



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

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

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

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

**X. Segú<sup>1</sup>, A. Rodríguez-Rey<sup>1</sup>, M. M. Sánchez-Rodríguez<sup>1</sup>, F. Piazza<sup>1</sup>, M. Primé-Tous<sup>2</sup>, N. Arbelo<sup>3</sup>,  
I. Morilla<sup>2</sup>, C. López-Solà<sup>1</sup>, B. Carreras<sup>1</sup>, G. Anmella<sup>3</sup>, P. Gavín<sup>2</sup>, I. Martín-Villabla<sup>2</sup>, D. Hidalgo<sup>3</sup>,  
J. Guarch<sup>2</sup>, J.M. Peri<sup>1</sup>, E. Vieta<sup>3</sup>, X. Torres<sup>1</sup>**

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

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



## RESUMEN

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

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

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

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

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

## ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

### DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

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

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

Eduard Vieta ha recibido apoyo para la investigación o se ha desempeñado como consultor, asesor o ponente de AB-Biotics, Abbott, Abbvie, Adamed, Angelini, Biogen, Celon, Dainippon Sumitomo Pharma, Ferrer, Gedeon Richter, GH

Research, Glaxo SmithKline, Janssen, Lundbeck, Organon, Otsuka, Rovi, Sage Pharmaceuticals, Sanofi-Aventis, Shire, Sunovion, Takeda y Viatris.

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

### FUENTES DE FINANCIACIÓN

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



## AGRADECIMIENTOS

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

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

## CONTRIBUCIONES

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

## INTRODUCCIÓN

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

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

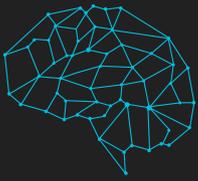
En algunos estudios la persistencia de síntomas se ha relacionado con la gravedad de la infección y la necesidad de hospitalización en fase aguda (Belkacemi et al., 2022; Cabreza-Martimbianco et al., 2021), mientras que otros estudios no lo reportan (Garrigues et al., 2020; Sykes et al., 2021).

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

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

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

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



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

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

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

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

Por tanto, basados en los estudios previos con otras patologías consideramos que la terapia ACT es un enfoque con suficiente evidencia científica en pacientes con patologías médicas en las que son prevalentes síntomas de fatiga y el

dolor crónico y que puede ser aplicada a pacientes con sintomatología de Covid persistente con el objetivo de mejorar su funcionalidad y calidad de vida.

## MÉTODO

### OBJETIVOS DEL ENSAYO CLÍNICO

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

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

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

### DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

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

### RESUMEN DE LAS SESIONES (TABLA 1)

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

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



**TABLA 1. Resumen de las sesiones**

Sesión 1: <b>presentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas del grupo: compromiso, respeto y confidencialidad</li> <li>- Presentación individual de cada paciente: historia con el COVID-19, sus síntomas persistentes y limitación en áreas funcionales.</li> <li>- Actitud terapéutica del profesional (empatía y autenticidad)</li> <li>- Estrategias de mentalización para promover la empatía y el apoyo mutuo.</li> <li>- Se explica el objetivo asistencial del tratamiento: "Vivir una vida que valga la pena de ser vivida" (incrementando calidad de vida y funcionalidad).</li> </ul>
Sesión 2: <b>Bases para la aceptación y psicoeducación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploración repertorio conductual en situación pasada "similar".</li> <li>- Plantear la posibilidad de que los síntomas no se puedan eliminar</li> <li>- Psicoeducación de las emociones: mensaje y función. Triple sistema de respuesta (cognición, emoción y conducta), haciendo énfasis en los cambios conductuales</li> </ul>
Sesión 3: <b>Valores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discusión fenómeno de atención de túnel en respuesta al malestar vs ensanchamiento del foco atencional.</li> <li>- Ejercicio de identificación de valores: Definir valores específicos en los ámbitos preciados.</li> <li>- Enmarcar en clave temporal: Dar cuenta de la finitud de la vida en general y de los intervalos vitales limitados en los que es posible realizar una acción determinada.</li> </ul>
Sesión 4: <b>Clarificación de valores y metas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Metáfora del Jardín": los síntomas como "malas hierbas"</li> <li>- Ir concretando conductas en dirección a los valores: acción comprometida</li> <li>- Agendar tareas terapéuticas</li> </ul>
Sesión 5: <b>Sufrimiento humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar tareas, conceptualizar dificultades</li> <li>- Ejercicio "la lucha/no lucha con los papeles"</li> <li>- Introducir conceptos de sufrimiento primario y sufrimiento secundario.</li> </ul>
Sesión 6: <b>Compromiso y difusión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar tareas y objetivos terapéuticos</li> <li>- "Metáfora de la brújula que apunta al este"</li> <li>- Abordar dificultades en la realización de las tareas (utilización de diversas estrategias/herramientas de regulación emocional y afrontamiento, ejercicios experienciales de defusión.</li> </ul>
Sesión 7: <b>Recapitulación y mirada hacia el futuro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorización tareas</li> <li>- Síntesis de lo experimentado y aprendido durante el grupo</li> <li>- Planificación de próximas tareas</li> </ul>
Sesión 8 y 9: <b>Prevención de recaídas (Frecuencia inter-sesión de 2 semanas y 1 mes respectivamente)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorización tareas</li> <li>- Actualización de tareas y seguimiento de los objetivos terapéuticos planteados</li> <li>- Despedirnos del grupo en la última sesión</li> </ul>

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

## BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS SESIÓN A SESIÓN

### Sesión 1:

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

la tristeza, los sentimientos de inferioridad o de incapacidad. Se incluye aquí todo el rango de afectos que puede experimentar un ser humano.

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



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

## Sesión 2

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

se conceptualiza como necesario para poder favorecer procesos propios de la aceptación de su nueva condición de salud.

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

## Sesión 3

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

## Sesión 4

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



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

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

### Sesión 5

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

### Sesión 6

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

### Sesión 7

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

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

### Sesión 8 y 9

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

### DISEÑO DEL ESTUDIO

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

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

### POBLACIÓN DEL ESTUDIO

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



Se describen los criterios de inclusión en el estudio:

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

Se describen los criterios de exclusión en el estudio:

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

## RECLUTAMIENTO

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

## ALEATORIZACIÓN

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

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

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

## PROCEDIMIENTO

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

## VARIABLES Y MÉTODOS DE EVALUACIÓN

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

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

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

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

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



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

## INSTRUMENTOS EVALUACIÓN

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

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

### ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA

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

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

### FUNCIONALIDAD

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

### ESCALA DE DOLOR

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

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

### ESCALAS DE DISNEA

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

### ESCALAS DE FATIGA

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

### ESCALAS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

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

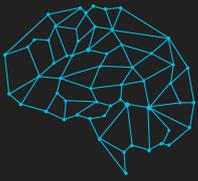
### ESCALAS DE VALORACIÓN DE TRASTORNOS EMOCIONALES

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

### ESCALAS DE VALORACIÓN DE ALTERACIONES COGNITIVAS

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

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



jas cognitivas en pacientes con sintomatología de Covid persistente.

## ESCALAS DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LA INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

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

## ANÁLISIS DE DATOS

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

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

## DISCUSIÓN

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

la menor repercusión posible en los distintos ámbitos de su vida (Gonda y Tarazi, 2022).

Además, cabe olvidar la mayor validez aparente y de constructo que nuestro enfoque tiene sobre la visión del ser humano, conceptualizando a este de una forma más holística, contextualizada y conciliadora respecto a todo el rango de afectos, cogniciones y conductas que se pueden experimentar. Por este motivo, consideramos que dichos abordajes se adaptan mejor a la realidad individual de cada uno, con los potenciales beneficios terapéuticos que esto supone. Además, nos permite acercarnos a una atención sanitaria actualizada, sensible, rigurosa y de calidad.

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

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



Tratamiento psicológico grupal para pacientes con sintomatología de Covid persistente...

X. Segú y cols.

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

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

## BIBLIOGRAFÍA

- Adamson, J., Ali, S., Santhouse, A., Wessely, S., y Chalder, T. (2020). Cognitive behavioural therapy for chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: outcomes from a specialist clinic in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(10), 394–402. <https://doi.org/10.1177/0141076820951545>
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 104: 771-6.
- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., y Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 17(2), 264–277. <https://doi.org/10.1111/pme.12885>
- Arnanz, I., Martínez, M., Recio, S., Blasco, R., de Inestrosa, B. P., y Almazán, S. (2021). Las escalas en la COVID-19 persistente. *Medicina General y de Familia*, 10(2), 79-84. [https://mgfyf.org/wp-content/uploads/2021/05/MGYF2021\\_017.pdf](https://mgfyf.org/wp-content/uploads/2021/05/MGYF2021_017.pdf)
- Ballering, A. V., Van Zon, S., Olde Hartman, T. C., Rosmalen, J., y Lifelines Corona Research Initiative (2022). Persistence of somatic symptoms after COVID-19 in the Netherlands: an observational cohort study. *Lancet (London, England)*, 400(10350), 452–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01214-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01214-4)
- Barker-Davies, R. M., O'Sullivan, O., Senaratne, K., Baker, P., Cranley, M., Dharm-Datta, S., Ellis, H., Goodall, D., Gough, M., Lewis, S., Norman, J., Papadopoulou, T., Roscoe, D., Sherwood, D., Turner, P., Walker, T., Mistlin, A., Phillip, R., Nicol, A. M., Bennett, A. N., y Bahadur, S. (2020). The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *British journal of sports medicine*, 54(16), 949–959. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3), 505-515.
- Belkacemi, M., Baouche, H., Gomis, S., Lassalle, M., Couchoud, C., y REIN registry (2022). Long-lasting clinical symptoms 6 months after COVID-19 infection in the French national cohort of patients on dialysis. *Journal of nephrology*, 35(3), 787–793. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01295-z>
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., y Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of rheumatology*, 37(10), 1991–2005. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100104>
- Bonnín, C. M., Yatham, L. N., Michalak, E. E., Martínez-Arán, A., Dhanoa, T., Torres, I., Santos-Pascual, C., Valls, E., Carvalho, A. F., Sánchez-Moreno, J., Valentí, M., Grande, I., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., y Reinares, M. (2018). Psychometric properties of the well-being index (WHO-5) spanish version in a sample of euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 228, 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.006>
- Cabrera-Martimbiano, A. L., Pacheco, R. L., Bagattini, Â. M., y Riera, R. (2021). Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *International journal of clinical practice*, 75(10), e14357. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14357>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022) [Last accessed: February 20, 2022] <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
- Chopitea, A., Noguera, A., & Centeno, C. (2006). Algunos instrumentos de evaluación utilizados en cuidados paliativos (II): el cuestionario breve de dolor (Brief Pain Inventory, BPI). *Medicina paliativa*, 13(1), 37-42.
- Clery, P., Starbuck, J., Laffan, A., Parslow, R. M., Linney, C., Leveret, J., y Crawley, E. (2021). Qualitative study of the acceptability and feasibility of acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome. *BMJ paediatrics open*, 5(1), e001139. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001139>
- Costas-Carrera, A., Sánchez-Rodríguez, M. M., Cañizares, S., Ojeda, A., Martín-Villalba, I., Primé-Tous, M., Rodríguez-Rey, M. A., Segú, X., Valdesoiro-Pulido, F., Borrás, R., Peri, J. M., y Vieta, E. (2022). Neuropsychological functioning in post-ICU patients after severe COVID-19 infection: The role of cognitive reserve. *Brain, behavior, & immunity - health*, 21, 100425. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100425>
- Crook, H., Raza, S., Nowell, J., Young, M., y Edison, P. (2021). Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374(1648). <https://doi.org/10.1136/bmj.n1648>
- Duarte, R. E., Velasco, Á. E., Sánchez, J. J., y Reyes, L. I. (2017). Adaptation and validación de la escala de impacto de fatiga. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(1), 2585-2592. <http://doi.org/10.1016/j.aiiprr>
- Fernández-de-las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., Cuadrado, M.L., y Florencio, L.L. (2021). Defining post-COVID symptoms (Post-acute COVID, long COVID, persistent Post-COVID): An integrative classification. *Int J Environ Res Public Health*.
- Fowler-Davis, S., Platts, K., Thelwell, M., Woodward, A., y Harrop, D. (2021). A mixed-methods systematic review of post-viral fatigue interventions: Are there lessons for long Covid. *PLoS one*, 16(11), e0259533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259533>
- Gallego, M. L., Ferrándiz, M. H., Garriga, O. T., Nierga, I. P., López-pousa, S., y Vilalta, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer. Real Invest Demenc.*, 43, 4–11.
- Garrigues, E., Janvier, P., Kherabi, Y., Le Bot, A., Hamon, A., Gouze, H., Doucet, L., Berkani, S., Oliosi, E., Mallart, E., Corre, F., Zarrouk, V., Moyer, J. D., Galy, A., Honsel, V., Fantin, B., y Nguyen, Y. (2020). Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *The Journal of infection*, 81(6), 4–6. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>
- Gonda, X., y Tarazi, F. I. (2022). Well-being, resilience and post-traumatic growth in the era of Covid-19 pandemic. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 54, 65–66. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.08.266>
- Groff, D., Sun, A., Ssentongo, A. E., Ba, D. M., Parsons, N., Poudel, G. R., Le-koubou, A., Oh, J. S., Ericson, J. E., Ssentongo, P., y Chinchilli, V. M. (2021). Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA network open*, 4(10), e2128568. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28568>



24. Guan, W., Ni, Z., Hu, Yu., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D.S.C., Du, B., y Li, L. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 382(18), 1708 – 1720.
25. Håkansson, A., Cronhjort, M., Lidin-Darlington, P., Lilja, G., Nilsson, A., Schandl, A., y Friberg, H. (2022). Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT) vs. Standard Care After Critical Illness Due to COVID-19: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*, 13, 907215. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.907215>
26. Hann, K.E., y McCracken, L.M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: outcome domains, design quality, and efficacy. *J. Contextual Behav. Sci.* 3 (4), 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001>.
27. Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168
28. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
29. Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory. A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
30. Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2012). Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness). Bilbao: Desclée de Brouwer
31. Hayes S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
32. Hegarty, R., Fletcher, B. D., Conner, T. S., Stebbings, S., y Treharne, G. J. (2020). Acceptance and commitment therapy for people with rheumatic disease: Existing evidence and future directions. *Musculoskeletal care*, 18(3), 330–341. <https://doi.org/10.1002/msc.1464>
33. Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General hospital psychiatry*, 25(4), 277–283.
34. Houben, S., y Bonnechère, B. (2022). The Impact of COVID-19 Infection on Cognitive Function and the Implication for Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7748. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137748>
35. Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., y McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552–568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
36. Jonsjö, M., Wicksell, R., Holmström, L., Andreasson, A., y Olsson, G. (2019). Acceptance & Commitment Therapy for ME/CFS (Chronic Fatigue Syndrome) – A feasibility study, *Journal of Contextual Behavioral Science*. 12, 89–97.
37. Krishnan, K., Miller, A. K., Reiter, K., y Bonner-Jackson, A. (2022). Neurocognitive Profiles in Patients with Persisting Cognitive Symptoms Associated With COVID-19. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 37(4), 729–737. <https://doi.org/10.1093/arclin/acac004>
38. Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., Taylor, S., Rayner, C., Husain, L., y Greenhalgh, T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. *BMC health services research*, 20(1), 1144. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>
39. Launois, C., Barbe, C., Bertin, E., Nardi, J., Perotin, J.M., Dury, S., Lebagry, F., y Deslee, G. (2012). The modified Medical Research Council scale for the assessment of dyspnea in daily living in obesity: a pilot study. *BMC Pulm Med*, 12:61.
40. Llach, C. D., y Vieta, E. (2021). Mind long COVID: Psychiatric sequelae of SARS-CoV-2 infection. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 49, 119–121. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.019>
41. Logue, J. K., Franko, N. M., McCulloch, D. J., McDonald, D., Magedson, A., Wolf, C. R., y Chu, H. Y. (2021). Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection. *JAMA network open*, 4(2), e210830. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0830>
42. Macpherson, K., Cooper, K., Harbour, J., Mahal, D., Miller, C., y Nairn, M. (2022). Experiences of living with long COVID and of accessing healthcare services: a qualitative systematic review. *BMJ open*, 12(1), e050979. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050979>
43. Mazza, M. G., Zanardi, R., Palladini, M., Rovere-Querini, P., & Benedetti, F. (2022). Rapid response to selective serotonin reuptake inhibitors in post-COVID depression. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 54, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.09.009>
44. Mendelson, M., Nel, J., Blumberg, L., Madhi, S. A., Dryden, M., Stevens, W., y Venter, F. (2020). Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. *South African medical journal; Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 111(1), 10–12. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v111i1.15433>
45. Miskowiak, K. W., Fugledalen, L., Jespersen, A. E., Sattler, S. M., Podlekareva, D., Rungby, J., Porsberg, C. M., & Johnsen, S. (2022). Trajectory of cognitive impairments over 1 year after COVID-19 hospitalisation: Pattern, severity, and functional implications. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 59, 82–92. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.04.004>
46. Natori, H., Kawayama, T., Suetomo, M., Kinoshita, T., Matsuoka, M., Matsunaga, K., Okamoto, M., y Hoshino, T. (2016). Evaluation of the Modified Medical Research Council Dyspnea Scale for Predicting Hospitalization and Exacerbation in Japanese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Intern Med*, 55(1):15-24.
47. Nehme, M., Braillard, O., Chappuis, F., CoviCare Study Team, y Guessous, I. (2022). The chronification of post-COVID condition associated with neurocognitive symptoms, functional impairment and increased healthcare utilization. *Scientific reports*, 12(1), 14505. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18673-z>
48. Nesse, M. (2019). *Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*. Dutton: Penguin Random House. ISBN: 978-1101985663.
49. NICE. (2007). *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management clinical guideline*. <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG53>
50. NICE. (2009). *Depression in adults: recognition and management clinical guideline*. 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG90>
51. NICE. (2020). *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*. [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>].
52. NICE. (2021). *Insomnia: how should I assess a person with suspected insomnia?* 2021. <https://cks.nice.org.uk/topics/insomnia/diagnosis/assessment/>
53. Otared, N., Moharrampour, N., Vojoudi, B., y Najafabadi, A. (2021). A Group-Based Online Acceptance and Commitment Therapy for depression, anxiety



- symptoms and Quality of Life in healthcare workers during Covid-19 pandemic: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 21(3), Pages 399 – 411
54. Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*. Vol.12(2), 291-310
55. Shanbehzadeh, S., Tavahomi, M., Zanjari, N., Ebrahimi-Takamjani, I., y Amiri-Arimi, S. (2021). Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *Journal of psychosomatic research*, 147, 110525. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>
56. Shepherd, K., Golijani-Moghaddam, N., y Dawson, D. L. (2022). ACTing towards better living during COVID-19: The effects of Acceptance and Commitment therapy for individuals affected by COVID-19. *Journal of contextual behavioral science*, 23, 98–108. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.003>
57. Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczinski, F., y Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
58. Rosa, A.R., Mercadé, C., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., Mar Bonnin, C.D., Torrent, C., Grande, I., Sugranyes, G., Popovic, D., Salamero, M., Kapczinski, F., Vieta, E., y Martínez-Aran, A. (2013). Validity and reliability of a rating scale on subjective cognitive deficits in bipolar disorder (COBRA). *JAffect Disord*. 15;150(1):29-36. <https://doi: 10.1016/j.jad.2013.02.022>.
59. Schilling, C., Meyer-Lindenberg, A., y Schweiger, J. I. (2022). Kognitive Störungen und Schlafstörungen bei Long-COVID [Cognitive disorders and sleep disturbances in long COVID]. *Der Nervenarzt*, 93(8), 779–787. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01297-z>
60. Shepherd K, Golijani-Moghaddam N, Dawson DL. ACTing towards better living during COVID-19: The effects of Acceptance and Commitment therapy for individuals affected by COVID-19. *J Contextual BehavSci*. 2022;98-108.
61. Struyf, T., Deeks, J. J., Dinnes, J., Takwoingi, Y., Davenport, C., Leeflang, M. M., Spijker, R., Hoof, L., Emperador, D., Domen, J., Tans, A., Janssens, S., Wickramasinghe, D., Lannoy, V., Horn, S., Van den Bruel, A., y Cochrane COVID-19
62. Diagnostic Test Accuracy Group (2022). Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD013665. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013665.pub3>
63. Sykes, D. L., Holdsworth, L., Jawad, N., Gunasekera, P., Morice, A. H., y Crooks, M. G. (2021). Post-COVID-19 Symptom Burden: What is Long-COVID and How Should We Manage It?. *Lung*, 199(2), 113–119. <https://doi.org/10.1007/s00408-021-00423-z>
64. Tíscar-González, V., Sánchez-Gómez, S., Lafuente Martínez, A., Peña Serrano, A., Twose López, M., Díaz Alonso, S., Bartolomé-Rupérez, M., Portuondo-Jiménez, J., y Zorrilla-Martínez, I. (2022). Vivencias e impacto en la calidad de vida de personas con COVID persistente [Experiences and impact on the quality of life of people with long COVID]. *Gaceta sanitaria*, 37, 102247. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102247>
65. Trindade, I. A., Guiomar, R., Carvalho, S. A., Duarte, J., Lapa, T., Menezes, P., Nogueira, M. R., Patrão, B., Pinto-Gouveia, J., y Castilho, P. (2021). Efficacy of Online-Based Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of pain*, 22(11), 1328–1342. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.003>
66. van Kessel, S., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P., y van Jaarsveld, C. (2022). Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Family practice*, 39(1), 159–167. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab076>
67. Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K., y Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
68. Verduzco-Gutierrez, M., Rydberg, L., Sullivan, M. N., y Mukherjee, D. (2021). In This for the Long Haul: Ethics, COVID-19, and Rehabilitation. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 13(3), 325–332. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12554>
69. Vowles, K. E., y Sorrell, J. T. (2007). Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). *Unpublished manuscript*.
70. Willi, S., Lüthold, R., Hunt, A., Hänggi, N. V., Sejdou, D., Scaff, C., Bender, N., Staub, K., y Schlagenhaut, P. (2021). COVID-19 sequelae in adults aged less than 50 years: A systematic review. *Travel medicine and infectious disease*, 40, 101995. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.101995>.
71. Wilson, K. G., y Luciano, C. (2014). Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores. Ediciones Pirámide.
72. Wong, A. W., Shah, A. S., Johnston, J. C., Carlsten, C., & Ryerson, C. J. (2020). Patient-reported outcome measures after COVID-19: a prospective cohort study. *The European respiratory journal*, 56(5), 2003276. <https://doi.org/10.1183/13993003.03276-2020>
73. World Health Organization (2022). Living guidance for clinical management of COVID-19. WHO/2019-nCoV/Clinical/2022.2
74. Wu, X., Liu, L., Jiao, J., Yang, L., Zhu, B., y Li, X. (2020). Characterisation of clinical, laboratory and imaging factors related to mild vs. severe covid-19 infection: a systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, 52(7), 334–344. <https://doi.org/10.1080/07853890.2020.1802061>
75. Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious diseases (London, England)*, 53(10), 737–754. <https://doi.org/10.1080/23744235.2021.1924397>