus miedos, dolores, inquietudes, lo expreso

maravillosamente Rof Carballo en su libro, "Entre el silencio y la palabra".

Dos reflexiones me permiten hacer sobre este libro encantador. Una, el valor del silencio, el poder de la escucha. Decía Baltasar Gracián (1601-1658), que el silencio es el Santuario de la Prudencia. Y una segunda reflexión, estrechamente relacionada con la primera, es el placer de la palabra, tanto escrita como hablada, la palabra que puede hacer tanto bien y tanto mal. De hecho, dice Miguel García Baró, del peligro de la "perversidad del lenguaje", es decir, el daño que puede hacer una palabra no medida, no controlada, tanto en nuestra actividad asistencial, como en nuestra vida privada.

Debido a la tecnología, quizás se está perdiendo el valor de la palabra y el valor del silencio en la relación con nuestros pacientes. La entrevista dirigida, matematizada, digitalizada, por un ordenador que va marcando las páginas y los renglones que deben rellenarse, se opone al concepto de entrevista comprensiva de Kauffmann donde "la mejor pregunta es la que se hace después de una respuesta". Es lo que nuestro querido y admirado Ramon Bayes, denomina "el método poético" de la relación médico-paciente.

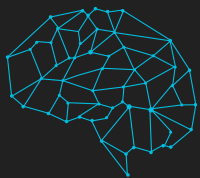
La falta de prisa del médico o del profesional, sigue siendo una de las claves de la entrevista en la que el silencio y la palabra juegan una parte fundamental.

Cuando hablamos del tiempo referido a las relaciones interpersonales, no debe ser entendido de una manera física, es decir, la duración o la separación de dos o más acontecimientos. El tiempo que estamos con nuestro enfermo, debe ser entendido en el concepto expresado en 1898 por Henri Bergson, es decir, siendo conscientes que en el cerebro, tanto el de nuestro paciente como en el nuestro, siempre está en movimiento. De hecho, la conducta actual, lo que hacemos ahora, es el resultado de lo que hemos vivido anteriormente y lo que haremos después. Ese instante que agrupa las tres fases del tiempo es lo que Bergson denominó en la Sorbona a finales del siglo XIX, "durée", duración.

El tiempo no es una sucesión de instantes, si no un momento en el que coexisten pasado, presente y futuro. Es el movimiento real.

Pero, además, en cada instante, en esta "duración", el ser tiene un impulso vital, básico, el impulso de seguir siendo lo que él es, su esencia espinosista, el "Conatus essendi".

Rof reivindica la importancia del silencio, de la palabra, sabedores de que el paciente cuando está enfermo siente amenazada su esencia misma, su impulso vital, el dejar de



seguir siendo lo que era hasta el momento en el que enfermó. Esta es la base del poder de la escucha rofiana, conseguir que el paciente en la entrevista nos transmita sus miedos, sus inquietudes.

Conceptos tan adelantados a su tiempo como el de la Urdimbre de 1949, que el avance de la epigenética ha venido a poner en valor, con los nuevos conocimientos de la Acetilación de los genes del Nucleo Accumbens (David Allis, 1996) del sistema límbico, poniendo de manifiesto, como los primeros años de vida son decisivos para la salud de la persona.

Esa visión antropológica, en la que se une la biografía, la psicología, la clínica, la filosofía, la actual epigenética e incluso la evolución de la especie humana, es la antropología médica, que sigue tan viva como siempre, reivindicando su espacio dentro del "humanismo tecnológico", en una época en la que parece que todo depende de la tecnología y de la inteligencia artificial.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum280909>

PRESENTACIÓN DEL LIBRO: JUAN ROF CARBALLO: MÉDICO, PSICÓLOGO, ANTROPÓLOGO. ROF COMO MÉDICO

M. Álvarez Romero

Médico Internista. Ex-presidente de la SEMP y presidente de la SAMP

Palabras clave: Biografía Juan Rof Carballo, Presentación libro

Keywords: Biography Juan Rof Carballo, Book presentation

1. TRIBULACIONES EN LA ELECCIÓN PROFESIONAL

No fueron pequeñas sus dudas vocacionales. Las idas y venidas del laboratorio a la biblioteca, de la ciencia al naciente psicoanálisis, de la veterinaria al cuidado cercano del hombre enfermo, etc. Dudas, ilusiones, dilemas y un ir decidiendo y descartando en esa realización de la existencia, a golpe de mirada al horizonte vital para elegir y posponer campos de estudio o tareas, según evoluciona la propia persona que madura al conocer, vivir y amar a otras personas, ambientes o nuevas ciencias que nos van retando y conduciendo hacia el propio y original modo de vivir.

Desde la inclinación a la Veterinaria inspirada en la profesión de su padre, al laboratorio bioquímico, fisiológico o microbiológico; desde la ciencia médico-clínica al enfoque antropológico; desde la patología médica a la psiquiatría o al naciente psicoanálisis. Notable fue su interés por la medicina del gran clínico gallego Domingo García Sabell, así como el atractivo por la psiquiatría de Mira y López. Discípulo de Augusto Pi i Suñer, de Gustavo Pittaluga y de Roberto Novoa Santos.

Finalizada su carrera en 1932, marchó al extranjero gracias a una beca de la Junta de Ampliación de Estudios por lo que se formó en Viena con Carl Sternberg, en la escuela anatomo-clínica centroeuropea. También trabajó en la escuela de Karel Frederick Wenckebach y posteriormente prosiguió su aprendizaje en Alemania, en Köln, con Hans Eppinger, donde estudió el metabolismo lipídico.

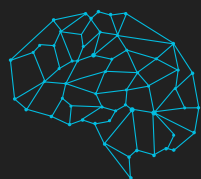
De regreso a España en 1933 se doctoró con una tesis sobre los ácidos grasos insaturados, y tras infructuosas oposiciones a cátedra de medicina interna, se integró en la escuela de patología de Carlos Jiménez Díaz.

Poco después el inicio de la guerra civil (1936-1939) le llevó a Berlín, donde trabajó en la clínica neurológica de Viena, dirigida por Julius Wagner von Jauregg, y después en Copenhague y París, en la clínica de la Salpêtrière.

Regresó a España en 1939, trabajando de nuevo con Carlos Jiménez Díaz, a cargo de una policlínica que al pasar los años se habría de convertir en la Clínica de la Concepción. Obtuvo una beca de la Fundación Rockefeller para estudiar el déficit nutricional en los niños de la posguerra en Vallecas. Centroeuropa fue su forzoso hogar durante más tiempo del deseado, en razón de la guerra en España, sabiendo aprovechar el obligado y amplio periplo de aprendizaje médico en ciencias básicas y en centros clínicos de patología médica.

Y surge la Psicosomática básica en el seno de la Medicina interna, a la sombra del Dr. Jiménez Díaz, en Madrid.

El Dr. Gregorio Marañón y Posadillo y Pedro Laín Entralgo constituyeron apoyos singulares en la vida de Rof como queda bien reflejado en sus escritos. Otro tanto ha de añadirse en relación con la Filosofía de Zubiri, cómo se expresa en otros trabajos de este Simposio, así como con la vida de Pedro Laín Entralgo, al que encarga el prólogo de su Patología Psicosomática que, al resultar bastante largo, Rof le aconseja sea editado como libro aparte; es la Aproximación histórica a la Patología Psicosomática que resulta pionera en la materia. Alrededor de 1950 nació en el Hospital General de Madrid un pequeño departamento de Medicina Psicosomática, donde



participó en los primeros ensayos clínicos hechos en España con psicofármacos.

Resulta polifacética la figura y la obra de Rof: clínico, estudioso, investigador, autor, viajero, amante de la poesía, etc. Podríamos destacar su peculiar humanismo, su observación y análisis del hombre. Es singular el estudio que la Dra. Teresa Russo hace acerca de su amplio saber humanístico.

Hemos oído, en directo, el relato del Dr. Mariano del Castillo, Psiquiatra barcelonés, acerca del origen de la Psicología española que cristaliza en la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia en El Escorial, el 17 de diciembre de 1956, en el contexto de la I Reunión de esa sociedad. Así se permite la celebración inmediata del III Congreso Internacional de la Sociedad Europea de psicoterapia Existencial que albergó a los más destacados exponentes del momento.

En 1959 formó parte de los primeros médicos formados en Madrid por la Sociedad Psicoanalítica Internacional, que envió a España a la analista Margarita Steinbach. Y desde 1961 hasta 1972 Rof alternó su trabajo de internista con el de psicoanalista.

Este cambio de paradigma aparece hoy como especialmente emergente, en una corriente liderada por la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (SAMP), como paradigma bio-psico-socio-eco-espiritual. Seguimos pensando que nos movemos con seguridad dentro de los postulados humanistas de nuestro admirado Rof, que escribió, allá por los años cincuenta, "la Medicina Psicosomática nace de la falta de prisa del médico" y "aspira a ver al hombre como una totalidad, y como inmerso en una red de conexiones psicosociales".

Unas breves pinceladas en torno al Rof autor nos conducirán a destacar entre sus aportaciones bibliográficas, y por orden cronológico: Patología Psicosomática (1949), El hombre a prueba (1951), Cerebro interno y Sociedad (1952), Cerebro interno y Mundo Emocional (1952), La Medicina actual (1954), Niño, Familia y Sociedad (1960), Urdimbre afectiva y Enfermedad (1960), Biología y Psicoanálisis (1972), El hombre como encuentro (1973), Fronteras vivas del Psicoanálisis (1975), 50 años de Medicina Psicosomática (1984), Teoría y Práctica Psicosomática (1984), Terapéutica del hombre (1986), Violencia y ternura (1991).

2. TAREAS AÚN PENDIENTES

Hace diez años en una conferencia del Prof. Golberg, de Manchester, en torno a la urdimbre y la personalidad, estabi-

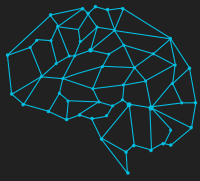
lidad de la pareja, tuvimos la audacia de plantearle, durante el coloquio, una cuestión "pienso que prácticamente todo lo expuesto aquí, como novedad, está claramente descrito en las obras de Rof Carballo y me ha extrañado que ni se le cite". Sin titubeos nos respondió: "Mire, Rof Carballo no está traducido al inglés, y eso viene a significar que no existe". Y así surgieron sentimientos de culpa colectiva o general por la omisión de esa tarea. Después hemos pensado, con frecuencia en qué más podríamos hacer. Ciertamente, son pocas las ocasiones de las que sabemos se celebraron, para homenajear a Rof, pero citaremos algunas con intención de estimular el reconocimiento humano, profesional y científico de nuestro querido y admirado Juan Rof Carballo. Recordemos:

- El XXXIV Congreso de la SEMP. Orense. 1998.
- XXXVIII Congreso de la SEMP. Zaragoza. 2003.
- Las II Jornadas Internacionales de Avances en Patología Psicosomática. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. 2004
- La celebración, en el Ateneo de Sevilla, de "En torno a los 50 años de la SEMP y al centenario del nacimiento de Rof", organizado, en 2005, por la SAMP y la SEMP.
- El VI Congreso da Asociación Galega de Saudade Mental, Lugo 2005, en torno al Centenario de Rof Carballo.
- La Mesa redonda, en torno al cincuentenario de la SEMP y su promotor Rof, en el XXXIX Congreso SEMP. Barcelona. 2005.
- El homenaje celebrado en el Aula Magna de la Clínica de la Concepción madrileña, en la que Rof inició su actividad médica al comienzo de los años cuarenta. Titulado "Rof entre internistas y psiquiatras" fue organizado por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP) el 15-11-2007, con asistencia de algunos de sus primeros discípulos.
- El XLVII Congreso SEMP. Barcelona. 2017.
- El XLVIII Congreso SEMP, Zaragoza, 2018, con la sesión "Geografía e Historia de la Medicina Psicosomática".
- Centro Universitario Villanueva de Madrid, los días 6 y 7 de marzo de 2020, "Simposium Rof Carballo: Psicología y Medicina centradas en la persona".

Este trabajo debe ser un punto de partida en la contemplación actual de la Medicina Psicosomática desde el que aprender integrando todos estos retos que Rof Carballo avizoró y valoró. Evocando su memoria nos adentramos ilusionados en esta aventurada empresa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Romero, Manuel. El efecto Gioconda. Almuzara, 2012.
2. Anthrope, 14 (1993)



3. Laín Entralgo, Pedro. Introducción Histórica al estudio de la patología psicósomática. Paz Montalvo, 1950.
4. Martínez López, Francisco. Juan Rof Carballo y la Medicina Psicosomática. Díaz de Santos, 2008
5. Martínez Priego, Consuelo. Neurociencia y afectividad. La Psicología de Juan Rof Carballo. Erasmus, 2012.
6. Piñas Mesa, Antonio. Psicosomática, Medicina y Filosofía. Estudios de Humanidades Médicas en torno al pensamiento de Juan Rof Carballo. Universidad Técnica particular de Loja, 2016.
7. Rof Carballo, Juan. El hombre como encuentro. Alfaguara. 1973.
8. Rof Carballo, Juan. Patología antropológica. En Pedro Laín Entralgo. Historia universal de la medicina. Salvat. 1972.
9. Rof Carballo, Juan. Violencia y ternura. Austral. 1977.
10. Rof Carballo, Juan. Medicina y actividad creadora. Revista de occidente. 1964
11. Russo, M^a Teresa. El humanismo médico de Juan Rof Carballo: un aporte a la antropología filosófica desde la medicina. ÁGORA (2012), Vol. 31, n^o 1: 123-138.

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280917>

ROF COMO HUMANISTA

A. Álvarez Fernández¹

¹Centro Médico de Asturias

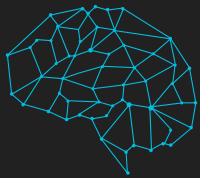
Palabras clave: Juan Rof Carballo, Medicina Psicosomática

Keywords: Juan Rof Carballo, Psychosomatic Medicine

Esta comunicación se encuadra en la presentación del libro Juan Rof Carballo: Medicina, Psicología, Antropología (eds. Antonio Piñas-Mesa y Belén Poveda García-Noblejas, 2023).

Frente a una Medicina inhumana, de código enfermo-hombre-animal... hondo y lúcido amor es humanismo. Frente a una Medicina áfona y aléxica, de código enfermo-hombre-máquina... rehabilitación de la palabra en la anamnesis y la terapia es humanismo. Esto sostuvo y enseñó Rof, contra viento y marea, verdadera humanización del quehacer médico, en una Medicina Psicosomática de código enfermo-hombre-persona, en el cuidar (Medicina), en el comprender (Psicología) y en el saber (Antropología). Como nos advirtió: "Podría, sin caer en inexactitudes, declararse que todo lo que las corrientes antropológicas significan para la Medicina, que la re-humanización de la Medicina actual radica en la rehabilitación de la palabra, del verbo, como instrumento de diagnóstico y de terapéutica. En el fondo, toda la Medicina Psicosomática no es más que el intento, logrado y triunfante, de restablecer la anamnesis en toda su dignidad, de restablecer en toda su profundidad y eficacia la psicoterapia" (Juan Rof Carballo, El hombre a prueba, 1951).

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum280921>



ABSTRACTS DE SIMPOSIOS Y CONGRESOS

GRUPO DE TRABAJO E INVESTIGACIÓN EN MUJER Y SALUD MENTAL: 20 AÑOS

WORK AND RESEARCH GROUP IN WOMEN AND MENTAL HEALTH: 20 YEARS

Jesús Cobo

Psiquiatra Adjunto Unidad de Agudos Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. Centro de Investigación Biomédica en Red – Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT)

El martes 12 de diciembre del 2023 se realizó el Vº Workshop de Investigación del Grupo de Trabajo e investigación en Mujer y Salud mental de la Sociedad Catalana de Psiquiatria y Salud Mental a la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares (Calle Mayor de Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona).

El Workshop fue inaugurado por la Dra. Gemma Parra-mon, presidenta de la Sociedad Catalana de Psiquiatria y Salud Mental y por la Dra. Judith Usall i Rodié, Coordinadora del Grupo de Trabajo e investigación en Mujer y Salud Mental de la Sociedad Catalana de Psiquiatria y Salud Mental y 2022-2025 Presidente-Elect de la International Association for Women's Mental Health (IWMHA).

Se presentaron 14 ponencias de gran calidad.

El año 2003, un grupo de profesionales interesadas e interesados por los estudios en mujer y salud mental organizó, con el apoyo de la Sociedad Catalana de Psiquiatria, la Primera Jornada de Género y Salud Mental, que tuvo continuidad los años siguientes y después con la convocatoria hasta ahora de tres Congresos nacionales, cuatro interna-

cionales y varias Jornadas monográficas y actividades de formación e investigación.

A partir de estas iniciativas, se fue formando un grupo de trabajo con profesionales del campo de la psiquiatria, la psicología, las adicciones y la ginecología, para promocionar la investigación y el trabajo clínico en salud mental de la mujer. El junio de 2004, en el seno de la Sociedad Catalana de Psiquiatria (actualmente Sociedad Catalana de Psiquiatria y Salud Mental) se constituyó finalmente el Grupo de Trabajo e investigación en Mujer y Salud Mental. Por lo tanto, en el 2024 se cumplirán 20 años de historia.

Los objetivos del Grupo son fomentar la formación y los trabajos de investigación en el área de mujer y salud mental, difundirlos y crear una cultura de normalización del tema en el ámbito de conocimiento de la Psiquiatria, la Psicología o las Adicciones. Simultáneamente, aparte de las iniciativas de difusión y docentes (congresos, cursos...) realizamos diversos estudios multicéntricos y participamos en diferentes ámbitos estatales e internacionales.



BREVE HISTORIA DE LOS ESTUDIOS SOBRE MUJER Y SALUD MENTAL

Los estudios sobre mujer y salud se han desarrollado de forma importante en estas últimas décadas. En sus inicios, los estudios de mujer y salud mental se ocupaban solos de los trastornos relacionados con el embarazo, el posparto, el ciclo menstrual y la menopausia; más adelante, se centraron también en los trastornos que afectan las mujeres con más frecuencia que los hombres (por ejemplo, los trastornos de la alimentación); actualmente, pero, este campo de estudio se interesa especialmente también en la evaluación de la influencia del sexo y el género en la etiología, presentación, curso y tratamiento de los diferentes trastornos mentales, incluidas las adicciones.

Gracias al trabajo de varios equipos de profesionales de la salud mental se ha hecho visible que la atención sanitaria de las mujeres exige una ciencia médica con una mirada de género que tenga en cuenta las posibles diferencias anatómicas, biológicas y psicológicas, y también, los condicionantes interseccionales que la discriminación y la desigualdad social han supuesto sobre la salud de las mujeres.

Para difundir estos estudios se creó la International Association for Women's Mental Health que el 2004 consensuó una Declaración Internacional en Mujer y Salud Mental, aprobada por el World Psychiatric Association Congress. Esta declaración pretende conseguir que los y las profesionales de la salud mental y las organizaciones de salud integren la salud mental de mujeres como una prioridad en las políticas y programas de desarrollo. Entre otras recomendaciones, destacan la de apoyar a la provisión de educación y entrenamiento sobre temas de género a los profesionales de la Salud Mental y la de incrementar la investigación en estos temas.

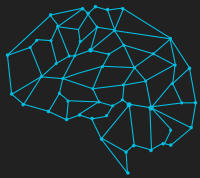
Para conocer las actividades del Grupo, hay que revisar la web de la Sociedad:

<http://webs.academia.cat/societats/psiquia/index.php>

<http://webs.academia.cat/societats/psiquia/recerca.php>

A continuación, presentamos un resumen de las actividades formativas y congresos que hemos organizado o participado como grupo (no individualmente o como representantes):

- **Noviembre 2005:** Jornada "Salud Mental y Maltrato: Aportaciones desde la red pública" (Barcelona).
- **Diciembre 2006:** I Congreso Catalán en Mujer y Salud Mental (Barcelona).
- **Noviembre 2007:** Jornada "Salud Mental y Posparto" (Barcelona).
- **Febrero 2009:** II Congreso Catalán en Mujer y Salud Mental (Barcelona).
- **Octubre 2009:** I *Workshop de Investigación en Salud Mental y Mujer" (Barcelona).
- **Octubre 2010:** Symposium "Hormonas y Salud Mental", Congreso Nacional de Psiquiatría de la Asociación Española de Psiquiatría.
- **Noviembre 2010:** Jornada "Adicciones y Mujer" (Sabadell).
- **Octubre 2011:** Symposium "Emphasizing Women in Dual Diagnosis. Research on Gender Aspects of Dual Diagnosis", II International Congress on Dual Disorders.
- **Noviembre 2011:** II *Workshop de Investigación en Salud Mental y Mujer" (Barcelona).
- **Junio 2012:** Workshop IWMHA, "Gender and Schizophrenia: Psychosocial aspects". European Congress on Social Psychiatry (Ginebra, Suiza).
- **Octubre 2012:** III Congreso Catalán en Mujer y Salud Mental (Barcelona).
- **Noviembre 2013:** III Workshop de Investigación en Salud Mental y Mujer (Barcelona).
- **Septiembre 2014:** Symposium "Psychosis and Gender". XVI World Congress of Psychiatry (Madrid).
- **Mayo 2015:** I European Meeting on Women's Mental Health: Psychosis & Gender (Barcelona).
- **Diciembre 2016:** Jornada Salud Mental y Género en el Mundo Laboral (Barcelona).
- **Octubre 2017:** II European Meeting on Women's Mental Health: Psychosis & Gender (Barcelona).
- **Mayo 2018:** IV Workshop de Investigación en Salud Mental y Mujer (Barcelona).
- **Noviembre 2018:** I Jornada de Violencia Machista y Salud Mental (Barcelona).
- **Noviembre 2019:** II Jornada de Violencia Machista y Salud Mental (Lleida).
- **Noviembre 2020:** III European Meeting on Women's Mental Health: Psychosis & Gender (en línea).
- **Noviembre 2020:** III Jornada de Violencia Machista y Salud Mental (en línea).
- **Noviembre 2021:** IV Jornada de Violencia Machista y Salud Mental (Girona).
- **Noviembre 2022:** V Jornada de Violencia Machista y Salud Mental (Reus, Tarragona).
- **Marzo 2023:** IV European Meeting on Women's Mental Health: Psychosis & Gender (Barcelona).



- **Octubre 2023:** VI Jornada de Violencia Machista y Salud Mental (Vic, Barcelona).
- **Noviembre 2022 hasta la actualidad:** Sesiones de Investigación del Grupo (en línea).

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum289901>

PROJECTE ESTEVIS: TRAUMA, ESTRÈS POSTRAUMÀTIC I SUÏCIDI.

Nerea Sampayo Lorenzo¹; Alba Monfil Carratalà¹; Carla Rodríguez Saavedra¹; Violeta Llonch Puyalto¹; Cecília Borràs Murcia²; Roser Cirici Amell¹

¹Institut salut Mental. Hospital del Mar; ²Associació de Supervivents Després del Suïcidi

Paraules clau: Trauma, suïcidi, estrès posttraumàtic, trastorn d'estrès posttraumàtic complex, estratègies d'afrontament.

Objectius: L'objectiu principal de l'estudi és establir les diferències de diagnòstic entre el trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) i el trastorn d'estrès posttraumàtic complex (TEPT-C) en pacients psiquiàtrics amb trastorn de la conducta suïcida i sense, inclosa la ideació. Entre els objectius secundaris destaca estudiar, des d'una perspectiva de gènere, el tipus de TEPT, TEPT-C, les experiències vitals traumàtics (EVT), la severitat/intensitat emocional dels EVT i l'acumulació d'EVT al llarg de la vida i les estratègies d'afrontament.

Mètodes: Estudi pilot, retrospectiu, controlat, observacional, transversal i multicèntric. Es preveu incloure 100 pacients psiquiàtrics adults de diferents centres de tota Catalunya, que es dividiran en dos grups, segons la presència o no de conducta i ideació suïcida. Es realitzaran mesures de les variables esmentades en aquests pacients, segons el protocol elaborat per l'equip (qüestionari sociodemogràfic, IEVT, TLEQ, CTS, CTQ-SF, EGEF-5, ITQ, COLÚMBIA, CSI, BDI, qüestionari sobre la facilitat i viabilitat de les proves), i es durà a terme un anàlisi de dades descriptiva i de comparació de grups.

Resultats: Previstes per al 2026.

Conclusions: Previstes per al 2026.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum289902>

DETECCIÓN DE VIOLENCIA MACHISTA ENTRE LAS MUJERES ATENDIDAS POR TENTATIVA AUTOLÍTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

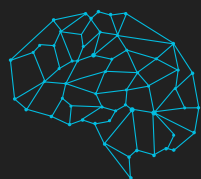
Igor Merodio Ruiz^{1-4,11*}; Jesús Cobo^{3-5,7}; Elena Canta López⁶; Mónica Corrigüelas Marín⁸; Ángel María Santiago Barragán^{1,8}; María Carmen Camposo Montesinos⁸; Alejandra Rubio García^{1,8}; Laura Llauredó Igual⁸; Albert Cosculluela Pérez^{1,8}; Raquel Aguayo Navarro^{1,8}; Lourdes Castro Pérez^{1,8}; Paula Molla Robles⁸; María Teresa Muñoz Martínez^{8,11}; Diego J. Palao Vidal^{3-5,9}; Albert Granero Lázaro^{1,3,4,10}

¹Enfermera/o Especialista en Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ²Doctorando Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España. ³Centro de Investigación Biomédica en Red – Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ⁴Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España. ⁵Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT) – UAB, Sabadell, Barcelona, España. ⁶Enfermera Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁷Psiquiatra Adjunto Unidad de Agudos Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁸Enfermera del Centro de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁹Psiquiatra director Servicio Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ¹⁰Jefe de Enfermería de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ¹¹Coordinador de Enfermería de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. * El presente trabajo forma parte de la Tesis Doctoral del Primer Autor.

Palabras clave: Violencia interpersonal de pareja; Violencia machista; Violencia de género; Suicidio; Evaluación psiquiátrica; Evaluación enfermera; Urgencias; Registros electrónicos de datos.

RESUMEN

Introducción: Existe evidencia sobre una asociación directa entre la Violencia Machista/Violencia de Género (VdG) y el suicidio, e incluso se señala que la VdG es el principal factor precipitante para que una mujer realice una tentativa suicida. Además, se ha demostrado que las mujeres con enfermedades mentales crónicas sufren especialmente más violencia que la población en general. Sin embargo, existen relativamente pocos datos sobre la capacidad de detección de VdG de los servicios de urgencias. En Catalunya, el Programa Código Riesgo de Suicidio (CRS) atendió a 12.596 personas con episodios de conducta suicida y ha demostrado su eficacia en nuestro hospital.



Objetivo principal: Cuantificar el grado de detección de la VdG de nuestros registros sanitarios en mujeres visitadas en el servicio urgencias de nuestro hospital por ideación y/o tentativa suicida y que han sido incluidas en el Programa CRS.

Hipótesis principal: La detección actual de VdG en las mujeres es <10%.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo basado en registros electrónicos sanitarios. Se identificaron todas las mujeres que habían estado en seguimiento telefónico en los últimos 12 meses por haber acudido al servicio de urgencias de nuestro Hospital por ideación y/o intento suicida. El período de análisis incluyó del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Se realizó una revisión completa de todos los informes de alta de estas mujeres visitadas en urgencias y de los registros clínicos de todos los profesionales (médicos, psiquiatras, enfermeras...) disponibles en la historia clínica informatizada. Se realizó un análisis descriptivo simple de los datos.

Resultados: Durante el período de estudio, se detectaron cuatro casos de violencia machista/VdG (1,92%) y dos casos de violencia familiar entre las 208 mujeres que se visitaron por ideación y/o intento autolítico. A todas las mujeres a las que se las detectó VdG, se les recomendó la visita con el Centro de Atención a la Mujer, pero se desconoce si fueron efectivamente derivadas a otros profesionales o si realmente acudieron.

Conclusiones: Los datos obtenidos demuestran una clara infradetección y confirman la hipótesis propuesta al inicio del estudio. Igualmente, faltan datos relevantes sobre la actitud que siguió a esta detección.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum2809903>

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL CRÓNICO Y COMPLEJO

María Dolores Martín Jurado; Enric Blanch Mumbrú; Jesús V. Cobo Gómez; Alba Ribalta Viñas; Cristina Giménez Muniesa; Sara Gámez; Albert Granero Lázaro.

Corporació Sanitària Parc Tauli (Sabadell)

Palabras clave: deseo gestacional, enfermedad mental, salud sexual y reproductiva.

RESUMEN

Objetivos: El propósito principal de este estudio es conocer el grado de deseo gestacional y la salud sexual y reproductiva en personas hospitalizadas con trastorno mental grave / patología mental crónica y compleja.

Metodología: Estudio piloto transversal y retrospectivo.

Población: Mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave / patología mental crónica y compleja ingresadas en nuestra unidad psiquiátrica de agudos.

Muestra estimada: Teniendo en cuenta el diseño piloto y la muestra de conveniencia, estimamos una población final en el estudio de entre 100 y 120 mujeres hospitalizadas (aproximadamente el 50%). Para la población de mujeres en Consultas Externas estimamos una población final de entre 150 y 160 mujeres (aproximadamente el 10%).

Duración: Un año.

Escalas de evaluación: La información será obtenida a través de las escalas Desire to Avoid Pregnancy Scale (DAP), la Escala WAST de Violencia de Género, la Escala de Maltrato infantil (CPQ) y el Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (SALSEX).

Análisis estadístico: Descriptivo y bivariado.

Resultados esperados: Nuestra población de mujeres hospitalizadas con trastorno mental severo / PCC presenta un alto grado deseo gestacional y una mala salud sexual y reproductiva.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum289904>



PERSPECTIVA DE GÈNERE EN L'ESTABILITAT DIAGNÒSTICA EN PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DESPRÉS D'UN ANY DE SEGUIMENT

Toll Privat, Alba^{a,b,e}; Jiménez Fernandez, Beltran^a; Motta, Nicole^a; Martínez Sadurní, Laura^{c,d}; Trabsa, Amira^{c,d}; Mané Santacana, Anna^{c,d,e}

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Departament de Psiquiatria, Badalona. ^bInstitut Germans Trias i Pujol (IGTP), Badalona. ^cHospital del Mar, Institut de Salut Mental, Barcelona. ^dHospital del Mar Research Institute, Barcelona. ^eCentro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM).

Paraules clau: Primer Episodi Psicòtic, Trastorn Psicòtic, Variabilitat diagnòstica, Estabilitat diagnòstica, Perspectiva de gènere.

Antecedents i Objectius: L'estabilitat diagnòstica és un camp controvertit en els primers episodis psicòtics (PEPs). Aquestes fluctuacions de diagnòstic poden retardar la instauració d'un tractament adequat i condicionar el pronòstic dels pacients a llarg termini. Estudis anteriors han suggerit que el sexe podria ser una variable predictora d'aquest canvi de diagnòstic.

L'objectiu d'aquest estudi és determinar el paper del sexe en l'estabilitat diagnòstica a l'any de seguiment en una mostra de PEPs.

Mètodes: Es va reclutar una mostra de 256 PEPs recollint variables clíniques i sociodemogràfiques en el moment basal i a l'any del diagnòstic de seguiment. Es va analitzar les diferències entre sexes en els dos moments i es va realitzar un anàlisi multivariant per determinar les variables predictores de canvi de diagnòstic a l'any de seguiment.

Resultats: Les dones presentaven major canvi diagnòstic a psicosi afectiva a l'any de seguiment. El sexe va resultar ser la única variable predictora de canvi de diagnòstic a l'any de seguiment.

Discussió i Conclusions: El fet que les dones presentin trastorns afectius amb més freqüència i una millor funcionalitat en el debut de la patologia en comparació als homes pot portar a un diagnòstic erroni i conseqüentment una atenció clínica inadequada.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum289905>

"BENESTAR": ESTUDI LONGITUDINAL SOBRE EL BENESTAR MENTAL DE LES DONES I DE LES PARELLES DURANT L'EMBARÀS I DESPRÉS DEL NAIXEMENT. FACTORS DETERMINANTS.

Meritxell Escalé Besa^{1,2}; Helena Cachinero Moreno³; Alexandre Gonzalez Rodríguez³; Laura E. Navarrete Reyes⁴; Bruma Palacios Hernández⁵; Daniela Escobedo Belloc⁶; Alexa Mariana Ferrara Torres⁶; Jesus Cobo Gómez²; Ramon Escuriet Peiró⁷

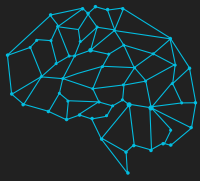
¹ASSIR Sabadell, ²Hospital Universitari Parc Taulí (Sabadell), ³Hospital Universitari Mútua de Terrassa (Terrassa); ⁴Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente (México); ⁵Universidad Autónoma del Estado de Morelos (Cuernavaca); ⁶Hospital Universitario UANL de Monterrey (Monterrey); ⁷Grup de recerca GHenderS - Universitat Ramon Llull.

Paraules clau: Benestar mental, Perinatalitat, Factors sociodemogràfics, Factors econòmics, Estil de vida, Factors de salut, Suport social, Nivell de resiliència.

Objectiu principal: conèixer el grau de benestar mental individual de les dones i de les parelles durant l'embaràs i després del naixement, i identificar la seva associació amb factors sociodemogràfics, econòmics, d'estil de vida, de salut, amb el suport social i amb el nivell de resiliència.

Metodologia: es planteja un estudi observacional prospectiu multicèntric de seguiment d'una cohort de dones i de parelles durant l'embaràs i un any després del naixement. La captació de les gestants i de les parelles es farà entre la setmana 18 i 24 d'embaràs. El període de captació serà de 12 mesos des de l'inici de l'estudi. Es realitzaran 5 avaluacions, la primera al tercer trimestre de l'embaràs (entre la setmana 32 i 36), la segona a les 6 setmanes postpart, la tercera als 3 mesos postpart, la quarta als 6 mesos postpart i la cinquena als 12 mesos postpart.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum289906>



MANEJO DEL LITIO EN EL PERIPARTO: ASPECTOS FARMACOCINÉTICOS Y CLÍNICOS EN LA DIADA MADRE-NEONATO

Imaz Gurruchaga, María Luisa^{1*}; Torra Santamaría, Mercè², Soy Muner, Dolors³; Langohr, Klaus⁴; García Esteve, Lluïsa⁵; Martín-Santos Laffon, Rocio⁶

¹Unidad de Salud Mental Perinatal Clínic-BCN. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic. IDIBAPS. Universitat de Barcelona, Barcelona (España); ²Laboratorio de Farmacología y Toxicología. Servicio de Bioquímica y Genética Molecular. Centro de Diagnóstico Biomédico. Hospital Clínic. IDIBAPS. Universitat de Barcelona, Barcelona (España); ³Área del Medicamento. Servicio de Farmacia. Hospital Clínic. IDIBAPS. Universitat de Barcelona, Barcelona (España); ⁴Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona (España); ⁵Unidad de Salud Mental Perinatal Clínic-BCN. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona (España); ⁶Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic. IDIBAPS. CIBERSAM. Universitat de Barcelona, Barcelona (España)

*Responsable de la comunicación y dirección de correspondencia (mlimaz@clinic.cat)

Palabras clave: Litemia sérica materna; transferencia placentaria del litio

Objetivos: Investigar 1) la litemia sérica materna y sus cambios alrededor del parto, 2) la transferencia placentaria del litio y 3) si existe asociación entre la litemia neonatal intraparto y las complicaciones neonatales agudas.

Método: Estudio de cohorte observacional y retrospectivo (HCB/2020/1305) de mujeres en tratamiento con litio en el tercer trimestre de embarazo, con un embarazo único no complicado y estables psicopatológicamente (n=66). A todas las mujeres se les aconsejó suspender el tratamiento con litio al inicio del trabajo de parto en los partos espontáneos ó 12 horas antes de una cesárea o inducción del parto programados. Las variables demográficas, psiquiátricas, obstétricas y neonatales estudiadas fueron obtenidas de los registros médicos del hospital. La determinación de la litemia se realizó mediante un analizador de electrolitos AVL 9180 con ISE (electrodo selectivo de iones). El límite de cuantificación (LoQ) fue de 0,20 mEq/L.

Resultados: La transferencia trasplacentaria de litio (n=60) fue completa con una fuerte correlación entre las litemias materna y neonatal (coeficiente de correlación de Pearson 0,95 (IC 95%: 0,91, 0,97). En una submuestra (N = 22), la litemia media (DE) materna intraparto fue significativamente más baja (diferencia de medias = 0,19 mEq/L, IC 95%=0,13-

0,25) que la obtenida el día antes del parto, después de una supresión de litio de 31,29 horas de media. Cuatro mujeres (6%) se descompensaron en la primera semana posparto. La única complicación neonatal aguda asociada a la litemia neonatal fue la hipotonía [0,712 (0,298) vs. 0,534 (0,214) (F=5,065; gl=1,60; p=0,028)].

Conclusiones: La discontinuación breve de la administración de litio en el periparto puede ser una estrategia válida de maximización del bienestar materno y neonatal en este período.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum289907>

PREVALENCIA I TIPUS D'ESDEVENIMENTS VITALS ESTRESSANTS EN DONES AMB UN PRIMER EPISODI PSICÒTIC

Alicia Colomer-Salvans, Regina Vila-Badia, Clara Serra-Arumí, Anna Butjosa-Molines, Nuria Del Cacho-Orterga, Helena Escobedo-Pareras, Judith Usall-Rodí

Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental (Sant Boi de Llobregat).

Paraules clau: dona, esdeveniments vitals estressants, primer episodi psicòtic.

Objectius:

1. Estudiar prevalença i tipus d'EVEs en dones amb PEP.
2. Comparar prevalença i tipus d'EVEs entre dones i homes amb PEP i dones amb PEP i controls.

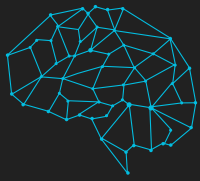
Mètode: Mostra reclutada al PSSJD i a l'HSJD. Inclosos 58 pacients amb diagnòstic de PEP (24; 34) i 32 dones controls d'entre 13 i 52 anys. S'administra el Qüestionari d'Esdeveniments Vitals Estressants (CAVE). S'utilitza la prova Chi-quadrat i U de Mann-Whitney.

Resultats: EVEs més freqüents en les dones amb PEP. ruptura amb cercle d'amistats, començar a treballar i suspendre assignatures.

Dones amb PEP presenten, en general, més EVEs relacionats amb l'àrea Acadèmica, de la Salut i Social que dones controls.

En comparació amb homes amb PEP, presenten, en general, menys EVEs en les àrees Acadèmica i Salut.

Conclusions: Dones amb PEP viuen més EVEs en compa-



ració amb controls, indicant possible relació entre patir un EVE i l'aparició d'un PEP. S'observa també diferències de gènere.

És important detectar els EVEs i fer un bon acompanyament, per reduir l'estrès i malestar que poden generar i així les probabilitats de desenvolupar un PEP.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum289908>

PERSONALIDAD, REGULACIÓN EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO DE INTERÉS/EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO (TIE)

Fernández Martín, Cristina; Pastells Pujol, Silvia; Tolosa Sola, Iris; Farré Martí, Josep M; Molero Rodríguez, Francisca; Lasheras Pérez, Gràcia

Grupo Iberdex (Hospital Universitario Dexeus - Psicodex; Instituto Iberoamericano de Sexología; Gabinete psicológico Psicoestima't).

Palabras clave: excitación, interés sexual, mujer, personalidad, afrontamiento.

Objetivos: Analizar las características dimensionales de personalidad, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento ante el estrés, en una muestra de mujeres diagnosticadas de TIE.

Métodos: Se estudia una muestra de 102 mujeres de entre 18 y 60 años. Las participantes se dividieron en dos grupos para comparar sus resultados. Por un lado, el grupo experimental formado por mujeres diagnosticadas de TIE, y por otro, un grupo control compuesto por mujeres sexualmente sanas. Las participantes cumplieron una entrevista clínica, así como los siguientes cuestionarios estandarizados: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), e Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI).

Resultados: Los datos se analizarán mediante un programa estadístico, y se presentarán resultados provisionales.

Conclusiones: Los hallazgos pueden contribuir a mejorar la comprensión del TIE y la optimización de los tratamientos psicológicos actualmente disponibles.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum289909>

VALIDACIÓN EN CASTELLANO DE LA WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST) EN POBLACIÓN DE MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Regina Vila-Badia¹; Jesús Cobo²; Maite Tudela³; Laia Miquel⁴; Daniel Folch⁴; Laura Mora⁵; Chrysanthi Blithikioti⁴; Sara Arranz⁶; Anna Butjosa¹; Clara Serra¹; Ximena Goldberg⁷; Judith Usall¹; Susana Ochoa¹; Roser Cirici⁸

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu. ²Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí - I3PT - UAB - CIBERSAM. ³Grup ATRA. ⁴Unitat d'Addiccions de l'Hospital Clínic de Barcelona - Servei de Psiquiatria. ICN Health research. IDIBAPS. RIAPad. ⁵CSMA Nou Barris Nord. ⁶CSMA Garraf - Parc Sanitari Sant Joan de Déu / Medicina privada. ⁷IS Global. ⁸CSMA Sant Martí Sud. Parc de Salut Mar

Palabras clave: Violencia Machista; Violencia de Género; Escalas; Psicometría; Poblaciones especiales; Trastorno Mental; Enfermedad Mental; Trastorno Mental Severo.

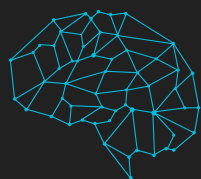
RESUMEN

Introducción/Antecedentes: Se ha demostrado que las mujeres con enfermedades mentales crónicas sufren más violencias machistas que las mujeres de la población en general. Sin embargo, existen relativamente pocos datos sobre la capacidad de detección de esta violencia en los servicios de salud mental y muy pocas adaptaciones de escalas para esta población.

Objetivos: Realizar la validación en castellano de tres escalas de violencia machista en población de mujeres con problemas de salud mental.

Metodología: Estudio transversal observacional. Se incluyeron mujeres que habían sido atendidas en tres centros ambulatorios de salud mental (Cornellà, Garraf y Nou Barris Nord y Sud), tres centros residenciales (Grupo ATRA), y dos unidades hospitalarias (Hospital Clínic de Barcelona y Corporación Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Barcelona). Se utilizaron las traducciones en castellano y catalán de la versión completa (de 8 ítems) y de screening (dos primeros ítems) de la Woman Abuse Screening Tool (WAST), y las versiones completas en castellano del Index of Spouse Abuse (ISA) y del Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI).

Resultados: La muestra final incluye 95 mujeres, de diferentes edades (media 43.34, DE 14.30) y afectadas de diferentes patologías mentales y adicciones. Los diagnósti-



cos principales fueron los trastorno depresivo (24.2%) y los trastornos psicóticos (22.1%). Más de la mitad de las mujeres de nuestra muestra reportaron haber sufrido VM/VdG (56.8% en la WAST y el 58.9% en la ISA). La gravedad de la violencia machista sufrida en nuestra sociedad es importante. Las escalas validadas mostraron muy buenas propiedades psicométricas: una adecuada fiabilidad y especificidad. La consistencia interna fue muy adecuada. Todas muestran una adecuada validez interna (ponerlas) y externa (entre sí o con respecto a la ISA / "gold standard"). Respecto a la WAST se considera que es mejor administrar toda la escala, y no usar las versiones de cribaje, ya que en esta población parece tener una mayor capacidad de detección de VM/VdG. La versión de despistaje (screening) de la WAST muestra una correcta sensibilidad y especificidad (poner), aunque la escala WAST completa puede ser más adecuada para evaluar la presencia y tipo de violencia machista en población con problemas de salud mental y adicciones. Se destacaron diversos aspectos a nivel cualitativo de interés para futuros estudios en el área.

Conclusiones: Las traducciones en castellano y catalán de la versión completa y de screening de la Woman Abuse Screening Tool (WAST), y las versiones completas en castellano del Index of Spouse Abuse (ISA) y del Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI) son válidas para su uso en mujeres con problemas de salud mental y adicciones. La escala WAST heteroadministrada y completa puede ser más adecuada para evaluar la presencia de violencia machista en mujeres población con problemas de salud mental y adicciones.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum2809910>

PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y DE PERSONALIDAD DE LAS PAREJAS FEMENINAS DE HOMBRES CON TRASTORNO HIPERSEXUAL.

Elena Pufulete; Alba Palazón Llecha (albapalazonllecha@gmail.com); Josep M^a Farré; Irene Pérez; Gracia Lasheras Pérez.

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

Palabras clave: hipersexualidad, adicción comportamental, pareja femenina, psicopatología, personalidad.

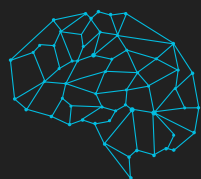
Objetivo: Explorar las características psicopatológicas y de personalidad de las parejas femeninas de hombres con trastorno hipersexual, así como las repercusiones en ellas de dicha conducta adictiva.

Método: En este estudio transversal se han incluido 14 mujeres adultas (M=45,29 años) que son parejas de hombres con trastorno hipersexual atendidos en nuestro Servicio. Se recopilaron medidas de sintomatología depresiva (BDI), ansiedad estado-rasgo (STAI), autoestima (Escala de autoestima de Rosenberg), personalidad (TCI-R) y dependencia emocional (TDS-100) al inicio del tratamiento para el trastorno hipersexual. Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales.

Resultados: Las parejas femeninas de hombres con trastorno hipersexual, mostraron bajos niveles de sintomatología depresiva (M=9,25; DT=8,74), ansiedad-estado (M=44,60; DT=32,26), baja autoestima (M=28,30; DT=5,12) y dependencia emocional (M=4,15). Tampoco se identificaron rasgos de personalidad que aumentaran el riesgo de desarrollar psicopatología. Cabe destacar que se encontraron puntuaciones altas en la dimensión de autodirección (M=65; DT=29,8), siendo este rasgo el más correlacionado con la sintomatología depresiva ($r=-,866$; $p<,001$) y ansiosa ($r=-,707$; $p<,05$).

Conclusiones: las puntuaciones elevadas en autodirección actúan como factor de protección, facilitando el afrontamiento al malestar y la regulación emocional en el entorno de personas afectadas por un trastorno de adicción sexual.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum289911>



TRAUMA COMO PREDICTOR DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES QUE HAN SUFRIDO MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Paula Ponce-López (paulaponcelop@gmail.com); Sonia Escribano Sordo; Josep M. Farré Martí; Alba Palazón-Llecha; Gracia Lasheras Pérez.

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

Palabras clave: Mutilación Genital Femenina (MGF); Trauma; Insatisfacción Sexual.

Objetivos: Explorar si los síntomas traumáticos predicen la insatisfacción sexual en mujeres que han sufrido MGF, y si condicionan la satisfacción y funcionamiento sexuales.

Métodos: Un mes antes de la cirugía de reconstrucción de clitoris (RC) se evaluaron las variables "funcionamiento sexual" (Female Sexual Function Index [FSFI]), "insatisfacción sexual" (Female Sexual Distress Scale [FSDS]) y "síntomatología traumática" (Davidson Trauma Scale [DTS]) en 51 mujeres (M=26,71 años, DT=6,79) que sufrieron MGF, atendidas en nuestro Servicio. Para el primer objetivo, se realizó una regresión lineal simple y, para el segundo, una prueba t para muestras independientes.

Resultados: La sintomatología traumática explica el 26,4% de la variancia de la insatisfacción sexual ($R^2=0,264$; $F=13,95(1,39)$, $p=,001$; $f^2=0,36$; $1-=-0,99$). Se encontraron diferencias significativas en la puntuación del FSDS ($t=-11,47$; $p=,009$) en función de los síntomas traumáticos, pero no se observaron diferencias en la puntuación del FSFI ($t=0,86$; $p=,729$).

Conclusiones: La sintomatología traumática predice la insatisfacción sexual previa a la RC en mujeres que han sufrido una MGF. Se requiere más investigación para entender el rol de otras variables en el inicio y mantenimiento del malestar asociado a la MG.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum2809912>

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN DROGODEPENDENCIAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Laia Molinero Romera (laia.moli16@gmail.com), Gracia Lasheras Pérez.

Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Dexeus

Palabras clave: drogadicción, género, diferencias, prevalencia, comorbilidad.

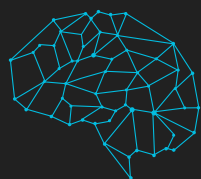
Objetivos: Realizar una revisión sistemática para recopilar información de la literatura científica acerca de las desigualdades de sexo y género en las drogodependencias.

Métodos: La búsqueda de la revisión sistemática se ha llevado a cabo en las bases de datos PsycINFO, PubMed, Psycodoc y Medline.

Resultados: Se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia de consumo, el tipo de sustancia, la comorbilidad con diferentes enfermedades y la eficacia de los tratamientos. Otro hallazgo significativo es que se está reduciendo la brecha de consumo de sustancias entre ambos sexos, lo que sugiere que el estigma de género en el ámbito de las drogodependencias cada vez es menor. A pesar de estos datos, no se han encontrado divergencias en la edad de inicio del consumo.

Conclusiones: Mujeres y hombres responden de manera distinta a las drogas, lo cual plantea la necesidad de que, cualquier estrategia de prevención o tratamiento, tenga en cuenta estas diferencias de género.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum2809913>



VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS, OBSTÉTRICAS Y REPRODUCTIVAS RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

Gracia Lasheras Pérez; Borja Farré Sender

¹ Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Dexeus.

Contacto: Gracia Lasheras Pérez (gracialasheras@gmail.com)

Palabras clave: Depresión posparto, concepción, parto, lactancia.

Objetivos: Explorar qué variables psicopatológicas, reproductivas y obstétricas se asocian a la aparición de la DPP a los 40 días del parto.

Métodos: Se evaluaron 1273 mujeres de población general en la cuarentena mediante la EPDS para detectar DPP, y se recogieron variables psicopatológicas (ansiedad/depresión a lo largo de la vida, durante el embarazo, y estrés durante embarazo y/o posparto), sociodemográficas, reproductivas (concepción natural y por reproducción asistida) obstétricas (paridad, tipo de parto y de lactancia). Se utilizaron pruebas no paramétricas: U de Mann-Whitney para variables dicotómicas, Kruskal-Wallis para las multinómicas, Spearman para la variable continua, y un modelo de regresión para el análisis multivariante.

Resultados: El análisis multivariante proporcionó un modelo final en el que sufrir ansiedad/depresión en el embarazo, la presencia de estrés durante el embarazo y/o el posparto, los antecedentes de ansiedad y/o depresión a lo largo de la vida, el parto por cesárea y la lactancia mixta, fueron los mejores predictores de la DPP, explicando el 38,3% de la varianza en las mujeres con DPP.

Conclusiones: La presencia de depresión, ansiedad y estrés en el embarazo se asocian de forma intensa a la DPP. Resulta esencial detectar y tratar estos trastornos a tiempo para prevenir la DPP.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum2809914>

LA UNITAT FUNCIONAL DE DONES AMB ESQUIZOFRÈNIA (UFDE) - MUTUA TERRASSA: RESULTATS DEL MODEL OBSERVATORI - EQUIP DE VIGILÀNCIA I INTERVENCIÓ ESPECÍFIQUES

Ariadna Balagué¹; Mentxu Natividad¹; Jennipher P. Paolini¹; Eloísa Román¹; Mary V. Seeman²; Bruma Palacios³; José Antonio Monreal⁴; Alexandre González-Rodríguez⁵

¹Servei de Salut Mental d'Adults. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Fundació Docència i Recerca Mutua Terrassa. Universitat de Barcelona. Terrassa. ²Departament de Psiquiatría. Universitat de Toronto. Toronto, Canada. ³Laboratorio de Salud Mental Perinatal. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, México. ⁴Serveis de Salut Mental. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Fundació Docència i Recerca Mutua Terrassa. Universitat de Barcelona. Institut de Neurociències, UAB. CIBERSAM Terrassa. ⁵Servei de Salut Mental d'Adults. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Fundació Docència i Recerca Mutua Terrassa. Universitat de Barcelona. CIBERSAM Terrassa.

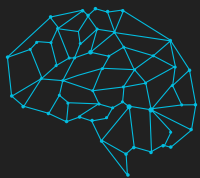
Paraules clau: Dona, Esquizofrènia, Psicosis, Observatori, Intervencions.

Objectius: El nostre principal objectiu és descriure els 5 observatoris de salut i risc psicosocial de la recentment creada UFDE i les intervencions específiques dissenyades per a dones amb esquizofrènia.

Mètodes: L'any 2022, als Centres de Salut Mental d'Adults (CSMAs) de Mútua Terrassa es van atendre 399 dones amb esquizofrènia. Al gener de 2023 es va crear la UFDE per a atendre específicament les necessitats de salut física, salut mental i determinants socials de la salut d'aquestes dones. Es va crear un model assistencial anomenat: Observatori (grups de treball de periodicitat mensual), Equips de Vigilància (o Estacions de Monitorització) i Intervencions Específiques, que ha estat implementat fins a l'actualitat. Observatori (Obs): 1) morbi-mortalitat somàtica, 2) hiperprolactinèmia, 3) ús de substàncies, 4) exclusió social i discriminació, i 5) seguretat farmacològica i prescripció.

Resultats: D'un total de 265 dones avaluades (CSMA Rambla: 206, CSMA Sant Cugat: 59), 58 van ser incloses a la Unitat.

Observatori. 1) Obs. Morbi-mortalitat. Morts (últims 24 mesos), n=9. Causes: Respiratòria, n=4; Càncer, n=3; Colitis isquèmica, n=1; Neurològica, n=1. Morbilitat: Glioblastoma multiforme (n=1). 2) Obs. Hiperprolactinèmia: 8 dones incloses; addició aripiprazol (n=2), canvi a aripiprazol (n=1), disminució dosis (n=2), cabergolina (n=1). 3) Obs. Ús Substàncies/



Seguretat: 2 benzodicepines (n=22), > 2 benzodicepines: (n=2). 4) Obs. Exclusió Social /Discriminació: 3 dones migrants (Senegal n=2; Cuba n=1).

Intervencions específiques: Grups salut física (n=8), consultoria neuroendocrinologia (n=5), equips farmacovigilància (n=4), resistència/Clozapina (n=2).

Conclusions: Una unitat especialitzada per a dones amb esquizofrènia és útil per a prevenir, monitoritzar i tractar específicament problemes de salut física, salut mental i intervenir en factors de risc psicosocial.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum2809915>



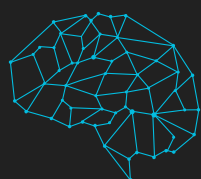
OBSERVATORIO EN SALUD MENTAL

REFLEXIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA “LEY TRANS” EN LA ATENCIÓN SANITARIA

REFLECTIONS ON THE APPLICATION OF THE “TRANS LAW” IN HEALTH CARE

E. Gómez-Gil¹, J.M. Farre², M. Agulló³, D. Molina⁴, R. Campos⁵, J. Artal⁶, J. Blanch¹⁻⁷, A. Vidal⁸, AL Montejo⁹

¹Psiquiatra. Instituto de Neurociencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic. Barcelona. ²Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Dexeus. ³Psicólogo. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Dexeus. ⁴Psicóloga. TLP. Barcelona. ⁵Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. ⁶Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Psiquiatra. Serveis de Salut Mental i Addiccions. Hospital Sta. Maria de Lleida. ⁸Psiquiatra. Instituto de Neurociencias. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. ⁹Psiquiatra. Hospital Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Servicio de Psiquiatría.



RESUMEN

En este artículo se reflexiona sobre la reciente ley aprobada por el Congreso de los Diputados conocida como *Ley 4/2023 para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI* (BOE-A-2023-5366, 2023). Se analizan inicialmente los artículos que más polémica han causado en el ámbito social, que son los relativos a la rectificación registral (Art. 43-51), y posteriormente los que hacen referencia directa o indirectamente a aspectos sanitarios; 1) el que prohíbe de métodos, programas o las llamadas terapias de conversión (Art. 17), 2) los que definen cómo debe ser en términos generales la atención sanitaria (Art. 56-59), y 3) finalmente el único artículo que menciona a los menores (Art 70). Se comenta que el término utilizado de *persona trans*, al englobar un amplio abanico de diversidades sexuales, variantes y expresiones de género, incluye tanto a personas que necesitan una atención médica como a otras que no. Se plantea que la rectificación registral acorde con esta ley 2023 al no precisar ningún requisito para su inscripción, ofrece menos garantías que la legislación ya existente de marzo 2007. Se considera que las directrices de la nueva ley se están traduciendo en una toma de decisiones por parte del usuario sin disponer de una valoración o diagnóstico por el equipo de profesionales que atienden el caso. Se destaca que la ley no incluye ninguna referencia a la atención por salud mental. Y en conjunto, se concluye que el texto aprobado, en el ámbito sanitario, puede mermar la calidad de la asistencia integral, sobre todo en menores, o personas con identidades complejas, dudosas, o con comorbilidades, que pueden generar discrepancia entre el criterio del profesional y la opinión del usuario.

Palabras clave: Ley trans; Derecho; Igualdad; Atención sanitaria; Personas trans; Transgénero; Incongruencia de género; LGTBI.

Keywords: Trans law; Right; Equality; Health care; Trans people; Transgender; Gender incongruence; LGTBI..

INTRODUCCIÓN

Desde la sección Observatorio en Salud Mental de la revista de Psicosomática y Psiquiatría se convocó en abril del 2023 a un grupo de opinión para evaluar las aplicación y consecuencias sanitarias de la reciente ley aprobada por el Congreso de los Diputados *Ley 4/2023 para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los*

derechos de las personas LGTBI (BOE-A-2023-5366, 2023). La psiquiatra Dra. Esther Gómez, coordinadora durante 20 años de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona fue la invitada para presentar los aspectos sanitarios de la ley, y como comentaristas los psiquiatras Josep María Farré, Miquel Agulló, Ricardo Campos, Jesús Artal y José Luis Montejó, y las psicólogas Diana Molina y Angela Vidal.

DEBATE

E. Gómez. Como se me solicitó, he analizado la ley de forma parcial, porque es muy extensa, y comentaré los artículos que puede verse en la Tabla 1. Inicialmente expongo los artículos que más polémica han causado en la sociedad, que son los relativos a la rectificación registral (Art. 43-51). Y posteriormente comentaré los artículos que hacen referencia exclusivamente a aspectos sanitarios: 1) el que indica la prohibición de métodos, programas o las llamadas "terapias de conversión" (Art 17), 2) los que pautan las actuaciones, en términos generales, desde la atención sanitaria (Art 56-59), y finalmente el único que hace referencia a menores, aunque no versa directamente sobre temática sanitaria (Art. 70) pero tiene repercusión indirecta (Tabla 1).

1. ARTÍCULOS RELATIVOS A LA DEFINICIÓN DEL TÉRMINO EMPLEADO: PERSONA TRANS (ARTÍCULO 3).

Artículo 3. Definiciones. A los efectos de esta ley, se entiende por: k) Persona trans: Persona cuya identidad sexual no se corresponde con el sexo asignado al nacer

E. Gómez. Comienzo haciendo referencia a la terminología que se utiliza en la ley, la de persona *trans*. Hay mucho léxico similar pero no sinónimos (*disforia de género, incongruencia de género, transgénero, persona transexual*), y no hay consenso, ni siquiera dentro del activismo, de qué término es el mejor a utilizar. En los últimos años la tendencia social es a hablar más de persona trans o transgénero, este término definiría a la persona cuya identidad de género es diferente (en diversos grados) del sexo asignado en el nacimiento (Polderman y cols., 2018). Al no conceptualizar sexo y género por separado esta definición se convierte en un abanico que ampara sobre todo a muchas formas de expresión de la identidad de género y todas las variantes de género, tales como *género fluido, gen-*

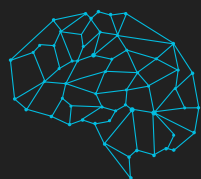


TABLA 1. Artículos de la Ley 4/2023 para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGBTI comentadas en el observatorio.

TÍTULO	CAPÍTULO	Artículo		Páginas
PREÁMBULO		3	Definiciones.	30462
I	II	16-19	Medidas en el ámbito de la salud.	30466-7
II	I	43-51	Rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas y adecuación documental.	30475-8
	II	56-59	Medidas en el ámbito de la salud para promover la igualdad real y efectiva de las personas trans.	30479-80
III	III	70	Protección de los derechos de personas LGBTI en situaciones especiales. Artículo 70. Personas LGBTI menores de edad	30483-4

derqueer, agénero, bigénero, así como a personas que describen conflictos con su identidad sexual. En el ámbito sanitario se suelen utilizar los criterios diagnósticos consensuados a la hora de definir una entidad susceptible de tratamiento, por ello se utilizan más los términos *disforia de género*, o *incongruencia de género*. Estas personas están incluidas como un subgrupo dentro del paraguas trans o transgénero y habitualmente tienen muchas y muy importantes e imprescindibles necesidades sanitarias. No así gran parte de las personas incluidas en el paraguas *trans* con diversidad de expresiones, roles o variantes de género que no deberían ser subsidiarias de tratamientos hormonales y quirúrgicos. Mi crítica de la terminología es que las *personas con incongruencia* o, *disforia de género*, previamente denominadas *transexuales*, es decir, aquellas habitualmente con clara identificación con el otro sexo, en general con demandas terapéuticas complejas y que necesitan atención por profesionales expertos, quedan englobadas en la misma categoría que otras *personas trans* que no tienen ninguna o escasa necesidad sanitaria. La ley debería haber definido y enmarcado, al menos en el ámbito de la salud, cada colectivo y la diferencia de sus demandas y necesidades asistenciales.

J. Artal. Considero que el colectivo LGBTI+ es un colectivo irreal, no tiene consistencia interna, pues no tienen nada en común los diferentes subgrupos y gran parte de estas personas no precisan ninguna atención sanitaria.

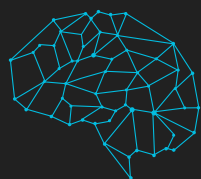
J. Blanch. Supongo que tendrá que pasar un tiempo para que vayamos normalizando el uso de esta terminología. Hemos pasado de términos que han podido ser estigmatizantes como *trastorno de la identidad sexual*, a un exceso de formalidad que también dificulta el manejo coloquial de estos términos. Espero que en el futuro podamos decir las cosas por su nombre fácil.

2. ARTÍCULOS RELATIVOS A LA RECTIFICACIÓN REGISTRAL (ARTÍCULOS 43, 44, 46 Y 47).

Rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas y adecuación documental (Resumen)

Artículo 43. Legitimación. 1. *Toda persona de nacionalidad española mayor de dieciséis años podrá solicitar por sí misma ante el Registro Civil la rectificación de la mención registral relativa al sexo.* 2. *Las personas menores de dieciséis años y mayores de catorce podrán presentar la solicitud por sí mismas, asistidas en el procedimiento por sus representantes legales. En el supuesto de desacuerdo de las personas progenitoras o representantes legales, entre sí o con la persona menor de edad, se procederá al nombramiento de un defensor judicial de conformidad con lo previsto en los artículos 235 y 236 del Código Civil.* 3... 4. *Las personas menores de catorce años y mayores de doce podrán solicitar la autorización judicial para la modificación de la mención registral del sexo*

Artículo 44. Procedimiento para la rectificación registral de la mención relativa al sexo. ... 3. *El ejercicio del derecho a la rectificación registral de la mención relativa al sexo en ningún caso podrá estar condicionado a la previa exhibición de informe médico o psicológico relativo a la disconformidad con el sexo mencionado en la inscripción de nacimiento, ni a la previa modificación de la apariencia o función corporal de la persona a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole.* 4. *Recibida la solicitud se citará a la persona legitimada para que comparezca, asistida por sus representantes legales en el supuesto del artículo 43.2 de esta ley. En la comparecencia se deberá*



incluir la elección de un nuevo nombre propio, salvo cuando la persona quiera conservar el que ostente y ello sea conforme a los principios de libre elección del nombre propio previstos en la normativa reguladora del Registro Civil ... 8. En el plazo máximo de tres meses desde la comparecencia inicial reiterando la solicitud de rectificación inicial, la persona encargada del Registro Civil deberá citar a la persona legitimada para que comparezca de nuevo y ratifique su solicitud, aseverando la persistencia de su decisión. 9. Reiterada y ratificada nuevamente la solicitud, la persona encargada del Registro Civil, ... dictará resolución sobre la rectificación registral solicitada dentro del plazo máximo de un mes a contar desde la fecha de la segunda comparecencia.

Artículo 46. Efectos. ... 4. La persona que rectifique la mención registral del sexo pasando del sexo masculino al femenino podrá ser beneficiaria de medidas de acción positiva adoptadas específicamente en favor de las mujeres

Artículo 47. Reversibilidad de la rectificación de la mención registral relativa al sexo de las personas. *Transcurridos seis meses desde la inscripción en el Registro Civil de la rectificación de la mención registral relativa al sexo, las personas que hubieran promovido dicha rectificación podrán recuperar la mención registral del sexo que figuraba previamente a dicha rectificación en el Registro Civil,*

E. Gómez. Como se muestra en el cuadro resumen de los artículos sobre la rectificación registral, según la ley ésta se podrá solicitar por toda persona mayor de 16 años; entre los 14-16 años se hará con asistencia de sus progenitores o representantes legales, y si hubiera desacuerdo, podrán solicitar un defensor judicial; y de 12 a 13 años la solicitud necesitará una autorización judicial (Art. 43). No es preciso para esta rectificación registral ningún informe médico o psicológico, ni es necesario haber modificado el nombre y la apariencia, (Art 44). A los tres meses de la solicitud, si ratifica en una segunda cita se dictará resolución en el plazo máximo de un mes (Art 44). A partir de su reinscripción, la persona tiene todos los derechos inherentes a su nueva condición (Art 46). Transcurridos seis meses desde el cambio registral se puede solicitar la reversibilidad (Art. 47), es decir, que conste de nuevo el sexo previo (no se aclara el número

de veces que podrá ser rectificado este registro).

Desde los primeros anteproyectos de ley, la mayoría de las críticas desde diversos ámbitos sobre todo sociales han sido por este motivo. De hecho, se ha planteado como la principal y mayor debilidad de la ley, y la que probablemente podría traer consecuencias más negativas. Pues al no haber ningún requisito en su solicitud, nunca se puede denegar la concesión del cambio registral. Y una vez solicitado y concedido el cambio registral de sexo y/o de nombre, despoja a la administración de medios para protegerse contra posibles fraudes. Fraudes, por ejemplo, para beneficiarse de medidas de acción positiva adoptadas en favor de las mujeres, entre otras. Porque, además, si éstos existen, será imposible valorar la intencionalidad de dichos fraudes, salvo en el improbable caso de que lo confiese el propio sujeto. Éste siempre podría argumentar que su identidad de género ha cambiado. Independientemente de las consecuencias en el ámbito jurídico del cambio registral hecho de forma tan facilitadora y con reversibilidad, hay que considerar que este cambio registral aplicado sin requisito alguno: a) banaliza la importancia del concepto sexo y género (si es que la tiene), b) puede generar conflictos sociales en casos de solicitudes con aparentes incongruencias aunque no se realicen con intención de fraude, y c) en el ámbito sanitario dificulta mucho la actuación posterior pues, en el caso de demanda terapéutica, si el profesional sanitario detecta cualquier conflicto grave que contraindique el tratamiento, el cambio registral ya autorizado reforzaría la autodecisión del solicitante.

Como recuerdo histórico, en España, hasta marzo de 2007, para que a una persona accediera al cambio registral de sexo se precisaba la autorización de un juez. Personalmente, desde el año 2000 que fue cuando comencé a atender a estos pacientes, hasta el año 2007 en que se promulga la primera ley, en numerosas ocasiones se me solicitó acudir como testigo/perito para ratificar los informes que emitíamos para ratificar que la persona solicitante de rectificación del sexo estaba o había recibido atención médica para cambio de sexo y se trataba de una persona transexual. Como no había jurisprudencia al respecto, era el juez quien concedía o no el cambio. En muchas ocasiones, aunque no siempre, la decisión judicial se basaba en la existencia o no de cirugía de reasignación sexual previa. Lo cual era un gran problema porque para muchas personas el cambio registral dependía de haber soportado las largas listas de espera existentes en la sanidad pública o de disponer del dinero para la inter-



vencción en el sector privado. Pero el 8 de marzo de 2007, afortunadamente, el Congreso de los Diputados aprobó una ley por entonces muy avanzada, la *Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas* (BOE-A-2007-5585). La gran novedad es que ya no era preciso un juicio ni cirugías, sino solamente un procedimiento administrativo documentado, es decir que, tras aportar información se podía solicitar y conceder dicho cambio registral. Los requisitos incluían "toda persona de nacionalidad española, mayor de edad (18 años) y con capacidad suficiente para ello", que acreditara mediante informe médico 1) la existencia de disonancia/ disforia de género, 2) ausencia de trastornos de personalidad que pudiera influir en la disforia y 3) tratamiento hormonal cruzado al menos durante 2 años (salvo imposibilidad por razón de salud) y 4) no será necesario que el tratamiento haya incluido cirugía de reasignación sexual. Esta ley supuso un gran avance en España para las personas que solicitaban cambio de sexo en el registro civil pues, como ya se ha comentado el procedimiento judicial previo pasó a ser un simple trámite administrativo después del 2007. Con dicho informe médico de alguno de los especialistas de la Unidad y los documentos identificativos (DNI, empadronamiento y certificado de nacimiento), el registro civil concedía este cambio del sexo y nombre de los documentos. Los primeros años el procedimiento solía tardar muchos meses, sobre todo en registros de zona pequeños, que no estaban familiarizados con la ley. Con respecto a esta ley de 2007, se podría debatir hoy en día si la consideración de dos años de tratamiento podría ser acortada y anotado en el documento clínico. Pero yo considero que estos informes, que elaborábamos los profesionales, tras la solicitud del paciente a los dos años de acudir a la unidad, garantizaban mayor seguridad clínica y jurídica para la administración que la nueva ley de 2023.

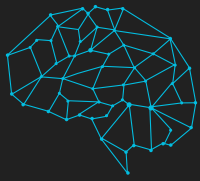
J.M. Farré. Recuerdo que junto con el endocrinólogo Dr. Cabré comenzamos a atender a estas personas en el Hospital Clínic de Barcelona ya por el año 1986; creo que fuimos de los primeros en España en atender en la sanidad pública, y fuimos atrevidos y arriesgados porque esta atención no estaba incluida. Afortunadamente no tuvimos ninguna oposición ni críticas en el entorno sanitario, ni de compañeros ni de jefes, y por eso hubo continuación de atención sanitaria desde entonces en el Clínic. Posteriormente recuerdo haber acudido en algunas ocasiones, citado por jueces, para ratificar los informes que habíamos elaborado en el hospital. Entonces

era un tema muy desconocido y estigmatizado. Ahora se ha pasado al otro extremo. Y creo que la rectificación registral sin ningún requisito y con tanta facilidad podría presentar riesgos, sin que esta opinión sea determinante, ni mucho menos.

A. Vidal. Yo discrepo. Creo que el argumento de muchas feministas para rebatir este artículo es "rizar el rizo", como si este fraude fuera una práctica habitual o bastante habitual... a mí me cuesta entenderlo, siempre me ha sonado un argumento populista, sin fundamento, y que ha hecho de la excepción y del caso puntual un argumento "de peso".

AL Montejo. Creo que la rapidez en la rectificación registral con la nueva ley que permite la autodeterminación es positiva en la mayoría de los casos y las personas trans no tienen que esperar un plazo que se les hace muy largo para vivir y experimentar abiertamente el género con el que se identifican. Pero hemos pasado de un método muy restrictivo antes de 2007 a otro que no lo es en absoluto con esta ley. El problema está en que algunas personas no tienen claro el momento en el que se encuentran en el proceso de transición, pueden sentirse confundidos por la complejidad de la identidad de género y su propia orientación sexual, orientación que, recordemos, no es siempre estable a lo largo de los años, y necesitan ayuda especializada. Por otra parte, existe el posible mal uso de esta autodeterminación, varones ya condenados por violencia de género que, en el contexto de un divorcio conflictivo y violento, tras la nueva ley se han cambiado de género para evitar futuros pleitos por violencia de género y obtener una ventaja de la ley. Sería bueno conocer cuántos casos de cambio de género se han producido y que no han solicitado tratamiento hormonal posterior, cosa que es lo habitual en personas transexuales consolidadas.

E. Gómez. Os comento dos casos que han salido en diversos medios de comunicación tras la aprobación de la ley, que refleja muy bien estas discrepancias y conflictos sociales que está generando. En septiembre se publicó un caso de una denegación de cambio de sexo a mujer a un sargento por sospechar posible fraude (La Vanguardia, 27/9/2023). Según la prensa, el responsable del registro "se percató" de la intención del demandante de obtener beneficio de las consecuencias de ser mujer. Me sorprendió la noticia, porque la ley no contempla ningún motivo para la denegación. Al profundizar en el tema encontré que a los dos meses de aprobar la ley trans la Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública promulgó cinco *Directrices sobre la rectificación registral de la ley de marzo* (BOE-A-2023-13287). En la



tercera directriz establece que *"el encargado velará porque no se produzca fraude de ley o abuso de derecho"*. Pero no especifica cómo velará, porque también apunta que *"las preguntas se limitarán a las cuestiones necesarias para verificar su voluntad de modificar la mención registral relativa al sexo"*. El caso expuesto, según la prensa fue evaluado tras elevar el encargado del registro civil la petición al juez). El juez lo evaluó y no autorizó la modificación registral porque según su criterio, *"no es posible deducir con suficiente certeza que la finalidad perseguida con su solicitud se acomode al objetivo perseguido por la Ley"*, aduciendo que *"se refería a sí mismo en masculino, y no evidenció ninguna expresión de género en el contexto de las expectativas sociales, ni en relación con el modo de vestir, ni en el uso de uno u otro nombre o pronombre, ni en el comportamiento, ni en la voz, ni en la estética"*. En este caso el criterio para denegarlo fue que *"no era posible deducir con suficiente certeza"*. Pero tampoco había certeza para lo contrario. Además, la ley actual 4/2023 permite el no cambio en la expresión de género, nombre o apariencia externa. Por otra parte, si alguien quiere asegurar la concesión del cambio registral, bien puede presentarse el día que acude al registro con una imagen acorde con las expectativas sociales, y seguro que en ese caso en el responsable del registro no informa al juez. Es decir, tampoco da la impresión de que estas directrices aumenten las garantías para evitar el fraude.

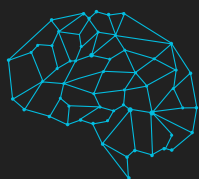
En contraste, recientemente ha salido otra noticia en prensa de una persona con características similares con el caso anterior, pero en este caso sí le fue concedido el cambio registral (Diario de Sevilla, 15/1/2024). Según la noticia un *"soldado trans asegura sentirse discriminado por no poder compartir el vestuario femenino con el resto de su unidad"* pese a considerarse oficialmente mujer tras la aprobación de su cambio en el registro civil. En este caso, la apariencia física tras el cambio registral a mujer sigue siendo estereotípicamente muy masculina, y la persona refiere *"me gusta mi cuerpo, soy feliz con él y no pretendo cambiarlo"*. Todo ello, si bien no se puede considerar fraude según la ley, sí está provocando conflictos en la toma de decisiones por parte de los mandos de la compañía por su petición. Pero considero que lo más relevante es que evidencia claramente que la ley desdibuja el concepto de mujer y de sexo en todos los ámbitos, como es argumentado ampliamente en el reciente libro *El sexo en disputa* (Rodríguez Magda, 2021).

3. ARTÍCULOS REFERENTES A PROHIBICIÓN DE PRÁCTICAS O TERAPIAS (ARTÍCULOS 17 Y 18).

Artículo 17. Prohibición de terapias de conversión. *Se prohíbe la práctica de métodos, programas y terapias de aversión, conversión o contra-condicionamiento, en cualquier forma, destinados a modificar la orientación o identidad sexual o la expresión de género de las personas, incluso si cuentan con el consentimiento de la persona interesada o de su representante legal.*

E. Gómez. Este artículo es confuso y ambiguo porque no define o especifica claramente a qué llama terapias de conversión/aversión en este ámbito. Hay quienes se preguntan y dudan de si por ejemplo el aplazamiento, retraso o negativa del profesional a un procedimiento médico demandado por el usuario es un método de aversión. Yo siempre explico que no, que esto no es ningún método aversivo. Pero esta poca especificidad está comenzando a generar quejas y denuncias de usuarios que interpretan que este retraso o negativa de los profesionales sanitarios a su demanda rápida de actuación médica está en contra de la ley. Y plantea duda en algunos profesionales, que se muestran temerosos tanto de actuar como de no actuar.

Por otra parte, se entiende en el texto de la Ley que estas terapias proceden del ámbito de la psicología y psiquiatría. Y es el único artículo que hace referencia, indirecta, al ámbito de la salud mental. Este artículo, bajo mi punto de vista, de forma implícita estigmatiza y "acusa" a profesionales de la psicología y psiquiatría de haber utilizado las terapias de conversión en su práctica ante los conflictos de identidad sexual. Y refleja una presunción de base de estos profesionales como hostiles o contrarios a los intereses de las personas trans o LGTBI. Personalmente he profundizado sobre la evolución de la atención sanitaria en España a las personas transexuales y con variantes de género, y el texto fue publicado en esta revista (Gómez Gil et al., 2019). No encontré ningún documento o evidencia de que estas terapias de aversión/conversión se hayan llevado a cabo en España para cambiar la identidad de género, al menos en la sanidad pública. Al contrario, han sido los profesionales de la salud mental quienes, en España, desde el año 86, en colaboración con endocrinólogos, iniciaron valientemente la atención sanitaria a estas personas, para favorecer los primeros tratamientos de cambio de sexo, aun estando fuera de la legislación vigente. El Dr. Farré ya nos ha referido previamente su experiencia pionera.



A. Vidal. Este es el punto más débil de la ley en mi opinión, de difícil solución cuando el usuario quiere tratamientos médicos y el profesional no ve clara su indicación o incluso la considera de riesgo; supongo que la última palabra la tiene el usuario estando bien informado.

J Blanch. Comienza a haber profesionales sanitarios en nuestro país y en países de nuestro entorno que ya no se encuentran cómodos atendiendo a estas personas a raíz de leyes similares.

Artículo 19. Atención a la salud integral de las personas intersexuales. 2. *Se prohíben todas aquellas prácticas de modificación genital en personas menores de doce años, salvo en los casos en que las indicaciones médicas exijan lo contrario en aras de proteger la salud de la persona. En el caso de personas menores entre doce y dieciséis años, solo se permitirán dichas prácticas a solicitud de la persona menor siempre que, por su edad y madurez, pueda consentir de manera informada a la realización de dichas prácticas*

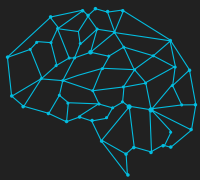
E Gómez. Quiero añadir algunos comentarios de otro artículo, el 19, que hace referencia a la *Atención a la Salud Integral de las personas intersexuales*. Tiene cierta similitud con el 17, porque ambos prohíben ciertas prácticas (psicológicas y quirúrgicas respectivamente). El artículo 19 hace referencia a prácticas de *modificación genital* en bebés, niños o menores intersexuales que en contraste con las terapias de conversión, sí se han practicado durante años en España, al igual que en casi todos los países del entorno y mundo occidental. La mayoría de estas cirugías genitales precoces se han realizado en casos muy complejos, y sin duda, con el objetivo de proteger la salud y evitar futuros traumas psicológicos de la persona en base a los conocimientos del momento. Han sido casi siempre cirugías feminizantes y sobre genitales ambiguos, con malformaciones severas o hipoplasias congénitas. En los casos 46 XX con genitales ambiguos se han realizado sobre todo resecciones parciales de hipertrofia de clitoris, intentando evitar stress y traumas por su apariencia y no con fines sólo cosméticos, sino por problemas urinarios o imposibilidad de menstruación, entre otros motivos. Estas cirugías precoces feminizantes son las que, en ciertos casos, aunque muy poco prevalentes, de personas con identidad masculina en su evolución, han empeorado los

resultados hormonales y quirúrgicos masculinizantes posteriores. En los últimos años estas intervenciones, en lo posible, se difieren más en tiempo y se intenta, no siempre de forma satisfactoria, preservar gónadas y genitales originales, hasta valorar la evolución de la identidad de género. Pienso que es positivo remarcar esto en el artículo 19 de la ley. Aunque con sólo este artículo la ley no considera ni garantiza todos los conflictos inherentes a las necesidades asistenciales y a la calidad de vida de las personas intersexuales. Pero también pienso que siempre hay que contextualizar en el tiempo las prácticas realizadas en el pasado y no demonizarlas, teniendo en cuenta las dificultades que existían (y existen todavía) de diagnóstico, funcionalidad sexual y el escaso conocimiento que se tiene sobre la evolución de la identidad sexual en estas personas. De hecho, no es fácil en todos los casos, ni siquiera a los 12 años, tomar la decisión de qué técnicas quirúrgicas sean posibles o las mejores, según sea la sospecha diagnóstica.

4. ARTÍCULOS RELATIVOS A CÓMO DEBE SER LA ATENCIÓN SANITARIA (ARTÍCULOS 56, 58 Y 59).

E Gómez. Los artículos relativos a la atención sanitaria son escasos. Y se entiende, porque las competencias sanitarias están transferidas a cada comunidad autónoma. Por ello, los artículos sanitarios de la ley que aquí se comenta en su mayoría delegan a "*Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias*". Como comentario general esta Ley nacional respalda los textos legislativos ya aprobados en varias comunidades autónomas y las actuaciones asistenciales de ellos, como Andalucía, Cataluña y Madrid. A continuación, comento los tres artículos que hacen referencia exclusiva a aspectos generales de cómo debe ser la atención en salud.

Artículo 56. Atención sanitaria integral a personas trans. *La atención sanitaria a las personas trans se realizará conforme a los principios de no patologización, autonomía, decisión y consentimiento informados, no discriminación, asistencia integral, calidad, especialización, proximidad y no segregación. Se asegurará, en todo caso, el respeto de su intimidad y la confidencialidad sobre sus características físicas, evitando las exploraciones innecesarias o su exposición sin un objetivo diagnóstico o terapéutico directamente relacionado.*



Este artículo 56 dicta las directrices generales, para aplicar en las leyes autonómicas, de que la atención sanitaria se realizará conforme a los principios de autonomía, decisión y consentimiento informados, entre otros. A priori los principios de autonomía y consentimiento informado son principios generales en cualquier acto médico, ya legislados en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Por tanto, toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información adecuada, haya valorado las opciones propias del caso. Y también es uno de los cuatro principios de la ética médica, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Pero en la práctica la atención a las personas trans sanitaria basada en los principios de decisión y no patologización se está traduciendo en varias comunidades en una ausencia de participación de profesionales de la salud mental si el usuario no lo demanda, y en una toma de decisiones unilateral por parte del usuario, todo ello en pro de la no patologización. Es decir, la decisión de tratamiento médico es tomada o exigida por el usuario que da su consentimiento en cualquier fase del proceso. Considera patologizador la evaluación del caso para asesorar sobre el beneficio o no del tratamiento, así como la necesidad de un tiempo de análisis para la toma de decisiones sanitarias. No se tiene en cuenta un diagnóstico, ni la posibilidad de un diagnóstico diferencial. Y deja por tanto al profesional desprotegido. Antes de salir la ley, en el seno de un grupo de trabajo ya habían sido publicadas reflexiones sobre los modelos asistenciales y su evolución desde el clásico "modelo biopsicosocial" al actual "modelo afirmativo" (Gómez Gil, y cols., 2020).

Es cierto que los modelos clásicos de atención sanitaria han evolucionado de un modelo tradicional, más informativo, en el que profesional daba consejos de experto, actuaba con autoridad, y tomaba decisiones de una forma unilateral, a un modelo actual centrado en la persona, más colaborativo y respetuoso con las preferencias, necesidades y valores del paciente, que sirven de guía en el proceso de toma de decisiones. Este segundo modelo se ha demostrado que aporta más satisfacción y calidad de la atención, y es el que está considerado más idóneo en general, y específicamente para la atención de las personas trans; y así se ha actuado en las unidades especializadas en identidad de género. Pero

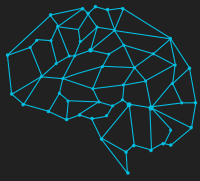
hay que tener en cuenta que este modelo precisa de un intercambio de información, y de un tiempo de reflexión para una toma de decisiones, que siempre es compartida entre profesional y usuario, pero nunca es una decisión unilateral tomada sólo por el usuario, porque se estaría incurriendo en mala praxis médica.

Las legislaciones ya aprobadas en varias CCAA tienen los mismos problemas conceptuales y las mismas contradicciones en sus directrices que esta Ley nacional. Pues no se puede garantizar calidad, especialización y asistencia integral para un proceso clínico-quirúrgico poco prevalente y complejo y menos sin una evaluación o intercambio de información para una toma de decisiones compartida. Los cuatro principios de la ética médica, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, presentan una relación médico-paciente simétrica. Y el principio de autonomía no siempre prima frente al de no maleficencia.

También me sorprende la expresión "evitando las exploraciones innecesarias" que parece que "protege" a las personas trans de los profesionales sanitarios y de sus actuaciones. De forma indirecta, parece que considera al profesional como un enemigo del paciente y con intereses alejados de una atención empática y de calidad. Dicha frase del texto legislativo creo que podía haber sido obviada.

Artículo 58. Formación del personal sanitario, investigación y seguimiento. Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias: a) Garantizarán una formación suficiente, continuada y actualizada del personal sanitario, que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas trans, prestando especial atención a los problemas de salud asociados a las prácticas quirúrgicas a las que se someten, tratamientos hormonales y su salud sexual y reproductiva. b) Fomentarán la investigación en el campo de las ciencias de la salud, así como la innovación tecnológica, en relación con la atención sanitaria a las personas trans. c) Establecerán indicadores que permitan hacer un seguimiento sobre los tratamientos, terapias e intervenciones a las personas trans, así como procedimientos de evaluación de la calidad asistencial durante todo el proceso de atención.

Como aspecto positivo la ley intenta legislar unos mínimos de formación del personal, investigación y segui-



to. Pero destaca nuevamente la nula referencia a garantizar la formación sobre aspectos psicológicos, pues especifica *especial atención a los problemas de salud asociados a las prácticas quirúrgicas, tratamientos hormonales y la salud sexual y reproductiva*. Y salud sexual y reproductiva hace referencia a temas de sexualidad y reproducción, no a aspectos psicoafectivos o psicológicos.

Por otra parte, con respecto a fomentar la investigación, y establecer indicadores de calidad asistencial, ¿Quién y cómo se va a investigar desde la descentralización, desde la ausencia de recogida de datos homogéneos, sin grupos de cohortes y sin protocolos consensuados?, ¿Cómo se va a investigar sobre aspectos psicológicos, de adaptación, o de evolución, de las personas que realizan la transición, si se ha omitido cualquier entrevista psicológica que lo recoja?

Y con respecto a los indicadores de calidad asistencial, considero que es disminuir las garantías el que los especialistas que la ley contempla como prescriptores de hormonas y expertos en cirugías actúen sin disponer de colaboración con profesionales que deberían tener un conocimiento profundo de cómo se construye y evolucionan los conflictos identitarios desde el punto de vista psicológico.

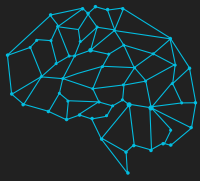
Artículo 59. Protocolos de actuación en el ámbito de la salud y servicios especializados. 1. Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, elaborarán y desarrollarán protocolos y procedimientos específicos para la atención de las personas trans. 2. Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, podrán establecer servicios especializados conformados por equipos multidisciplinares de profesionales, que realicen, entre otras, algunas de las siguientes funciones: a) Informar, apoyar y acompañar en todo el proceso de transición a las personas trans. b) Prestar apoyo a la atención ambulatoria y a los centros especializados territorializados. c) Llevar a cabo labores de investigación, estadística y seguimiento del conjunto del sistema.

Este tercer artículo sanitario, de nuevo remite al ámbito de competencias, es decir, al entorno de las CCAA, para la elaboración de los protocolos de actuación. Estos protocolos y procesos ya han sido redactados y puestos en marcha con similares contenidos al de esta ley nacional en varias

comunidades en cuanto a la descentralización o la ausencia de evaluación psicológica, y en consecuencia ausencia de expertos en esta área en los equipos.

Lo que sugiere la ley general es que los profesionales se conviertan en meros **informadores, acompañantes**, y a la vez **prescriptores** del tratamiento (hormonal o quirúrgico) solicitado por las personas trans, incluso de forma apresurada o no elaborada si el usuario lo pide. Y se deduce de su lectura que la ley prohíbe cualquier actuación, tradicionalmente realizada por profesionales de la psicología y psiquiatría, que explore orientación, identidad sexual o expresión de género, incluso si lo solicita la persona interesada, interpretándose con ello que no hay dudas de género, sufrimiento o malestar en este proceso que merezca ser considerado por profesionales expertos de la salud mental. El usuario puede exigir ser tratado aun a costa de riesgo o error y en pro de su autodeterminación y de las leyes autonómicas. Antes de salir la ley, en el seno de un grupo de trabajo ya habían sido publicadas reflexiones sobre los modelos asistenciales y su evolución desde el clásico modelo biopsicosocial al actual modelo afirmativo (Gómez Gil, y cols., 2020). En el modelo clásico biopsicosocial, el equipo de psicología era quien habitualmente asumían estos principios desde el inicio del proceso de transición y después se hacía el trabajo conjunto con otros los otros profesionales del equipo, tales como endocrinólogos o cirujanos. En el modelo afirmativo, el profesional de la psicología o psiquiatría sólo está presente si el usuario lo solicita, como acompañante del proceso, y con frecuencia cuando presenta alguna sintomatología psicopatológica comórbida es derivado a salud mental de sector, porque los psicólogos no están incluidos en el equipo multidisciplinar. En realidad, se echa de menos, para estos apartados sanitarios especializados la consideración del principio de beneficencia y la ética de la responsabilidad de los profesionales. Llama también la atención que se hable en el texto legislativo de atención en proximidad, y no se mencionan los equipos multidisciplinarios y su experiencia previa. Tampoco se menciona la necesidad de dotación de recursos para la atención superespecializada durante el proceso de transición. ¿Como se va a investigar y se van a hacer estadísticas con una atención dispersa en proximidad y sin cohortes de usuarios en seguimiento?

J.M. Farré. Con las directrices de la ley general y muchas de las leyes autonómicas sobre aspectos sanitarios en esta población se está "desmantelado" un programa que procedía de Países Bajos, que fue la base de los protocolos de las uni-



dades iniciales de Málaga, Barcelona, Madrid y País Vasco. En este programa participaban endocrinólogos, psicólogos y psiquiatras, y a partir de un seguimiento se remitía, si lo solicitaban el usuario, a un tratamiento quirúrgico de reasignación. En un lúcido artículo publicado en esta revista (*Montaña y Gallardo, 2021*) basado en un caso clínico, se apoya la necesidad del seguimiento multidisciplinar del proceso de la transición y reafirmación sexual, siendo esencial el abordaje por parte de los profesionales de la Salud Mental. En contraste, la ley general permite la ausencia de profesionales de la salud mental incluso en las etapas iniciales, una impostura que ya había señalado un manifiesto de la *Sociedad Española de Medicina Psicosomática* publicado en esta misma revista (*Martínez Pintor, 2021*). En este comunicado se advierte que, sin una evaluación y asesoramiento adecuados, se podría favorecer una toma de decisiones precipitadas, pudiendo peligrar la calidad y seguridad del proceso. Sería todavía más plausible en los casos de identidades confusas, no definidas, fluctuantes o aquellas influenciadas por otras variables. En estos casos podrían verse abocados a la transición médica sin conocer la complejidad y consecuencias sobre la salud. Tú misma Esther, en conjunción con profesionales de otras especialidades, en un artículo de reflexión (*Gómez Gil y cols. 2020*), apoyáis que la integración de la salud mental garantiza una mejor praxis, sin estar reñida con el respeto a la autonomía personal.

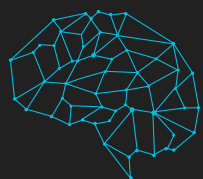
A. Vidal. Bueno, podemos pensar que los profesionales de salud mental estamos incluidos dentro de las profesiones sanitarias; yo no tengo la impresión de que este artículo nos excluya. También creo que está bien descrito, *acompañar a personas trans** y hacer posible que estén bien informados ante decisiones como los tratamientos hormonales o quirúrgicos, no lo veo incompatible, la verdad. El tema está si un médico endocrinólogo o un cirujano pueden llevar a cabo este acompañamiento, con conversaciones reflexivas sobre identidad, historias personales previas, objetivos y expectativas, capacidad de afrontamiento, etc, para ser una decisión realmente "informada". Yo personalmente creo que no, por eso antes de empezar con tratamientos médicos sí que veo muy necesario la figura del profesional de salud mental, o del mundo del trabajo social, o educación social..., que tenga experiencia en profundizar sobre los aspectos anteriormente comentados.

D. Molina. La ley implica a otros profesionales, médicos de cabecera y ginecólogos a los que considero bastante desprotegidos y sería necesario conocer su opinión.

R. Campos. Mi servicio está recibiendo la demanda de asistencia de diferentes departamentos del hospital a personas LGBTI+. Mi impresión es que dentro del sistema sanitario hay mucha confusión y coincido que dentro del cuerpo médico no experto en el tema en general está en desacuerdo con lo expuesto en la ley, en esa facilidad para el tratamiento.

J. Artal. Una de las posibles consecuencias de esta ley a nivel sanitario va a ser que será muy difícil investigar puesto que será prácticamente imposible reunir cohortes de personas atendidas por este tema para hacer investigación de sus características y evolución, quizás más fácil desde endocrinología, pero mucho más difícil desde salud mental.

E. Gómez. Me sorprende que mientras que en la mayoría de las áreas de la Medicina se está solicitando colaboración con los profesionales de la salud mental, esta ley veta la actuación del profesional de la psicología y psiquiatría si el usuario no acepta, incluso aunque otro especialista lo considere aconsejable, y aún si el usuario solicitara atención psicológica, no estaría obligado a aceptar una negativa como respuesta a su demanda de tratamiento. Y no se menciona qué respaldo jurídico tienen o tendrán algunas de las actuaciones redactadas. Por otra parte, informar, apoyar y acompañar en todo el proceso de transición lo puede hacer cualquier profesional de sectores diversos. Incluso apoyar y orientar en la dinámica familiar, integración social, objetivos el tratamiento o expectativas. Pero en casos de confusiones identitarias, diagnósticos diferenciales, o codiagnósticos, yo creo que es preciso un conocimiento profundo de la construcción de la identidad en la infancia, áreas que son específicas de la formación en psicología y que sólo se adquieren con la experiencia clínica. Yo creo que una atención con garantías se ofrece mediante decisiones consensuadas con un equipo multidisciplinar y en torno a sesiones clínicas y protocolos de tratamiento y seguimiento evaluados para garantizar la calidad asistencial. Los endocrinólogos por ejemplo hoy pueden estar tratando con hormonas a personas trans cuyo beneficio no siempre está claro. Por otro lado, en un futuro próximo en España va a existir una carencia de profesionales de la salud mental con experiencia en esta temática, en especial en lo referente a la construcción de la identidad de género y sus variantes, las formas de presentación menores, los casos con conflictos de la identidad confundentes, los que presentan comorbilidad psiquiátrica. Estas áreas sólo pueden ser aprendidos si estos especialistas se mantienen en los equipos asistenciales. También es cierto que esta reivindicación



de mantener los expertos de psicología en el equipo debería surgir de los endocrinólogos o prescriptores de hormonas, porque ellos, a partir de estas leyes, pasan a estar al frente de los tratamientos.

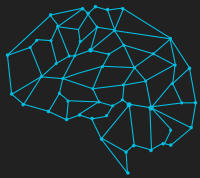
Puede parecer por lo comentado que los profesionales de la salud mental queremos a toda costa estar presentes en esta atención sanitaria. Y la realidad no es así, sino a la inversa. Estamos demasiado solicitados en la sanidad y en la sociedad en general para querer seguir participando a toda costa en una actividad sanitaria que actualmente es objeto de rechazo y crítica constante desde sectores muy polarizados del activismo. Pero aun así creo que como profesionales debemos hacer una reflexión sobre lo que consideramos que puede aportar más garantías en esta atención. La decisión de estar o no en los equipos no debería depender de la dotación de recursos en Salud Mental o de la aceptación por parte del activismo, sino de la necesidad de abordar este tema de forma integral, y por los aspectos plurifactoriales que inciden en esta temática.

J. Blanch. Yo estuve durante pocos años haciendo valoraciones de personas que acudían a Barnaclínic, entidad privada vinculada al Hospital Clínic de Barcelona, para realización de cirugía de reasignación de sexo tipo vaginoplastia principalmente. Recuerdo que todas las personas que atendí llevaban mucho tiempo con gran malestar por su aspecto físico y estaban dispuestas a pagar lo que fuera para poder recibir tratamiento hormonal y quirúrgico lo antes posible. En aquella época se solicitaba siempre como requisito al menos una valoración psiquiátrica o psicológica para poder tener acceso a la cirugía, incluso por esta vía privada. Había casos muy claros o que ya habían hecho la transición, en los que mi intervención podría haber sido innecesaria y por lo tanto sólo hacíamos una única visita. Sin embargo, en los últimos años me he encontrado con todo lo contrario, casos de mayor complejidad, no tan claros, y que requerían varias visitas para explorar y evaluar de forma reflexiva la demanda, la coherencia, la evolución, los objetivos y las expectativas. Personalmente considero que en la actualidad el hecho de no incluir en la ley general una valoración por un profesional de salud mental con experiencia en el tema trans y en el proceso de reasignación de sexo ha provocado que en muchas comunidades las personas trans no estén recibiendo una atención adecuada, con garantías, como sí ocurre en otros usuarios de la sanidad que están en procesos quirúrgicos por otros motivos tales como cirugía bariátrica y trasplantes.

AL Montejo. En la ley, inexplicablemente dejan fuera a los profesionales de la salud mental algo que a todas luces es absurdo y nos estigmatiza negativamente como retrógrados y escasamente progresistas. Creo que la ley se ha hecho más para la galería y sus políticas populistas que para las personas que necesitan atención sanitaria cada día. Durante los años que llevo atendiendo a personas transexuales me he encontrado con un porcentaje de al menos un 5-10% que tienen dificultades para expresar socialmente el cambio de género, no terminan de "salir del armario" por miedo a la reacción de su medio social e incluso una evidente oposición de sus familiares. Se sienten desorientados, incomprendidos y confusos. Nuestro papel ha sido el de apoyarles en el proceso de autoafirmación y comunicación a la familia en muchos casos. La mayoría de los casos no precisan más que de una entrevista de confirmación de su identidad de género, pero algunos precisan acompañamiento desde el principio. Hay casos en los que llevan viviendo muchos años en pareja como gays o lesbianas y se acaban dando cuenta de que en realidad se sienten identificados con el otro género y que son trans que no han terminado de manifestarse completamente. Esto provoca lógicamente muchos conflictos de pareja, de expectativas insatisfechas y contradictorias en la expresión de su vida sexual y emocional. Tampoco podemos olvidar que muchas personas trans han vivido una infancia traumática, llena de acontecimientos estresantes, rechazos y todo tipo de vejaciones que precisan ayuda y acompañamiento. Ese es, para mí, el verdadero objetivo de las unidades de apoyo a estas personas. No olvidemos que la propia ley admite arrepentimientos hasta en dos ocasiones. La primera a los 6 meses sin que se precise más que la voluntad del cambio en el registro, pero si hay una segunda decisión contradictoria, debe intervenir el juez para valorar si es adecuado o no. En este caso, seguramente los jueces pedirán ayuda a los expertos para tomar la mejor decisión posible.

5. ARTÍCULOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN A MENORES.

Artículo 70. Personas LGTBI menores de edad. 1. Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, adoptarán las medidas necesarias para garantizar a las personas LGTBI menores de edad el libre desarrollo de la personalidad y la integridad física, conforme a su orientación e identidad sexual, expresión de género o características sexuales... 2...



3. La negativa a respetar la orientación e identidad sexual, expresión de género o características sexuales de una persona menor, como componente fundamental de su desarrollo personal, por parte de su entorno familiar, deberá tenerse en cuenta a efectos de valorar una situación de riesgo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero.

E. Gómez. Un aspecto vital a considerar es que las repercusiones de la ley son más sensibles en menores. En los artículos referidos a medidas en el ámbito de la salud no se hace ninguna mención a los menores. Ni a su abordaje ni a su tratamiento. De nuevo remite a las actuaciones transferidas en sanidad y ya en marcha tras las leyes autonómicas. Sólo el capítulo III, que se centra en la *Protección de los derechos de personas LGBTI en situaciones especiales*, en un Artículo, el 70, hace referencia a *Personas LGBTI menores de edad* en el Artículo 70.

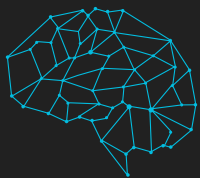
El posicionamiento de actuaciones en menores fue ya publicado en su momento en el documento de Esteva y cols. (2015). En octubre del 22, un comunicado de la *Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEP-NYA)* (7) alerta y argumenta de forma muy razonada que el anteproyecto de ley de septiembre/2022, que es similar a la ley final, tiene al menos tres problemas fundamentales. Cito textualmente el comunicado de AEPNYA: *"no solo no protege, sino que pone en riesgo el derecho fundamental de los niños a una atención médica integral, que debe incluir una valoración física y de salud mental del niño y su entorno ante malestares emocionales"*. Además, se añade que *"una Ley tan importante en cuanto a proteger los derechos de las personas trans, pero a la vez de calado tan determinante sobre la conceptualización de aspectos tan importantes en el desarrollo del niño como el sexo, la identidad de género, la identidad de forma más global, la expresión de género o la personalidad, debería tramitarse de la forma más reflexiva y colaborativa posible. Y con un análisis de riesgos claro."* A su vez expone que *"Por otra parte, también hay una presunción de base de los padres como contrarios a los intereses de los menores por ignorancia. Deja también a los padres fuera de decisión aun cuando son los que más conocen la evolución del niño. En la experiencia, con una atención con apoyo, los padres van modificando su visión, si una profesional les informa y asesora. Pero con la nueva ley, será una imposición*

sin ningún tipo de atención a estos padres. De hecho, Países como Finlandia o Reino Unido han dado marcha atrás de modelos asistenciales de los niños autoidentificados como trans más invasivos y rápidos pasando a modelos asistenciales más evaluativos, psicológicos y reflexivos, vinculados con los servicios de Salud Mental".

Comparto esta preocupación por los menores. Y más al tener evidencia de que a nivel asistencial se está produciendo un cambio en el perfil de la demanda actual: un aumento exponencial de esta demanda, sobre todo de adolescentes, y con características más diversas y yo diría de mayor complejidad que las habituales en los primeros años de actividad de las unidades tradicionales. Están acudiendo por ejemplo cada vez más casos de inicio súbito de disforia de género en jóvenes, principalmente niñas, en los que conviene actuar con prudencia y con experiencia en el tema.

También están aumentando los casos de destransición. Este riesgo de destransición, aunque bajo, hay que tener en cuenta que puede existir incluso con una adecuada atención integral. Pero el aspecto diferencial es que, ante una destransición, no es lo mismo haber realizado un proceso previo de abordaje tras una clara evaluación, reflexión y convencimiento previo, que otros casos que desisten tras ser tratados con hormonas en una primera visita y ante la simple demanda del usuario, como está ocurriendo en la actualidad. Estas personas siempre podrán argumentar que iniciaron este tratamiento por la mala praxis sanitaria; de hecho, en esta línea el gobierno británico ordenó el cierre de la clínica Tavistock, referencia mundial en el tratamiento de menores trans, tras las denuncias de cientos de familias (Libertad digital 2023, 16 febrero).

J.M. Farré. Al igual que ocurre en USA y otros países europeos, en España se detecta un incremento de las consultas en menores. En estos casos, la prudencia debería ser máxima por los posibles daños irreversibles, a corto y largo plazo, que podrían provocar las actuaciones médicas en esta franja de edad, sobre todo hormonales, precipitadas. Son etapas de desarrollo marcadas por la transición adolescente y las características singulares de comportamiento (inmediatez, sugestionabilidad, cambios emocionales...), y en algunos casos la situación identitaria podría sufrir cambios al alcanzar la madurez. Por lo que no se recomienda tratamientos precipitados a la carta. Los profesionales de la salud mental somos los que tenemos más formación para este abordaje y valoración, tanto a los niños, como en la atención a unos angustiados padres.



A Vidal. Esto es lo de siempre, hablado mil veces... tanto los adolescentes como sus padres agradecen poder hablar con un profesional de salud mental. Creo que el punto 3 del artículo, *La negativa a respetar la orientación e identidad sexual, expresión de género o características sexuales de una persona menor, ..., por parte de su entorno familiar*, va dirigido a proteger aquellos menores que alguno de los padres se cierran completamente en banda, que también existen. El proceso judicial y médico hasta la actualidad es largo, con mucho desgaste para el progenitor que sí que apoya y el profesional que acompaña.

J. Blanch. Muchas de las personas que atendía ya explicaban un malestar emocional desde épocas muy precoces de su vida, incluso en la infancia. Pero muchos casos actuales ya no son tan claros.

REFLEXIONES FINALES

E. Gómez. En primer lugar, me gustaría aclarar que creo que la gran mayoría de las personas hoy en nuestro país, incluidos todos los profesionales sanitarios y de otros ámbitos que han o hemos realizado críticas a la ley, estamos a favor de proteger, garantizar y luchar por los derechos de todas las personas, especialmente de colectivos históricamente maltratados como las personas transgénero, y también por mejorar al máximo la asistencia sanitaria a quien lo necesita. Y no estamos en contra de que exista una *ley trans* nacional, porque el espíritu global de legislar es garantizar unos derechos. Pero eso no significa que no se pueda realizar crítica a artículos concretos mal conceptuados o redactados y que puedan generar graves problemas colaterales sociales o personales. De hecho, aunque en los medios de información no se reflejen, ni siquiera todas las personas trans están a favor de la ley en los términos que está redactada. Además, la realidad es que la mayoría de este colectivo y profesionales de todos los ámbitos no se han leído o profundizado en la ley, y por lo tanto creo que no intuyen la trascendencia o consecuencias de lo que se legisla.

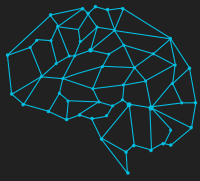
Mis críticas a los artículos de la ley general referidos a la atención sanitaria son que por una parte, al fomentar la atención sanitaria basada principalmente en la decisión y consentimiento informado de la persona trans, y no en una evaluación del caso para una toma de decisiones compartidas antes de iniciar un procedimiento hormonal o quirúrgico, (como en cualquier otra actuación médica responsable y de calidad), desprotege principalmente a las personas que

solicitan esta atención sanitaria, sobre todo a aquellas con identidad de género muy complejas o confusas, personas con comorbilidades, o menores. Y también desprotege a los profesionales médicos, que tendrán que actuar de forma en ocasiones impuesta, sin equipo interdisciplinar, y sin un protocolo clínico contrastado con otros modelos internacionales. Por otra parte, trasluce una visión de los profesionales sanitarios en general negativa, como posibles enemigos de la persona trans y de su libertad individual. Además, los aspectos mentales parecen no tener ninguna relevancia pues no se hace referencia en ningún momento a estos aspectos psicológicos, excepto de forma indirecta y negativa al hacer mención a la prohibición de las terapias de conversión. Finalmente, la ley no concreta actuaciones sanitarias en el grupo de menores, pero sí redacta los primeros pasos del proceso en este grupo de edad con el cambio registral, lo cual puede ser tan decisivo o reforzador a esta edad como el uso de hormonas. Además, ni en los artículos de la presente ley ni en las leyes autonómicas similares ya existentes se menciona aspectos prácticos como la necesidad de equipos, recursos, dotación, o plazos de lista de espera entre otros, pareciendo que a los redactores de la ley solo preocupa el texto articulado, pero no la realidad de la atención sanitaria actual en España. Por ello, en mi opinión, no creo que en el ámbito sanitario esta ley general ofrezca garantías de una mejora en asistencia clínica a las personas que realmente lo necesitan, es decir, de atención de calidad, con profesionales más expertos, y que abarque una atención integral.

J.M. Farré. La sensatez debe imponerse en unas situaciones que merecen ser trabajadas con respeto y colaboración, como siempre había sido. Solamente esto importa. Se trata – como tantos temas de salud- de acogerse a la dependencia y el soporte mutuo en procesos que no siempre son fáciles. Nuestra firmeza depende de que consigamos el reconocimiento de unos argumentos y una historia asistencial reconocible por su solidez y respeto a quienes sufren (y sufrieron) de situaciones no siempre fáciles por su ubicuidad y complicaciones de las diferentes esferas que las conforman.

A. Vidal. Yo veo la ley en su globalidad como una declaración contundente de los derechos de este colectivo tan mal tratado anteriormente (y aún) en tantos contextos.

D. Molina. Me gustaría destacar unas ideas que a mí como psicóloga me han impactado. La primera es que el hecho de que se pueda revertir la rectificación registral implica que el



género puede ser fluido, cambiante. Yo creo que esto es normalizar la variabilidad en algo muy nuclear de la persona que puede esconder patología. Por otra parte, el término *trans* es amplísimo y se trata igual a grupos o colectivos con necesidades diferentes, lo que veo es "el mismo café para todos", es decir, para no patologizar no se individualiza ya que individualizar puede ser "hacer exploraciones innecesarias". Destaco el *empoderamiento que se hace del usuario*. La ley lo defiende de los profesionales, aún más de psiquiatras/psicólogos y familia y el profesional desconoce en qué punto puede decir algo que se puede poner en su contra. Esto significa que empoderando al usuario dejas al profesional en una situación "*de ir con pies de plomo*", de inseguridad y de precaución extrema. Otro aspecto que mis compañeros han señalado es que cada vez acuden personas más jóvenes, muchas veces con inicio súbito, y esto aumenta la complejidad de los casos. Con lo cual vuelve a ser necesaria la individualización y no el café para todos y la presencia de profesionales del ámbito de la salud mental. Por último, destaco como punto positivo de la ley que quiere evitar el rechazo social, la estigmatización de este colectivo. Y permitidme que como mujer añada algo que no pertenece al foco de este observatorio pero que se deriva de la autodeterminación género que es que **ser** mujer no es lo mismo que declararse mujer. Se niega la realidad biológica de ser mujer y se reduce ser mujer a un sentimiento o una expresión estética.

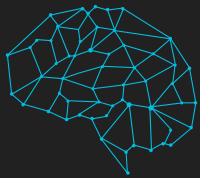
R. Campos. En el pretexto de la no patologización o despatologización se elimina la posibilidad de ofrecer un trabajo de elaboración psíquica, especialmente crucial cuando las decisiones implican procedimientos que conllevan cambios irreversibles en el cuerpo. En todo ello hay un borramiento de la singularidad de cada sujeto y una eliminación de la libertad para que una persona pueda interrogarse a través de un encuadre terapéutico. A través de este cambio legislativo el sujeto pasa a ser objeto y se pretende borrar la diferencia entre la infancia y la edad adulta, lo cual supone un desconocimiento con graves implicaciones para la salud mental de los sujetos.

J. Blanch. Yo destacaría la posición en la que a menudo quedan los profesionales de la salud mental. Por un lado, estamos considerados sospechosos de manipulación interesada y de ir en contra de la autonomía de las personas, y por el otro lado se nos exige una gran dedicación para paliar cualquier tipo de sufrimiento emocional, aunque no lo consideremos patológico. Es como si siempre fuéramos los malos de la película.

AL Montejo. Por mi parte la ley tiene aspectos positivos como la defensa a ultranza de los derechos del colectivo LGTBI, aunque ha mezclado este concepto con los trans que es la parte fundamental de la nueva ley. Sin embargo, es contradictoria en el sentido de que pide buenas unidades sanitarias multidisciplinarias, bien formadas, con labores de investigación y asistencia digna, y sin embargo ignora completamente su intervención en el proceso de la autodeterminación, interpretando además esta intervención por salud mental o por otros profesionales que quieran investigar y aclarar su impresión clínica como un riesgo contra la libertad de autodeterminarse que hay que impedir. La contradicción es obvia y subyace en el espíritu de esta ley. El caso de los menores es especialmente preocupante pues entre los 12 y 16 años, época en la que se termina de estructurar la personalidad se producen cambios de todo tipo, emocionales, de orientación sexual e identitarios que se acompañan con frecuencia de impulsividad y sufrimiento por falta de experiencia. Estamos viviendo un crecimiento muy intenso de casos de adolescentes que no siguen el patrón habitual de las personas trans (que tienen sentimientos desde la infancia de deseo de cambio de género), sino que se definen por apariciones repentinas de deseo de cambio de género y que no siguen el patrón al que estábamos acostumbrados por la historia natural de la evolución de la identidad de género. Mucho me temo que no serán pocos los casos que darán marcha atrás con el tiempo que seguiremos el ejemplo de países vecinos que exigen se han vuelto más restrictivos desde la ley inicial, o que exigen informe médico previo, en menores de 18 años, que acredite la idoneidad del cambio, como Bélgica y Portugal.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOE-A-2002-22188 (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
2. BOE-A-2007-5585. (2007). Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas 121/00089. <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/03/15/3>
3. BOE-A-2023-5366. (2023). Ley 4/2023 para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Jefatura del Estado, núm. 51, de 1 de marzo de 2023, páginas 30452 a 30514. <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4>
4. BOE-2023-13287. Instrucción de 26 de mayo de 2023, de la Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública, sobre la rectificación registral de la mención relativa al sexo regulada en la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la



- igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. [https://www.boe.es/eli/es/ins/2023/05/26/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ins/2023/05/26/(1))
5. Diario de Sevilla (2024, 15 enero). Una militar trans de Sevilla: "No puedo utilizar el vestuario femenino a pesar de ser mujer" [Comunicado de prensa]. https://www.diariodesevilla.es/sevilla/militar-Sevilla-denuncia-discriminacion-Ejercito-video_0_1865514240.html
 6. Esteva de Antonio I, Asenjo Araque N, Hurtado Murillo F y grupo GIDSEEN. (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 62(8): 380-383.
 7. Gómez Gil, E. et al. (2019). Atención sanitaria en España a personas transsexuales y con variantes de género: historia y evolución. *Psicosomática y Psiquiatría*, 11: 63-75.
 8. Gómez Gil, E. et al. (2020). Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones. *Revista española de salud pública*, 94: e202011123.
 9. Junta Directiva de la Asociación Española De Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AEPNYA). (2022). *Ley Trans*. Así, no. <https://aepnya.es/comunicado-aepnya-sobre-ley-trans/>
 10. La Vanguardia (2003, 27 septiembre). Un juez deniega el cambio de sexo a un sargento que lo quería usar para ascender a subteniente [Comunicado de prensa]. <https://www.lavanguardia.com/politica/20230927/9258250/juez-deniega-cambio-sexo-sargento-queria-ascender-subteniente.html>
 11. Libertad digital (2023, 16 febrero). Los escalofriantes datos del Reino Unido que alertan de lo que podría pasar en España con la Ley Trans y los menores. [Comunicado de prensa]. <https://www.libertaddigital.com/espana/politica/2023-02-16/ley-trans-escalofriantes-datos-tavistock-reino-unido-alertan-de-lo-que-podria-pasar-en-espana-con-los-menores-6986724/>
 12. Martínez Pintor, F. Sociedad Española de Medicina Psicosomática (2021). Reflexiones sobre las posibles consecuencias médicas, sanitarias, y científicas de la actual propuesta de ley trans. *Psicosomática y Psiquiatría*, 16:15-20.
 13. Montaña Santos Carrasco, I. y Gallardo Borge, L. (2021). Necesidad de un abordaje multidisciplinar en la transexualidad. *Psicosomática y Psiquiatría*, 19:32-47.
 14. Polderman, T.J.C., Kreukels, B.P.C., Irwig, M.S., Beach, L., Chan, Y.M., Derks, E.M., Esteva, I., Ehrenfeld, J., Heijer, M.D., Posthuma, D., Raynor, L., Tishelman, A., Davis, L.K. (2018). International Gender Diversity Genomics Consortium. The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table. *Behavior Genetics*, 48(2):95-108.
 15. Rodríguez Magda RM (coord.). *El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2021. ISBN 9788425918872



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



TRASTORNOS DEL SUEÑO

EXPERIENCIA VITAL EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE NARCOLEPSIA

Bella Kilmartin & William Day

Journal of Health Psychology 2024

Palabras clave: narcolepsy, lived experience, sleep disorders, diagnostic delay.

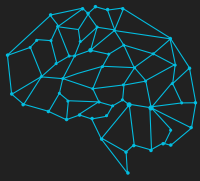
Antecedentes: Existe una falta de conciencia social sobre cómo se experimenta la salud del sueño y los trastornos del sueño. Investigaciones anteriores han descubierto que

vivir con narcolepsia tiene un impacto debilitante en varias áreas de la vida de un individuo junto con importantes retrasos en el diagnóstico.

Métodos: Este estudio utiliza una metodología fenomenológica y cualitativa para explorar las experiencias de ser diagnosticado y vivir con narcolepsia. Seis mujeres con narcolepsia tipo 1 participaron en entrevistas semiestructuradas. Las transcripciones se analizaron mediante análisis fenomenológico interpretativo.

Resultados: Al capturar toda la experiencia de la enfermedad de la narcolepsia, el análisis categorizó tres temáticas diferenciales; "minimizar, descartar y restar importancia a los síntomas", "recorrer el sinuoso viaje hacia el diagnóstico" y "una forma de vida diferente".

Conclusiones: Mediante el análisis se puede demostrar el impacto afectivo que tiene la falta de conciencia sobre el



sueño y los trastornos del sueño; lo que genera importantes retrasos en el diagnóstico y una falta de apoyo posterior al diagnóstico.

Comentario: Se requiere una mayor conciencia social sobre los trastornos del sueño. Específicamente en el abordaje de la narcolepsia sería necesario evaluar el acompañamiento social que la persona tiene y realizar una intervención psicoeducativa con la familia para aumentar el apoyo social del individuo si así lo requiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bella Kilmartin & William Day (2024). 'It's like tumbleweeds everywhere': An Interpretative Phenomenological Analysis of the lived experience of being diagnosed with and living with narcolepsy. *Journal of Health Psychology* <https://doi.org/10.1177/13591053231221373>

Gemma Mestre Bach



GINECOLOGIA PSICOSOMÁTICA

EENDOMETRIOSIS: UN ACERCAMIENTO PSICOLÓGICO

Brydee Pickup, Daelin Coutts-Bain, Jemma Todd . Fear of progression, depression, and sleep difficulties in people experiencing endometriosis-pain: A cross-sectional study.

Journal of Psychosomatic Research. 2024

Palabras Clave: Depression, Endometriosis, Fatigue, Fear of progression, Insomnia, Pelvic pain.

Antecedentes: La endometriosis es una enfermedad crónica generalmente caracterizada por un dolor intenso. Hallazgos recientes demuestran tasas desproporcionadamente elevadas de insomnio y fatiga entre personas con endometriosis, particularmente entre aquellas con dolor asociado. Sin

embargo, hay poca comprensión de los factores psicológicos que podrían contribuir a estas dificultades relacionadas con el sueño y la fatiga. En este estudio se investiga sobre si el miedo a la progresión de la enfermedad y la depresión interactúan con el dolor para influir en la fatiga y el insomnio entre las personas con dolor relacionado con la endometriosis.

Métodos: Un total de 206 personas con endometriosis se incluyeron en esta encuesta transversal en línea en enero de 2022. Los participantes proporcionaron características demográficas y de endometriosis relevantes. Se utilizaron BPI-SF, FoP-Q-SF, DASS-21, CFS e ISI para evaluar la intensidad del dolor, el miedo a la progresión de la enfermedad, la depresión, la fatiga y los síntomas de insomnio, respectivamente. Las asociaciones entre variables clave se evaluaron con correlaciones. Un análisis de ruta determinó si las relaciones entre el dolor y la fatiga, y el dolor y el insomnio, dependían de los niveles de miedo a la progresión y la depresión.

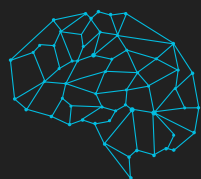
Resultados: Controlando por edad, el miedo a la progresión se asoció únicamente con una peor fatiga ($\beta = 0,348$, $p < 0,001$) y el insomnio ($\beta = 0,389$, $p < 0,001$), y moderó la relación entre el dolor y la fatiga ($\beta = 0,155$, $p = .009$). Específicamente, al aumentar la intensidad del dolor, se exacerbaban los efectos del miedo a la progresión sobre la fatiga. La depresión se asoció únicamente con la fatiga ($\beta = 0,360$, $p < 0,001$), pero no provocó ningún efecto de moderación.

Conclusiones: Estos resultados resaltan el papel del miedo a la progresión y la depresión en la fatiga y el insomnio relacionados con la endometriosis, allanando el camino para que se prueben futuras intervenciones dirigidas a estos constructos.

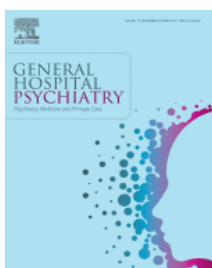
Comentario: Podemos observar una vez más como ciertos factores psicológicos se relacionan y correlacionan con síntomas y enfermedades. En conjunto, estos hallazgos nos dirigen cada vez más a intervenciones con un enfoque más holístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brydee Pickup, Daelin Coutts-Bain, Jemma Todd (2024). Fear of progression, depression, and sleep difficulties in people experiencing endometriosis-pain: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111595>



Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



GESTION Y ORGANIZACIÓN

CONSULTA PROACTIVA E INTEGRADA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE PARA PACIENTES MÉDICOS HOSPITALIZADOS DE EDAD AVANZADA: UNA DESCRIPCIÓN DE MÉTODOS MIXTOS DE FORMACIÓN, ASISTENCIA Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL ESTUDIO HOME

Sharpe, M., Toynbee, M., van Niekerk, M., Solomons, L., Owens, C., Price, A., Yousif, M., Palmer, A., Clay, F., Berk, G., Burns, J., Hill, L., Harris, J., Bajorek, T., Sirois-Giguere, G., Magill, N., Aitken, P., Dickens, C., & Walker, J

General Hospital Psychiatry, 2024

Objetivos: Describir la experiencia práctica de ofrecer un programa de Interconsulta y enlace (C-L) proactivo e integrado (PICLP). Este programa, está diseñado para pacientes médicos hospitalizados de edad avanzada, siendo explícitamente biopsicosocial y centrado en el alta. En este artículo informamos: (a) observaciones sobre la formación de 15 médicos (siete seniors C-L psiquiatras y ocho médicos asistentes) para administrar PICLP; (b) la asistencia realizada a 1359 pacientes; (c) sus experiencias de trabajar de esta nueva manera.

Método: Estudio observacional de métodos mixtos que utiliza datos cuantitativos y cualitativos, recopilados de forma prospectiva durante dos años, como parte del estudio HOME (un ensayo aleatorio que compara PICLP con la atención habitual).

Resultados: Se formó a los médicos exitosamente, para administrar PICLP de acuerdo con el manual del programa. Se evaluó proactivamente a todos los pacientes, mostrando la mayoría, múltiples problemas biopsicosociales que impedían un alta hospitalaria en el momento adecuado. Se integraron con los equipos de sala, para proporcionar una variedad de intervenciones, dirigidas a abordar estos pro-

blemas. La administración de PICLP requirió una cantidad modesta de tiempo, y los médicos lo sintieron clínicamente valioso y profesionalmente gratificante.

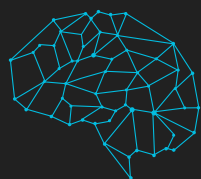
Conclusión: La experiencia de impartir PICLP, resalta el papel especial que pueden desempeñar los psiquiatras de C-L, que trabajan de forma proactiva e integrada, en la atención médica.

Comentario: Este es el segundo artículo que revisamos en relación con este tema (Ver número 22) y vuelve a demostrar la necesidad de realizar inversiones más importantes en la dotación y organización de estas unidades.

La introducción, señala como muchas de las recomendaciones del psiquiatra de enlace no son implementadas por los equipos solicitantes, tanto a nivel diagnóstico, de tratamiento o de alta. En nuestro centro casi en un 49% (año 2022) de los informes de alta no registran la intervención clínica (fundamentalmente en servicios quirúrgicos).

La integración de los equipos de Psiquiatría de enlace en las salas médico-quirúrgicas permite la detección de pacientes que en muchos casos pasarían desapercibidos. Los pacientes mayores de 65 años son el grupo de pacientes donde el concepto de complejidad aparece con mayor nitidez. El orientar el trabajo al alta desde el inicio del ingreso, teniendo en cuenta los factores biopsicosociales, es una manera de prevenir la prolongación de las estancias, con los consecuentes peores resultados de salud para pacientes y costes económicos para el sistema sanitario. El artículo permite acceder al manual con las indicaciones para la realización de los registros, así como las hojas de registro que se utilizan para cada paciente, facilitándonos una excelente oportunidad para mejorar nuestras propias evaluaciones del día a día.

PICLP se desarrolla en cuatro fases. En la primera, se realiza una evaluación bio-psicosocial proactiva al paciente mayor, poco después de su ingreso a la sala. El psiquiatra principal entrevista al paciente, mientras el clínico asistente recopila información de la familia, el equipo de sala y los registros médicos. Los resultados orientan hacia una lista completa de problemas del paciente, priorizando aquellos que podrían prolongar su estancia o causar una readmisión temprana. En esta etapa se utiliza una lista de verificación con 12 categorías de problemas biomédicos, psicológicos y sociales. Los clínicos registran la presencia de problemas y si afectaban el alta del paciente. En la **segunda etapa**, se formula un plan de acción para abordar los problemas prioritarios. La **tercera**, conlleva la implementación de inter-



venciones por parte de los clínicos de PICLP, trabajando de manera integrada con el equipo de sala, monitoreándose el progreso diariamente. **En la última etapa**, se comunica con los proveedores de atención fuera del hospital sobre problemas no resueltos, y recomendaciones al momento del alta. El objetivo fundamental es minimizar el tiempo de hospitalización innecesario del paciente. Las actividades principales desarrolladas en la fase 3 y 4 por los psiquiatras de enlace se listan en una tabla del artículo.

El trabajo se realiza en tres hospitales británicos del NHS y compara durante dos años el cuidado habitual frente a este nuevo modelo. El número de pacientes fue de 1359, los cuadros cardiorrespiratorios, las caídas y confusionales eran los motivos más frecuentes de ingreso. La edad media era de 82 años, casi el 50% eran hombres, tenían una media de cuatro problemas médicos y 10 medicaciones prescritas. El tiempo medio de atención desde el ingreso era dos días y la estancia media once. El tiempo medio de entrenamiento del personal para aplicar el modelo era de unos cuatro meses.

En los resultados, hay que destacar que el 90% tenían problemas en el área biomédica, siendo una enfermedad activa el principal factor. El 70% tenían problemas psicológicos, siendo el deterioro cognitivo el más frecuente y el 90% problemas sociales, siendo la dependencia de otras personas en las tareas diarias el más frecuente. Esto es un calco del día a día del trabajo en nuestros hospitales, sobre todo en el norte de España donde el porcentaje de pacientes mayores de 65 años en la población general se acerca al 30%. En concreto en nuestro centro el 60% de las interconsultas tienen más de 65 años y un 25% más de 80 en el año 2022.

La investigación demostró que hacía falta práctica para tratar de llevar a cabo el nuevo modelo, y sobre todo el modo de iniciar la consulta con los pacientes que no habían sido derivados por un problema psiquiátrico evidente. La realización de talleres, las listas de verificación y el juego de roles, fueron elementos muy útiles en el desarrollo del programa.

Un dato muy revelador es que el porcentaje de pacientes con problemas biomédicos o psicológicos que obstaculizaban el alta disminuyó con el tiempo en el hospital, pero el porcentaje con problemas sociales que impedían el alta no lo hizo como se puede apreciar en uno de los gráficos del artículo. La media de tiempo utilizado con cada pacientes fue de 71 mn para los psiquiatras y 75 para los asistentes (observar al paciente y a su familia, hablar con otros clínicos, asistir a rondas y reuniones en la sala, realizar llamadas

telefónicas, completar los cuadernos de trabajo de PICLP y otros registros clínicos). Es decir, sobre dos horas y media en una estancia media de 11 días. Observaron que las evaluaciones iniciales de la Etapa 1 requerían un alto nivel de habilidad, ya que los pacientes típicamente presentaban problemas biopsicosociales complejos y, por lo tanto, eran mejor realizados por un staff de psiquiatría con experiencia en C-L. A pesar de ello, con frecuencia se sentían frustrados al intentar lograr esto, debido a las actitudes del personal de la sala y a procesos burocráticos. En particular, observaron que muchos miembros del personal subestimaban los riesgos de estancias prolongadas en el hospital y sobreestimaban los riesgos de regresar a casa. Señalaron que la experiencia clínica y la autoridad de los psiquiatras principales eran importantes para desafiar estas percepciones.

El estudio tiene también limitaciones importantes, como la participación voluntaria de médicos de PICLP que puede no representar al personal de psiquiatría de C-L en su totalidad, la entrevista única a cada médico que puede no reflejar cambios a lo largo del tiempo, la realización del estudio como parte de un ensayo clínico con limitaciones en la administración de PICLP, la focalización en una forma específica de psiquiatría C-L proactiva e integrada en una población de pacientes hospitalizados de edad avanzada, la exclusión de algunos pacientes que podría haber afectado el perfil de los problemas identificados e intervenciones realizadas, el autorregistro de los datos sobre la atención brindada por los médicos de PICLP en lugar de observadores independientes, y la restricción geográfica a hospitales generales del NHS del Reino Unido, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otros hospitales y sistemas de atención médica.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Os dejo un enlace al artículo comentado en el número 22 de la revista.

An economic evaluation of a proactive consul-liaison psychiatry pilot as compared to usual psychiatric consultation on demand for hospital medicine. *J Acad Consult Psychiatry* 2022; 63(4):363–71.

<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/404339/498987>

BIBLIOGRAFÍA

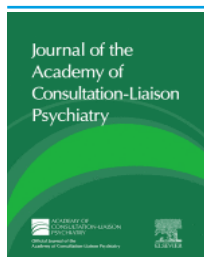
1. Sharpe, M., Toynbee, M., van Niekerk, M., Solomons, L., Owens, C., Price, A., Yousif, M., Palmer, A., Clay, F., Berk, G., Burns, J., Hill, L., Harris, J., Bajorek,



T., Sirois-Giguere, G., Magill, N., Aitken, P., Dickens, C., & Walker, J. (2024). Proactive and integrated consultation-liaison psychiatry for older medical inpatients: A mixed methods description of training, care provided and clinician experience in the HOME study. *General Hospital Psychiatry*, 86, 108–117.

2. Walker, J., Burke, K., Toynbee, M. et al. The HOME Study: study protocol for a randomised controlled trial comparing the addition of Proactive Psychological Medicine to usual care, with usual care alone, on the time spent in hospital by older acute hospital inpatients. *Trials* 20, 483 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3502-5>

TRASTORNOS DEL SUEÑO



SESIÓN CLÍNICA INTERCONSULTA Y ENLACE: INSOMNIO

Aversa, V., Hawa, R., Lee, E. K., & Mak, M. S. B. (2023). C-L Case Conference: Insomnia Disorder

Journal of the Academy of Consultation-Liaison .2023

Palabras clave: insomnia disorder, sleep, sedative-hypnotic, CBT-I, cognitive behavioural therapy for insomnia, COMISA.

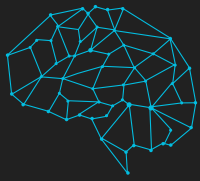
Resumen: Presentamos el caso de un varón de 67 años, con antecedentes de trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, tratamiento de hipertensión refractaria, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y alergias ambientales, que acude a urgencias tras una caída no presenciada. Posteriormente desarrolló síntomas de trastorno de insomnio. Expertos en psiquiatría de enlace y medicina del sueño proporcionan orientación para este escenario clínico, basándose en su experiencia y una revisión de la literatura actual, explorando la epidemiología del trastorno de insomnio y comorbilidades en relación con este caso. Además, se ofrece una revisión del tratamiento actual para el trastorno de insomnio, incluyendo métodos no farmacológicos como terapia cognitivo conductual y farmacoterapia.

Historia: Un hombre de 67 años con trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, hipertensión refractaria al tratamiento, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y alergias ambientales (no especifica si al polen, ácaros etc.) acude a urgencias del hospital tras una caída sin testigos, siendo

encontrado por sus hijos inconsciente. A la exploración física no presenta hallazgos neurológicos agudos, salvo inestabilidad. En la exploración cognitiva sabía su nombre y edad, pero estaba desorientado en relación con la fecha y día de la semana. El paciente fue ingresado para estudio. En los Antecedentes personales se trataba de un profesor de química de instituto jubilado, viudo desde hacía un año, tras un matrimonio de 30. Las imágenes por tomografía computarizada confirmaron un pequeño hematoma de tejido blando, pero sin evidencia de hemorragia aguda o isquemia. No había antecedentes de uso de sustancias, La prueba de drogas y alcohol fue negativa. Estaba a tratamiento con: Escitalopram 20 mg/día, Clonazepam 0,25 mg dos veces al día, Ramipril 10 mg OD, hidroclorotiazida 50 mg/día, amlodipino 10 mg/día, tamsulosina 0,4 mg/día, y difenhidramina 25 mg según fuera necesario.

De cara a prevenir un posible delirium y el riesgo de caídas, se suspendieron el Clonazepam y la Defenhidramina. Se ordenó Ibuprofeno para control de dolor. En unos días, el estado mental del paciente mejora con una mayor capacidad para mantener la atención. Al mejorar su estado mental, el paciente pudo informar los acontecimientos que rodearon su caída. Mientras su estado de ánimo había mejorado desde los niveles previos al tratamiento, se había vuelto disfórico debido al próximo aniversario de la muerte de su esposa. En el PHQ-9 aplicado en ese momento se obtuvo una puntuación de 14, lo que refleja un estado de ánimo bajo. Negó tendencias suicidas. Durante los últimos 3 meses, se había acostado a medianoche con una latencia media del sueño de 1 hora. Tenía 2-3 despertares frecuentes en mitad de la noche, provocados por nicturia, durando al menos 1 hora cada noche. Se levantaba a las 7 am y su sueño se definía como no reparador. Para tratar su insomnio, el paciente había tomado 2 Clonazepam extras de 0,25 mg al acostarse. Con el empeoramiento estacional de la fiebre del heno, pensó en "matar dos pájaros de un tiro" y tomó difenhidramina adicional antes de acostarse para lograr mayor sedación nocturna.

El servicio de Psiquiatría de consulta-enlace, **realizó psicoeducación sobre los riesgos de la polifarmacia sedante, carga anticolinérgica y la inducción de caídas por la medicación.** El paciente fue instruido en conducta. intervenciones para la ansiedad, **incluida la respiración en la caja** (una técnica de relajación para ralentizar el ritmo de la respiración. que consiste en periodos de 4 segundos para inhalar, sostener la respiración, exhalación y pausa, en secuencia), y se obtuvo



alivio sintomático. **Clonazepam y difenhidramina no fueron reiniciados.** El paciente continuó padeciendo un insomnio sustancial, corroborado por enfermería. Se **inició trazodona**, y se aumentó a 100 mg por noche, lo que redujo la latencia del sueño a un promedio de 30 minutos. Los **despertares nocturnos se redujeron después de optimizar tamsulosina a 0,8 mg**, lo que redujo la nicturia. El personal de enfermería notó que Mientras mejoraba el insomnio, el **paciente roncaba ruidosamente**. Se solicitó una prueba de sueño ambulatoria para descartar apnea obstructiva del sueño. (AOS) dadas sus comorbilidades cardiovasculares, ronquidos, e índice de masa corporal de 33 kg/m². **El paciente pasó una evaluación de caídas por parte del terapeuta ocupacional antes del alta. La polisomnografía a las 8 semanas del alta arrojó resultados AOS moderada-severa. No se observó movimiento periódico de las extremidades.** El seguimiento posterior arrojó una historia de tropiezos sin llegar a caerse en las etapas medias del sueño (Se refiere a casi caídas al levantarse de la cama o al caminar al baño por la noche, o sensación de inestabilidad al darse la vuelta en la cama). Se interpretó que esto podría estar relacionado con la medicación, debido a los riesgos de hipotensión ortostática con trazodona y/o tamsulosina. La trazodona fue reemplazada **por lemborexant**. Posteriormente no se observaron más casi-caídas. El paciente deseaba reducir el uso de hipnóticos, y fue remitido a terapia **cognitivo-conductual por insomnio (TCC-i)**. Después de 8 semanas de CBT-i, el paciente pudo suspender el lemborexant sin reaparición de síntomas. Los síntomas de depresión habían remitido con un PHQ-9 DE 2 al final de la terapia.

Comentario. El artículo repasa aprovechando esta historia tres objetivos de aprendizaje: 1.- **El diagnóstico del insomnio, epidemiología y comorbilidades**, 2.- **TCC-I y tratamientos no farmacológicos**, y 3.- **El tratamiento Psicofarmacológico**.

Otros posibles elementos que nos permite repasar el artículo es la **utilización del PHQ-9**, insistir en la **psicoeducación** de los pacientes en relación con el uso de benzodiazepinas y su posible relación con las caídas, por último la **técnica de respiración de la caja** como elemento para ayudar a mitigar la ansiedad y estrés.

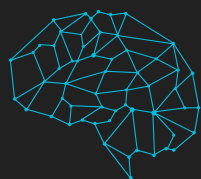
En el **primero de los elementos de aprendizaje** el Dr. Elliott K. Lee, nos recuerda la **definición de insomnio**, que es una alteración de tres meses de al menos 3 días semanales con sueño diurno y deterioro del funcionamiento. Los síntomas pueden ser episódicos (duran al menos un mes, pero no más de 3 meses) y persistentes si duran más de tres meses.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Entre el 33% y el 50% de los adultos se quejan de insomnio anualmente, mientras que **entre el 10% y 20% cumplen criterios de trastorno por insomnio**, con una **mayor prevalencia en mujeres**.

Uno de los elementos a destacar es que a pesar de la asociación a numerosos cuadros psiquiátricos y médicos, debemos considerar **el insomnio como una entidad independiente** con relación a su tratamiento y no como algo secundario. Los estudios recientes demuestran que no tratarlo afecta la evolución y favorece la recurrencia de las comorbilidades. Los pacientes con insomnio tienen más riesgo de desarrollo de trastornos cardiovasculares, obesidad, diabetes, y trastornos psiquiátricos. Por otra parte, el insomnio puede ser desencadenado por diferentes cuadros médicos y psiquiátricos como dolor, enfermedades neurodegenerativas, asma y enfermedades respiratorias.

El insomnio es muy frecuente en la interconsulta y casi siempre multifactorial (estrés, cuadros psiquiátricos y médicos, medicaciones y factores psicológicos). **Alrededor del 50% tienen cuadros ansiosos o depresivos**, pudiendo preceder al cuadro depresivo. Otro cuadro para tener en cuenta es **la apnea del sueño, que puede aparecer entre el 30 y 40% de los pacientes con insomnio**. Las nicturia e insomnio medio suelen ser síntomas de COMISA (apnea de sueño con insomnio). El artículo señala una investigación (aunque con solo 20 pacientes y sin grupo control), en el que se encuentra que pacientes con insomnio crónico y sin historia que orientase a patología respiratoria, presentan **hasta el 90% de este insomnio causado por los problemas respiratorios**.

En el **segundo de los objetivos** en relación con el tratamiento cognitivo conductual, el Dr. Raed destaca que, a pesar del éxito del tratamiento de su apnea del sueño, el cuadro de insomnio no acabó de desaparecer, por lo que considera adecuado el planteamiento de **terapia cognitivo conductual**. Esta se realiza bien en grupos o en sesiones por videoconferencia (entre 4 y 8 sesiones). Las estrategias incluyen **educación sobre el sueño, el control de estímulos, terapia de restricción de sueño, entrenamiento en relajación e higiene del sueño**. La terapia cognitiva se ha mostrado protectora sobre el desarrollo de la depresión y ha reducido en un 15% la severidad de la apnea cuando se asocia a insomnio. Es comparable con el tratamiento agudo de los sedantes hipnóticos y más efectiva a largo plazo (hasta 12 meses tras el tratamiento). **Siendo el tratamiento de elección en el trastorno de insomnio**. También señala la necesidad



de tener en cuenta las diferencias culturales sobre lo que es tener un problema de sueño.

Por último, la Dra. Vanessa Aversa, repasa las diferentes medicaciones asociadas al tratamiento del insomnio, aportando una tabla útil, para nuestra ya famosa libreta que nos acompaña en los paseos por el hospital. El primero de ellos son **las benzodiazepinas**, que recuerda no se deben usar crónicamente por el riesgo de caídas, posible dependencia, los riesgos en la conducción, y los efectos cognitivos. **El grupo de los fármacos-Z**, tienen un menor riesgo de abuso, pero pueden producir, sedación, amnesia anterógrada, rebote de insomnio y ansiedad al suspenderlas, tolerancia, caídas y parasomnias. **Entre los antidepresivos**. La Doxepina (entre 3 y 6mg), la mirtazapina y la trazodona se pueden utilizar en el insomnio. La primera puede producir sedación diurna, la segunda aumento de peso, sedación, boca seca y constipación y yo añadiría pesadillas. Se usa para disminuir latencia de sueño y despertares frecuentes. Por último, la trazodona con los efectos típicos de los anticolinérgicos y el priapismo como efecto más específico. **Los antipsicóticos** son el siguiente grupo con la Quetiapina (de liberación inmediata) y la Olanzapina. Pero no se recomienda a no ser que haya comorbilidad psiquiátrica por sus alteraciones extrapiramidales, prolongación del QT e incremento de riesgo de muerte en pacientes con demencia. **Los agonistas de la melatonina** se pueden utilizar cuando hay un retraso o desfase del ciclo sueño vigilia y en autismo, pero no se recomienda como elección en el insomnio. La melatonina es bien tolerada y la sedación excesiva es el efecto secundario más frecuente. Por último **los antagonistas del receptor Orexina**. Son neuropéptidos producidos por el hipotálamo y actúan en el receptor de la orexina. Los datos sobre seguridad de este grupo siguen siendo limitados, aunque la evidencia actual sugiere que pueden estar asociados con un menor riesgo de dependencia, caídas, problemas de conducción, e insomnio de rebote después de la interrupción, en comparación con otros hipnóticos sedantes (benzodiazepinas, fármacos z). El efecto adverso más común informado es somnolencia. Otros efectos secundarios comunes incluyen dolores de cabeza, náuseas y mareos. Los efectos adversos destacables incluyen sueños anormales y parálisis del sueño y raramente, conductas complejas de sueño. Los efectos menos comunes pueden incluir ansiedad y síntomas depresivos.

Información adicional. Os dejo varios enlaces a temas que complementan este interesante artículo. **En primer lugar,**

el PHQ-9, que es una escala autoaplicada para la depresión, de amplio uso en la interconsulta y que presenta una variante que es la PHQ-2 que sirve de screening.

1. [Validación PHQ-9 en español para hospitales.](#)
2. [PHQ-9 Formato PDF](#)

En segundo lugar, un par de videos y explicaciones sobre la respiración en la caja (tanto andando como en reposo)

1. https://www.youtube.com/watch?v=Mh_6c5l4rM0 (En reposo)
2. <https://www.youtube.com/watch?v=tl8R-DH5km0> (Guía)
3. <https://www.healthline.com/health/es/respiracion-del-cuadrilatero> (explicación teórica)

En tercer lugar [También os dejo un enlace sobre terapia cognitivo-conductual para el insomnio](#) que os podéis bajar en PDF.

Por último, **Varios videos del instituto de psicofarmacología para completar el estudio del insomnio.**

1. [Consideraciones sobre el uso de benzodiazepinas y agonistas de los receptores de benzodiazepinas](#)
2. [Tratamientos farmacológicos para el insomnio](#)
3. [Como hablar de sueño con los pacientes](#)
4. [Etiología y diagnóstico del sueño](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. Aversa, V., Hawa, R., Lee, E. K., & Mak, M. S. B. (2023). C-L Case Conference: Insomnia Disorder. Journal of the Academy of Consultation-Liaison.

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

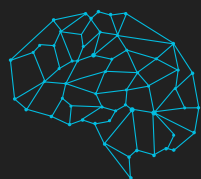
Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



Instituto de
Psicofarmacología

Os dejo un enlace sobre una institución ya comentada previamente. En esta ocasión la colección de videos, en que las diapositivas están en español, aunque la locución es en inglés. La página está en YouTube y me parece más fácil para navegar por ella pues están los videos solos y en un formato más accesible.

<https://www.youtube.com/@institutodepsicofarmacolog6933>



CURSOS Y JORNADAS

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



AXENCIA GALEGA
DE COÑECEMENTO
EN SAÚDE

Como ya os anunciamos en el número anterior, El 17 de noviembre del pasado año tuvieron lugar, las jornadas sobre Psiquiatría Psicosomática y de enlace, organizadas por la Axencia Galega de coñecemento en saúde, con la colaboración de la Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y enlace del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

El Prof. Antonio Lobo presentó y disertó sobre el libro Psiquiatría Psicosomática y de Enlace: La aportación desde la Psiquiatría al resto de la medicina. Recientemente publicado por el Grupo de trabajo de Psiquiatría psicosomática y enlace de la SEPSM. Os dejo el enlace al libro para que os lo bajéis si estáis interesados.

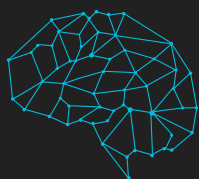
https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMA-GES_12/psiquiatria-psicosomatica-y-de-enlace-web.pdf

El Dr. Jordi Blanch ofreció una exhaustiva disertación sobre los programas de enlace entre los servicios de psiquiatría y salud mental con la atención primaria, focalizando particularmente en la organización del área de Lleida, donde ejerce como responsable del servicio. Inició su exposición destacando los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España de 2020, subrayando la prevalencia de la ansiedad (5.84%) y la depresión (5.28%), así como el significativo consumo de ansiolíticos (10.86%) y antidepresivos (4.52%). Además, señaló que el 8.32% de las personas que acuden a centros de atención primaria en Cataluña, presentan problemas de salud mental. Posteriormente, abordó la evolución de la aproximación a la atención primaria desde finales de los años 90, cuando los especialistas de hospitales de referencia se desplazaban a la primaria, hasta la creación de equipos de salud mental y adicciones en primaria en 2000, y la posterior elaboración de rutas asistenciales según las fases evolutivas de la enfermedad entre 2011 y 2015. El Dr. Blanch presentó datos sobre los recursos para Centros de Salud Mental y Adicciones (CSMA) y Centros de Salud Mental

Infantil y Juvenil (CSMIJ) por cada 100,000 habitantes en su área, resaltando la importancia de los recursos desplazados a la primaria y los organizados dentro de los centros de salud mental que incluían programas relacionados con trastornos mentales graves y psicosis incipientes. Destacó las complejidades en el tratamiento psiquiátrico, donde factores psicosociales, personalidad, cronicidad, consumo de sustancias y comorbilidades modulan de manera significativa el camino entre el motivo de consulta y el tratamiento final. Propuso un modelo escalonado de intervención (stepped care model) que abarca desde la promoción y prevención en la comunidad hasta la atención especializada para casos graves y potencialmente discapacitantes.

El orador explicó, la presencia de los referentes de bienestar emocional y comunitario en Cataluña, describiendo sus funciones, centradas en la educación para la salud, la información sobre recursos comunitarios, la contribución a grupos informativos y psicoeducativos, la participación en la detección de signos de riesgo de sufrimiento mental y el abordaje del malestar emocional en personas con determinantes sociales adversos. También resaltó sus roles en el abordaje del malestar emocional de profesionales y la participación en actividades de formación e investigación. La presentación culminó con un debate sobre el modelo propuesto, discutiendo sus ventajas, desventajas, problemas y virtudes.

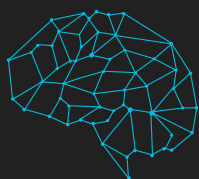
La Dra. Gemma Parramón, en su exposición, abordó la temática de la psiquiatría perinatal con un enfoque en la epidemiología de estos trastornos y subrayando la necesidad de establecer servicios especializados. Durante su presentación, delineó el protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña, destacando aspectos vinculados a la salud mental, como el cribado de ansiedad-depresión, la detección de violencia machista, el monitoreo del consumo de alcohol y drogas, así como el papel de la pareja. Asimismo, discutió el protocolo de atención durante el parto, el puerperio inmediato y tardío, que utiliza entre otros el cuestionario de depresión postnatal de Edimburgo y señaló los procedimientos de derivación en caso de resultados positivos. En una diapositiva posterior, realizó una interesante comparación entre la prevalencia de problemas de salud mental en Cataluña y Galicia, basándose en datos epidemiológicos de ambas comunidades. Se resaltó el modelo escalonado de atención a la salud mental perinatal, desde los centros de atención primaria hasta las unidades de hospitalización madre-bebé. Además, abordó temas como el suicidio en este periodo, la corresponsabi-



lidad de la pareja, el uso de valproato por los padres y su riesgo para el feto, así como la influencia del consumo de alcohol y la depresión postparto de los padres en el desarrollo emocional y conductual de los hijos. También trató la desigualdad global y su impacto en el acceso a la atención de la salud mental. En la última parte de la charla, se exploraron aspectos neurobiológicos, presentando el modelo biológico unificado de Levin G y Enin Dor T, recientemente publicado

en Translational Psychiatry en abril de 2023. Se mencionaron conceptos como microquimerismos fetales y sus posibles implicaciones en enfermedades relacionadas. En cuanto a los nuevos tratamientos, se abordó la salud digital y la telemedicina en el ámbito perinatal, así como nuevos fármacos para la depresión postparto, como la Brexanolona y la Zuranolona.

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatr-num2811>



NOTÍCIAS

NEWS



SECCIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH SECTION

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

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

⁷Psiquiatra. Centro Médico Ruber Internacional. Madrid. ⁸Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva.



INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL ESTRÉS EN EL EMBARAZO PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y UN METANÁLISIS

STRESS-REDUCING INTERVENTIONS IN PREGNANCY FOR THE PREVENTION OF PRETERM BIRTH: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Palabras clave: Reducción del estrés; Pretérmino; Meditación; Mindfulness; Metanálisis.

Keywords: Stress-reduction; Preterm; Meditation; Mindfulness; Meta-analysis.

Antecedentes: El nacimiento prematuro, definido como el nacimiento antes de completar las 37 semanas de gestación, sigue siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo. Se asocia con numerosos resultados adversos, incluida la mortalidad neonatal, alteraciones del desarrollo neurológico a largo plazo y cargas económicas sustanciales para los sistemas de atención sanitaria. La etiología del parto prematuro es multifactorial e implica una compleja interacción de factores genéticos, ambientales y conductuales. Entre estos factores, el estrés materno ha ganado considerable atención como un posible contribuyente a la aparición del parto prematuro, con investigaciones que destacan la asociación entre el estrés materno y el parto prematuro. Estos estudios informaron que las mujeres que experimentaron uno o más eventos vitales altamente estresantes durante el embarazo, tenían un riesgo 1,76 veces mayor de parto prematuro, en comparación con las mujeres que no experimentaron tales eventos. Este hallazgo ha despertado la hipótesis de que las intervenciones para reducir el estrés, pueden ofrecer un enfoque prometedor para prevenir el parto prematuro. En consecuencia, ha habido un interés creciente en explorar la efectividad de las intervenciones para reducir el estrés en la prevención del parto prematuro.

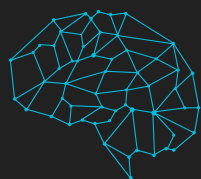
Objetivo: Realizar una revisión sistemática y un metanálisis para revisar los efectos de las intervenciones destinadas a disminuir el estrés durante el embarazo, a fin de reducir la incidencia del parto prematuro, específicamente en una población obstétrica de bajo riesgo.

Métodos: Esta revisión sistemática y metanálisis se realizó de acuerdo con las pautas PRISMA. Se realizó una búsqueda en MEDLINE, Embase, ClinicalTrials.gov, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature y la Biblioteca Cochrane, utilizando los siguientes términos de búsqueda: (pregnancy OR "pregnant women") AND ("preterm labor" OR "preterm delivery" OR "birth weight" OR "birth outcome") AND ("mind body" OR meditation OR yoga OR mindfulness OR "relaxation therapy" OR massage OR Taichi OR "guided imagery"). La búsqueda abarcó estudios escritos en inglés publicados desde 1995 hasta abril de 2020. La búsqueda original se actualizó en enero de 2023. Se excluyeron los estudios que investigaban a mujeres que ya estaban en trabajo de parto prematuro, o que estaban dirigidos específicamente a mujeres con alto riesgo de parto prematuro o depresión, o con antecedentes de depresión o trastornos de ansiedad. Esta revisión incluyó ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados, estudios de cohorte y estudios observacionales.

Resultados: La búsqueda inicial arrojó un total de 1.602 estudios. Después de eliminar duplicados, se examinaron 1.196 títulos y abstracts, y se excluyeron un total de 1.165 estudios. Identificaron dos estudios en las referencias de otras revisiones sistemáticas. Finalmente, esta revisión sistemática y metanálisis, incluyó 10 estudios que abarcaron un total de 4.816 mujeres embarazadas de bajo riesgo, y examinó el impacto de 5 intervenciones diferentes (Pilates, yoga, programas multidisciplinarios de reducción del estrés, terapia combinada e hipnosis) para reducir el estrés en las tasas generales de parto prematuro. Los resultados de este estudio indican que las intervenciones para disminuir el estrés, reducen significativamente la incidencia de parto prematuro en una población obstétrica de bajo riesgo, en comparación con el grupo control.

Este estudio cuenta con alguna limitación. En primer lugar, la naturaleza diversa de las intervenciones incluidas, requiere cautela al interpretar los resultados. En segundo lugar, la evaluación del estrés y la ansiedad maternos, presentó dificultades debido a la variedad de herramientas de medición y la presencia de datos faltantes. En tercer lugar, gran heterogeneidad entre los estudios incluidos. En cuarto lugar, múltiples estudios incluidos en el metanálisis fueron de baja calidad y mostraron un alto riesgo de sesgo de selección.

Conclusión: La asociación entre el estrés materno y el parto prematuro está bien establecida en la literatura. Se ha demostrado que el estrés materno prolongado y severo



durante el embarazo altera el equilibrio hormonal, afecta la función inmune y potencialmente desencadena respuestas inflamatorias que pueden conducir al parto prematuro. Se han identificado intervenciones para reducir el estrés, como estrategias potenciales para mejorar la salud mental materna durante el embarazo. Se ha demostrado que las intervenciones terapéuticas como masajes, relajación y yoga durante el embarazo reducen la ansiedad y el estrés, disminuyen los niveles de cortisol y muestran efectos positivos sobre la función del sistema nervioso autónomo e inmunológico. A pesar de la asociación bien establecida entre el estrés materno y el parto prematuro, la relación entre las intervenciones para reducir el estrés y su impacto en las tasas de parto prematuro sigue sin ser concluyente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laura E. Janssen, Adelia A. Gieskes, Marjolein Kok, Christianne J. M. de Groot, Martijn A. Oudijk & Marjon A. de Boer(2023) Stress-reducing interventions in pregnancy for the prevention of preterm birth: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44:1, DOI: 10.1080/0167482X.2023.2281238.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL: UN METANÁLISIS

PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF PERINATAL DEPRESSION: A META-ANALYSIS

Palabras clave: Depresión perinatal; valoración; tratamiento; prevención.

Keywords: Perinatal depression; assessment; treatment; prevention; Maternal child abuse history; Maternal experiences; Mother-infant relationship; Postnatal depression.

Antecedentes: La depresión durante el embarazo y después del nacimiento de un bebé es muy prevalente, y resulta en una reducción considerable de la calidad de vida, el funcionamiento social, así como el funcionamiento parental y materno. Las consecuencias negativas de la depresión perinatal se extienden a los bebés y los niños y las niñas, incluida una disminución de los resultados cognitivos, emocionales, conductuales y físicos. Por lo tanto, el tratamiento de la depresión perinatal es fundamental para la salud pública. Se

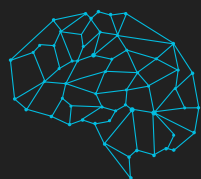
recomienda la psicoterapia como enfoque de primera línea para mujeres con un nuevo episodio de depresión.

Objetivo: Realizar un metanálisis integral de ensayos aleatorios que compararon los tratamientos psicológicos de la depresión perinatal con grupos de control.

Métodos: Se realizó una búsqueda en cuatro bases de datos bibliográficas (PubMed, PsycINFO, Embase y la Biblioteca Cochrane), combinando términos indicativos de depresión y psicoterapias, con filtros para ensayos controlados aleatorios. Todos los registros fueron examinados por dos investigadores independientes. La decisión de incluir o excluir un estudio en la base de datos también fue tomada por dos investigadores independientes, y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión. Para el metanálisis actual, se incluyeron estudios que fueron: (a) ensayos aleatorios; (b) en el que un tratamiento psicológico; (c) para la depresión perinatal; (d) se comparó con un grupo de control (lista de espera, atención habitual, placebo, otro tratamiento inactivo). La depresión perinatal se definió como la depresión durante el embarazo (depresión prenatal) y hasta dos años después del parto (depresión posparto). La depresión podría establecerse con una entrevista de diagnóstico o con una puntuación superior a un límite en una medida de autoinforme. No se aplicaron restricciones de idioma.

Resultados: Se examinaron un total de 24.771 registros, tras eliminar los duplicados quedaron 18.217. Se recuperaron 2.914 artículos de texto completo para su posterior consideración, y se excluyeron 2.871. Un total de 43 ensayos controlados aleatorizados, con 6.270 participantes (de los cuales 3.158 en el grupo de tratamiento y 3.112 en el grupo control) cumplieron los criterios de inclusión para este metanálisis. Encontraron que los efectos de las intervenciones sobre la depresión fueron de moderados a grandes. Estos efectos siguieron siendo significativos al año de seguimiento.

Este estudio cuenta con alguna **limitación**. Un problema importante fue el alto nivel de heterogeneidad en la mayoría de los análisis. Esto significa que los tamaños del efecto de los estudios incluidos no apuntan en la misma dirección. Encontraron varios valores atípicos importantes con tamaños de efecto tan grandes, que carecen de credibilidad. Pero incluso después de excluir estos valores atípicos extremos, el nivel de heterogeneidad siguió siendo considerable. Por tanto, estos resultados también deben considerarse con cautela debido al riesgo de sesgo de publicación y porque cada uno de los resultados sólo se examinó en muestras relativamente



pequeñas de estudios, la mayoría de los cuales no cumplieron con los criterios de alta calidad.

Conclusión: Los resultados de este metanálisis están en línea con los resultados de metanálisis anteriores, que se centraron principalmente en submuestras de estudios y arrojaron resultados muy inciertos. El metanálisis actual indicó resultados más sólidos y precisos, aunque siguieron siendo problemáticos debido al alto nivel de heterogeneidad, el sesgo de publicación y la baja calidad de muchos de los ensayos incluidos. Este estudio tiene implicaciones importantes; en primer lugar, confirma que los tratamientos psicológicos deberían ser tratamientos de primera línea de la depresión perinatal, y que son tratamientos eficaces, también a largo plazo. Además, no sólo afectan a la depresión, sino también presenta importantes resultados secundarios, como la ansiedad, el apoyo social, el deterioro funcional, el estrés de los padres y el estrés conyugal. Sin embargo, la alta heterogeneidad también indica que el efecto de los tratamientos varía considerablemente entre los estudios y no está claro cuáles son las causas de estas diferencias. Esto significa que se necesita más y mejor investigación para examinar quién se beneficia de qué tratamiento y en qué condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuijpers, P., Franco, P., Ciharova, M., Miguel, C., Segre, L., Quero, S., & Karyotaki, E. (2023). Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(6), 2596–2608. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004529>

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE TERCERA GENERACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN PERI-PARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

EFFECTIVENESS OF THE THIRD WAVE COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR PERIPARTUM DEPRESSION TREATMENT—A SYSTEMATIC REVIEW

Palabras clave: Terapias de tercera generación, Depresión periparto, Tratamiento.

Keywords: Third wave, Peripartum depression, Treatment.

Introducción: El período periparto, que se extiende desde el embarazo hasta los primeros doce meses tras el parto, es

un período de grandes ajustes físicos y biológicos en el que muchas mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, siendo la depresión el trastorno más prevalente en este periodo. El impacto negativo de la depresión periparto, con una prevalencia ajustada del 11,9%, en las mujeres, los niños y las familias, está bien documentado y, por esa razón, este trastorno se considera un importante problema de salud pública que requiere intervención y/o tratamiento.

Objetivo: Investigar la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación en el tratamiento de la depresión periparto.

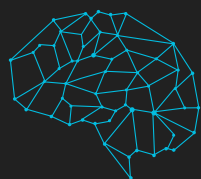
Método: Se realiza una revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión periparto centradas en la Tercera Generación. Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas MEDLINE, PsycINFO, Web of Science y Clinical Trials, utilizando una combinación de diferentes términos de búsqueda. Dos autores extrajeron los datos de forma independiente y se ofreció una síntesis de los resultados. Tres autores evaluaron la calidad metodológica mediante ROBE-2 y MINORES. La fecha de búsqueda se realizó en febrero de 2022 y se volvió a ejecutar en noviembre de 2022 para nuevas entradas.

Resultados: Se incluyeron seis artículos, centrados en la eficacia de las intervenciones del enfoque de la tercera generación para reducir los síntomas depresivos. Los artículos incluyeron los siguientes enfoques de intervención: intervención conductual (n = 2), atención plena (n = 2), terapia dialéctica conductual (n = 1) y terapia de aceptación y compromiso (n = 1). Los seis artículos fueron consistentes en que las intervenciones conducen a una disminución de los síntomas de depresión. Sin embargo, la evaluación del riesgo de sesgo mostró que los estudios eran de calidad muy baja, a excepción de uno.

Conclusión e implicaciones para la práctica y la investigación: los enfoques de la tercera generación muestran una efectividad prometedora para reducir los síntomas de depresión en mujeres en el periodo periparto. Sin embargo, se necesitan más estudios de alta calidad metodológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez, María & Nakić Radoš, Sandra & Uka, Ana & Marques, M. & Maia, B.R. & Matos, M. & Branquinho, Mariana & Aydin, Ruveyde & Mahmoodi, V. & Chrzan-Dętkoś, Magdalena & Walczak-Kozłowska, Tamara & Liakea, Iliana. (2023). Effectiveness of the third wave cognitive behavior therapy for peripartum depression treatment—A systematic review. *Midwifery*, 127, 103865. [10.1016/j.midw.2023.103865](https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103865).



EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES BASADAS EN TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN PERINATAL MATERNA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y UN METANÁLISIS

EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY-BASED INTERVENTIONS FOR MATERNAL PERINATAL DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, perinatal, posparto, postnatal, embarazo, depresión, revisión sistemática, metanálisis.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Perinatal, Postpartum, Postnatal, Pregnancy, Depression, Systematic review, Meta-analysis.

Introducción: La depresión durante el período perinatal es común, con tasas de prevalencia global combinadas estimadas en 11,9%, y se asocia con una variedad de efectos negativos para las madres, como mala calidad de vida, ansiedad y estrés así como riesgo de muerte para la madre en los casos más graves, para los bebés (problemas de desarrollo social, cognitivo y emocional), los miembros de la familia y la sociedad en general. Aunque la evidencia existente sugiere que las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC) son efectivas para la depresión perinatal, se sabe menos sobre el efecto de las intervenciones basadas en la TCC en resultados secundarios importantes, y no se han examinado varios moderadores clínicos y metodológicos potenciales.

Objetivo: Una revisión sistemática y un metanálisis examinaron principalmente la eficacia de las intervenciones basadas en TCC para la depresión perinatal sobre los síntomas de depresión. Los objetivos secundarios examinaron la eficacia de las intervenciones basadas en TCC para la depresión perinatal sobre los síntomas de ansiedad, estrés, crianza de los hijos, apoyo social percibido y competencia parental percibida; y exploró moderadores clínicos y metodológicos potencialmente asociados con la efectividad.

Método: Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas y otras fuentes hasta noviembre de 2021. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios que comparaban intervenciones basadas en TCC para la depresión perinatal, con condiciones de control que permitían aislar los efectos de la TCC.

Resultados: En total, se incluyeron 31 estudios (5291 participantes) en la revisión sistemática, y 26 estudios (4658 participantes) en el metanálisis. El tamaño general del efecto fue mediano (g de coberturas = -0,53 [IC del 95 %: -0,65 a -0,40]); con alta heterogeneidad. También se encontraron efectos significativos para la ansiedad, el estrés individual y el apoyo social percibido; sin embargo, pocos estudios examinaron resultados secundarios. El análisis de subgrupos identificó el tipo de control, el tipo de TCC y el tipo de profesional de la salud como moderadores significativos del efecto principal (síntomas de depresión).

Conclusiones: Las intervenciones basadas en TCC para la depresión durante el período perinatal parecen efectivas; sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela debido a los altos niveles de heterogeneidad y la baja calidad de los estudios incluidos. Es necesario investigar más a fondo los moderadores clínicos del efecto posiblemente importantes, incluido el tipo de profesional de la salud que realiza las intervenciones. Además, los resultados indican la necesidad de establecer un conjunto mínimo de datos básicos para mejorar la coherencia de la recopilación de resultados secundarios entre los ensayos y diseñar y realizar ensayos con períodos de seguimiento a más largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pettman D, O'Mahen H, Blomberg O, Svanberg AS, von Essen L and Woodford J. BMC Psychiatry (2023) Effectiveness of cognitive behavioural therapy-based interventions for maternal perinatal depression: a systematic review and meta-analysis 23:208 <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04547-9>



DEPRESIÓN PERIPARTO PATERNA: CUESTIONES EMERGENTES Y PREGUNTAS SOBRE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. UN INFORME DE CONSENSO DE LA ACCIÓN DE COSTOS RISEUP- PPD

*PATERNAL PERIPARTUM DEPRESSION: EMERGING
ISSUES AND QUESTIONS ON PREVENTION,
DIAGNOSIS AND TREATMENT. A CONSENSUS
REPORT FROM THE COST ACTION RISEUP-PPD*

Palabras clave: Depresión paterna periparto; evaluación; diagnóstico; prevención; revisión; tratamiento.

Keywords: Paternal peripartum depression; assessment; diagnosis; prevention; review; treatment.

Antecedentes: La depresión periparto es una especificación de la depresión que tiene inicio de síntomas del estado de ánimo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto. Aunque esta especificación no excluye la depresión posparto (DPP) en hombres, generalmente se refiere a mujeres, ya que la mayoría de los estudios han examinado la DPP en madres.

Se destaca la importancia de identificar y tratar la DPP en padres, ya que la falta de reconocimiento puede limitar el acceso a información y ayuda; así mismo, la demora en su tratamiento se asocia con el deterioro de la salud mental paterna y puede afectar negativamente a la madre y al desarrollo del niño. La falta de conciencia sobre la DPP en padres puede llevar a pasar por alto los síntomas depresivos, empeorando el estado mental del padre. Por todo ello, se destaca la necesidad de aumentar la conciencia y el conocimiento sobre el tema.

Objetivo: El objetivo de esta revisión es proporcionar a investigadores y profesionales un resumen actualizado e integrado de temas relevantes sobre la DPP paterna (DPP-P), identificando áreas inconsistentes en la investigación y destacando la necesidad de futuras investigaciones, formación teórica e intervenciones.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica entre febrero y octubre de 2022, utilizando las bases de datos de PubMed, Web of Science, Embase, Scopus, Medline, PsychInfo e Informit. La búsqueda se limitó a artículos comple-

tos publicados en inglés, en revistas revisadas por pares, y estudios que incluyeran a padres como participantes. En la revisión se incluyeron 97 artículos que abarcaban los años 1999-2022.

Resultados: En relación con la prevalencia de de DPP-P, en un estudio reciente los datos de hombres que viven en 27 países europeos mostraron una prevalencia general de trastorno depresivo actual del 4.9% (Arias de la Torre et al., 2021). Un metaanálisis realizado por Cameron et al. (2016) reveló una tasa total de depresión del 8.4% durante el embarazo y hasta un año después del parto. El metaanálisis de Rao et al. (2020) mostró una prevalencia acumulada de depresión del 9.8% en hombres durante el embarazo y del 8.8% en el primer año postparto; la prevalencia de la depresión preparto fue del 13.6% en el primer trimestre, 11.3% en el segundo y 10.1% en el tercero; la prevalencia de la DPP-P fue del 9.0% en el primer mes, 7.8% entre uno y tres meses, 9.2% entre tres y seis meses y 8.4% entre seis y doce meses después del parto. En general, las tasas de DPP-P varían ampliamente y no siempre dependen del momento de la evaluación. Las tasas variables de DPP-P pueden estar influenciadas por sesgos sociales y culturales, así como de aspectos metodológicos.

En relación con el diagnóstico de la DPP-P, ésta presenta características clínicas más heterogéneas en comparación con la DPP materna; los síntomas típicos incluyen evitación de situaciones sociales, trabajo o familia, indecisión, cinismo, ataques de ira, rigidez afectiva, autocrítica e irritabilidad; las preocupaciones recurrentes sobre la salud del niño pueden ocultar la depresión en los hombres. Además, los síntomas somáticos, comportamientos parentales negativos, consumo de sustancias y conflictos matrimoniales, deberían alertar a los profesionales de la salud sobre la posibilidad de DPP-P. Para evitar sesgos, se recomienda combinar los síntomas tradicionales y masculinos en la evaluación. Estudios longitudinales indican consistencia en la duración de los síntomas, con la mayoría de los padres deprimidos durante el embarazo continuando deprimidos en el postparto. La comorbilidad de la depresión en el período perinatal en padres es poco comprendida, y un estudio longitudinal reporta altas tasas de comorbilidad entre depresión y ansiedad en los primeros 2 años postparto. El diagnóstico de DPP-P puede retrasarse, ya que los síntomas pueden ser minimizados como consecuencias normales del parto. Es esencial mejorar las estrategias de identificación y manejo para facilitar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la DPP-P, utilizando



los criterios del DSM-5. En cuanto a la detección de la DPP-P los instrumentos están diseñados para madres y pueden no captar los síntomas depresivos en los padres, los cuáles todavía se desconocen y pueden llevar a errores diagnósticos. Las entrevistas diagnosticaron la depresión con menos frecuencia que las medidas de autoinforme.

Los factores de riesgo identificados para la DPP-P fueron la psicopatología prenatal o previa como el más relevante, la depresión materna (incrementa el riesgo de depresión en los padres en el período perinatal en 2.5 veces o más), eventos estresantes, problemas maritales, bajos ingresos, el estrés asociado al cuidado del bebé, y la salud materna, así como los cambios hormonales en los hombres durante el período perinatal, (niveles de testosterona más bajos).

En cuanto a la prevención, no hay evidencia que respalde que las intervenciones psicosociales prenatales para padres o las intervenciones en pareja prevengan la aparición de la DPP-P. Las intervenciones que alientan a los padres a brindar cuidado práctico mostraron reducciones significativas en los niveles de depresión en padres expectantes, mientras que las intervenciones en el período postnatal indicaron grados más bajos de estrés postnatal en los padres.

El tratamiento destaca la terapia cognitivo conductual como efectiva, pero la terapia por Internet podría ser más viable. En cuanto al tratamiento farmacológico no hay estudios disponibles que investiguen la efectividad de la medicación antidepresiva para el tratamiento de la DPP-P. Se mencionan estudios que informan mayores costos de atención comunitaria para padres con depresión y se discute la posible efectividad de programas de detección para reducir costos y mejorar la calidad de vida y la salud. Se aboga por investigaciones adicionales sobre la co-ocurrencia de condiciones de salud mental en parejas y las comorbilidades en la costo-efectividad.

El efecto de la DPP-P en el desarrollo del niño muestra que los síntomas depresivos paternos durante el embarazo pueden estar relacionados con el llanto excesivo del bebé y que se asocia a efectos a largo plazo en la salud mental de los niños. Se enfatiza que la interacción padre-hijo juega un papel crucial y que el impacto de la DPP-P en la descendencia requiere más atención e investigación.

Limitaciones: se destacan como limitaciones la falta de consenso de la definición de la DPP-P, las inconsistencias en los hallazgos relacionados con el diagnóstico, la prevalencia, los factores de riesgo, el tratamiento y los efectos en el desa-

rollo infantil. Se relata también la falta de conocimiento de estrategias efectivas de prevención y tratamiento de la DPP-P.

Conclusión: Esta revisión narrativa actual puede servir como un catalizador para futuras investigaciones y prácticas clínicas relacionadas con la DPP-P. La principal recomendación para la investigación futura es abordar los problemas de la DPP desde la perspectiva de toda la familia y ampliar el conocimiento existente sobre la DPP-P con una variedad más amplia de factores socioculturales que pueden requerir consideraciones metodológicas y conceptuales críticas en el diseño de estudios. Los resultados de esta revisión destacan las cuestiones críticas sobre cómo planificar, proporcionar y dotar de recursos a los servicios sanitarios, para satisfacer las necesidades sanitarias de los padres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uriko K, Christoforou A, Motrico E, Moreno-Peral P, Kömürçü Akik B, Žutić M, Lambregtse-van den Berg MP. Paternal peripartum depression: emerging issues and questions on prevention, diagnosis and treatment. A consensus report from the cost action Riseup-PPD. J Reprod Infant Psychol. 2023 Oct 11:1-19. doi: 10.1080/02646838.2023.2266470. Epub ahead of print. PMID: 37818835.

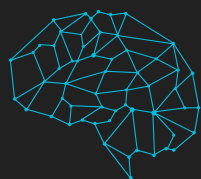
LA EXPOSICIÓN AL ESTRÉS PRENATAL AMPLIFICA EL EFECTO DE LA IDEACIÓN SUICIDA MATERNA EN LAS TRAYECTORIAS CONDUCTUALES DE LA PRIMERA INFANCIA

PRENATAL STRESS EXPOSURE AMPLIFIES EFFECT OF MATERNAL SUICIDAL IDEATION ON EARLY CHILDHOOD BEHAVIOURAL TRAJECTORIES

Palabras clave: Desarrollo conductual; desarrollo emocional; riesgo prenatal; ideación suicida; trauma.

Keywords: Behavioral development; Emotional development; Prenatal risk; Suicidal ideation; Trauma.

Antecedentes: Durante el desarrollo embrionario/fetal, el embrión/feto es altamente sensible a su entorno circundante, y la exposición a determinados factores ambientales puede conducir a cambios estructurales, metabólicos y fisiológicos que predisponen a enfermedades en la vida posterior. La sa-



lud mental materna se asocia con resultados de salud fetal e infantil, posiblemente a través de cambios en la regulación de la respuesta al estrés del cuerpo. La ideación suicida durante el embarazo es un riesgo significativo, y se ha asociado con resultados adversos para el desarrollo infantil, como el parto prematuro y la baja edad gestacional.

Objetivo: Este estudio busca evaluar si la ideación suicida materna durante el embarazo se asocia con las trayectorias de comportamiento de los niños durante la infancia temprana, y si el estrés relacionado con desastres naturales durante el embarazo amplifica estos efectos.

Método: La muestra del estudio consiste en mujeres embarazadas, expuestas o no expuestas a la tormenta Superstorm Sandy en la ciudad de Nueva York. La ideación suicida materna se evaluó durante el embarazo, y los niños fueron evaluados aproximadamente anualmente desde los 2 hasta los 6 años de edad. Se hipotetiza que la presencia, tanto de la ideación suicida materna como del estrés durante el embarazo, tendrá una relación sinérgica con el desarrollo de dificultades emocionales y conductuales en los niños, contribuyendo a trayectorias subóptimas a lo largo de la infancia temprana.

Resultados: La ideación suicida en esta muestra era un factor común, un 12% de las mujeres informaron pensamientos suicidas. Los niños expuestos a la ideación suicida materna y al estrés traumático intraútero mostraron un empeoramiento de los comportamientos "atípicos" a lo largo de la primera infancia, mientras que estos comportamientos disminuyeron en gravedad para los niños no expuestos o solo expuestos a la Superstorm Sandy. Estos hallazgos sugieren que la exposición prenatal a la ideación suicida materna predispone a los niños a un mayor riesgo de una variedad de dificultades conductuales y emocionales, que pueden ser amplificadas por la exposición adicional a un estrés severo como un desastre natural.

Limitaciones: se relacionan con la falta de consideración de factores posnatales y la necesidad de replicación de los hallazgos en otras muestras. Además, futuras investigaciones podrían explorar los mecanismos por los cuales estos factores prenatales afectan el desarrollo emocional y conductual de los niños.

Conclusión: En resumen, los resultados de este estudio destacan la necesidad de acciones para apoyar a las mujeres embarazadas y a sus hijos durante estos periodos críticos de desarrollo, especialmente dado el aumento de desastres

naturales y las tasas crecientes de ideación suicida materna durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Neill S, Nomura Y. Prenatal Stress Exposure Amplifies Effect of Maternal Suicidal Ideation on Early Childhood Behavioral Trajectories. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2023 Sep;51(9):1257-1271. doi: 10.1007/s10802-023-01062-z. Epub 2023 Apr 17. PMID: 37067623.

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN LA MADRE Y EN LA DESCENDENCIA DEL TRATAMIENTO POSNATAL CON ISRS

LONG-TERM MATERNAL AND CHILD OUTCOMES FOLLOWING POSTNATAL SSRI

Palabras clave: ISRS, posnatal, resultados, largo plazo.

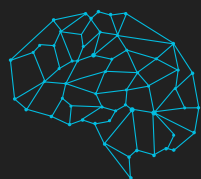
Keywords: SSRI, postnatal, outcomes, long term.

Se recomienda el uso posnatal de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) a pesar de la falta de evidencias a largo plazo sobre las consecuencias de esta intervención, tanto para la madre como para la descendencia.

El **objetivo** de este estudio es evaluar si la exposición posnatal al tratamiento con ISRSs influye, y de qué manera, en la evolución materna y de la descendencia durante los primeros años de la infancia, cuando existe depresión posnatal.

Con este fin se **diseñó** este estudio de cohortes prospectivo que emplea los datos longitudinales del *Estudio de Cohortes Noruego de Madres, Padres e Hijos*. Las mujeres participantes fueron reclutadas en las semanas 17 a 18 de embarazo, de 1999 a 2008, y se realizó el seguimiento prospectivo tras el parto. El análisis de datos se realizó entre diciembre de 2021 y octubre de 2022.

Se determina como la **variable exposición** el diagnóstico de depresión posparto (DPP), definiéndose el diagnóstico de DPP por una puntuación de 7 o más en la versión de 6 ítems de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. La lista de verificación de síntomas de Hopkins se utilizó como indicador de la persistencia de la sintomatología depresiva en el mes 6 del posparto. El tratamiento posnatal con ISRSs se identificó utilizando datos autoinformados en el mes 6 del posparto.



Respecto a **los resultados y medidas principales**, los resultados maternos incluyeron la sintomatología de depresión autoinformada y la satisfacción en la relación de pareja desde el parto hasta el quinto año posparto. Los resultados en la descendencia incluyeron problemas de internalización y externalización informados por la madre, síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el desarrollo motor y del lenguaje a las edades de 1,5, 3 y 5 años. Se utilizó un método de ajuste basado en una puntuación de propensión para controlar los factores prenatales asociados con la probabilidad de exposición posnatal a los ISRSs.

Respecto a **los resultados**, cumplieron criterios para el diagnóstico de depresión posparto entre un total de 61.081 díadas madre-hijo, 8.671 (14,2%) (edad media [DE], 29,93 [4,76] años), de las cuales recibieron tratamiento posnatal con ISRSs 177 (2,0%) (edad media [DE], 30,20 [5,01] años). La sintomatología de depresión posparto más grave se asoció con una variedad de resultados adversos maternos e infantiles. Los análisis centrados únicamente en las díadas de depresión posparto indicaron que el tratamiento posnatal con ISRSs atenuó las asociaciones negativas entre la depresión posparto y la satisfacción materna respecto a la relación de pareja en el mes 6 posparto (moderación β , 0,13; IC del 95 %, 0,07-0,19), 1,5 años (moderación β , 0,11; IC del 95%, 0,05-0,18) y 3 años (moderación β , 0,12; IC del 95%, 0,04-0,19), y para TDAH infantil a los 5 años (moderación β , -0,15; IC del 95%, -0,24 a -0,05). El tratamiento posnatal con ISRSs también mitigó las asociaciones negativas entre la depresión posparto y la depresión materna, la satisfacción en la relación de pareja, los problemas de externalización infantil y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad hasta 5 años después del parto.

En **conclusión**, los resultados de este gran estudio de cohorte prospectivo sugieren que el tratamiento posnatal con ISRSs se asocia con una reducción del riesgo de problemas de salud mental materna asociados con la depresión posnatal y conductas de externalización infantil durante los primeros años de la infancia. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento posnatal con ISRSs puede aportar beneficios a largo plazo a las mujeres con depresión posparto y a su descendencia. Este estudio proporciona información valiosa para que los médicos y las mujeres con depresión posparto tomen decisiones de tratamiento informadas acerca de los potenciales beneficios de tomar ISRSs en el posparto, tanto para la madre, la descendencia y la relación de pareja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liu C, Ystrom E, McAdams TA. Long-Term Maternal and Child Outcomes Following Postnatal SSRI Treatment. *JAMA Netw Open*. 2023 Aug 1;6(8):e2331270. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.31270. PMID: 37642961; PMCID: PMC10466165.

DEPRESIÓN PERINATAL Y EL PAPEL DE LA PLASTICIDAD SINÁPTICA EN SU PATOGÉNESIS Y TRATAMIENTO

PERINATAL DEPRESSION AND THE ROLE OF SYNAPTIC PLASTICITY IN ITS PATHOGENESIS AND TREATMENT

Palabras clave: exposición prenatal; antidepresivos; descendencia; cerebro.

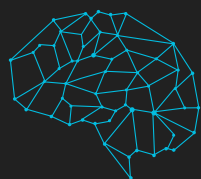
Keywords: prenatal exposure; antidepressants; offspring; brain.

La evidencia científica más reciente indica que la plasticidad sináptica está involucrada de forma significativa en la fisiopatología y el tratamiento de la depresión perinatal. Los modelos animales han demostrado la implicación etiológica de las sinapsis sobreestimuladas o debilitadas en varios circuitos del cerebro en el desarrollo de los trastornos afectivos. La teoría GABAérgica de la depresión, el estrés y el modelo de neuroplasticidad de la depresión señalan el papel de la plasticidad sináptica en la patogénesis de la depresión.

Múltiples factores relacionados con la depresión perinatal, como i) los cambios hormonales, ii) los nuevos antidepresivos, iii) estabilizadores del estado de ánimo, v) los sistemas de monoaminas, v) los biomarcadores, vi) las neurotrofinas, vii) las citoquinas, ix) la psicoterapia y x) la terapia electroconvulsiva, han demostrado efectos directos e indirectos sobre la plasticidad sináptica.

Esta revisión tiene como objetivo **resumir** y discutir los diversos efectos relacionados con la fisiopatología de la plasticidad sináptica en la depresión perinatal.

Como **resultado**, los diversos estudios muestran que existe una asociación de la plasticidad sináptica en la depresión perinatal con los aspectos terapéuticos de los psicotrópicos, la terapia electroconvulsiva, la neuromodulación, la psicoterapia, el ejercicio físico y el yoga. Entre concreto, las intervenciones no farmacológicas como la psicoterapia, el



ejercicio físico, el yoga y la luminoterapia muestran efectos prometedores sobre la plasticidad sináptica y son métodos relativamente seguros durante el periodo perinatal. Los nuevos tratamientos como los neuroesteroides y neuromodulación no invasiva parecen conseguir el efecto antidepressivo mejorando la plasticidad sináptica.

En **conclusión**, existen métodos relativamente seguros de tratamiento de la depresión perinatal cuyo efecto terapéutico tiene como base la plasticidad sináptica. Además, los nuevos tratamientos como los neuroesteroides y la neuromodulación no invasiva ofrecen vías especialmente prometedoras para el tratamiento de la depresión, especialmente en la población perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shenoy S, Ibrahim S. Perinatal Depression and the Role of Synaptic Plasticity in Its Pathogenesis and Treatment. *Behav Sci (Basel)*. 2023 Nov 17;13(11):942. doi: 10.3390/bs13110942. PMID: 37998688; PMCID: PMC10669186.

SEGURIDAD COMPARATIVA DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS EN MONOTERAPIA PARA MALFORMACIONES MAYORES

COMPARATIVE SAFETY OF ANTIEPILEPTIC MEDICATION MONOTHERAPY FOR MAJOR MALFORMATIONS

Palabras clave: antiepilepticos, embarazo, malformaciones, teratogenia.

Keywords: Antiepileptic drugs, pregnancy, malformations, teratogeny.

Introducción: Las indicaciones de los fármacos antiepilepticos (FAEs) han aumentado en las últimas décadas. Además de la epilepsia, varios FAEs se utilizan en el tratamiento del trastorno bipolar, el dolor neuropático, la migraña y para otras indicaciones fuera de ficha técnica. El efecto del fármaco debe sopesarse frente a su potencial efecto teratogénico. Hasta la fecha, existe evidencia contundente de un mayor riesgo de malformaciones congénitas mayores (MCM) asociadas a valproato, fenitoína y fenobarbital. A su vez, hay evidencia contradictoria pero sugestiva de un mayor riesgo

con otros FAEs, incluidos carbamazepina y topiramato. La lamotrigina tiene la mayor evidencia de seguridad durante el embarazo; sin embargo, datos recientes mostraron un mayor riesgo de MCM con dosis más altas de lamotrigina antes del embarazo (>325 mg/día). El levetiracetam también se considera entre los FAEs más seguros en términos de riesgo de MCM. Sin embargo, lamotrigina y levetiracetam son tratamientos no efectivos para todos los pacientes que necesitan FAEs.

Objetivo: Examinar la seguridad de la monoterapia con FAEs durante el embarazo en relación al riesgo de malformaciones congénitas mayores (MCM), en general y por subtipo de FAE.

Métodos: Estudio de cohorte poblacional utilizando datos de los registros sanitarios nacionales de Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia (1996-2020). Compararon los embarazos con exposición en el primer trimestre a lamotrigina en monoterapia con no expuestas a FAE, así como carbamazepina, valproato, oxcarbazepina, levetiracetam y topiramato con lamotrigina en monoterapia; los grupos fueron estratificados por dosis.

Resultados: Hubo un mayor riesgo bruto de cualquier MCM en embarazos expuestos a lamotrigina en monoterapia ($n = 8.339$) en comparación con embarazos no expuestos a FAEs ($n = 4.866.362$), pero no después de ajustar por factores de confusión (riesgo relativo ajustado (RRa) = 0,97, IC del 95% = 0,87–1,08). En comparación con lamotrigina, hubo un mayor riesgo de malformaciones asociadas con valproato ($n = 2031$, RRa = 2,05, IC 95 % = 1,70–2,46) y topiramato ($n = 509$, aRR = 1,81, IC 95 % = 1,26–2,60), que aumentó de forma dosis-dependiente. No se detectaron diferencias en el riesgo de malformaciones para carbamazepina ($n = 2674$, RRa = 0,91, IC del 95% = 0,72–1,15), oxcarbazepina ($n = 1313$, RRa = 1,09, IC del 95% = 0,83–1,44) o levetiracetam ($n = 1.040$, RRa = 0,78, IC del 95 % = 0,53–1,13). El valproato se asoció con varios subtipos de malformaciones, incluidas las del sistema nervioso, cardíacas, fisuras orales, pie zambo e hipospadias, mientras que lamotrigina y carbamazepina no se asociaron.

Conclusión: El topiramato se asoció con un mayor riesgo de MCM, similar al asociado con el valproato, aunque dosis más bajas pueden mitigar los riesgos de ambos fármacos. Por el contrario, no encontraron riesgos para lamotrigina, carbamazepina, oxcarbazepina o levetiracetam. Estos resultados pueden proporcionar tranquilidad a las mujeres embarazadas que usan FAEs distintos del valproato y topiramato. Sin



embargo, el riesgo de malformaciones congénitas mayores es sólo un aspecto de la seguridad durante el embarazo. Para tomar decisiones respecto al tratamiento, es necesario tener en cuenta otros aspectos como los potenciales efectos adversos sobre el neurodesarrollo, así como la eficacia del medicamento para prevenir convulsiones, migrañas, o para tratar el trastorno bipolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen JM, Alvestad S, Cesta CE, Bjørk MH, Leinonen MK, Nørgaard M, Einarsdóttir K, Engeland A, Gissler M, Karlstad Ø, Klungsøyr K, Odsbu I, Reutfors J, Selmer RM, Tomson T, Ulrichsen SP, Zoega H, Furu K. Comparative Safety of Antiseizure Medication Monotherapy for Major Malformations. *Ann Neurol*. 2023 Mar;93(3):551-562. doi: 10.1002/ana.26561. Epub 2022 Dec 12. PMID: 36433783.

EXPOSICIÓN PRENATAL A FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS E INCIDENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PRENATAL EXPOSURE TO ANTISEIZURE MEDICATION AND INCIDENCE OF CHILDHOOD- AND ADOLESCENCE-ONSET PSYCHIATRIC DISORDERS

Palabras clave: antiepilépticos, embarazo, teratogenia, neurodesarrollo, descendencia.

Keywords: antiepileptic drugs, pregnancy, teratogeny, neurodevelopment, offspring.

Introducción: El uso de fármacos antiepilépticos (FAEs) entre mujeres embarazadas ha aumentado durante las últimas décadas. Actualmente, entre el 0,5% y el 2% de todos los niños nacen de mujeres que usan FAEs durante el embarazo. La exposición prenatal a fármacos antiepilépticos (FAEs) se ha asociado con problemas del neurodesarrollo, como los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) y la Discapacidad Intelectual, pero no están claros los posibles efectos adversos en el comportamiento y el riesgo relacionado con un espectro más amplio de trastornos psiquiátricos.

Objetivo: Examinar la asociación entre la exposición prenatal a FAEs y trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia en hijos de madres con epilepsia.

Método: Estudio prospectivo de registro poblacional que evaluó a 4.546.605 niños nacidos vivos en Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2017. Se excluyeron niños con cromosomopatías o condiciones de nacimiento inciertas, identificándose un total de 38.661 hijos de madres con epilepsia. La exposición prenatal a la FAEs se definió como la prescripción materna desde 30 días antes del primer día del último período menstrual hasta el nacimiento.

Resultados: La principal medida de resultado fue el diagnóstico de trastornos psiquiátricos (un criterio de valoración combinado y 13 trastornos individuales). Entre los 38.661 hijos de madres con epilepsia (51,3% varones y edad media de 7.5 años), la exposición prenatal a valproato se asoció con un mayor riesgo del criterio de valoración psiquiátrico combinado HRa 1,80 (IC del 95 %, 1,60-2,03), un riesgo acumulado a los 18 años en niños expuestos a FAEs del 42,1 % (IC del 95 %, 38,2%-45,8 %), un riesgo acumulado a los 18 años en niños no expuestos del 31,3% (IC 95%, 28,9%-33,6%), que fue representado principalmente por trastornos del neurodesarrollo. La exposición prenatal a lamotrigina, carbamazepina y oxcarbazepina no se asoció con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, mientras que se encontraron asociaciones entre la exposición prenatal al topiramato con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (HRa, 2,38; IC del 95 %, 1,40-4,06) y la exposición a levetiracetam con ansiedad (HRa, 2,17; IC del 95%, 1,26-3,72) y trastorno por déficit de atención/hiperactividad (HRa, 1,78; IC del 95%, 1,03-3,07).

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio fortalecen la evidencia para advertir contra el uso de valproato durante el embarazo y plantean preocupación sobre los riesgos de trastornos psiquiátricos específicos asociados a topiramato y levetiracetam. Este estudio proporciona evidencia tranquilizadora con relación al uso de lamotrigina, carbamazepina y oxcarbazepina, las cuales no se asociaron con trastornos del comportamiento o del desarrollo a largo plazo, aunque no se pueden descartar riesgos con dosis más altas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dreier JW, Bjørk MH, Alvestad S, Gissler M, Iglund J, Leinonen MK, Sun Y, Zoega H, Cohen JM, Furu K, Tomson T, Christensen J. Prenatal Exposure to Antiseizure Medication and Incidence of Childhood- and Adolescence-Onset Psychiatric Disorders. *JAMA Neurol*. 2023 Jun 1;80(6):568-577. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.0674. PMID: 37067807; PMCID: PMC10111234.



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

A partir de este número, se incluirá una sección que destaque investigaciones, noticias y eventos sobre la SMP en los países de Latinoamérica y en la Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal, lo cual permitirá visibilizar las experiencias, buenas prácticas y los avances realizados para promover la importancia de este campo en una región que comparte determinantes socioculturales relacionados con la salud mental en el embarazo y el posparto.

La **Red Iberoamericana de SMP** es un proyecto colaborativo cuya finalidad es agrupar y conectar instituciones científicas, asociaciones y profesionales que se dedican a la SMP en lengua hispana como idioma común. Su principal objetivo es impulsar la SMP en lengua hispana, ayudando a compartir todo tipo de recursos en SMP en nuestro idioma: instrumentos de evaluación, protocolos de actuación, formación de calidad, permitiendo establecer redes de investigación en SMP. Todo ello, con el fin de facilitar una unión interdisciplinar e interinstitucional que permita trabajar en conexión en pro a una atención de calidad a la salud mental materna de las mujeres y sus familias en España y Latinoamérica. Este proyecto arrancó el 6 de mayo de 2020, impulsado por la Sociedad Española de SMP (MARES). Más información en: <https://www.sociedadmarce.org/red-iberoamericana-salud-mental-perinatal.cfm>

INVESTIGACIÓN

Circulación de Hormonas sexuales en mujeres con ansiedad severa durante el embarazo

Circulating sex hormones in women with severe anxiety during pregnancy

Palabras clave: Estradiol, progesterona, testosterona, esteroides, embarazo, ansiedad, estrés.

Keywords: Estradiol, progesterone, testosterone, steroids, pregnancy, anxiety, stress.

Un estudio cuantitativo transversal en México determinó los niveles séricos de hormonas sexuales asociados a la regulación de procesos de ansiedad, estado de ánimo y estrés en mujeres embarazadas con altos síntomas de ansiedad y los comparó con mujeres embarazadas sanas. La intensidad de síntomas ansiosos se evaluó con la escala de Hamilton de

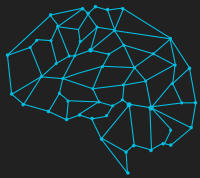
Ansiedad (HAM-A) en 141 mujeres embarazadas con rango de edad de 18 a 30 años en el tercer trimestre de embarazo. Se cuantificaron los niveles séricos de estradiol (E2), progesterona (P4) y testosterona (T). Entre los principales resultados se identificó que las mujeres con ansiedad severa (ANX; $n = 101$; HAM-A ≥ 25) mostraron niveles séricos más altos de E2 y T ($p < .001$), así como niveles más bajos de P4 ($p < .001$) en relación con el grupo control (CTRL, $n = 40$, HAM-A < 7). Se identificó una disminución significativa en el índice P4:E2 en el grupo de Ansiedad severa ($p < .001$) y correlaciones negativas y positivas entre los puntajes elevados de ansiedad con los niveles circulantes de P4 ($p = .02$), en la proporción P4:E2 ($p = .04$) y en los niveles séricos de T ($p = .001$) respectivamente, ajustando por variables confusoras. El estudio destaca que los niveles circulantes alterados de los esteroides sexuales en mujeres con ansiedad severa sugieren que las hormonas sexuales y la proporción P4:E2 podrían ser biomarcadores de trastornos del estado de ánimo y síntomas afectivos en mujeres embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leff-Gelman, P., Camacho-Arroyo, I., Camacho Pacheco, R. T., Coronel Cruz, F. M., Gaspard Cervantes, A. V., Jiménez Aquino, L. E., Solares-Bravo, M., & Flores-Ramos, M. (2024). Circulating sex hormones in women with severe anxiety during pregnancy. *Salud Mental*, 47(1), 3-12. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2024.002.

NOTICIAS

1. Durante 2023 se crearon dos redes de SMP, una en Uruguay y la otra en México:
 - La Red Uruguay de SMP (RedUSMP @reduruguaysaludmentalperinatal) arrancó en mayo 2023 y busca compartir experiencias, repensar las prácticas, las técnicas y los conceptos a través de la mirada reflexiva sobre las realidades diversas en la atención a la salud perinatal en Uruguay. Una de sus actividades iniciales incluyó la realización del primer *Seminario de Experiencias en Salud Mental Perinatal*, el 25 de noviembre de 2023, evento en línea y gratuito que permitió la formación de 150 asistentes de la región.
 - La Red Mexicana de Salud Mental Perinatal (@redmexicanasmp) se implementó el 26 de abril 2023, integrando 71 pro-



fesionales de SMP en México, promoviendo la colaboración de psicólogos, psiquiatras, investigadores, gineco-obstetras y pediatras interesados en el trabajo a favor de la SMP bajo la coordinación de la Psic. Gabriela Santaella Morales.

2. El 17 de mayo del 2023, se realizó la *Jornada de Salud Mental Perinatal y Leche Humana* en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti en Mendoza, Argentina. Reunió a 500 madres y sus bebés que transitaron una internación junto a su bebé y a madres de la comunidad que fueron donantes de leche humana e hicieron

posible la alimentación de bebés prematuros, con diagnósticos quirúrgicos y cardiopatías entre otros. Prácticas como estas permiten compartir las experiencias y visibilizar la importancia del cuidado de la SMP en situaciones difíciles. La actividad se enmarcó en el proceso de media sanción de la Ley Día Provincial de la SMP de Mendoza, Argentina, iniciativa apoyada por la Cámara de Diputados para incorporar en el calendario oficial un día siendo cada primer miércoles de mayo de cada año, a fin de difundir acciones de prevención y detección precoz de psicopatologías perinatales.

AGENDA DE SMP

XII JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL DE LA MARES

El próximo viernes 26 de abril, la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES), celebrará su XII Jornada. Se emitirá en directo desde Madrid y también vía STREAMING, y se podrá seguir en tiempo real y durante dos semanas posteriores a la Jornada.

Aquí puede consultarse el programa y realizar la inscripción: <https://www.sociedadmarce.org/detall-agenda.cfm/ID/19823/ESP/xii-jornada-salud-mental-perinatal-sociedad-marce-espanyola-mares-.htm>

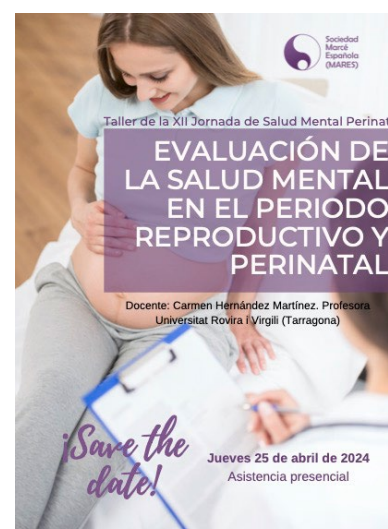


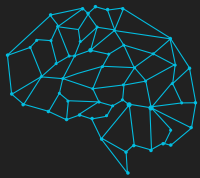
TALLER DE LA IX JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

El día previo a la Jornada, jueves 25 de abril, se celebrará de forma presencial el Taller sobre Evaluación de la salud mental en el periodo reproductivo y perinatal, que impartirán Carmen Hernández Martínez, doctora en psicología y profesora de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

Aquí puede consultarse el programa y realizar la inscripción: <https://www.sociedadmarce.org/detall-agenda.cfm/ID/19824/ESP/taller-xii-jornada-salud-mental-perinatal-sociedad-marce-espanyola-mares-.htm>

DOI <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum2812>





NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL

CHILDREN-ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

Natàlia Fort¹, Anaïs Orobitg²

1 Psiquiatra CSMIJ Horta-Guinardó. Hospital Sant Rafael. Germanes Hospitalàries.

2 Psicóloga General Sanitaria ITA Canet.

NOVEDADES EN LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

Es una realidad el debate en la sociedad de la edad para el uso del primer móvil, las redes sociales y otras cuestiones relacionadas.

Tanto desde AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia) como desde la AEP (Asociación Española de Pediatría) se está trabajando para poder dar respuesta a ciertas cuestiones relacionadas con dicho ámbito.

Desde AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia) se ha constituido un grupo de trabajo sobre tecnología, así como se ha adherido a la propuesta de pacto de estado para la protección de los menores en el ámbito digital.

<https://aepnya.es/aepnya-se-ha-adherido-a-la-propuesta-de-pacto-de-estado-para-la-proteccion-de-los-menores-en-el-ambito-digital/>

Iniciativa liderada por la Asociación Europea para la Transición Digital, en colaboración con la Agencia Española para la Protección de Datos, así como las entidades "Dale una Vuelta", "Fundación ANAR", "iCmedia", "Save The Children" y "Unicef".

Desde la Asociación Española de Pediatría (AEP) destacar el "Comunicado sobre la edad de uso de dispositivos móviles" realizado en Madrid, a 22 de Noviembre de 2023, que consta de 6 puntos. En el último punto "la clave es aprender a hacer un uso saludable de los dispositivos digitales a cualquier edad" se menciona el "Plan Digital de la AEP" así como la campaña "Cambia el plan", iniciativa de la Agencia (Agencia Española de Protección de Datos) y la Asociación



Española de Pediatría para reducir los riesgos del mal uso de las pantallas en el ámbito de la salud infanto-juvenil.

COMUNICADO DE LA AEP SOBRE LA EDAD DE USO DE DISPOSITIVOS MÓVILES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

https://www.aeped.es/sites/default/files/comunicado_salud_digital_aep.pdf

PLAN DIGITAL FAMILIAR DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

<https://plandigitalfamiliar.aeped.es/>
#CambiaElPlan

NOTICIAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

Palabras clave: irritabilidad, depresión, autolesiones, salud adolescente, cirugía bariátrica, obesidad severa,

CHANGES IN EARLY CHILDHOOD IRRITABILITY AND ITS ASSOCIATION WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS AND SELF-HARM DURING ADOLESCENCE IN A NATIONALLY REPRESENTATIVE UNITED KINGDOM BIRTH COHORT¹

Se trata de un estudio cuyo objetivo fue investigar las vinculaciones longitudinales entre los cambios de irritabilidad en la primera infancia y la sintomatología depresiva y conducta autolesiva a los 14 años de edad.

Por ello, usaron datos de 7.225 niños de la población general del Reino Unido. Para evaluar la irritabilidad infantil, se aplicaron 4 ítems de 2 cuestionarios (CSBQ y SDQ), a los 3, 5 y 7 años de edad. Además, la clínica depresiva fue recogida a través del cuestionario de estado de ánimo y sentimientos SMFQ, y las autolesiones mediante una pregunta de un único ítem, a los 14 años de edad.

Los resultados evidenciaron la asociación entre la irritabilidad a los 5 y 7 años con síntomas depresivos y autolesiones a los 14 años.

En conclusión, los niños que presentan irritabilidad significativa entre los 3 y 7 años de edad tienen más probabilidades de manifestar síntomas depresivos y autolesiones durante la etapa de la adolescencia. Por consiguiente, se

sugiere potenciar el abordaje en intervención precoz para niños con alta irritabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramya Srinivasan, Eirini Flouri, Gemma Lewis, Francesca Solmi, Argyris Stringaris, Glyn Lewis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2024.

WEIGHT LOSS AND GLYCEMIC CONTROL AFTER BARIATRIC SURGERY IN ADOLESCENTS WITH SEVERE OBESITY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL²

El presente estudio tiene como objetivo investigar la eficacia y seguridad de la cirugía bariátrica en adolescentes sin descenso de peso adecuado después de una intervención multidisciplinaria en el estilo de vida (MLI) por obesidad severa.

Con ese propósito, se planteó un ensayo aleatorio controlado que consta de dos grupos para estimar los efectos de la cirugía bariátrica en adolescentes con obesidad grave durante un año.

Participaron un total de 59 adolescentes de 14 a 16 años con obesidad grave, y fueron derivados por el servicio de pediatría tras completar MLI sin resultados significativos. Finalmente, fueron 53 pacientes los que completaron el seguimiento de 12 meses.

Se concluyó que la cirugía bariátrica está relacionada con una pérdida sustancial de peso y una mejoría en el metabolismo de la glucosa y los lípidos después de 12 meses, en comparación con el tratamiento MLI en adolescentes con obesidad grave.

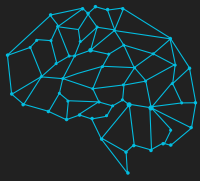
BIBLIOGRAFÍA

2. Yvonne G.M. Roebroek, Givan F. Paulus, Ali Talib, Jan-Willem M. Greve, Nicole D. Bouvy, L.W. Ernest. van Heurn. Journal of Adolescent Health 2024.

HOW YOUNG PEOPLE PERCEIVE CHANGE TO OCCUR IN FAMILY THERAPY FOR ANOREXIA NERVOSA: A QUALITATIVE STUDY³

El abordaje familiar es la intervención recomendada para la anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Por ende, la finalidad de este estudio fue comprender cómo los jóvenes entienden el cambio que se obtendrá durante el tratamiento.

Se reclutó una muestra de 15 adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa o anorexia nerviosa atípica, de edades comprendidas entre 12 y 18 años, y que recibían



terapia familiar como parte de su tratamiento ambulatorio en el centro Maudsley para Niños y Adolescentes (Londres, Reino Unido). Una vez dados de alta, se exploró su experiencia sobre su perspectiva sobre el cambio que se produce durante el tratamiento. Los participantes realizaron entrevistas individuales cualitativas semiestructuradas (Evaluación del Desarrollo y Bienestar (DAWBA)), a través de videollamada, y posteriormente transcritas y analizadas. Asimismo, se crearon cuatro temas que se entienden interconectados para describir el proceso de cambio durante el tratamiento familiar (1: las relaciones como vehículo para el cambio, 2: un despertar, 3: a través, no alrededor, sin salida, 4: la vida más allá). Es decir, en la primera fase, se acentúa el compromiso con todos los miembros de la familia. La segunda fase trata de garantizar que, la vida fuera del trastorno alimentario, siempre se incluya en la intervención terapéutica. Seguidamente, la tercera fase consiste en apoyar al joven para que comprenda su enfermedad desde una perspectiva diferente y reconozca su impacto. Finalmente, la cuarta fase trata de generar un entorno familiar y de tratamiento en el que la enfermedad no se pueda evitar, y en consecuencia, sea abordada.

Como conclusión, los temas generados coinciden con las descripciones de la teoría de la terapia familiar en niños y adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa, enfatizando la importancia de generar un espacio seguro y de confianza con todos los miembros de la familia durante el tratamiento. Del mismo modo, se trata de un espacio de apoyo a la familia para establecer un entorno de confianza en el que se revele que el único modo de salir de la enfermedad es afrontarla. No obstante, se precisa una investigación empírica de cada uno de los mecanismos descritos.

BIBLIOGRAFÍA

3. Julian Baudinet, Ivan Eisler, Anna Konstantellou, Mima Simic and Ulrike Schmidt. *Journal of Eating Disorders* 2024

RESEÑAS DE JORNADAS Y/O CONGRESOS DE SMIJ

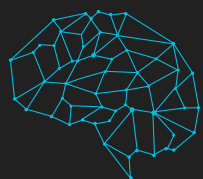
XIII JORNADA MULTIDISCIPLINARIA: SALUD DIGITAL ("XIII JORNADA MULTIDISCIPLINÀRIA: SALUT DIGITAL")

El pasado sábado 25 de Noviembre de 2023 se celebró la XIII Jornada Multidisciplinaria organizada por la Sociedad Catalana de Pediatría con el título "Salut digital en Pediatría" en el Auditorio de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Catalunya y Baleares.

Coordinada por el Dr. Ramon Capdevila Bert, vicepresidente del área profesional de la Sociedad Catalana de Pediatría (SCP), la Dra Silvia Urraca Camps, pediatra de Atención Primaria de la Mutua de Terrassa (Barcelona), el Dr Pepe Serrano Machuet, pediatra Secretario General de la SCP, el Dr Arnau Álvarez Vila, Vocal Residentes de la SCP y la Dra Anna Gatell Carbó, presidenta de la Sociedad Catalana de Pediatría. La Dra Silvia Urraca realizó un repaso del sentido de la jornada, a modo de mapa de la situación, destacando la preocupación en términos de salud. Cuestiones como el abuso de los dispositivos en bebés, el incremento multifactorial de atención en CDIAP (centros de diagnóstico y atención precoz), con incremento de problemas de retraso del lenguaje, con especial hincapié en la preocupación sobre el neurodesarrollo, la salud mental y la salud física. Las edades en el uso del móvil así como los tiempos de exposición, o la exposición previa a la hora de ir a dormir o la falta de límites en el uso.

La primera mesa titulada "Impacto del uso de las pantallas en la infancia y la adolescencia. ¿Hay evidencia científica?" constó de tres presentaciones, "Neurodesarrollo y salud física", conducida por la pediatra Dra Alba Vergés Castells, pediatra del EAPT Alt Penedès (Barcelona), constó de aspectos muy interesantes como que a nivel de aprendizaje las pantallas no aportan por debajo de los 3 años, la repercusión de éstas sobre el desarrollo del lenguaje y las habilidades lingüísticas o la disminución de la capacidad para la autorregulación, la relación con la obesidad, inadecuada conducta alimentaria y calidad del sueño.

La segunda presentación, titulada "Salud Visual", impartida por la Dra Alicia Serra Castanera, oftalmóloga pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), cuyo contenido fue especialmente sorprendente, más allá de la sospecha subjetiva del efecto a nivel visual, aportó datos muy preocu-



pantes bajo la perspectiva oftalmológica, con repercusiones que abarcan el estrabismo, la diplopía, la sequedad ocular, el incremento de la miopía así como el incremento preocupante de las secuelas de la miopía magna, así como las tan necesarias y de difusión obligada, medidas preventivas del Síndrome Visual Informático.

La tercera y última presentación, titulada "Salud Mental y Adicción comportamental", fue facilitada por dos ponentes, La Dra Dominica Díez Marcet, psicóloga clínica, doctora en psiquiatría y psicología de la Fundación Althaia (Manresa), y el Dr Josep Matalí Costa, Psicólogo Clínico, Doctor en psiquiatría y psicología del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). La Dra Díez Marcet nos habló de aspectos sumamente interesantes como el fenómeno "Uncanny Valley", los criterios diagnósticos de Adicción Comportamental Mark Griffiths (2005), la Guía Práctica para pediatras "Los efectos de las nuevas tecnologías en la salud infantil" de Núria Aragay Vicente y de la misma ponente, de las "loot boxes" o cajas botín y su enorme potencial adictivo, así como los aspectos del conductismo en el juego. Interesante la propuesta sobre "Cómo saber si se está a punto para tener móvil?" que contempla cuestiones relacionadas con la responsabilidad, la confianza, el respeto, la colaboración, el cumplimiento de normas, entre otras. El Dr Matalí nos habló del debate especialmente en los más pequeños, en adolescentes en general, en adolescentes de riesgo, así como en población clínica. Uno de los grandes retos además lo constituye el Trastorno del Espectro Autista, en los que la diferenciación entre adicción e interés restringido constituye todo un reto, así como el abordaje a implementar en estos pacientes. Interesante apunte acerca de la mirada no tanto hacia el adolescente, como a quién ha generado el problema, así como en la repercusión sobre el niño del propio uso de las pantallas en los padres. Aspectos de prevención indicada en relación al diferente perfil de riesgo, así como aspectos sobre el debate acerca de las redes sociales.

La segunda mesa, con el título "Pasemos a la Acción. Criterios y Ámbitos", constó de cinco ponencias. Las tres primeras versaban sobre el Acompañamiento digital y Educación en diferentes franjas etarias, la etapa de los 0 a 6 años fue conducida por la ponente Sra Anna Ramis Assens, maestra y psicopedagoga, impulsora de la campaña #de0a3PantallesRES# (en castellano: "de0a3pantallasNADA") y del manifiesto "Infancia y Pantallas". Interesantes reflexiones

sobre la autovalidación al compararnos con otros padres que hacen lo mismo, o el papel engañosamente tranquilizador de las pantallas en los más pequeños.

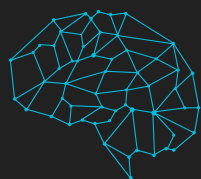
La etapa de los 6-12 años fue impartida por la Dra Lilianna Arroyo Moliner, Dra en sociología y especialista en innovación social digital, Directora General de la Sociedad Digital Gencat. Comentó aspectos relacionados con la reducción de la brecha digital, así como de los derechos digitales y la capacitación y la importancia de fomentar el pensamiento computacional, así como los recursos para el acompañamiento a las familias en este proceso. Iniciativas en curso: "Juego para Familias" (Fundación Mobile World Capital) en proceso de creación, Carta Catalana de Derechos y Responsabilidades Digitales, Manifiesto de los Derechos Digitales de la Infancia y Adolescencia, Blog de #FamiliesTIC, Espacios de Acompañamiento Digital ("Xarxa Punt TIC", "Xarxa Òmnia").

La etapa de los 12 a los 18 años, ponencia realizada por el Dr Evaristo Gómez Prieto, profesor y periodista, especialista en el uso educativo de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación), interesantes reflexiones sobre la importancia de educar y de dejar hablar a los adolescentes, enseñar sin prohibir, autorregulación desde el conocimiento y no desde el "negacionismo digital". Tecnoética y ciberconvivencia.

La ponencia "Promover la salud digital desde las TIC", conducida por el ponente Dr Manuel Armayones Ruiz, Dr en Psicología, coordinador del grupo de investigación Behaviour Design Lab del eHealth Center y profesor de los Estudios de Psicología y Ciencias de la educación, UOC. Explicó el logaritmo ("Fogg Behavior Model") que se aplica en las técnicas de cambio del comportamiento que consiste en aumentar la motivación o disminuir la dificultad de la tarea, a la hora de que repitamos unas determinadas acciones, adquirir un hábito.

Por último "La mirada legal" fue impartida por el Sr Ramón Arnó Torrades, abogado y profesor, especialista en jurisdicción de menores y aspectos jurídicos de la sociedad de la información y transformación digital, Universidad de Lleida. Fue contundente a la hora de mencionar los derechos digitales, las competencias digitales, ayudarlos a detectar de forma autónoma los riesgos, la imposibilidad de denegar el acceso a internet y a la alfabetización digital.

El debate final, fue conducido a cargo de Dr Ramon Capdevila Bert y la Dra Silvia Urraca Camps. Y el Cierre de la Jornada, a cargo de la Dra Anna Gatell Carbó.



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN ACTUALIZACIÓN Y REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

NEWS AND THOUGHTS ON SEXOLOGY

A. Villena-Moya¹, F. Muñoz-Montesinos¹, I. Tolosa², G. Serrano¹, B. Ruiz¹, A. Miren Ciaurriz¹, G. Chenoll¹,
A. Galarreta¹, A.L. Ladrón De Guevara¹, G. Mestre-Bach^{2,3}, C. Chiclana-Actis¹

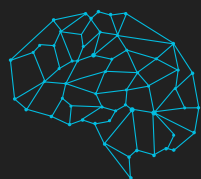
¹Grupo de trabajo e investigación en sexualidad consulta dr. Carlos chiclana.

²Psicóloga h.U.D. Consejo de redacción. ³Universidad internacional de la rioja. Consejo de redacción.

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

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

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



RECORDAR, REACCIONAR, PERO NO TANTO ARREPENTIMIENTO: ¿CÓMO DESCRIBEN LOS ADULTOS JÓVENES SUS EXPERIENCIAS DE INFIDELIDAD SEXUAL Y ROMÁNTICA?¹

RECALLING, REACTING BUT NOT SO MUCH REGRETTING: HOW YOUNG ADULTS DESCRIBE THEIR SEXUAL AND ROMANTIC INFIDELITY EXPERIENCES

Coon LCH, Metcalfe KB, Belu CF, O'Sullivan LF

Publicación: Canadian Journal of Human Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.3138/cjhs.2023-0001>

Cita completa: Coon, L. C. H., Metcalfe, K. B., Belu, C. F., & O'Sullivan, L. F. (2023). Recalling, reacting but not so much regretting: how young adults describe their sexual and romantic infidelity experiences. Canadian Journal of Human Sexuality.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: la infidelidad se define como una implicación sexual, romántica y/o emocional que viola el compromiso de exclusividad en una relación cerrada. Se ha visto que se reporta en tasas altas (en un estudio reciente de 796 adultos jóvenes el 51,6% informó participar en algún tipo de infidelidad durante su vida), aunque la mayoría de las personas de todas las culturas juzgan la infidelidad como inaceptable, ya sea por motivos morales o prácticos. Debido a tales tasas tan altas, se ha observado también un aumento en las investigaciones que examinan la infidelidad y sus motivos.

Objetivo: examinar si los motivos detrás de la infidelidad corresponden a los resultados percibidos y si esos resultados positivos superan el arrepentimiento u otros resultados negativos.

Método: los participantes fueron reclutados de un gran estudio prospectivo sobre la monogamia. Se realizaron análisis de encuestas a 94 personas que cometieron infidelidad durante el último año. Se utilizaron medidas estructuradas y abiertas para examinar cómo evolucionó la infidelidad, los patrones entre los motivos y los resultados, y arrepentimiento.

Resultados: la infidelidad generalmente comenzaba en el trabajo o en línea y duraba aproximadamente un año, involucrando sexo y sentimientos de enamoramiento o amor.

Los motivos principales eran la ira, negligencia en la pareja, insatisfacción y sexo. Los resultados que conseguían tras la infidelidad eran tener las necesidades satisfechas, satisfacción sexual y angustia. Cuando se evaluó la concordancia de los motivos con los resultados, se vio que la insatisfacción se asoció con necesidades satisfechas en la infidelidad; el sexo como motivo se asociaba con la satisfacción sexual como resultado. Sin embargo, el 63,4% afirmó no arrepentirse de su infidelidad.

Conclusión: los participantes describían experiencias emocionales intensas tras la infidelidad, pero, en general, poco arrepentimiento. Además, solo aquellos que se arrepintieron (aproximadamente 1/3) indicaron que no estarían dispuestos a volver a pasar por la experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coon, L. C. H., Metcalfe, K. B., Belu, C. F., & O'Sullivan, L. F. (2023). Recalling, reacting but not so much regretting: how young adults describe their sexual and romantic infidelity experiences. Canadian Journal of Human Sexuality. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2023-0001>

UNA COMPARACIÓN DE LAS PREFERENCIAS DE PAREJA EN ADULTOS ASEXUALES Y ALOSEXUALES²

A COMPARISON OF MATE PREFERENCES IN ASEXUAL AND ALLOSEXUAL ADULTS

Edge J, Vonk J

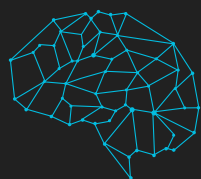
Publicación: Archives of Sexual Behavior.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02723-2>

Cita completa: Edge, J., & Vonk, J. (2023). A comparison of mate preferences in asexual and allosexual adults. Archives of Sexual Behavior.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la asexualidad es definida como una orientación sexual caracterizada por la falta de atracción sexual. La atracción sexual se asocia con ciertas preferencias hacia características en las parejas románticas, como puede ser el atractivo físico. Estas preferencias a su vez, están influenciadas por la orientación sexual, el género y la edad. Por otro



lado, alosexual se describe a personas que no son asexuales, siendo alosexual personas que vivencian atracción sexual regularmente o en general.

Objetivo: examinar las diferentes preferencias entre individuos asexuales y alosexuales, para comprender mejor el papel que juega la atracción sexual en el proceso de selección de pareja romántica.

Método: participaron un total de 239 alosexuales (hombre = 48, mujer = 181, otro = 4; Edad M = 20,48 años) y 149 asexuales (hombre = 36, mujer = 88, otros = 23; Edad M = 25,54 años) que fueron reclutados de un grupo de estudiantes de psicología y a través de comunidades asexuales en línea. Se les presentó una encuesta en la que un total de 388 participantes calificaron 13 características según cuán deseables eran en una posible pareja romántica a largo plazo.

Resultados: las preferencias por el atractivo físico en una pareja no difirieron significativamente entre participantes asexuales ya alosexuales. Sin embargo, los participantes asexuales calificaron el deseo de tener hijos/as como menos deseable en una pareja romántica que los participantes alosexuales. Esto puede verse influenciado por un desinterés por las relaciones sexuales. Sin embargo, las preferencias por otros rasgos, como una personalidad apasionante, creativa, artística y la religiosidad, dependían de interacciones de género y atracción hacia hombres o mujeres.

Conclusión: aunque los individuos asexuales generalmente no experimentan atracción sexual, sí que experimentan otras formas de atracción romántica. Por otro lado, sería interesante examinar el deseo de tener niños/as sin interacción sexual, ya sean adoptados o por otros métodos conceptivos en personas asexuales.

BIBLIOGRAFÍA

- Edge, J., & Vonk, J. (2023). A comparison of mate preferences in asexual and allosexual adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02723-2>

FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN AGRESORES SEXUALES CON Y SIN TRASTORNO PEDÓFILO (3)

NEUROPSYCHOLOGICAL FUNCTIONING IN SEXUAL OFFENDERS WITH AND WITHOUT PEDOPHILIC DISORDER

Picard EH, Bopp LL, Rosenfeld B

Publicación: *Archives of sexual behavior*.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02689-1>

Cita completa: Picard, E. H., Bopp, L. L., & Rosenfeld, B. (2024). Neuropsychological Functioning in Sexual Offenders With and Without Pedophilic Disorder. *Archives of sexual behavior*, 53(1), 43–56.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el trastorno pedófilo (a partir de ahora TP) se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) como unas fantasías, impulsos o conductas sexuales recurrentes e intensas hacia niños/as prepúberes, que duran al menos seis meses. A pesar de que el TP es un importante factor de riesgo asociado a la delincuencia sexual hacia los/as niños/as, existe una limitada comprensión sobre su etiología. Se postulan múltiples mecanismos, sin embargo, se cree en gran medida que surge de causas neurobiológicas y disfunciones conductuales. Sin embargo, los estudios que han examinado el funcionamiento neuropsicológico relacionado con el TP han utilizado muestras de delincuentes, siendo difícil determinar si los resultados están relacionados con un rasgo presente en individuos delincuentes o si son resultados del trastorno pedófilo específicamente.

Objetivo: ampliar la literatura actual sobre el funcionamiento neuropsicológico en hombres con TP y mejorar la comprensión de la naturaleza y el alcance del deterioro neuropsicológico exclusivo de este trastorno.

Método: abordar las lagunas en la literatura, comparando a hombres que cometieron delitos sexuales con y sin trastorno pedófilo en una variedad de dominios neuropsicológicos y cognitivos. Se administró una batería neuropsicológica integral a 58 hombres condenados por un delito sexual, 20 de los cuales fueron clasificados como pedófilos. La muestra incluyó hombres con delitos sexuales con contacto (n = 33), delitos sexuales sin contacto (n = 5) y delitos relacionados con material de abuso sexual infantil (n = 20).



Resultados: los participantes con TP obtuvieron resultados significativamente mejores en memoria verbal y discriminación visual que aquellos sin TP. Por otro lado, los hombres con TP cometieron más errores en una tarea de cambio de escenario, pero no se observaron diferencias significativas en los dominios de atención, funcionamiento intelectual, aprendizaje visual y memoria, capacidad visuoespacial o capacidad del lenguaje. Las puntuaciones en ambos grupos (con y sin TP) estuvieron generalmente en el rango promedio en todas las tareas. Dentro del subgrupo de hombres con delito relacionado con material de abuso sexual infantil, surgieron diferencias mínimas entre aquellos con y sin TP, aunque aquellos con TP fueron más lentos en el cambio de conjunto visomotor, pero cometieron menos errores. Los delincuentes de material audiovisual con TP estaban en el rango promedio-alto en muchas tareas de funcionamiento intelectual; sin embargo, se identificó una tendencia potencial tal que estos delincuentes sin TP tenían puntuaciones más bajas en una tarea de aprendizaje verbal y memoria, observándose tamaños de efecto medios.

Conclusión: este estudio no encontró diferencias significativas entre agresores sexuales masculinos con y sin TP, a excepción de un rendimiento significativamente menor en el aprendizaje verbal y memoria y discriminación visual en hombres sin trastorno pedófilo. Los hallazgos sugieren que los infractores de material audiovisual sin trastorno pedófilo a pesar de tener un funcionamiento intelectual promedio altos, demostraron una relativa debilidad en el aprendizaje verbal y la memoria y menor impulsividad en comparación con los infractores con trastorno pedófilo, que puede reflejar un comportamiento ofensivo relacionado con la impulsividad en lugar de interés sexual. El estudio no apoya firmemente la hipótesis de deterioro neurocognitivo relacionado con el trastorno pedófilo, ya que no se observaron diferencias en la velocidad de procesamiento en general (sólo discriminación visual) o fluidez verbal cuando se comparan hombres con y sin TP, estando ambos grupos en el rango promedio bajo para la velocidad de procesamiento verbal. Por tanto, sería interesante examinar más a fondo la relación entre la delincuencia con material audiovisual en hombres sin trastorno pedófilo particularmente con el aprendizaje, la memoria y la velocidad de procesamiento.

BIBLIOGRAFÍA

3. Picard, E. H., Bopp, L. L., & Rosenfeld, B. (2024). Neuropsychological Functioning in Sexual Offenders With and Without Pedophilic Disorder. *Archives of sexual behavior*, 53(1), 43–56. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02689-1>

TENDENCIAS Y BRECHA DE GÉNERO EN LA INFORMACIÓN SOBRE LA INICIACIÓN SEXUAL ENTRE JÓVENES DE 15 AÑOS: UNA COMPARACIÓN DE 33 PAÍSES EUROPEOS⁴

TRENDS AND THE GENDER GAP IN THE REPORTING OF SEXUAL INITIATION AMONG 15-YEAR-OLDS: A COMPARISON OF 33 EUROPEAN COUNTRIES

De Graaf H, Schouten F, Van Dorsselaer S, Költő A, Ball J, Stevens GWJM, De Looze M

Publicación: *Journal of Sex Research*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2297906>

Cita completa: De Graaf, H., Schouten, F., Van Dorsselaer, S., Költő, A., Ball, J., Stevens, G. W. J. M., & De Looze, M. (2024). Trends and the gender gap in the reporting of sexual initiation among 15-Year-Olds: A comparison of 33 European countries. *Journal of Sex Research*, 1-10.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: tener relaciones sexuales a una edad temprana se asocia con ciertos resultados negativos a largo plazo como comportamientos sexuales de riesgo, problemas de internalización y comportamientos de externalización. Estas asociaciones resultan de interés para científicos, formuladores de políticas y educadores, lo que ha dado lugar a una gran cantidad de literatura sobre este tema. Las tasas de iniciación sexual pueden cambiar con el tiempo, un hallazgo más consistente en la literatura ha sido que los niños, en general, tienen más probabilidades de reportar actividad sexual temprana, que las niñas. Otros datos interesantes de análisis son las diferencias encontradas entre países según esa brecha de género a la hora de asociarse con la desigualdad de género. El último estudio de tendencias transeuropeo examinó la iniciación sexual hasta 2010 y encontró que la prevalencia de relaciones sexuales tempranas fue bastante estable entre 2002 y 2010.

Objetivo: estudiar las tendencias en la iniciación sexual entre 2010 y 2018. También se analiza si hubo diferencias entre países en la brecha reportada en 2018, y si estas diferencias pudieran atribuirse a la desigualdad y actitudes de rol de género.

Método: se utilizaron datos a nivel nacional sobre Desigualdad de género y actitudes de rol de género de jóvenes



de 15 años de 33 países. Las respuestas a las preguntas fueron sustraídas del estudio internacional Health Behavior in School-age Children recopilados en 2010 (N = 57,656), 2014 (N = 56,745) y 2018 (N = 55,127).

Resultados: en 25 de los 33 países el porcentaje de jóvenes que informaron haber tenido relaciones sexuales disminuyó significativamente entre 2010 y 2018. La mayor disminución fue en Rusia, donde el porcentaje en 2018 fue aproximadamente un tercio de la prevalencia en 2010. Además, en Ucrania, la Bélgica francófona y Austria, las tasas de iniciación sexual en 2018 fueron aproximadamente la mitad de las de 2010. Por el contrario, los países que no observaron una disminución en la iniciación sexual fueron Finlandia, Grecia, Italia, Lituania, Macedonia del Norte, Polonia, Portugal y Eslovaquia. En un período de ocho años, la prevalencia general de iniciación sexual cayó del 25,3% al 18,1%. La interacción entre género y año fue significativa para el período entre 2014 y 2018. Más niños que niñas reportaron iniciación sexual en 2018. En países con actitudes de rol de género menos progresistas y mayor desigualdad de género, menos niñas informaron una iniciación sexual temprana, lo que resultó en una brecha de género mayor en estos países.

Conclusión: la brecha de género en la iniciación sexual había cambiado, ya que hubo una disminución entre 2010 y 2018 para ambos sexos, pero esta disminución fue un poco mayor para los niños. En consecuencia, la brecha de género en la iniciación sexual se redujo ligeramente. Aunque las causas precisas no están claras, esta tendencia parece estar en la confluencia con la disminución de las conductas de riesgo entre los adolescentes, un aumento en la edad típica en que los jóvenes inician conductas "adultas" y una disminución de la actividad sexual en toda la población.

BIBLIOGRAFÍA

4. De Graaf, H., Schouten, F., Van Dorsselaer, S., Költő, A., Ball, J., Stevens, G. W. J. M., & De Looze, M. (2024). Trends and the gender gap in the reporting of sexual initiation among 15-Year-Olds: A comparison of 33 European countries. *Journal of Sex Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2297906>

ASOCIACIONES DE LA RELACIÓN ENTRE PADRES Y ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS GLOBAL BASADO EN 156.649 ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA ESCUELA DE 50 PAÍSES⁵

ASSOCIATIONS OF PARENTS-ADOLESCENT RELATIONSHIP WITH ADOLESCENT SEXUAL RISK BEHAVIORS: A GLOBAL ANALYSIS BASED ON 156,649 SCHOOL-GOING ADOLESCENTS FROM 50 COUNTRIES

Shawon SR, Huda N, Rouf RR, Hossain FM, Kibria GMA

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2283440>

Cita Completa: Shawon, S. R., Huda, N., Rouf, R. R., Hossain, F. M., & Kibria, G. M. A. (2023). Associations of Parents-Adolescent Relationship with Adolescent Sexual Risk Behaviors: A global analysis based on 156,649 School-Going Adolescents from 50 countries. *International Journal of Sexual Health*, 1-17.

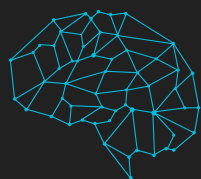
RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la adolescencia es una etapa crucial con cambios fisiológicos, psicológicos y cognitivos. Los adolescentes pueden participar en conductas sexuales de riesgo, y la relación entre padres e hijos desempeña un papel importante. La comunicación y el monitoreo parental se asocian con retrasos en la iniciación sexual y prácticas sexuales más seguras. Sin embargo, la falta de evidencia en países de ingresos bajos y medianos destaca la necesidad de investigaciones epidemiológicas a gran escala.

Objetivo: explorar las asociaciones entre las relaciones padres-adolescentes y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de diferentes países y regiones de la OMS.

Método: se utilizó una base de datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) de 50 países, entre los años 2009 – 2018. Esta encuesta recopiló información sobre las características sociodemográficas, las conductas sexuales de riesgo y la relación padre-adolescente. En el estudio se incluyeron 156.649 adolescentes (54,2% niñas) de edades comprendidas entre 12 y 17 años.

Resultados: el 25,4% de los adolescentes informaron que eran sexualmente activos, y los niños informaron apro-



ximadamente el doble que las niñas (33,5 frente a 17,7%), la diferencia de género se dio en todas las regiones y países. La prevalencia de la actividad sexual fue específica de cada región, siendo la más alta en la región de África (32,8%) y la más baja en la región del Sudeste Asiático (13,4%). En general, el 36,6% de los adolescentes refirió tener padres que comprendían sus problemas, con una diferencia de género insignificante (niños: 36,8%, niñas: 36,5%). Se observó que los cuatro factores que representan la relación padres-adolescente tenían asociaciones negativas significativas con conductas sexuales de riesgo.

Conclusión: hay una mayor prevalencia de actividad sexual y conductas de riesgo entre los adolescentes varones en comparación con las mujeres. Estas diferencias de género se atribuyen a normas culturales y al doble estándar social. El estudio, realizado a nivel mundial en cuatro regiones de la OMS, revela que una proporción significativa de adolescentes sexualmente activos participa en conductas sexuales de riesgo, como exposición sexual temprana, múltiples parejas y falta de uso de condones. Estas conductas varían entre regiones y países. Se destaca la influencia significativa de las normas sociales y religiosas en la prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo en diferentes regiones. En cuanto a la relación padres e hijos, las comparaciones directas con estudios anteriores son desafiantes debido a las diferencias en las definiciones y medidas de la relación padres-adolescentes. Aun así, en este estudio, se confirma que estos factores de relación entre padres y adolescentes desempeñan un papel fundamental en la participación de los adolescentes en conductas sexuales de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

5. Shawon, S. R., Huda, N., Rouf, R. R., Hossain, F. M., & Kibria, G. M. A. (2023). Associations of Parents-Adolescent Relationship with Adolescent Sexual Risk Behaviors: A global analysis based on 156,649 School-Going Adolescents from 50 countries. *International Journal of Sexual Health*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2283440>

LA SALUD MENTAL Y LAS IMPLICACIONES SOCIALES DEL INTERCAMBIO NO CONSENSUADO DE IMÁGENES ÍNTIMAS EN LOS JÓVENES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA⁶

THE MENTAL HEALTH AND SOCIAL IMPLICATIONS OF NONCONSENSUAL SHARING OF INTIMATE IMAGES ON YOUTH: A SYSTEMATIC REVIEW

Schmidt F, Varese F, Larkin A, Bucci S

Publicación: Trauma, violence & abuse.

DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380231207896>

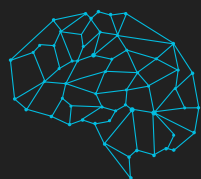
Cita completa: Schmidt, F., Varese, F., Larkin, A., & Bucci, S. (2023). The Mental Health and Social Implications of Nonconsensual Sharing of Intimate Images on Youth: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 15248380231207896. Advance online publication.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: en la última década, ha habido un creciente interés por parte de los investigadores en examinar los efectos en la salud mental derivados del intercambio de imágenes sexuales, ya sea de manera consensuada o no consensuada. Las investigaciones indican que los jóvenes a menudo se sienten obligados a enviar imágenes de contenido sexual y, con frecuencia, reciben imágenes no deseadas. Sin embargo, hasta ahora, no se ha realizado un análisis sistemático y crítico de esta literatura emergente para comprender de manera integral los impactos sociales y en la salud mental del intercambio no consensuado de imágenes sexuales entre los jóvenes, en inglés, mental health and social impact of nonconsensual sharing of sexual images (NCSSI).

Objetivo: realizar una revisión que identifique, resuma y evalúe sistemáticamente la investigación existente sobre la salud mental y el impacto social del intercambio no consensuado de imágenes sexuales en los jóvenes.

Método: se realizó una búsqueda sistemática en diversas bases de datos, como MEDLINE, PsycINFO, PsycArticles, Embase, PubMed, Web of Science y Scopus. Se incluyeron los siguientes criterios de inclusión: (a) el impacto social y/o en la salud mental de la toma o participación del NCSSI (esto incluyó estudios que exploraron la presión de los pares, el impacto en las relaciones familiares y entre pares, y cual-



quier mención de desafíos de salud mental) y (b) impacto del NCSSI cuando un individuo tenía <18 años. Se incluyeron estudios si el envío de imágenes sexuales se produjo entre jóvenes y fueron publicados en inglés o alemán.

Resultados: en total, 13 estudios publicados entre 2012 y 2021 cumplieron los criterios de elegibilidad. Los estudios procedieron de cinco países: Reino Unido, Estados Unidos, Dinamarca, Alemania y Nueva Zelanda. En función del estudio se observaron diferentes resultados, los estudios cuantitativos tenían variaciones en herramientas y definiciones, pero sugieren que el NCSSI se relaciona con riesgos de depresión e ideación suicida. Los estudios cualitativos proporcionaron una visión más matizada, señalando ansiedad, tristeza y pensamientos suicidas entre las víctimas. El impacto social del NCSSI incluye consecuencias dentro del círculo social, ruptura de la confianza y disparidades de género. Los estudios indican que las repercusiones negativas en el círculo social incluyen rumores, chismes, intimidación, y la pérdida de seguridad y popularidad. La ruptura de confianza se observa cuando las imágenes se comparten violando la privacidad y el consentimiento. Además, hay un sesgo de género, donde las mujeres experimentan más repercusiones negativas, estigmatización y juicios, mientras que los hombres pueden ser percibidos positivamente.

Conclusiones: después de NCSSI, muchos jóvenes experimentan importantes repercusiones sociales e impactos negativos en la salud mental, como una mayor probabilidad de depresión, ansiedad e ideas suicidas. Los estudios encontraron que las repercusiones sociales incluían la pérdida de relaciones sociales, el acoso, el ciberacoso y el acoso. Además, el acoso y la intimidación que enfrentan muchos jóvenes a menudo genera sentimientos de angustia y ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Schmidt, F., Varese, F., Larkin, A., & Bucci, S. (2023). The Mental Health and Social Implications of Nonconsensual Sharing of Intimate Images on YouTube: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 15248380231207896. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15248380231207896>

¶

PREVALENCIA Y PREDICTORES DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO ENTRE LOS JÓVENES DE LA INDIA: EVIDENCIAS DE UNA ENCUESTA DE SALUD NACIONAL SOBRE FAMILIAS⁷

PREVALENCE AND PREDICTORS OF RISKY SEXUAL BEHAVIOR AMONG YOUNG MEN IN INDIA: EVIDENCE FROM NATIONAL FAMILY HEALTH SURVEY

Chandra R, Paul P, Srivastava S

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2286984>

Cita completa: Chandra, R., Paul, P., & Srivastava, S. (2023). Prevalence and Predictors of Risky Sexual Behavior Among Young Men in India: Evidence From National Family Health Survey. *International Journal Of Sexual Health*, 1-14.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

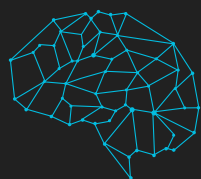
Antecedentes: la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo entre los hombres jóvenes es un tema de preocupación en la India, dado su impacto en la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La Encuesta Nacional de Salud Familiar (NFHS-5) de 2019-21 proporciona una oportunidad para examinar estos comportamientos y los factores asociados en la población masculina joven.

Objetivo: examinar la prevalencia y los factores asociados con el comportamiento sexual de alto riesgo entre los hombres indios jóvenes sexualmente activos.

Método: este estudio utilizó muestras de 14,584 hombres de 15 a 29 años de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (NFHS-5), 2019-21.

Resultados: el 14% de los hombres tuvo relaciones sexuales tempranas (<18 años), el 68% tuvo relaciones sexuales sin protección y el 4% tuvo múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses. La edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, el quintil de riqueza, el consumo de alcohol, el uso de Internet, la exposición a los medios de comunicación y la región fueron predictores significativos de conductas sexuales de riesgo.

Conclusión: sugerimos un enfoque personalizado para el diseño de políticas efectivas que consideren los factores de riesgo de la conducta sexual de riesgo.



BIBLIOGRAFÍA

7. Chandra, R., Paul, P., & Srivastava, S. (2023). Prevalence and Predictors of Risky Sexual Behavior Among Young Men in India: Evidence From National Family Health Survey. *International Journal Of Sexual Health*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2286984>

SEXO, GÉNERO Y CLASE: UN ANÁLISIS DE LA VIDA ÍNTIMA DE LOS JÓVENES CHILENOS⁸

SEX, GENDER AND CLASS: AN ANALYSIS OF CHILEAN YOUNG PEOPLE'S INTIMATE LIFE

Tello-Navarro F, Gómez-Urrutia V, Hidalgo-Ortíz JP

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2303516>

Cita completa: Tello-Navarro, F., Gómez-Urrutia, V., & Hidalgo-Ortíz, J. P. (2024). Sex, Gender and Class: An analysis of Chilean Young People's intimate life. *International Journal of Sexual Health*, 1-13.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el estudio se basa en la exploración de la vida sexual de jóvenes chilenos, centrándose en aquellos de 15 a 29 años.

Objetivo: entender cómo las experiencias sexuales de los jóvenes están evolucionando y si existen patrones distintivos en diferentes grupos demográficos.

Método: análisis descriptivos e inferenciales de los datos recopilados en la Encuesta Nacional de Juventud. Se emplean técnicas estadísticas para examinar posibles diferencias en las prácticas sexuales según variables específicas como el sexo y el nivel socioeconómico. Este enfoque proporciona una visión detallada de las tendencias y variaciones en la vida sexual de los jóvenes chilenos. participaron 375 candidatos a docentes. Se recopilaron datos a través de un formulario de información personal, la Escala de Mitos Sexuales, la Escala de Religiosidad y el Cuestionario de Trauma Infantil. Se realizaron análisis descriptivos y se utilizó el análisis de regresión múltiple lineal para evaluar la relación entre las variables independientes (género, características demográficas, religiosidad y trauma infantil) y la creencia en mitos sexuales.

Resultados: revelan una diversificación creciente en las prácticas sexuales de los jóvenes chilenos. Se observa una disminución en las diferencias de edad en la primera relación sexual entre hombres y mujeres, así como debilidad en las diferencias socioeconómicas. Las diferencias más notables se encuentran en prácticas específicas como sexo oral y anal, el número de parejas sexuales, y el tipo de relaciones en las que se desarrollan encuentros sexuales.

Conclusión: las prácticas sexuales de los jóvenes se están orientando hacia la autoexploración y la satisfacción personal, alejándose del objetivo tradicional de formar una familia. A pesar de esto, persisten patrones de comportamiento que indican un "doble estándar" en la moral sexual, sugiriendo la presencia continua de normas de género. Además, se destaca la necesidad de mejorar la educación sexual, ya que la exploración sexual a menudo ocurre sin la información adecuada, limitando la capacidad de los jóvenes para gestionar riesgos y prevenir consecuencias no deseadas.

BIBLIOGRAFÍA

8. Tello-Navarro, F., Gómez-Urrutia, V., & Hidalgo-Ortíz, J. P. (2024). Sex, Gender and Class: An analysis of Chilean Young People's intimate life. *International Journal of Sexual Health*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2303516>

INSTAGRAM: USO Y RESPALDO DE UN IDEAL DE CUERPO VOLUPTUOSO - UN MODELO DE MEDIACIÓN EN SERIES⁹

INSTAGRAM USE AND ENDORSEMENT OF A VOLUPTUOUS BODY IDEAL: A SERIAL MEDIATION MODEL

Belmonte A, Hopper KM, Aubrey JS

Publicación: *Sexo Roles*.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01442-9>

Cita completa: Belmonte, A., Hopper, K. M., & Aubrey, J. S. (2024). Instagram use and endorsement of a voluptuous body ideal: a serial mediation model. *Sex Roles*.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la mayoría de los estudios sobre los efectos de las redes sociales en la imagen corporal de las mujeres jóvenes se centran en la exposición a la delgadez



y/o las representaciones de aptitud física que enfatizan el ideal de delgadez. Sin embargo, en la actualidad, el contenido digital presenta el cuerpo femenino ideal como un híbrido de características físicas, destacando una figura de reloj de arena con senos llenos, cinturas delgadas y glúteos grandes, influenciado por celebridades e influencers en plataformas como Instagram.

Objetivo: investigar la relación entre el uso de Instagram y la aprobación del ideal de cuerpo voluptuoso en mujeres adultas emergentes. Se busca comprender cómo la intensidad del uso de Instagram influye en la visualización de esta plataforma como fuente de información y presión, y cómo esto se relaciona con las comparaciones relacionadas con la apariencia y el respaldo del cuerpo voluptuoso como ideal.

Método: se encuestó a 189 mujeres adultas emergentes sobre su uso de Instagram. Se empleó un modelo mediacional serial de tres etapas que examinó la relación entre la intensidad del uso de Instagram, la percepción de esta plataforma como fuente de información y presión, las comparaciones relacionadas con la apariencia y el respaldo del cuerpo voluptuoso como ideal.

Resultados: revelaron una relación significativa entre la intensidad del uso de Instagram y la visualización de la plataforma como fuente de información y presión. Además, se encontró que esta percepción se asoció con mayores comparaciones relacionadas con la apariencia y un mayor respaldo del cuerpo voluptuoso como idea.

Conclusión: la presión relacionada con la imagen corporal no se limita al ideal ultra delgado, destacando la influencia significativa de los tipos de cuerpo voluptuosos. Se argumenta que los terapeutas, consejeros y educadores deben tener en cuenta esta influencia al abordar las preocupaciones sobre la imagen corporal en las mujeres, y los investigadores deben ampliar su enfoque más allá del ideal de delgadez en el contexto de las redes sociales.

BIBLIOGRAFÍA

9. Belmonte, A., Hopper, K. M., & Aubrey, J. S. (2024). Instagram use and endorsement of a voluptuous body ideal: a serial mediation model. *Sex Roles*. <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01442-9>.

EL PIROPO: UNA PRÁCTICA CULTURAL QUE SUSTENTA LA VIOLENCIA DE GÉNERO¹⁰

THE "PIROPO": A CULTURAL PRACTICE THAT SUSTAINS GENDER VIOLENCE

Pérez Serrano Y

Publicación: Revista Sexología y Sociedad.

DOI: Recuperado de <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/795>

Cita completa: Pérez Serrano, Y. (2023). El piropo: una práctica cultural que sustenta la violencia de género. *Revista Sexología y Sociedad*, 29(2).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la violencia de género engloba cualquier acción que perjudique, discrimine o subyugue a alguien debido a su género, ya sea a través de ataques físicos o psicológicos. Esto afecta la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad de la persona. El piropo, es visto como una expresión pública común en las interacciones entre hombres y mujeres, especialmente en la sociedad cubana, siendo una práctica social ampliamente aceptada. Es un fenómeno social que, en ocasiones, llega a ser romantizado y justificado desde una perspectiva histórica. Sin embargo, detrás del piropo se esconde el acoso, que constituye una manifestación de violencia de género.

Objetivo: desmitificar la percepción del piropo como algo natural y no violento.

Método: el estudio se llevó a cabo con una muestra de 10 jóvenes (5 mujeres y 5 hombres), entre 24 y 29 años, de la calle 213 del reparto Florida, ubicado en el municipio de San Miguel del Padrón. La muestra no fue muy representativa debido al contexto de la pandemia por Covid-19. Se utilizó el método de asociación libre de ideas para describir lo que representaba la mujer y el hombre para ellos/ellas, el significado del piropo y la violencia hacia la mujer. La segunda parte de la investigación consistió en realizar un taller con materiales audiovisuales sobre el acoso callejero y posteriormente se volvieron a realizar preguntas en relación con el acoso callejero.

Resultados: la mayoría de los participantes asocia a la mujer con belleza (60%), maternidad (50%) y cariño (70%).



Para el hombre, destacan fortaleza (70%), ser trabajador (80%) y en menor medida, mujeriego (40%). Sobre el piropo lo ven como una práctica para enamorar (60%), elogiar (40%), y relacionada con romance, amor y dulzura (50%). Un 40% lo considera gracioso y el 30% reconoce que algunos son vulgares y ofensivos. En sus comentarios está explícita la idea del cortejo, e implícita la de la mujer como trofeo, de la sexualización y cosificación.

Conclusión: la incomodidad e inseguridad que las mujeres pueden sentir en espacios públicos, especialmente cuando están cerca de hombres, más aún si estos están en grupos, resaltando la idea de control sobre los cuerpos de las mujeres. Aunque existen normativas positivas, como la Constitución y estrategias contra la violencia de género, la transformación de imaginarios sigue siendo desafiante. Espacios públicos, como la calle, requieren atención a pesar de las regulaciones existentes.

BIBLIOGRAFÍA

10. Pérez Serrano, Y. (2023). El piropo: una práctica cultural que sustenta la violencia de género. *Revista Sexología y Sociedad*, 29(2). Recuperado de <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/795>

SISTEMA DE TALLERES SOBRE EL AFRONTAMIENTO Y AUTOESTIMA PARA PACIENTES CON VIH/SIDA DEL POLICLÍNICO CHIQUI GÓMEZ¹¹

*EXPERIENCES, BEHAVIORS AND SEXUAL
RESPONSIBILITY IN YOUNG PEOPLE FROM THE
SOUTHEAST OF MEXICO*

Velazco K, Iglesias E, Linares S, Sáez M, González D

Publicación: *Revista Sexología y Sociedad*.

DOI: Recuperado de <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/791>

Cita completa: Velazco, K., Iglesias, E., Linares, S., Sáez, M., & González, D. (2023) Sistema de talleres sobre el afrontamiento y autoestima para pacientes con VIH/Sida del Policlínico Chiqui Gómez. *Revista Sexología y Sociedad*, 29(2).

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el VIH/sida designa una infección que afecta al sistema inmunológico, exponiendo al enfermo sin tratamiento a un deterioro físico y cognitivo grave. Se trata de una afección crónica, impactante y perjudicial que, además de compartir las características típicas de enfermedades crónicas graves, adquiere un estigma particular al estar relacionada con la práctica de la sexualidad. Al tratarse de una enfermedad de evolución incierta, es común la presencia de síntomas ansiosos y depresivos.

Objetivo: describir las estrategias de afrontamiento y la autoestima de individuos diagnosticados con VIH/sida. Además de diseñar un sistema de talleres destinado a abordar estas cuestiones específicas para los pacientes con VIH/sida del Policlínico Chiqui Gómez.

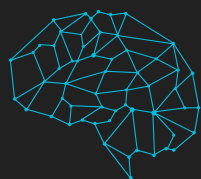
Método: se realizó un estudio descriptivo, no experimental de corte transversal, con una muestra de 20 personas diagnosticadas de VIH/sida. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, así como el uso de inventarios y escalas.

Resultados: el esfuerzo de las personas por atenuar el impacto del diagnóstico, a menudo percibiéndolo como una equivocación temporal. Tras asimilar la situación, la mayoría reconoce que la enfermedad no significa el fin de su existencia y se propone metas alcanzables. Algunos admiten su responsabilidad en la adquisición de la infección. Se observa una tendencia a la baja autoestima en aquellos que son diagnosticados desde hace más tiempo sobre los que fueron diagnosticados recientemente. Además, prevalece el uso de estrategias emocionales de afrontamiento, representando aproximadamente el 70% de los casos.

Conclusión: se desarrolló un sistema compuesto por 8 talleres con el objetivo de mejorar los estilos de afrontamiento y los niveles de autoestima en el grupo estudio.

BIBLIOGRAFÍA

11. E. Velazco, K., Iglesias, E., Linares, S., Sáez, M., & González, D. (2023) Sistema de talleres sobre el afrontamiento y autoestima para pacientes con VIH/Sida del Policlínico Chiqui Gómez. *Revista Sexología y Sociedad*, 29(2). Recuperado de <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/791>



“TUVIMOS ESE ABORTO JUNTOS”: REDES DE ABORTO Y ACCESO A ABORTOS ILEGALES EN TURQUÍA¹²

‘WE HAD THAT ABORTION TOGETHER’: ABORTION NETWORKS AND ACCESS TO IL/LEGAL ABORTIONS IN TURKEY

García L, Hernández E, Pino Y, Salgado E, Álvarez D, López A, Rey G

Publicación: Culture, health & sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2301410>

Cita completa: Esengen S. (2024). ‘We had that abortion together’: abortion networks and access to il/legal abortions in Turkey. Culture, health & sexuality, 1–15. Advance online publication.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: en Turquía, las restricciones no solo limitan la accesibilidad a los servicios de aborto, sino que también eliminan en gran medida la capacidad de acción de las mujeres en la toma de decisiones. Esta situación no solo impacta la disponibilidad de servicios, sino que también complica significativamente la capacidad de las mujeres para decidir sobre su propia salud reproductiva. El estigma asociado al aborto y las restricciones legales pueden hacer que enfrentar estas decisiones sea aún más desafiante, llevando a las mujeres a afrontar sus experiencias en secreto y a evitar buscar apoyo social.

Objetivo: explorar el papel de las redes de aborto utilizadas por mujeres en Turquía, tanto en aquellas que han experimentado un aborto como en aquellas que tienen conocimiento de alguien que lo ha experimentado.

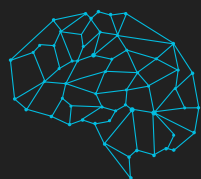
Método: el presente estudio utiliza un diseño de investigación cualitativa exploratoria. Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas con mujeres en edades comprendidas entre los 24 y 30 años, que habían experimentado personalmente un aborto o tenían conocimiento de alguien que lo había tenido en Turquía. El cuestionario consistió en 15 preguntas abiertas divididas en dos partes. La primera parte solicitaba a las participantes que describieran su experiencia con el aborto, incluyendo detalles sobre el acceso al procedimiento. La segunda parte se enfocaba en comprender la solidaridad social y las redes de apoyo que utilizan las mujeres, explorando quiénes estaban involucrados, de qué manera y por qué motivo.

Resultados: del total de 25 encuestadas, 13 habían abortado ellas mismas y 12 describieron ser parte de una red social de solidaridad. Dos personas informaron haber tenido dos abortos, lo que resultó en un total de 27 cuentas. De ellas, 11 describieron abortos legales y el resto fueron ilegales o semi-ilegales. La edad media de las mujeres en el momento del aborto era 23 años y el rango era de 15 a 30 años. Todos los abortos descritos tuvieron lugar entre 2002 y 2020. Solo dos de ellos ocurrieron en un hospital público, dos fueron abortos con medicamentos y uno se informó que tuvo lugar en una clínica clandestina. El resto se había realizado en clínicas u hospitales privados.

Conclusión: se muestra que las mujeres jóvenes solteras en Turquía utilizan activamente contactos para obtener información relacionada con el aborto, buscar apoyo social y como una forma de protección ante posibles situaciones estresantes. Específicamente, se observa que las mujeres dependen de redes de solidaridad relacionadas con el aborto, formadas por pares femeninas. Esta dependencia se ve reforzada tanto por la confianza en un entendimiento compartido dentro de este grupo como por la falta de apoyo estructural del sistema de salud, el estigma vinculado a la sexualidad que desincentiva la discusión sobre la salud sexual con la familia y la carencia de información y respaldo tangible por parte de sus parejas sexuales. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las deficiencias en el sistema de salud y la necesidad de promover un entorno que fomente la apertura y el apoyo en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes en Turquía.

BIBLIOGRAFÍA

12. Esengen S. (2024). ‘We had that abortion together’: abortion networks and access to il/legal abortions in Turkey. Culture, health & sexuality, 1–15. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2301410>



ASOCIACIONES ENTRE LA INCONFORMIDAD DE GÉNERO INFANTIL RECORDADA Y LA DISFUNCIÓN SEXUAL ADULTA EN DINAMARCA: EVALUACIÓN DE REFERENCIA EN EL ESTUDIO DE COHORTE DEL PROYECTO SEXUS¹³

ASSOCIATIONS BETWEEN RECALLED CHILDHOOD GENDER NONCONFORMITY AND ADULT SEXUAL DYSFUNCTION IN DENMARK: BASELINE ASSESSMENT IN THE PROJECT SEXUS COHORT STUDY

Koops T, Bernhard J, Graugaard C, Briken P, Bahnsen M, Andersson M, Frisch M

Publicación: The Journal of Sexual Medicine.

DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad129>

Cita completa: Koops, T., Bernhard, J., Graugaard, C., Briken, P., Bahnsen, M., Andersson, M & Frisch, M. (2023). Associations between recalled childhood gender nonconformity and adult sexual dysfunction in Denmark: baseline assessment in the Project SEXUS cohort study. The Journal of Sexual Medicine, 20(12), 1451- 1458.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: las disfunciones sexuales pueden afectar negativamente la autopercepción de feminidad o masculinidad de un individuo, pero hasta ahora no se ha examinado si la inconformidad de género en la infancia o la adolescencia puede influir en el funcionamiento sexual adulto.

Objetivo: explorar el posible vínculo entre la inconformidad de género infantil recordada y las disfunciones sexuales en la edad adulta en una muestra grande.

Método: analizamos los datos del cuestionario de referencia del Proyecto SEXUS, un estudio de cohorte representativo a nivel nacional sobre la salud sexual entre ciudadanos daneses de 15 a 89 años. Nuestra muestra incluyó participantes sexualmente activos de > 18 años a quienes se les preguntó sobre la inconformidad de género en la infancia o la adolescencia (N = 21 390). Para capturar las disfunciones sexuales, evaluamos (1) dificultades con la lubricación, el orgasmo, los calambres vaginales que impiden las relaciones sexuales y/o dolor genital durante la actividad sexual en pareja en mujeres y (2) las dificultades con la erección, la eyaculación precoz, el orgasmo y/o dolores genitales. Dolor

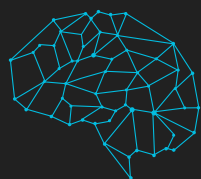
durante la actividad sexual en pareja en hombres. Además, evaluamos si tales dificultades se percibían como problemáticas. El Índice de Función Sexual Femenina de 6 ítems y el Índice Internacional de Función Eréctil de 5 ítems sirvieron como medidas estandarizadas.

Resultados: las disfunciones sexuales eran significativamente más comunes entre los niños de género no conforme que los participantes conformes. Después de controlar posibles factores de confusión adicionales, la mayoría de las disfunciones sexuales, en particular, los calambres vaginales en las mujeres (Ora, 2,12; IC del 95%, 1,25 -3,69) y la disfunción del dolor genital en los hombres (Ora, 2,99; IC del 95% 1,79-4,99) – siguió aumentando significativamente entre los encuestados infantiles que no se ajustaban al género. Los hallazgos sugieren que la no conformidad de género autopercebida en la niñez o la adolescencia puede afectar negativamente el funcionamiento sexual en la vida adulta. Si se confirman en estudios futuros, pueden justificar un énfasis clínico en estas cuestiones en el tratamiento y la atención sexológica.

Conclusión: las personas que recuerdan haber sido disconformes con su género en la niñez o la adolescencia pueden tener un mayor riesgo de experimentar disfunciones sexuales, particularmente trastornos de dolor sexual, en la edad adulta.

BIBLIOGRAFÍA

13. Koops, T., Bernhard, J., Graugaard, C., Briken, P., Bahnsen, M., Andersson, M & Frisch, M. (2023). Associations between recalled childhood gender nonconformity and adult sexual dysfunction in Denmark: baseline assessment in the Project SEXUS cohort study. The Journal of Sexual Medicine, 20(12), 1451- 1458. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad129>



CAPACIDAD DE AMAR Y SEXUALIDAD PROBLEMÁTICA: EL PAPEL DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y EL SUFRIMIENTO PSICOPATOLÓGICO¹⁴

CAPACITY TO LOVE AND PROBLEMATIC SEXUALITY: THE ROLE OF DEFENSE MECHANISMS AND PSYCHOPATHOLOGICAL SUFFERING

Ciocca G, Origlia G, Limoncin E, Mollaioli D, Tanzilli A, Vittorio Lingiardi V, Jannini E

Publicación: The Journal of Sexual Medicine.

DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad066>

Cita completa: Ciocca, G., Origlia, G., Limoncin, E., Mollaioli, D., Tanzilli, A., Lingiardi, V., & Jannini, E. A. (2023). Capacity to love and problematic sexuality: the role of defense mechanisms and psychopathological suffering. The Journal of Sexual Medicine, qdad066.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la limitación de la capacidad de amar es a menudo una característica de una persona que sufre.

Objetivo: investigar el papel de la capacidad de amar en el comportamiento hipersexual, considerado tanto los mecanismos de angustia como de defensa como posibles mediadores psicológicos.

Método: a través de una plataforma online reclutamos una muestra por conveniencia de 521 sujetos (390 [74,9 %] mujeres y 131 [25,1%] hombres). Los sujetos completaron un protocolo psicométrico que incluía la finalización de las siguientes herramientas de medición: 1) El Inventario de Capacidad de Amar (CTL-1), 2) El Inventario de Comportamiento Hipersexual (HBI), 3) el autoinforme de 30 ítems Escala de clasificación de mecanismos de defensa y 4) El inventario breve de síntomas. Luego se realizó un análisis de correlación y regresión, y el modelo de mediación para el análisis de datos.

Resultados: se encontró una relación negativa significativa entre la capacidad de amar y el comportamiento hipersexual. Además, los efectos indirectos también fueron estadísticamente significativos, apoyando la hipótesis de que la limitación de la capacidad de amar está relacionada con la hipersexualidad a través de la angustia psicológica y los mecanismos de defensa inmaduros. Finalmente, en comparación con los demás sujetos, aquellos con puntuaciones

patológicas en el HBI mostraron puntuaciones significativas más bajas en el CTL-1, lo que sugeriría limitaciones en la capacidad de amar.

Conclusión: la relación entre limitación de la capacidad de amar e hipersexualización es fundamental para el proceso diagnóstico en personas con sexualidad problemática y malestar psicopatológico. La etiología de la limitación de la capacidad está relacionada con aspectos disfuncionales del funcionamiento psicológico, como el malestar psicológico y los mecanismos de defensa inmaduros, y estos en conjunto generan una sexualidad problemática como el comportamiento hipersexual. Nuestros resultados resaltan el papel central en la salud mental y sexual de la capacidad de amar. Con base en estos hallazgos es importante tomar en cuenta estos aspectos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentar una sexualidad complicada.

BIBLIOGRAFÍA

14. Ciocca, G., Origlia, G., Limoncin, E., Mollaioli, D., Tanzilli, A., Lingiardi, V., & Jannini, E. A. (2023). Capacity to love and problematic sexuality: the role of defense mechanisms and psychopathological suffering. The Journal of Sexual Medicine, qdad066.

ASESORAMIENTO SEXUAL PARA LOS TRASTORNOS DEL INTERÉS/ EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINA: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO BASADA EN EL MODELO DE "SEXO SUFICIENTEMENTE BUENO"¹⁵

SEXUAL COUNSELING FOR FEMALE SEXUAL INTEREST/AROUSAL DISORDERS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL BASED ON THE "GOOD ENOUGH SEX" MODEL

Farahi Z, MashemZadeh M, Farnam F

Publicación: The Journal of Sexual Medicine..

DOI: <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad168>

Cita completa: Farahi, Z., MashemZadeh, M & Farnam, F. (2024). Sexual counseling for female sexual interest/arousal disorders: a randomized controlled trial based on the "good enough sex" model. The Journal of Sexual Medicine 21, (2), 153-162.



RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el trastorno de excitación/ interés femenino, en inglés Female sexual interest/arousal disorder (FSIAD) es el trastorno sexual femenino más común con efectos adversos en la salud y las relaciones interpersonales de las mujeres.

Objetivo: evaluar los efectos del asesoramiento sexual basado en el modelo de "sexo suficientemente bueno", en inglés "good enough sex" (GES) sobre las variables de salud sexual de mujeres con FSIAD.

Método: el estudio empleó un enfoque de investigación en línea y transversal. Se recopilaban datos a través de encuestas realizadas a mujeres jóvenes. Se utilizó un análisis de mediación paralela para evaluar las relaciones entre las variables de interés, incluyendo comparaciones sociales, internalización del ideal de delgadez y facetas de la conciencia plena, en relación con la discrepancia en la imagen corporal percibida y la insatisfacción.

Resultados: ensayo clínico aleatorio con una proporción de asignación 1:1 entre 80 mujeres con FSIAD. Las participantes elegibles fueron asignadas al azar al grupo A (mujeres) y al grupo B (parejas). Las mujeres asistieron a 4 sesiones semanales de asesoramiento sexual grupal en modelo GES, cada una con una duración de 12º minutos. En el grupo B, los maridos participaron en las sesiones 2 y 3.

Conclusión: el modelo GES, que enfatiza la intimidad y el diálogo sexual, reduce las expectativas sexuales poco realistas y mejora el deseo sexual y la salud general de las mujeres. Nuestros resultados mostraron que, en lugar de insistir en la presencia física de los maridos en las sesiones de asesoramiento, los médicos deberán enfatizar su apoyo emocional y compañía durante el proceso de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

15. Farahi, Z., MashemZadeh, M & Farnam, F. (2024). Sexual counseling for female sexual interest/arousal disorders: a randomized controlled trial based on the "good enough sex" model. *The Journal of Sexual Medicine* 21, (2), 153-162. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad168>

PERCEPCIONES DEL AGRESOR SOBRE LAS EMOCIONES Y MOTIVACIONES QUE IMPULSAN EL ABUSO EN LAS RELACIONES, FACILITADO POR LA TECNOLOGÍA: UN ESTUDIO CON EL MÉTODO "COMPLETAR LA HISTORIA"¹⁶

PERPETRATOR PERCEPTIONS ON THE EMOTIONS AND MOTIVATIONS DRIVING TECHNOLOGY – FACILITATED ABUSE IN RELATIONSHIPS: A STORY COMPLETION STUDY

Fiolet, Brown, McKay, Marsden, Leins & Harris.

Publicación: *Journal of Interpersonal Violence*.

DOI: <https://doi.org/10.1177/08862605231190340>

Cita completa: Fiolet, R., Brown, C., McKay, D., Marsden, S., Leins, K., & Harris, B. (2023). Perpetrator Perceptions on the Emotions and Motivations driving Technology-Facilitated Abuse in Relationships: A story Completion study. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(23-24), 11999-12024.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: según la OMS, la violencia entre parejas (VP), y el abuso doméstico (AD), se ha incrementado en los últimos años, generando mayores índices de morbilidad y mortalidad en la población. Todos los géneros experimentan VP y AD, no obstante, distintas investigaciones defienden que el género femenino es el más afectado con diferencia. Existen muchas formas de VP y AD, sin embargo, la bibliografía se ha centrado en principalmente en abuso físico y sexual. El abuso en las relaciones facilitado por la tecnología (ARFT), es algo relativamente reciente. Algunas de las formas por las cuales se produce el ARFT incluyen: acoso y rastreo virtual, amenazas por mensajes, revisar móviles sin permiso, compartir material privado del otro sin consentimiento, destruir o denegar el acceso a ciertos dispositivos, demandar contraseñas y conductas relacionadas con la humillación, acoso y control. Algunas de las consecuencias en las víctimas del ARFT son: ansiedad, trastornos del sueño y depresión.

Objetivo: avanzar en el conocimiento limitado de las emociones y motivaciones que pueden influir en un individuo para involucrarse en conductas ARFT, desde la perspectiva del perpetrador.



Método: se utiliza el método "completar historia", en el cual se facilita a cada uno de los participantes dos raíces de la historia (pequeño fragmento de la historia), para que complete dos historias de al menos 250 palabras, escogiendo conductas ARFT o no, y posteriormente, explicar los motivos por los cuales tomaron esa decisión. Se cuenta con una N = 35, mayores de 18 años, de los cuales 21 son hombres, 12 mujeres, 1 transexual y 1 no binario.

Resultados: los resultados, recogen 70 historias completadas por parte de los participantes y se dividieron en tres apartados: 1.- Conductas abusivas y emociones negativas, 2.- Pérdida de confianza y deseo de control y 3.- Inhibidores de conducta abusiva. Con respecto al primer apartado, se observó que las conductas ARFT, estaban motivadas principalmente por las emociones: ira, miedo, sospecha de traición y tristeza. En los relatos con mayor intensidad emocional, se observó la predominancia de la ira como motivador principal, así como la sospecha de traición. En cuanto al apartado dos, más de la mitad de los participantes, identificaron que la pérdida de confianza o preocupación de que su relación se encontraba en problemas, lo cual les motivo a llevar a cabo conductas ARFT. En el apartado tres, se observó que lo que limitó a algunos participantes a llevar a cabo conductas ARFT, fueron los siguientes motivos: puede complicar más la relación, malestar en la pareja y puede fomentar la desconfianza.

Conclusión: aquellas personas que deciden tener conductas ARFT, identificaban experiencias desadaptativas de ira y o tristeza como justificante de las conductas ARFT. Se observa que el perpetrador de ARFT, puede estar motivado por una falta de confianza y deseo de control, demostrando que el formato online para generar malestar puede estar motivado por las mismas razones que otras formas de VP y AD.

BIBLIOGRAFÍA

16. Fiolet, R., Brown, C., McKay, D., Marsden, S., Leins, K., & Harris, B. (2023). Perpetrator Perceptions on the Emotions and Motivations driving Technology-Facilitated Abuse in Relationships: A story Completion study. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(23-24), 11999-12024. <https://doi.org/10.1177/08862605231190340>

DISFUNCIÓN SEXUAL RELACIONADA CON EL CÁNCER DE PRÓSTATA: LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD DE LOS HOMBRES¹⁷

MENTAL HEALTH AND SOCIETAL CHALLENGES AMONG FORCED MIGRANTS OF DIVERSE SEXUAL ORIENTATIONS, GENDER IDENTITIES AND GENDER EXPRESSIONS: HEALTH PROFESSIONALS' DESCRIPTIONS AND INTERPRETATIONS

Gottvall M, Kissiti R, Ainembabazi R, Bergman HE, Eldebo A, Isaac R, Yasin S, Jirwe M, Carlsson T

Publicación: Culture, Health & Sexuality.

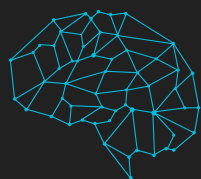
DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2298479>

Cita completa: Gottvall, M., Kissiti, R., Ainembabazi, R., Bergman, H. E., Eldebo, A., Isaac, R., Yasin, S., Jirwe, M., & Carlsson, T. (2024). Mental health and societal challenges among forced migrants of diverse sexual orientations, gender identities and gender expressions: health professionals' descriptions and interpretations. *Culture, Health & Sexuality*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: en distintos países, las personas con diversidad en orientación sexual, identidad de género y expresión del género, se encuentran con problemas legales, sociales y de salud. Varias de estas personas, pueden venir de países donde cargan con contenido impactante de persecución y ocultación significativo. El peligro y daño significativo, condiciona que estas personas tengan que buscar asilo en otro país; además de todas las dificultades debido a su historia de aprendizaje, se encontrarán con una serie de retos al llegar al país de destino. Las personas que se ven forzadas a migrar, manifiestan sintomatología muy diversa como estrés post traumático, depresión, ansiedad e ideación suicida. Debido a la experiencia, los profesionales de la salud pueden aportar reflexiones sobre los retos a los que esta población se enfrenta. Algunos estudios, apuntan a que los profesionales de la salud que trabajan con esta población necesitan un entrenamiento más específico.

Objetivo: explorar las descripciones e interpretaciones de los profesionales sanitarios sobre la salud mental tras



la migración y los retos sociales a los que se enfrentan los migrantes forzosos con diversas orientaciones sexuales, identidades de género y expresiones de género.

Método: se cuenta con una N = 29 de profesionales de la salud que ayudan a migrantes forzosos. Los datos se recabaron por medio de entrevistas individuales y grupos focales de los profesionales. Dentro de los profesionales se encontraban: psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y sexólogos.

Resultados: se dividieron en 4 apartados, que recogen las dificultades en su trayectoria: 1.- Un proceso de asilo exigente e incierto, 2.- Falta de seguridad psicosocial y exposición a múltiples formas de discriminación, violencia y abusos, 3.- Malestar psicológico al vivir con soledad y vergüenza y 4.- Explorar, aceptar y expresar la sexualidad y la identidad de género puede ser difícil. En cuanto al primer apartado, se describió al asilo como una un proceso que implicaba desconfianza sobre aquellos que buscar refugio, ya que deben presentar argumentos convincentes para obtener este asilo, por lo que se vivía como un desgaste mental con mucha presión. En algunas ocasiones, para que resulte convincente, tuvieron que explicar y revivir eventos traumáticos con respecto a su sexualidad. En el segundo apartado, se resalta la explotación severa, el peligro, la violencia sexual, el castigo, amenazas de muerte, acoso y humillación en su país de origen. Los participantes, describieron la forma en que los migrantes fueron expuestos a opresión estructural, discriminación, violencia y amenazas derivados de la convergencia de identidades cruzadas durante su reasentamiento en el país de acogida. Algunos de los participantes también revelaron que estos migrantes pueden verse atrapados en el abuso de sustancias y prostitución. Con respecto al tercer apartado, los participantes creen que las dificultades experimentadas tanto en el país de origen como en el de acogida podían afectar significativamente a la salud mental durante el reasentamiento. El aislamiento social, alienación y la soledad se tuvieron en cuenta como los mayores contribuyentes del estrés psicológico. En el último apartado, los participantes observaron que Algunos inmigrantes pueden tener dificultades para explorar, aceptar y expresar su sexualidad y su género. Se reconoce que las diferencias culturales y sociales influyen en este proceso.

Conclusión: los profesionales de la salud describieron a los migrantes forzosos, como los que participan en este

estudio, afrontan una trayectoria difícil al aventurarse en un viaje incierto y exigente, que repercute en su salud mental. Se observó una gran angustia psicológica entre sus clientes, incluida una gran soledad, así como sentimientos de vergüenza. También se describió cómo algunos inmigrantes experimentaban dificultades para explorar, aceptar y expresar su género al igual que su sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

17. Gottvall, M., Kissiti, R., Ainembabazi, R., Bergman, H. E., Eldebo, A., Isaac, R., Yasin, S., Jirwe, M., & Carlsson, T. (2024). Mental health and societal challenges among forced migrants of diverse sexual orientations, gender identities and gender expressions: health professionals' descriptions and interpretations. *Culture, Health & Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2298479>

EXPOSICIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES AL ACOSO SEXUAL: RELACIÓN CON EL GÉNERO, EL ABUSO SEXUAL POR CONTACTO Y LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA¹⁸

CHILD AND ADOLESCENT EXPOSURE TO SEXUAL HARASSMENT: RELATIONSHIP TO GENDER, CONTACT SEXUAL ABUSE, AND ADULT PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS

Briere J, Runtz M, Rodd K

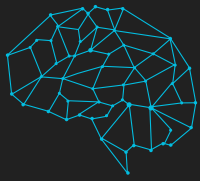
Publicación: *Journal of Interpersonal Violence*.

DOI: <https://doi.org/10.1177/08862605231225524>

Cita completa: Briere, J., Runtz, M., & Rodd, K. (2024). Child and adolescent exposure to sexual harassment: relationship to gender, contact sexual abuse, and adult psychological symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la agresión sexual a mujeres y niños es común en la sociedad norteamericana. Varios estudios estiman que el 20% de las mujeres y entre el 4% – 7% de los hombres han sufrido agresión sexual o violación intrafamiliar y el más del 25% de los niños y adolescentes denuncian abuso o agresión sexual. Este maltrato sexual, puede derivar



en el desarrollo de problemas psicológicos como: ansiedad, depresión, trastorno de estrés post traumático, abuso de sustancias, trastornos somatomorfos y autoestima baja.

Objetivo: examinar la exposición de los niños y adolescentes al acoso sexual en una muestra diversa, y la asociación de dicho maltrato con los informes actuales de síntomas psicológicos de los participantes.

Método: cuenta con una muestra principal $N = 389$ y una submuestra $SN = 528$ (datos incompletos). La submuestra se dividió de forma aleatorio en muestras ($SN1 = 265$ y $SN2 = 263$). La edad media de los participantes es de 27.48 años, todos mayores de edad. Para la evaluación de la muestra, se utilizaron los siguientes cuestionarios y escalas: contact child sexual abuse (C-CSA), Childhood or adolescent exposure to sexual harassment (CAESH), CSA/CAESH, General Anxiety Disorder (GAD-7), Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) y PTSD Checklist del DSM – 5.

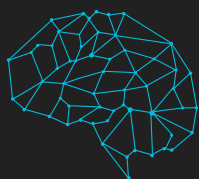
Resultados: se dividieron en 5 partes: 1.- el análisis factorial de los ítems que evalúa CAESH; 2.- Establecer una asociación entre sexo, edad en el C-CSA; 3.- Prevalencia de C-CSA y CSA/CAESH en la Submuestra 1; 4.- Validación cruzada en la submuestra 2; 5.- Predicción incremental en la submuestra 2. 1.- se encontró una consistencia interna de la escala de 9 ítems ($\alpha = .94$). 2.- El análisis de regresión

múltiple en la submuestra 1 indicó que ser mujer y antecedentes de C-CSA, pero no la edad, estaban asociados a tasas más elevadas de CAESH. 3.- las tasas de prevalencia aumentaron sustancialmente (68,3% de las mujeres y 30,2% de los hombres) en relación con el C-CSA solo (18,0% de las mujeres y 7,5% de los hombres). 4.- La validación cruzada de la estructura factorial de la CAESH de la submuestra 1 y de la en la submuestra 2 reveló resultados equivalentes, con las mismas variables en los mismos factores, que explican el 69,55% de la varianza de los ítems, y una consistencia interna equivalente ($\alpha = .94$). Los análisis de regresión múltiple en la submuestra 2 indicaron que, aunque el C-CSA estaba relacionado con la depresión y el estrés postraumático en el paso 1, estas asociaciones dejaron de ser significativas una vez que se introdujo el CSA/CAESH en el paso 2.

Conclusión: el acoso sexual sin contacto de niños y adolescentes es frecuente y está asociado a daños psicológicos significativos, ya sea de forma aislada o en combinación con experiencias de abuso sexual con contacto.

BIBLIOGRAFÍA

18. Briere, J., Runtz, M., & Rodd, K. (2024). Child and adolescent exposure to sexual harassment: relationship to gender, contact sexual abuse, and adult psychological symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/08862605231225524>



COMENTARIO LIBRO COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (Consejo de Redacción)

MANUAL PARA SOLTAR

Palabras clave: Aceptación; Soltar; Cambio; Control; Estrategias.

Keywords: Acceptance; Release; Change; Control; Strategies.

Azucena García Palacios en un clarividente prólogo nos da la clave del título del libro -2 años de éxito lo contemplan- de Joaquim Soler⁽¹⁾, un referente sin discusión en los estudios sobre Personalidad, y en la aplicación de terapias de tercera generación en varios procesos. Como lo son, entre otros, en los TCA, la Depresión y, sobre todo, en el Trastorno Límite de Personalidad, caracterizado, entre otros rasgos, por la elevada impulsividad y la desregulación emocional. La prologuista nos advierte que la persistencia y el anclaje como estrategia resolutoria de solución puede provocar sufrimiento y bloqueo, por lo que es necesario "desistir y aceptar": lo mejor es soltar.

"Soltar no es fácil...". Así inicia el libro Soler, que no duda en recordarnos que no hay cambio sin aceptación y que no se trata de borrar, sino de no empeorar con rumiaciones innecesarias. Soler nos propone una sencilla columna iniciática que va de lo fácil a lo imposible de cambiar, y el ingenioso juego de la correlación importancia /control como elemento clave, sea interno o externo, lo que le permite entrar en la confrontación irracional y las diferencias entre resignación y aceptación, acudiendo a la reestructuración para que entendamos la eficacia de la aceptación.

A partir de aquí, entramos en una guía perfectamente coordinada y estructurada tanto para el lector interesado como para que los profesionales practiquen y conozcan las estrategias en su vida y sus psicoterapias. Lo desarrolla a través de ejercicios altamente didácticos y comprensibles engalanados con unos títulos atractivos y sugerentes: "La isla del dolor" (alta importancia y cero control); "¿Quién está al mando?" (aceptación no es indiferencia, factor temporal...); "Formas de Aceptación"; "Los Supuestos...de la realidad al futuro". Así nos acompaña hasta

las diversas prácticas de aceptación, orientándonos hacia lo juicioso y eficaz. El capítulo dedicado a los pensamientos es soberbio con opciones sólidas de soluciones.

Y así llegamos a los papeles finales que, de forma ingeniosa, Soler denomina "capas de la lasaña de la aceptación": cambios somáticos de la no-aceptación y diversas estrategias para intentar extinguirlos, uno de los capítulos más densos con el final casi recopilatorio de "Ablanda; tranquiliza y permite".

Sigue con la aceptación conductual en la que asevera, con juicio descriptivo adecuado, la arbitrariedad de la clásica fragmentación pensamiento-emoción-conducta, por ser dicotómicos, si bien considera que la conducta aventaja a las otras dos por su mayor voluntariedad y capacidad de control. Una tesis que comparto sin fisuras y que nos permitiría alejarnos del imperio emotivo, y de los excesos reestructuradores, con la ridícula acepción "gestión de emociones" como enseña de intervención. Nos alegra que el autor ponga como paradigma de clarificadora utilidad en la Depresión a la activación conductual, felizmente recuperada en la terapia psicológica del cuadro afectivo. Una propuesta de aspectos clave para el afrontamiento nos prepara para los capítulos finales dedicados a la autoeficacia y al resumen suntuoso de los pasos de la Aceptación, con el que finaliza uno de los mejores manuales para comprender el curioso equilibrio entre los procesos del cambio y los de la aceptación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soler, J. (2022). Manual para Soltar. Ediciones Psara.

LA RECOMENDACIÓN

Acéptenlo y no lo suelten.

J.M. Farré Martí
Editor

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum281601>



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (Consejo de Redacción)

TÉCNICAS DE ESTUDIO PARA ADOLESCENTES DESDE LA NEUROEDUCACIÓN

Palabras clave: Proceso de aprendizaje, Neuroeducación, Funciones ejecutivas, Procesos metacognitivos.

María Caballero es la autora de "Técnicas de estudio para adolescentes desde la neuroeducación" (1), el primer volumen de una trilogía de libros que pretenden ayudar a los estudiantes de ESO a conocer y mejorar su propio proceso de aprendizaje con estrategias basadas en la neuroeducación, focalizado especialmente en las funciones ejecutivas y en los procesos metacognitivos. Es un libro extremadamente práctico que aporta información sobre el funcionamiento del cerebro y las funciones ejecutivas: flexibilidad, toma de decisiones, atención, memoria, planificación... pero que también propone una serie de ejercicios, cuestionarios, enlaces a videos y actividades que van guiando la comprensión y poniendo a prueba el uso de las estrategias mencionadas. Se puede utilizar como libro para utilizar en asignaturas de clase con los alumnos de ESO ya que además incluye un apartado de seguimiento y reflexión personal diferenciada por trimestres. Resulta muy útil poder ir siguiendo la estructura del libro y anotando en el espacio dedicado a cada actividad las respuestas del alumno.

De forma muy visual se inicia el libro proponiendo una actividad en la que los alumnos conozcan las diferentes partes del cerebro y sus funciones para identificar aquellos aspectos físicos, emocionales, sociales y cognitivos que pueden influir en el proceso de aprendizaje. Posteriormente se realiza una explicación del funcionamiento ejecutivo del cerebro y un cuestionario autoaplicado para valorar dicho aspecto.

Según se avanza en su lectura, el alumno va conociendo de forma más específica cada una de las funciones ejecutivas que se relacionan con el aprendizaje y evaluando su uso. Se proponen estrategias para aprender de los errores y ser más flexible, buscar la motivación y trabajar el esfuerzo con actividades y ejercicios que hacen pensar al alumno sobre su propio proceso e identificar posibles mitos, errores, etc. con la idea de que la práctica y el esfuerzo pueden llegar a mejorar sus habilidades.

Se dan también estrategias para poder mantener el orden y la organización en el estudio ya que el cerebro tiende a preferir entornos e información ordenada para aprender. En este apartado se trata desde cómo realizar mejores apuntes, proponiendo el uso de márgenes, limpieza en los escritos y orden, pasando por la importancia de clasificar los materiales y mantenerlos organizados, realizar soportes visuales y símbolos que ayuden en su clasificación y destacar lo esencial.

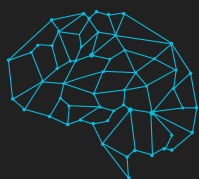
Se explican, además, los beneficios del uso de la agenda y cómo utilizarla de forma eficaz, promoviendo el uso de la agenda en papel con plantillas semanales, planificaciones trimestrales y otros recursos que ayudaran al alumno a organizarse mejor y así, aprender también mejor.

Uno de los capítulos del libro que resulta especialmente relevante es el de Toma de decisiones en el que se le explica al alumno cómo es la mejor manera de tomar apuntes y la importancia de algunos detalles a tener en cuenta. Se promueve el uso de apuntes con colores, sin llegar al exceso, dando siempre la información neurocientífica que respalda la estrategia. Muy relacionado con este apartado se encuentra el capítulo de la atención como proceso necesario para un aprendizaje consciente.

Se hace mención también al uso del lenguaje para referirse a uno mismo en los procesos de pensamiento y la importancia que el estilo comunicativo tiene en el comportamiento humano. Se promueve el uso de un lenguaje positivo y se explican también los diferentes tipos de acoso que pueden darse en el entorno escolar con el fin de ejemplificar el efecto de las emociones negativas en el cerebro y, por ende, en el aprendizaje. Se dan una serie de estrategias de comunicación asertiva.

En el último bloque se trabaja la metacognición, esa capacidad de ser conscientes de nuestros propios procesos cognitivos y que también se aplica al aprendizaje. Visualizar, realizar listas, organizar la información y favorecer por tanto la memoria de trabajo, son claves para un aprendizaje más consciente y profundo. La autora propone al alumno una escalera de metacognición que reflexione sobre su aprendizaje: ¿qué he aprendido?, ¿cómo?, ¿qué ha sido difícil/fácil?, ¿para qué ha servido? y ¿dónde lo puedo utilizar? Es importante para

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum281602>



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (*Consejo de Redacción*)

llevar a cabo un aprendizaje eficaz planificar muy bien el tiempo, además, el uso de las estrategias ya mencionadas. Tener una buena planificación, crear un hábito de estudio, conocer la capacidad atencional del cerebro y respetar descanso, así como proponerse metas realistas van a permitir mejorar el aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

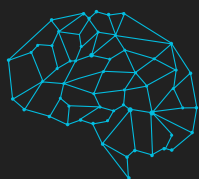
1. Caballero, M. (2023). Técnicas de estudio para adolescentes desde la neuroeducación (I). Madrid. Pirámide

LA RECOMENDACIÓN

Para estudiantes de ESO que pretendan mejorar las técnicas de estudio y para los pedagogos que conocerán mejor los beneficios de la neuroeducación y sus estrategias.

C. Sanz Pérez

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



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (Consejo de Redacción)

LA PARADOJA DE LA RAREZA

Palabras clave: Psicología de grupos; Salud Mental; Terapia de grupos.

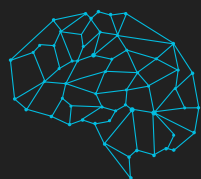
"*Acercamiento al trabajo en grupo. Conceptos, procesos y experiencias*"²) es una obra surgida de dos figuras altamente reconocidas dentro del mundo de la Psicología Social: José Manuel Guerra de los Santos y Edurne Elgorriaga Astondo. A través de ella, y realizando una cautivadora combinación entre aproximación teórica y carácter aplicado, los autores logran sumergirnos en el complejo mundo de la Psicología de Grupos. Así pues, si bien en la primera y segunda parte de la obra nos dan a conocer los procesos evolutivos inherentes a los grupos (inicio, desarrollo y cierre), y nos proponen las herramientas y recursos para su evaluación, dinamización y supervisión. En el tercer apartado, la obra se convierte en una recopilación de relatos extraordinarios sobre distintas experiencias de trabajo grupal. Es así como, gracias a la colaboración con numerosos profesionales, la obra logra ser una fotografía bastante completa del escenario actual de aplicación de grupos; sobrevolando el ámbito clínico, comunitario, educativo, consultoría de procesos, formación, organizaciones y deporte (Guerra, J. M. y Elgorriaga, E., 2023). Indudablemente, se trata del resultado, o más bien del reflejo, del trabajo de numerosos profesionales apasionados por el mundo de los grupos; profesionales que tienen claro que la distinción entre tú y yo nunca es tan clara como la condición nosotros.

Efectivamente, al inicio de la obra los autores nos proponen recorrer la evolución de nuestra concepción sobre los grupos y su historia, desembocando en la comprensión actual que mantenemos al respecto. Nos presentan los principales protagonistas de esta disciplina (Le Bon, McDougall, Allport, Sherif, Moreno, Lewin, etc.) y nos muestran todos los sedimentos que hemos recogido: su legado. Sin duda, se hace patente la enorme influencia del contexto social, económico y político en el estudio de grupos (Guerra, J. M. y Elgorriaga, E., 2023). Efectivamente, esto conduce a pensar en su relevancia en la actualidad; una época en la que el neoliberalismo impera de la mano de un individualismo acérrimo. Una época en la que la comunidad ha quedado difuminada, debilitándose uno de los factores protectores más relevantes para la salud mental: el sentido de comunidad y pertenencia (Sargent et al., 2002).

De hecho, los se subraya el peso de los grupos en la satisfacción de la necesidad de identidad de todos y cada uno de nosotros: una necesidad inherentemente humana (Guerra, J. M. y Elgorriaga, E., 2023). Sin embargo, hoy día, y siguiendo la propuesta de Moreland que identifica cuatro formas de integración social, el ambiente físico, social y cultural parece estar obstaculizándolo, premiando así una falsa independencia, en detrimento de nuestra condición de seres sociales. Asimismo, en un mundo en el que los roles cada vez se manifiestan menos definidos, donde prevalece la ambigüedad, resulta difícil el ajuste a una estructura grupal. De todas maneras, y como bien subraya la teoría de la facilitación social, la realización de tareas junto a otros compañeros generalmente conduce a la obtención de significativamente mejores resultados; de ahí la relevancia de las terapias grupales. Similarmente, el efecto Kohler podría potenciar en terapia grupal los resultados de pacientes que observan las mejoras de otros con sintomatología similar. No obstante, en un entorno donde se priorizan los objetivos individuales y la libertad personal por encima de todo, el proceso evolutivo grupal se ve claramente amenazado.

De todos modos, y de forma claramente esperanzadora, en el segundo apartado de la obra se exponen numerosas herramientas y recursos científicos destinados a evaluar, supervisar y trabajar con grupos, recordándonos la frondosa literatura científica que gira en torno a ellos. Probablemente, las técnicas activas y el psicodrama son una de las herramientas más atractivas presentadas. Su combinación única de mente-cuerpo llama altamente la atención al lector, casi seduciéndolo. Sin embargo, guarda especial importancia el concepto de supervisión, un concepto relacionado con la verdadera sabiduría socrática; reconocer lo que no sabemos y mantenernos siempre humildes, críticos y abiertos ante el saber. En el transcurso de las páginas, los autores nos revelan la poca extensión de la cultura de la supervisión en España, no siendo su práctica regulada por ninguna institución gubernamental. En efecto, algo alarmante si tenemos en cuenta el aumento de la demanda de servicios de salud mental y la escasez de recursos, así como la expectativa de mayor calidad de los servicios por parte de los usuarios. En el ámbito clínico, por ejemplo, resulta crucial recordar la relevancia de colaborar entre profesionales del sector a través de grupos

DOI: <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrum281603>



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (Consejo de Redacción)

de intervención que permitan reflexionar en una atmósfera de apoyo sobre los casos más complejos que están siendo tratados. Si se comparten las ansiedades y los desafíos se puede ampliar el abanico de puntos de vista, favoreciendo un aprendizaje continuado que permitiría otorgar un servicio de mayor calidad. Al fin y al cabo, y como bien remarcan los autores, todos venimos al mundo en un contexto grupal (Guerra, J. M. y Elgorriaga, E., 2023).

Sin embargo, probablemente la guinda del pastel sea el último apartado, donde resulta imposible no quedarse maravillado ante las diversas aproximaciones grupales narradas. Teniendo en cuenta el protagonismo de las tecnologías en nuestra actualidad, la terapia online viene a abrirnos un mar de posibilidades a navegar. Un mar innegablemente vertiginoso para muchos profesionales. No obstante, se comprueba cómo los procesos grupales existentes en la modalidad presencial también tienen lugar en la modalidad online, aunque se den a un ritmo más lento. Su aplicación para el abordaje de enfermedades poco frecuentes refleja su enorme utilidad en situaciones claramente extraordinarias, facilitando la comunicación entre personas afectadas de diferentes localidades. Y, exactamente lo mismo se podría decir respecto a los servicios de salud mental durante la COVID-19; situaciones extraordinarias requieren intervenciones extraordinarias. Seguramente el debate surge en escenarios ordinarios. A pesar de ello, la literatura científica parece corroborar su efectividad (Carlbring et al., 2018).

Sea como sea, todas y cada una de las experiencias narradas en la tercera parte de la obra demuestran cómo el agente curativo de todas las situaciones es el mismo grupo, ya sea facilitando la mediación intercultural, como comprendiendo el entramado de dinámicas familiares, aportando apoyo en pacientes con sintomatología psicótica, manejando equipos deportivos, entre muchos otros (Guerra, J. M. y Elgorriaga, E., 2023). Efectivamente, todas y cada una de las experiencias son un clamor contra la comprensión artificial del ser humano como ser simple y aislado, reforzando una concepción del individuo como elemento en constante interacción con un entorno dinámico y profundamente complejo. Asimismo, el abordaje grupal también se convierte en un abordaje esperanzador a explorar si tenemos en cuenta la longitud de las listas de espera de los centros de salud mental, pues destaca su efectividad en cuanto a la relación coste-beneficio (Segarra et al., 2011).

Remitiendo al capítulo que trata sobre el abordaje grupal de enfermedades poco frecuentes, llama especial atención la siguiente frase: "lo raro es la afección, pero no la persona". Y es que, si de algo se da cuenta un profesional de la Psicología, y probablemente cualquier profesional que estudie al ser humano, es de la paradoja de la rareza: que lo raro es, en todo caso, el trastorno mental, nunca la persona. De hecho, incluso en el mundo de la salud mental, el trastorno mental puede llegar a ser desglosado y comprendido como síntoma de un entramado de dinámicas desadaptativas del paciente y su entorno. Así, la mirada desde una Psicología de Grupos se convierte en una mirada coherente a considerar en los diversos ámbitos de aplicación de la disciplina, ya que los seres humanos somos tan diferentes como iguales. Mismas necesidades, inquietudes, miedos, inseguridades y derechos.

BIBLIOGRAFÍA

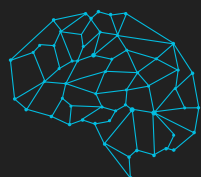
- (1) Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., y Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1-18.
- (2) Guerra, J. M. y Elgorriaga, E. (2023). *Acercamiento al trabajo en grupo. Conceptos, procesos y experiencias*. Madrid: Pirámide.
- (3) Sargent, J., Williams, R. A., Hagerty, B., Lynch-Sauer, J., y Hoyle, K. (2002). Sense of belonging as a buffer against depressive symptoms. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(4), 120-129.
- (4) Segarra, G., Farriols, N., y Palma, C. (2011). Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: Una revisión en el ámbito de la atención primaria. *Aloma Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 28, 209-224.

LA RECOMENDACIÓN

para sumergirnos, con conocimiento de causa, en el complejo mundo de la psicología de grupos, para identificar mejor las formas de integración social y para reconocer que el abordaje global es altamente esperanzador.

R. Voltá Solerdecoll

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

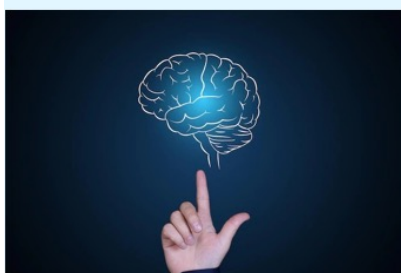


AGENDA

DIARY



TERAPIA DEL
COMPORTAMIENTO
Y
MEDICINA CONDUCTUAL EN
LA PRÀCTICA CLÍNICA
XXXVII Jornada

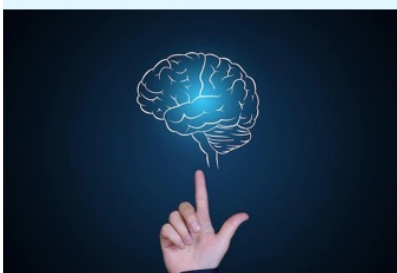


Jueves 21 de marzo de 2024

Coordinadores:
JM FARRÉ J. SOLER



TERÀPIA DEL
COMPORTAMENT I
MEDICINA CONDUCTUAL
EN LA PRÀCTICA CLÍNICA
XXXVII Jornada



Dijous 21 de març de 2024

Coordinadors:
JM FARRÉ J. SOLER



AUDITORI HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS

C/ Sabino Arana 5-19
Barcelona

SECRETARIA

Servei de Psiquiatria, Psicologia
i Medicina Psicosomàtica.
HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS

Sras. Rebeca Sáez i Cristina Fernández

Tel.: 93.205.85.11 / 93.546.01.11
(de 12-14 h i de 17-19 h)

Fax: 93.205.85.12

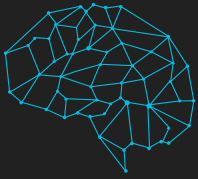
E-mail: psiquiatria.dex@quironsalud.es

C/ Sabino Arana 5-19, 3ª planta
Barcelona

ISSN 2565-0564

Cómo citar

Sardà, Neus. «Agenda». Psicosomàtica y Psiquiatria, 2024, n.º 28,
<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatri/article/view/427347>



Agenda



XII JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

de la Sociedad Marcé Española de
Salud Mental Perinatal (MARES)

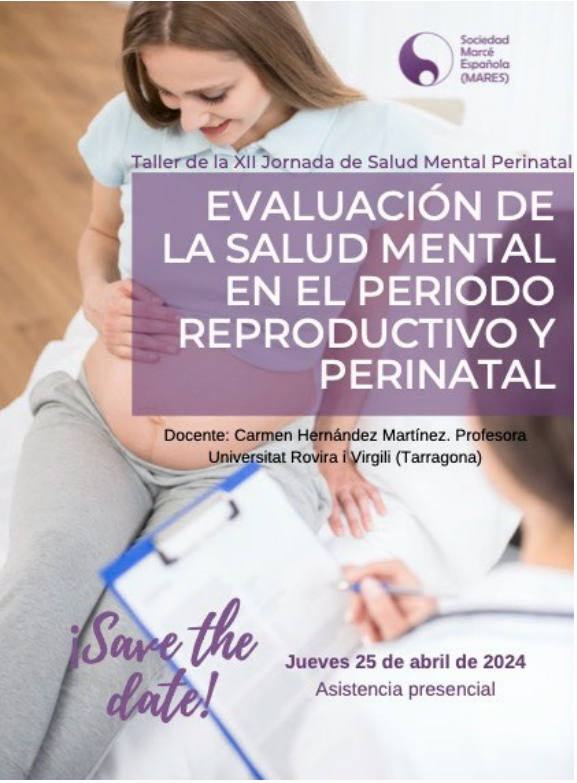
 Sociedad
Marcé
Española
(MARES)

Viernes 26 de abril de 2024. Madrid

Jueves 25 de abril (16-20 h): **Taller presencial**
Viernes 26 de abril (9-16:30 h): **Jornada (directo y streaming)**

¡Save the date!

<https://www.sociedadmarce.org/>



 Sociedad
Marcé
Española
(MARES)

Taller de la XII Jornada de Salud Mental Perinatal

**EVALUACIÓN DE
LA SALUD MENTAL
EN EL PERIODO
REPRODUCTIVO Y
PERINATAL**

Docente: Carmen Hernández Martínez. Profesora
Universitat Rovira i Virgili (Tarragona)

¡Save the date!

Jueves 25 de abril de 2024
Asistencia presencial

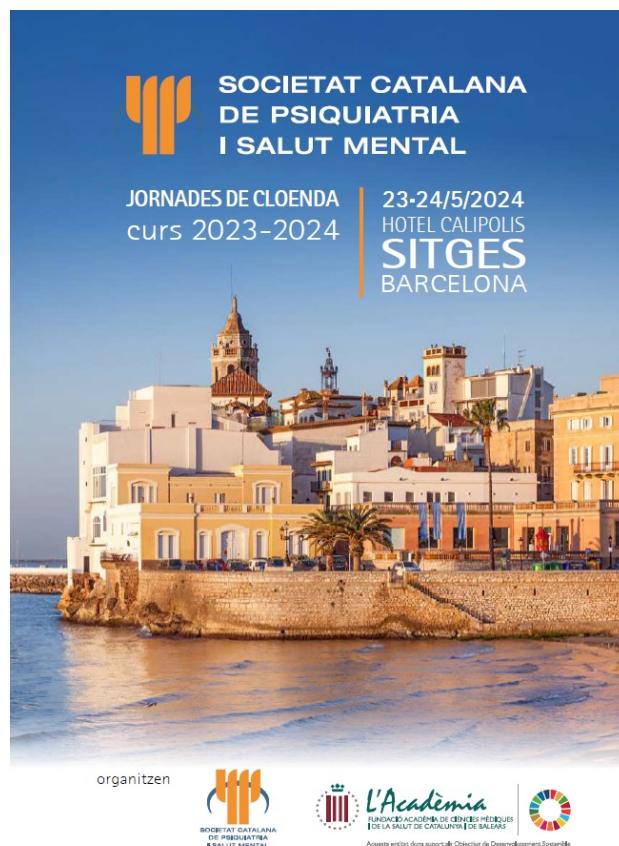
<https://www.sociedadmarce.org/>



Agenda

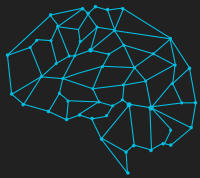


<https://www.sexualidadysaludmental.com/12congreso/programa.html>



https://psiquiatriaisalutmental.cat/?p=page/html/detallactivitat/id/25894/codi_entitat/042/tipus_entitat/s

<https://inscripcions.academia.cat/form.php?id=2549>



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

J.J. de la Gándara Martín

Psiquiatra y escritor

HUGO Y LA LLAVE MISTERIOSA

Hugo es famoso en el cole. En su clase tiene fama de tipo duro. Va y viene a su antojo. Nadie le lleva, ni nadie le espera.

Lleva una llave colgada del cuello y también un móvil en la mochila. Cuando le preguntan por el misterio de la llave responde que es un secreto. Cuando le preguntan por el móvil dice, simplemente, que es suyo.

Sus padres son modernos, le dan libertad y no se meten en las cosas del cole. Los demás niños le envidian por eso, pues los suyos no hacen más que pedir explicaciones a los profesores y quejarse a la psicóloga del equipo psicosocial.

El padre, Marcos, y la madre, Leia, nunca discuten por su hijo. Él siempre amargado, ella siempre cansada, bastante tiene cada uno con lo suyo.

Él madruga mucho; ella algo menos. Él apura un café solo a toda prisa; ella le añade unos Kellogg y un zumo. Entre ambos no tienen más que un único hijo, ¡un hijo solo!

Cuando Hugo llega del cole se pone a sus tareas. Cuando acaba se pone a la tele. Cuando se aburre se pone al móvil. Cuando se harta se pone una pizza.

Luego ya llegan ellos. Escenifican una cena juntos, en una cocina coqueta, con isla y mucho ruido. El extractor, el lavavajillas, la lavadora, la radio... todo junto, así se nota menos el silencio.

Mas tarde dormitan una siesta delante de la tele, justo antes de irse a dormir a una cama de uno sesenta. Ninguno disfruta con amplitud del sueño seguro. Ella se pasa las noches zurciendo los días, el tramando emociones que... tal vez, algún día...

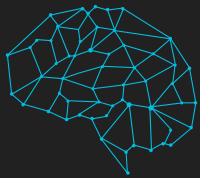
Hugo se despierta pensando en las batallas perdidas en los juegos online. De puro nervio se muerde las uñas, se arranca los pelos, se corta en las piernas con una navajita multiusos, que le regalaron cuando fue a un campamento de verano.

Un día, al hacerse su cama -que es cosa suya- descubrió sangre en la bajera. Intentó lavarla, para que no se enteraran, pero no consiguió más que ampliar el desastre.

Cuando su madre se enteró, ¡tardó tres días!, le sonsacó asustada. Descubrió las uñas roídas, las heridas en las piernas y una calva en la nuca.

El padre lo riño, ella lo consoló, ambos le revisaron las lesiones, y, tras acusarse entre ellos, pidieron a su pediatra de cabecera que le enviaran a salud mental.

Y aquí lo tengo. En silencio. Con un móvil en la mochila. Y una llave colgada del cuello.



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

Ramon Bayes

Professor emérito. Universitat Autònoma de Barcelona

EL CREATIVO

- Margarita, estoy muy contento. Creo que he vendido a un alto subsecretario con barba la idea para un tendedor de manos. Si funciona me ha prometido un substancioso porcentaje de los Fondos europeos
- Eres genial cariño. ¿Para qué sirve?
- Es como un tendedor de ropa, pero de manos. Cuando un político gana las elecciones o decide algo que no conviene a la oposición siempre termina su discurso asegurando que el gobierno tiene la mano tendida. El problema reside en que nadie la coge y con el tiempo se llena de gusanos y termina por gangrenarse y caerse.
- ¿Y qué solución has pensado?
- Tras observar centenares de videos en televisión he deducido que nadie la coge porque la mano que ofrecen los jefes de gobierno a los líderes de la oposición no es suficientemente atractiva.
- En un tendedor de manos estarían expuestas todo tipo de manos: pequeñas, grandes, blancas, negras, de cuatro dedos, de seis... El destinatario siempre podría elegir con toda libertad la que le gustase más. Además, durante diez días funcionaría un pulverizador automático que no solo retrasaría el deterioro celular sino que impregnaría las manos de un delicado perfume cuyo poder atractivo se habría probado antes, en doble ciego, en los laboratorios secretos del mejor perfumista de Francia.
- Eres muy listo, Luis. ¿Y si en tiempo de pandemia lo de la mano tendida se interpreta como fuente de contagio?
- No hay problema, la idea guía del proyecto es muy flexible. Se podría sustituir fácilmente por un tendedor de codos. Y si cambiaran las normas sociales, incluso podría convertirse en tendedor de narices, de orejas o de sobacos.
- Te quiero Luis. Eres un auténtico influencer. Mientras me lo explicabas ya se ha formado una larga cola de seguidores sonrientes con un like en una mano y el dedo de señalar apuntando el cielo.
- Eres muy generosa Margarita, pero yo solo he contado 53 likes y entre ellos, un par procedían de nacionalistas digitalizados, que no pueden votar, aunque sus ambiciosos partidos les inciten a ello.
- La perfección no existe, querido Luis. O, en todo caso, parafraseando a Somerset Maugham, el camino que nos conduce a ella es más estrecho la ranura de una urna de votaciones.