

PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

www.psicosomaticaypsiquiatria.com

Revista indexada en



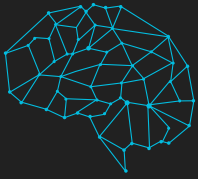
Revista incluida en SciELO España



26

AÑO 2023

JULIO • AGOSTO • SEPTIEMBRE



LARGOS RECORRIDOS: DEL MORBO MENTIS A LOS EVENTOS Y LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

LONG TOURS: FROM MORBO MENTIS TO EVENTS AND COMPLEMENTARY THERAPIES

J.M. Farré

Editor

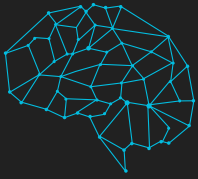
*Lo que miras a tu alrededor
no son flores, pájaros, nubes
sino
existencia
No, son flores, pájaros, nubes.*

Rafael Cadenas
(Premio Cervantes 2022).

“En nuestro trabajo es mandatorio mantener un ojo en la relación empática con el paciente y otro en sus sinapsis”. Este es el epílogo con el que cierra “Morbo Mentis”, el libro con el que Enric Álvarez nos regala su inicio de jubilación activa. Unos papeles que nos permitimos comentar en la sección correspondiente y en la que el Psiquiatra sin fisuras que ha sido Enric nos relata –con espíritu divulgativo- 11 casos vividos por el en un recorrido por diversas patologías,

comportamientos y emociones que son seleccionados de la consulta que marcó la extensa y fructífera vida profesional de un espíritu libre, constante, resuelto, que no se aparta nunca de la razón, pero que no puede evitar -como buen médico- que la emoción le acompañe en el camino conjunto que ha recorrido con estos 11 dolientes compartiendo vívidas historias a la búsqueda de neutralizar sus distorsiones y recuperar el paisaje amable de la vida.

El Simposio y esta publicación están íntimamente ligados, no en vano publicamos los abstracts de las comunicaciones seleccionadas. El 27 de octubre será el momento en que nos reunimos, discutimos, nos sorprendemos, nos ilusionamos y recogemos cosechas inesperadas. No se lo pierdan, en la modalidad que prefieran; y participen con sus comunicaciones libres, las novedades del siempre omnipresente delirium o el empeño permanente de encontrar los encuentros y desencuentros del Grial terapéutico como son los



particularismos de la combinación -o no- de psicofármacos y TCC, con una interesante visita al mundo propio de la salud mental perinatal. Pero sobre todo no obvien el dueto final de los mejores expertos de nuestro firmamento -y de algunos más allá de fronteras- en la siempre debatida personalidad, Soler y Torrubia, un lujo que nos podremos permitir.

Y siguiendo en la misma onda, en la Agenda encontrarán los detalles del 50 (nada más y nada menos), congreso de la SEMP, la Sociedad de la que somos publicación oficial. Será en Madrid el 3 y 4 de noviembre, con un programa muy atractivo en la que se revisan tópicos importantes como la situación de, entre otros, la adolescencia, la soledad, el Burnout, trastornos funcionales, el estrés o nuevas estrategias en psicofarmacología. Y nuestra otra sociedad oficial, la MARES, ya calienta motores en la organización del Congreso Mundial de Salud Mental Perinatal a celebrar en Barcelona del 4 al 8 de septiembre de 2024.

En la sección de Psicología y Psiquiatría de Enlace, perfectamente coordinada por Ignacio Gómez Reino y con las imprescindibles colaboraciones de Gemma Mestre e Iris Tolsosa, destaca una gran noticia: el curso de Psiquiatría Psicología y de Enlace, organizado por el Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicología y Enlace de Sociedad Española de Psiquiatría; un curso con 4 periodos lectivos y con docentes de primera línea que abordan de forma original y altamente pedagógica los grandes temas que conforman el mundo del enlace y la psicología, conformado por la cooperación entre la psiquiatría, la psicología clínica y la medicina y enfermería ante el proceso de enfermar y su triangulación en factores biológicos, ambientales y de dimensiones y categorías de personalidad, con especial atención a la comorbilidad. Por ello está dirigido a psiquiatras, médicos implicados y otros profesionales en la onda. A seguirlo.

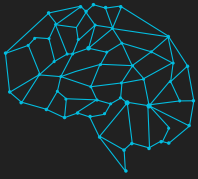
En cuanto al contenido nuclear, la revisión sistemática de las intervenciones con educación emocional en duelo por pérdida de un ser querido en niños y adolescentes, permite a Aleix Moreno (UOC) y Elizabet Tasa (UOC y Clínic de Barcelona) una mirada de sumo interés, para también reflejar la necesidad de depurar y mejorar los instrumentos utilizados, a fin, de implementar la claridad de los resultados. Belén García del HU de Móstoles, asociada a colegas, de la Fundación Jiménez Díaz, acuden a soluciones mixtas, en el Hospital de Día, (presencial y digitales), en la atención reglada a pacientes de riesgo, con primeros brotes psicóticos, coincidiendo con la etapa de confinamiento COVID.

El enlentecimiento obsesivo, resistente e incapacitante, objeto de revisión bibliográfica, reforzada con un caso clínico y un tratamiento multitécnico y multidisciplinar, es defendido por Nadia Sanz y sus asociados del Parc Taulí de Sabadell. Un cuadro muy difícil de abordar pero que resuelven con profundidad y elegancia. Cecilia Pedro y sus colegas del HU de Coímbra, reportan un caso de consumo de sustancias en una adolescente, bien revisado y estructurado, enfatizando en la complejidad de dichas situaciones y la necesidad de una intervención temprana.

El Comité Editorial se siente muy satisfecho con la consolidación de la sección "Definiciones" que cumple sobradamente con su objetivo. En este número, uno de los mejores especialistas en el tema, Rubén Nieto (UOC) se asocia a Mayte Serrat (Unidad de Sensibilización Central del HU Vall d'Hebron de Barcelona) y Juan V. Luciano (UAB). Definen con conocimiento de causa el dolor con una precisa y deliciosa entrada histórica, revisan el paso de la experiencia adaptativa al reto terapéutico del dolor crónico, asociado o no a problemas de salud mental. Después de ajustar el tema con la definición de la Asociación Internacional, lo consolidan definitivamente con la aproximación pluridisciplinar y nos ofrecen las razones por lo que no se aplica la evidencia disponible. El final es polémico y no tiene desperdicio; mejor se lo dejamos para Uds.

El Observatorio vuelve a acertar con el abordaje de las llamadas Terapias Complementarias, y concretamente el arte aplicado, una vieja historia a la que los participantes le dan la vuelta en un brillante ejercicio de profesionalidad y acierto expositivo, perfectamente coordinados por Diana Molina la coordinadora de la Sección. De hecho, la OMS ya ha instado a introducir las prácticas artísticas en las políticas sanitarias.

Jesús Artal compartió el proyecto musical "Mupsique" o "la Voz del paciente", basándose en una ya amplia experiencia coral del autor y sus colaboradores, asociados con los propios afectados. No se pierdan los argumentos, científicamente muy bien contruidos, aunque sin ninguna pretenciosidad metodológica, pero sobretodo los clínicos/asistenciales en los que se hace evidente la pasión consoladora de uno de los profesionales más brillantes y empáticos. Un psiquiatra que hace de la proximidad terapéutica la guía íntima por la que se debe circular, sumergido en la tarea cotidiana de la necesaria humanización en los procesos de curación. Artal, como sus compañeros de viaje en estas singladuras, considera que "el objetivo del arte no es curar, pero si ayudar a



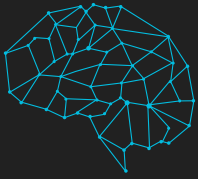
humanizar los procesos de curación y los entornos en los que se desarrollan".

En un cambio de énfasis particularmente fulgurante, toman el relevo los propios artistas, comandados por el brillante escultor Jaume Marcó que conjuga el trabajo creativo plástico y de restauraciones impactantes en el ámbito internacional, con las labores docentes. Lidera un obrador artesano con 550 años de actividad. Contando con la enorme capacidad organizativa y el entusiasmo inventivo de Pilar Alsina, nos pasean por el proyecto que intitulan "Taller de Arte Divergente" destinado a desestigmatizar, reforzar el bienestar emocional y la mejora de la Salud mental y contribuir a la reinserción social. Encuadrado en espacios perfectamente dotados y con la ayuda de Imma de Batlle, creativa plástica, ejecutan el plan con la Fundación Drissa destinada a la mejora en calidad de vida en salud mental. Dibujo y sobretodo remodelación del barro -cerámica esencial- son los elementos centrales de un experimento que esta siendo analizado metodológicamente y cuyos efectos balsámicos y de sugestivo futuro podría concretarse en una frase absolutamente deliciosa de una paciente: "el barro ha dibujado estrellas en mis cicatrices"

Un compañero de muchas singladuras en nuestros avatares profesionales, Jordi Blanch, nos introdujo en la organización Arts in Health International Foundation, del que es cofundador, y que mide la respuesta terapéutica con evidencias contrastadas, de los experimentos terapéuticos diferenciados según los diversos cuadros clínicos. Se trata del "visual thinking", que cuenta con la colaboración de diversos museos catalanes y que lidera el Museo Nacional de Arte de Catalunya. A través de los cuadros se refleja una expresión y una sensación de diversas pinturas que generen relajación (vg en cuadros de ansiedad) o activación (depresión). También experimentan con otras expresiones del arte como la danza (Parkinson)...

Sea como sea, tal parece que el arte puede ser altamente positivo en el devenir de nuestros pacientes. Como decía -y sentía- uno de los implicados en el programa de Arte Divergente, "como una mariposa, viajé antes que el destino".

J.M. Farré Martí
Editor



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 20/02/2023. Aceptado: 18/05/2023

EFFECTS OF GRIEF EDUCATION PROGRAMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS FACING THE LOSS OF A LOVED ONE: A PRISMA-DRIVEN SYSTEMATIC REVIEW

EFFECTS OF GRIEF EDUCATION PROGRAMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS FACING THE LOSS OF A LOVED ONE: A PRISMA-DRIVEN SYSTEMATIC REVIEW

A. Moreno-Sánchez^{1,3}, E. Tasa-Vinyals^{2,3}

1. Psicólogo y psicoterapeuta humanista. Máster en Psicoterapia Integradora Humanista. Máster universitario en Psicología Infantil y Juvenil: Técnicas y Estrategias de Intervención. Psicoterapeuta y colaborador docente, Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista de Barcelona. ORCID: 0000-0003-2664-3760. Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista de Barcelona.

2. Médico psiquiatra y psicóloga. Máster en investigación clínica aplicada. Postgraduada en psicoterapia integradora. Máster en Gender Studies, Intersectionality and Change. Psiquiatra infantojuvenil, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona. Profesora colaboradora, Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación, Universitat Oberta de Catalunya. ORCID: 0000-0003-4778-1441 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona.

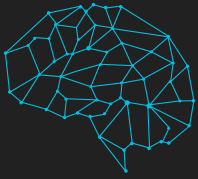
3. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación. Universitat Oberta de Catalunya.

Correspondencia: Aleix Moreno-Sánchez. morenosanchez.aleix@gmail.com.

C/ Madrazo, 113, entlo. 2º, 08021 Barcelona. 932 01 10 16

Declaración de autoría, buenas prácticas y cesión de derechos:

- 1) Financiación: este estudio no ha recibido ningún tipo de financiación para su realización. Nadie, además de los autores, ha participado en el diseño del estudio, interpretación de resultados o redacción del manuscrito.
- 2) Contribución: AMS y ETV diseñaron el estudio y escribieron el protocolo. AMS realizó los análisis. AMS y ETV contribuyeron al redactado del trabajo original. AMS realizó la traducción al castellano del manuscrito. ETV revisó el texto final y lo adaptó a las normas de la revista. Una versión preliminar del trabajo fue presentada como trabajo de fin de máster de AMS para la obtención del título de Máster universitario en Psicología Infantil y Juvenil: Técnicas y Estrategias de Intervención, por la Universitat Oberta de Catalunya.
- 3) Conflictos de intereses: los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.



RESUMEN

Introducción. Diferentes estudios surgidos desde el año 2020 indican que 5,2 millones de niños y niñas han perdido al menos un progenitor o cuidador como consecuencia de la pandemia de COVID-19. Estos datos ponen de manifiesto la importancia de educar en el duelo a los niños y adolescentes y protegerlos de posibles complicaciones en la elaboración del duelo.

Objetivo. Analizar si hasta el momento se han realizado investigaciones que avalúen los efectos de los programas de educación emocional en la elaboración del duelo por la pérdida de un ser querido.

Método. Se ha realizado una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA que ha permitido identificar 8 estudios localizados en las bases de datos PsycInfo, Pubmed, ERIC y Dialnet que cumplieran con los criterios de inclusión.

Resultados y conclusiones. Los resultados indican que la educación emocional sí influye en la relación que los niños y adolescentes establecen con el duelo, la pérdida y la muerte. Asimismo, la falta de claridad en algunos resultados y el uso de instrumentos no específicos para evaluar el duelo, hace que estos deban ser valorados con precaución y hace aconsejable más investigación que supere las limitaciones de la actual.

Palabras clave: Duelo. Educación emocional. Terapia centrada en las emociones. Psicoeducación. Infancia. Adolescencia.

ABSTRACT

Introduction. Several studies published since 2020 claim that about 5.2 million children have lost at least one parent or parental figure to COVID-19. These data support the importance of grief psychoeducation with children and adolescents as this may be an effective intervention to protect them from eventual complications, such as prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, or others.

Aim. To analyse whether research has been conducted up to date on the effects of grief psychoeducation or emotional education programs on grief processes following the death of a parent or another loved one in children and adolescents.

Materials and Methods. A PRISMA-driven systematic review has been carried out using databases PsycInfo, Pubmed, ERIC and Dialnet. 8 studies meeting all inclusion criteria have been identified and analysed.

Results and conclusions. Results suggest that emotional education significantly impacts grieving processes in children and adolescents, besides shaping their relationships with bereavement, loss and death. Nonetheless, some of the located study results lack clarity and many studies did not use specific instruments to evaluate grief. This calls for prudence when interpreting positive results and encourages future research that hopefully overcomes limitations identified in previous studies.

Keywords: Grief. Bereavement. Emotion-focused therapy. Education. Psychoeducation. Child. Adolescent.

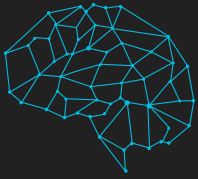
INTRODUCCIÓN

Más de dos años después del inicio de la pandemia de coronavirus, y con una progresiva recuperación de la normalidad sanitaria, la salud mental parece estar centrando gran parte de los debates en materia de salud.

En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en marzo de 2022 (WHO, 2022), se presentan algunos datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia en la salud mental de la población mundial. Este estudio se basa en revisiones sistemáticas y metaanálisis de los años 2020 y 2021. A partir de estos datos iniciales, se explica que la pandemia ha provocado un aumento del 27,6% de los casos de trastorno depresivo mayor y un aumento del 25,6% de los casos de trastorno de ansiedad.

Se explica también que las mujeres han sufrido una mayor afectación de la salud mental en comparación con los hombres y que, la población joven, especialmente en el rango de 20 a 24 años, han sufrido una mayor afectación que la población superior a estas edades (Santomauro et al, 2021). Cuando nos centramos en la afectación de la pandemia en la salud mental de los niños y adolescentes, en ambos metaanálisis (Racine et al. 2020; Kunzler et al. 2021) realizados con estas franjas de edad, se observa que el incremento en los niveles de sintomatología de depresión y ansiedad son similares: 1 de cada 4 sufre síntomas depresivos y 1 de cada 5, síntomas de ansiedad.

Si centramos la atención en la prevalencia global de los síntomas depresivos y de ansiedad en niños y jóvenes hasta los 18 años durante la pandemia de COVID-19, se ha ob-



servado un incremento hasta el 25,2% de los síntomas de depresión y el 20,5% de los síntomas de ansiedad. De nuevo se observa una mayor prevalencia en la población femenina (Kunzler et al. 2021).

EL GRAN SILENCIADO DE LA PANDEMIA: EL DUELO

Desde el inicio de la pandemia se ha hablado mucho de las cifras de contagio y, desgraciadamente, también de las defunciones. Aunque se han generado espacios para hablar de aquellos que han sufrido una o más pérdidas a lo largo de la pandemia, los efectos de esta sobre la salud mental de la población, sobre todo en forma de sintomatología ansiosa y depresiva, están centrando el debate de la salud mental, dejando de lado otras problemáticas como es el caso del duelo.

En muchos casos de niños y adolescentes, la pandemia habrá significado la primera experiencia relacionada con la muerte. A menudo, la falta de educación en esta materia puede originar dificultades en la posterior elaboración del duelo. Si a la pérdida le añadimos la imposibilidad de realizar una despedida o ceremonia por las restricciones de la pandemia, las posibilidades que se puedan producir complicaciones en el duelo, aumentan (Magaña et al., 2022).

En relación con las posibles complicaciones, se ha observado que hasta un 40% de los niños que se encuentran en un proceso de duelo, acaban sufriendo algún tipo de trastorno mental un año después de la pérdida. En el caso de los adolescentes, un 37% cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor un año después de la pérdida de un progenitor (Guillén et al., 2013). Los efectos negativos de la falta de educación emocional ante la pérdida de un ser querido, justifican la importancia de investigar no sólo las consecuencias y las posibles complicaciones psicológicas y emocionales, sino también de incentivar la educación en este terreno.

Desde el año 2020 hasta la actualidad, han surgido artículos y estudios que investigan sobre la muerte y el duelo, la mayoría de los cuales lo hacen con una mayor atención a la población adulta. Sin embargo, ¿qué ocurre cuando nos centramos en la población infantil y juvenil? Diferentes estudios que se han centrado en esta temática han aportado datos que ponen de manifiesto la relevancia de este fenómeno. En los primeros 20 meses de pandemia se calcula que cinco millones de muertes por COVID-19 implicaron que 5,2 millones de niños y niñas perdieran al menos un progenitor o cuidador. De estos, 2,1 millones de niños y adolescentes entre 10 y 17 años han quedado huérfanos por la pandemia

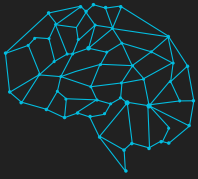
de COVID-19 (Unwin et al., 2021). Ciertamente, las cifras son claras y anunciar la importancia de un fenómeno que parece no existir a ojos de la opinión pública.

Para abordar esta temática es imprescindible poder comprender, en primer lugar, qué es la pérdida, qué es el duelo, y las implicaciones que estos fenómenos pueden tener en la infancia y la adolescencia. El concepto de pérdida puede tener diferentes significados en función del objeto al cual se hace referencia, pero, en términos generales, la pérdida se origina después de una experiencia desencadenante que produce una situación de separación de la figura u objeto en cuestión (Nomen, 2007). La afectación que puede tener esta pérdida, dependerá del significado que cada persona le otorgue. En la Escala de Reajuste de Holmes y Rahe (1967), podemos encontrar hasta 43 ítems diferentes, ordenados de mayor a menor gravedad cuando nos referimos a tipos de pérdida. Asimismo, es importante remarcar que los cambios políticos, sociales y culturales, pueden implicar que esta clasificación ya no sea lo suficientemente válida para los estándares actuales.

Por su parte, Tizón (2004) hace una propuesta de clasificación a partir de cuatro tipos de pérdida: *pérdidas relacionales*, *pérdidas materiales*, *pérdidas intrapersonales* y *pérdidas evolutivas*. Podemos ver que, el concepto de pérdida, estrechamente relacionado con el proceso de duelo, hace referencia a elementos que van más allá de la pérdida de seres queridos. En otras palabras, el proceso de duelo es una adaptación a una pérdida significativa (Nomen, 2007).

Cuando nos referimos a la pérdida de un ser querido, es comprensible que puedan aparecer dificultades psicológicas y emocionales como un proceso natural en la vivencia del duelo. Este proceso queda bien recogido en la propuesta de Elisabeth Kübler-Ross (1969) en la cual la autora propone cinco fases habituales y esperables en la evolución del duelo: *negación*, *ira*, *negociación*, *depresión* y *aceptación*. Si bien no es necesario pasar por las cinco fases ni vivirlas en un orden concreto, la vivencia en cada una de ellas determinará, en gran parte, cómo evolucionará el duelo.

Por su parte, Poch y Herrero (2003) explican cuáles son las características de un proceso de duelo. Es un *proceso*: el tiempo y el espacio son definitorios de este fenómeno. Es también *dinámico*, tal como propone Kübler-Ross, ya que la persona experimentará cambios durante el mismo. Este proceso es también *normal*, puesto que se trata de una reacción común ante una pérdida significativa, aunque las formas de afrontarlo



pueden ser diferentes en cada persona. Es, por lo tanto, un proceso íntimo que responde al carácter único e irrepetible de cada ser humano, pero que, a su vez, dependerá del *reconocimiento social*; es la persona y su entorno quien recibe la pérdida, hecho que posibilitará que inicie este proceso de forma individual pero también colectiva y, a menudo, a través de rituales culturales.

En función de cómo se desarrolle este proceso, podremos diferenciar entre un *duelo normal* o un *duelo complicado*. Las variables que pueden intervenir en esta diferenciación son: relacionales (tipo de relación que se tenía con la persona fallecida), circunstanciales (como se ha producido la pérdida), históricos (antecedentes en la familia y personales), de personalidad y sociales (Woden, 1997).

En relación a estas variables, hay algunos tipos de pérdidas que contribuyen a la gravedad y la posterior elaboración del duelo (Tizón, 2004):

- Las súbitas o inesperadas.
- Las precedidas por otras pérdidas recientes (sobre todo en los nueve meses previos).
- Las ocasionadas por desapariciones.
- Las prematuras (en especial de la madre antes de los 11 años).
- Las precedidas por un tiempo prolongado de cuidado de la persona fallecida.
- Las que comportan informaciones catastróficas.
- Las precedidas por relaciones pasionales intensas con el sujeto en las semanas anteriores.
- Las que presenten un exceso de culpa (persecutoria) ante el hecho.
- Las derivadas de muerte por suicidio.
- Las derivadas de muertes por homicidio.
- Las que sean resultado de catástrofes naturales, bélicas o de accidentes.
- Las indeclarables o inconfesables.
- Las múltiples.

Si nos fijamos en el contexto pandémico que nos ha acompañado durante los más de dos años desde que empezó la crisis sanitaria, podemos observar que, de la anterior lista, se destacan diferentes tipos de pérdida que pueden estar presentes en este contexto. Es esperable, pues, que los tipos de duelo que se han iniciado por las muertes de COVID –especialmente en los momentos de mayores restricciones– tengan más posibilidades de acabar siendo duelos complicados.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), incluye el duelo complicado dentro de la categoría *otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificados 300.89*

(F43.8), y lo define como *pena intensa y persistente y por reacciones al duelo*. Se indica, además, que este trastorno se incluye en la *sección III* correspondiente a los trastornos que requieren más estudio y que no están lo suficientemente definidos como para tener una categoría diagnóstica dentro de la clasificación oficial. Este hecho justifica, una vez más, la necesidad de seguir investigando el duelo y sus posibles complicaciones.

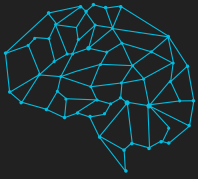
EL DUELO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Como ya se ha visto, existen definiciones y concepciones de los términos de pérdida y proceso de duelo, teniendo en cuenta que estos pueden ser vividos de forma diferente en función de las variables que intervengan. En el caso de la infancia y la adolescencia, estas diferencias son más notables si las comparamos con los adultos.

Según Poch y Herrero (2003), hay muchos mitos acerca de la vivencia de los niños y adolescentes ante la muerte. Algunos de estos mitos los alejan de los procesos que realizan los adultos, dado que se acostumbra a pensar que no son capaces de afrontar este tipo de situación. La consecuencia de esto es que, ante la falta de información sobre lo que está pasando, se dificulta que puedan iniciar su propio proceso de duelo. Teniendo en cuenta que la elaboración de la información que pueden realizar es diferente de la de los adultos, la información se tendrá que adaptar para facilitar este proceso. En este sentido, es imprescindible conocer las diferencias que existen en la infancia y la adolescencia en el desarrollo del concepto de pérdida y que quedan recogidas en la propuesta de Peña y Montana (2002) (ver anexo 1).

Ante la frecuente falta de información sobre la muerte y la pérdida en la infancia y la adolescencia, la vertiente pedagógica es la primera que se tendría que abordar. Aquí, los centros educativos – en colaboración con las familias– tienen un papel importante en lo que se denomina *educación emocional* y que se define de la siguiente manera:

Un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Para ello se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con el objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se planten en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social.



De esta definición podemos extraer algunos puntos importantes. Por un lado, se habla de un proceso continuo y permanente; esto es, no se reduce solo al ámbito de la educación formal. Asimismo, este proceso continuo, es necesario que se aplique no solo en momentos de crisis como puede ser el actual, dado que perdería parte del componente preventivo inherente a la educación emocional. Se habla también de un componente emocional y de un componente cognitivo que se complementan y no pueden ir desligados el uno del otro; ante la información recibida en un proceso educativo, la integración del componente cognitivo y afectivo es especialmente relevante, dado que cualquier información que tenga importancia para la persona, suscitará en ella una reacción afectiva además de la comprensión cognitiva de esta información (Gimeno-Bayón y Rosal, 2002, 2017). Si nos centramos en la experiencia del duelo, la complementación de las dimensiones afectiva y cognitiva, toma una relevancia todavía mayor.

Por último, el resultado de la educación emocional implica un aumento del bienestar personal, pero también social. Esto es, los beneficios van más allá de la persona.

En vista de lo comentado y de lo que proponen algunos autores (Bisquerra, 2000; Antunes, 2000; Ortiz, 2000; Goleman, 1996, 1999), se destacan diferentes contextos de aplicación de la educación emocional:

- Contexto familiar: cuando se habla de infancia y adolescencia es necesario hablar de la importancia que tiene el entorno familiar en la educación. En el caso de la educación emocional se ve todavía más claro: un niño o niña que crezca en un entorno familiar en el cual se fomenta la identificación, gestión y expresión emocional, lo vivirá de una forma diferente a aquel que en su entorno se reprimen o ignoran estas emociones. El contexto familiar es, además, un campo de pruebas para los niños, ya que es aquí donde se empiezan a descubrir gran parte de los efectos de las emociones y las reacciones de los demás ante estas.
- Contexto curricular: cuando los niños inician su formación formal, el colegio pasa a ser un sistema de una gran importancia en su vida. El campo de pruebas, que inicialmente se reducía a la familia, ahora se amplía al colegio con la interacción con sus iguales, además de otros adultos que pasarán a ser sus referentes.
- Contexto comunitario: es importante tener en consideración el efecto de las relaciones sociales más allá de los contextos comentados anteriormente. Vivir en sociedad es también un elemento a tener en cuenta en la educación emocional.

Podemos añadir también un nuevo sistema que tiene un peso importante a la hora de implementar la educación

emocional: el sistema político. Es también responsabilidad de los gobiernos (incluyendo los gobiernos municipales) promover políticas que persigan una mejora de la salud mental de la población.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio ha sido realizar una revisión sistemática para ver si, hasta el momento, se han realizado investigaciones que avalúen los efectos de los programas de educación emocional en la elaboración del duelo por la pérdida de un ser querido.

Si bien inicialmente se planteaba incluir en la revisión únicamente investigaciones con carácter preventivo, por la dificultad de poder evaluar los posibles efectos de la educación emocional sobre el fenómeno objeto de estudio desde un punto de vista preventivo, finalmente se decidió incluir también programas de intervención.

Paralelamente, se planteó como hipótesis de partida que una correcta educación emocional en el duelo, puede favorecer la posterior elaboración de este.

MÉTODO

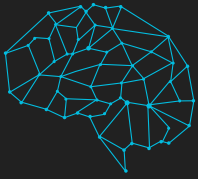
Para llevar a cabo la presente revisión sistemática, se utilizaron las directrices de la declaración PRISMA (Page et al 2020), una guía diseñada para mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas y metaanálisis desde la fase de planificación hasta la fase de publicación.

La investigación se ha realizado durante los meses de noviembre y diciembre de 2022 en las bases de datos PsycInfo, Pubmed y ERIC, y en la base de datos multidisciplinar Dialnet. Se decidió incluir bases de datos de diferentes disciplinas (psicología, medicina, enfermería y educación), dado que el objeto de interés de este estudio recibe la atención no solo desde la psicología.

La combinación de términos que arrojó un mejor resultado en todos los buscadores fue (*child* OR adoles**) AND (*mourning OR bereavement OR grief*) AND (*education OR psychoeducation OR psycho-education*) AND *program**. Concretamente, se obtuvieron 151 resultados en PsycInfo, 11 en ERIC, 7 en Dialnet y 43 en Pubmed. Antes de proceder a la selección de artículos, se definieron los criterios de inclusión y exclusión:

• Criterios de inclusión

- El duelo por la pérdida de un ser querido tiene que ser el eje central de la investigación.



- En la población diana tienen estar incluidos niños y/o adolescentes.
- Deben tratarse de programas de educación emocional.
- Tienen que estar publicados entre el 2021 y el 2022, ambos incluidos.
- **Criterios de exclusión**
 - Se excluyen los estudios que avalúan los efectos de la intervención en el duelo a nivel familiar, sin especificar el efecto en niños y/o adolescentes.
 - Se excluyen aquellos estudios que explican los efectos de la intervención en niños y adolescentes, pero estos no han sido los receptores de la educación emocional.
 - Trabajos de final de grado, posgrado o tesis doctorales, así como libros o manuales.

Teniendo en cuenta estos criterios y habiendo realizado una lectura de los títulos y en algunos casos también del resumen, se consideraron adecuados para ser incluidos en la revisión siete artículos. De estos, un corresponde a la base de datos ERIC, cinco a la base de datos PsycInfo y uno a la base de datos Pubmed. Después de haber seleccionado estas publicaciones, se incluyó manualmente un octavo artículo que cumplía con los requisitos de inclusión (Siddaway et al. 2015). En el anexo 2 puede consultarse el diagrama de flujo PRISMA para consultar la información de las diferentes fases de la revisión.

Los estudios seleccionados corresponden principalmente a programas de intervención, aunque en algunos casos se podría considerar que se tratan de programas de prevención terciaria.

El presente estudio no ha implicado la realización de procedimiento alguno sobre sujetos humanos directamente (pacientes ni controles), por lo que no se ha requerido de aprobación por parte de un comité de ética acorde con la declaración de Helsinki del 1975 según su revisión en 1983 y actualización de Taipei de 2016, ni tampoco de la firma de consentimiento informado.

RESULTADOS

La información analizada corresponde a 7 artículos que avalúan los efectos de diferentes programas de educación emocional en el duelo de niños y adolescentes y, en algunos casos, también de adultos jóvenes o incluso padres, cuidadores o profesores. Teniendo en cuenta que la población de interés en este estudio son los niños y los adolescentes, el análisis de los resultados se ha centrado en estos, pudiendo incorporar puntualmente otras poblaciones si se considera

oportuno. En el anexo 3, pueden consultarse, de forma resumida, las características principales de los programas de intervención incluidos en la revisión.

Se han diferenciado los resultados de naturaleza cualitativa de los de naturaleza cuantitativa. Esta diferenciación es especialmente interesante y se expondrá con más detalle en el apartado de discusión.

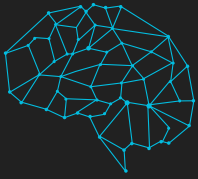
Para facilitar la lectura de este trabajo y la comprensión e integración de sus resultados por parte de las personas lectoras que carezcan de experiencia profesional específica en la materia, se intenta expresar los resultados de forma general si bien al mismo tiempo respetando el contenido exacto de las conclusiones y resultados de las investigaciones cuando es preciso. Como ejemplo, en uno de los estudios se indica que se observa una mejora significativa en los recursos de los niños para acompañar en el duelo a otros niños en una situación similar; en este caso no se detallan específicamente cuáles son estos recursos.

Una vez explicadas estas consideraciones previas, a continuación se presentarán, de forma más detallada, los resultados de la revisión:

Recuperando los objetivos que han guiado el desarrollo de la investigación, se puede afirmar que 1) sí se han realizado y se están realizando investigaciones que avalúan los efectos de programas de educación emocional en la elaboración del duelo por la pérdida de un ser querido y 2) estas investigaciones son sobre programas que tienen como objetivo trabajar con niños y adolescentes.

Por otro lado, se ha podido confirmar, al menos parcialmente, la hipótesis de partida. La educación emocional sí influye en la relación que los niños y los adolescentes establecen con el duelo, la pérdida y la muerte, pero evaluar si esta influye en la elaboración sobre el duelo no es tan fácil de valorar.

Inicialmente, se planteaba si *una correcta educación emocional en el duelo, puede favorecer a la posterior elaboración de este*. Una vez se ha llegado a la valoración de los resultados obtenidos, es difícil definir qué significa el concepto *correcta educación*. En algunos de los estudios revisados, los investigadores quisieron evaluar si los participantes consideraban que la actividad en la cual habían participado, era adecuada o no a ellos, si consideraban que cumplía con unos mínimos criterios de calidad, entre otros aspectos. Cuando nos referimos a programas educativos, *la corrección* o no de estos, podrá definirse más fácilmente en términos metodo-



lógicos, pero será más difícil hacerlo en términos de calidad que, a menudo, se explicarán mejor de manera subjetiva en función de la experiencia de cada participante.

Por otro lado, la referencia a la elaboración del duelo también puede comportar algunas dificultades en su evaluación. Cuantificar el constructo *elaboración del duelo* no es sencillo, tal como se ha comprobado en los resultados cuantitativos de algunas de las investigaciones.

Desde un punto de vista cualitativo, puede resultar más sencillo explicar cambios en este constructo, pero nuevamente nos encontramos con la influencia de la subjetividad. Cuando nos referimos al duelo, tal y como se ha comentado anteriormente, estamos hablando de un proceso que, si bien puede tener características similares en las personas que lo transitan, no deja de ser un proceso único e irrepetible y esto exige un tipo de extracción de resultados más personalizada y detallada. En algunos estudios sí se ha hecho mención de forma más detallada a experiencias individuales, pero no son suficientes para poder establecer conclusiones generalizables.

Con todo lo comentado, se considera más adecuado afirmar que *se ha podido comprobar que la educación emocional tiene una influencia directa y positiva en la vivencia del duelo de los niños y adolescentes*.

Para presentar los resultados de los diferentes programas educativos incluidos en la revisión, se separarán los resultados de tipo cuantitativo de los de tipo cualitativo.

En Griffiths et al. (2022), se utilizaron 4 instrumentos para evaluar diferentes aspectos relacionados con el duelo. Uno de estos instrumentos, el *Inventory of Prolonged Grief for Children (IPG-C; Spuji et al., 2012)*, es específico para la evaluación del duelo en niños. Aunque en las tres evaluaciones que se realizaron (pretest, posttest y seguimiento) no se observaron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de la intensidad del duelo, se observó una tendencia a la baja de estas puntuaciones.

En las conclusiones del estudio, los investigadores afirman que este programa no va dirigido a niños con síntomas clínicos y comentan que las medidas utilizadas en la evaluación, podrían no captar los beneficios potenciales del programa.

En Siddaway et al. (2015), se utilizó el cuestionario *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997)*. Se trata de una herramienta de cribado para evaluar problemas psiquiátricos y que cada vez más se está utilizando en la evaluación de problemas psicológicos en niños y jóvenes.

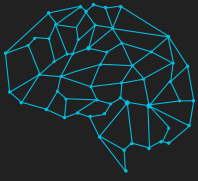
De los resultados aportados que pueden ser de más interés para el presente estudio, es necesario comentar que se observó una reducción estadísticamente significativa en los síntomas evaluados por el SDQ; aunque ninguno de ellos hace mención concreta al duelo, sí lo hace con elementos que podrían estar relacionados. Este cuestionario tiene versiones para ser rellenado por niños y jóvenes, así como padres o cuidadores y profesores. En la comparación de los resultados de los diferentes grupos, se observa que la disminución de las puntuaciones del cuestionario es estadísticamente significativa en los tres grupos, siendo menor en el caso de los reportados por los profesores.

En el estudio de Patterson et al. (2021), solo se pudieron obtener resultados de 63 de los 109 participantes. Los instrumentos utilizados en este programa avalúan diferentes aspectos relacionados con el duelo (*Texas Revised Inventory of Grief; Grief and Meaning Reconstruction Inventory; Trauma Scale*). Nuevamente, aunque se observan mejoras en los diferentes aspectos evaluados, estos cambios no son estadísticamente significativos, incluida la intensidad del duelo.

En el estudio de Lin et al. (2014) los resultados cuantitativos que se presentan son mucho más amplios y alentadores. Aquí se utilizaron hasta 6 instrumentos diferentes, además de la presencia de un grupo control. De los instrumentos utilizados se destacan el *Grief Processing and Deliberate Grief Avoidance (GPDGA)* específico en la evaluación del duelo, y la escala *Children's future expectation scale*. Este segundo instrumento es especialmente interesante, ya que avalúa las expectativas sobre el futuro y la esperanza, dos elementos muy implicados en el duelo, tal como se comentará en el apartado de discusión.

Los resultados indican un aumento estadísticamente significativo en el procesamiento del duelo, en las expectativas sobre el futuro y en los sentimientos de esperanza. También se observa una reducción estadísticamente significativa en los sentimientos depresivos, así como en diferentes subescalas que avalúan síntomas traumáticos.

Por último, se presentan también resultados basados en la experiencia subjetiva de los 124 participantes. De estos, el 84,4% indican una mejora en su estado de ánimo, un 90,6% una mejora en sus relaciones interpersonales, un 89,7% una mejora en la autoestima, un 75% una mejora en el rendimiento académico, el 98,5% indica un crecimiento personal, el 93,7% un aumento en la autoconfianza y el 89,1% afirma disponer de más recursos para superar las dificultades.



Con los resultados cuantitativos presentados, se puede observar como hay una tendencia a la mejora de los aspectos relacionados con el duelo o con el duelo propiamente dicho, pero se observa también una falta de firmeza que nos permita afirmar que, de forma generalizada, hay cambios claros y estadísticamente significativos.

Si nos fijamos en los resultados cualitativos, se observa una mayor variabilidad en la influencia de las intervenciones, además de especificarse cambios en variables que los instrumentos utilizados en los estudios no contemplan, al menos, no directamente.

En la investigación de Griffiths et al. (2022), la parte del análisis cualitativo es mucho menor que el cuantitativo. Se destaca una afirmación por parte de la mayoría de participantes que es especialmente interesante y que también se observará en algunos de los otros programas incluidos en la revisión: *no soy el único al que le está pasando una situación así* (refiriéndose a la pérdida y a la vivencia de la misma). Estos resultados son muy parecidos a los que se observaron en Siddaway et al. (2015); los participantes afirmaban sentirse muy sorprendidos al ver que hay mucha gente en una situación similar a la suya.

En Horn y Govender (2019), los resultados que se aportan son únicamente cualitativos. Aquí, cada uno de los 36 participantes (incluidos los *grief support programme facilitators* (n=4) y los profesores (n=8) respondieron un cuestionario de tres preguntas abiertas y semiestructuradas que hacen referencia principalmente a la experiencia del programa y a los aspectos positivos y de mejora del mismo. Los investigadores hicieron un análisis temático de las respuestas, identificando hasta 9 elementos especialmente significativos y que tienen una relevancia destacable en el proceso educativo sobre el duelo: healing (sanación/curación), insight, relaciones, crecimiento, adquisición de habilidades, apoyo, disfrute y colaboración.

En el estudio realizado por Patterson et al. (2021) también se presentaron diferentes resultados de tipo cualitativo. De los 109 participantes del programa, 13 fueron entrevistados con el objetivo de evaluar su experiencia en el campamento. De estos, 10 explicitan sentirse menos solos y destacan que para ellos ha sido importante haberse podido identificar con otros participantes. 11 afirman sentirse diferentes, en un sentido positivo, en relación con la muerte de su ser querido. En todas las entrevistas los participantes afirman haber aprendido estrategias de afrontamiento: ha-

blar con otras personas sobre cómo se sienten, aceptar su proceso de duelo, reconociendo que es único e individual y adquirir más capacidad de afrontamiento en relación con el duelo en lugar de evadirlo.

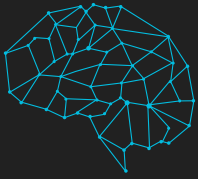
Thamuku y Daniel (2013) realizaron una investigación puramente cualitativa. De los 10 niños que participaron en el programa, 7 no habían hablado nunca de su experiencia por miedo al tema de la muerte, a ser ridiculizados por los adultos o bien para evitar el dolor por la vivencia de la pérdida. A medida que avanzaba su participación en el grupo de terapia, se observó claramente cómo esta tendencia cambiaba y había una mayor apertura a compartir la propia experiencia. Las sesiones de terapia grupal son las que se destacan más en relación con la apertura emocional con la resta de compañeros y compañeras. Relacionado con esto, la mayoría de los participantes afirman sentirse más aliviados después de compartir sus experiencias con el grupo. Valoran como un elemento importante el hecho de haber trabajado con otros niños que están en una situación similar a la suya.

Se destaca también que todos los participantes valoran positivamente el trabajo en grupo y el hecho de sentirse apoyados y escuchados por sus compañeros. Los propios investigadores comentan como, a medida que pasaban los días, aumentaba el apoyo que los miembros del grupo se daban los unos a los otros en relación con la pérdida y el duelo.

Los dos últimos estudios (Staylianou y Zembylas, 2018) se presentarán de forma conjunta, dado que fueron publicados por los mismos autores y hacen referencia a un mismo programa educativo. Aunque en cada artículo se analizan elementos diferentes, están relacionados con el propósito del presente trabajo.

De los 20 participantes, solo 16 quisieron ser entrevistados. Al final del programa, la gran mayoría tenía más conocimiento sobre el concepto de duelo y eran capaces de definirlo, además de hacerlo con un vocabulario emocional más rico. La mitad también incluye a las emociones en la definición del duelo.

Se observa un aumento en la comprensión de las expresiones emocionales, verbales y no verbales que puede hacer una persona que se encuentra en una situación de duelo. Además, los participantes comprenden que este proceso es subjetivo y no generalizable. Se observa también una mayor seguridad y una menor evitación cuando se trata de hablar de la propia experiencia.



Aparece como un elemento importante las propias creencias en relación con la gestión del duelo. Se incluyó este elemento en el programa, respetando las creencias religiosas de los participantes (todos eran cristianos ortodoxos). Asimismo, el elemento religioso no se redujo a las creencias que compartían todos los participantes, sino que se presentaron características de otras cosmovisiones.

Sobre la comunicación de la propia experiencia, inicialmente 6 de los 16 participantes habían hablado con la familia sobre este tema. Después de haber participado en el programa, la cifra aumentaba hasta los 14. Si nos fijamos en la comunicación con las amistades, antes del programa 3 de los 16 habían hablado sobre esto con algún amigo o amiga. Después del programa la cifra aumentaba hasta los 8.

Se destaca también como un elemento importante que, después de participar en el programa, la mayoría es capaz de relacionar el duelo con sufrir una pérdida significativa y no solo con la muerte.

Si nos fijamos en el tipo de apoyo que son capaces de ofrecer a otras personas en una situación de duelo, en las entrevistas postintervención hay un aumento en las respuestas de ofrecimiento de ayuda a los iguales. La mayoría de ellos, sin embargo, afirma que el tipo de ayuda que podrán ofrecer estará relacionada con el tipo de relación que tienen con la persona implicada.

Este aumento no se observa solo en las respuestas de ofrecimiento de apoyo, sino también en que este apoyo tiene una mayor riqueza. Esto es, más riqueza en las acciones concretas de apoyo, una mayor empatía y un aumento en la escucha activa. En la misma línea, se destaca una mayor cura en la selección de las palabras que se utilizan, además de utilizar más conceptos relacionados con la escucha activa.

Uno de los cambios más significativos que destacan los investigadores es cómo aparece el recuerdo del difunto y como este se utilizaría en el momento de ofrecer apoyo a los demás compañeros. Inicialmente, más de la mitad de los participantes afirmaban que animarían a los otros niños a olvidar la persona que ha muerto, para así evitar sufrir. Después de la intervención, solo un 20% hacen referencia al olvido en la gestión del duelo.

Por último, también destacan cambios en cómo se comprenden las reacciones emocionales más habituales en el contexto del duelo, habiendo una disminución muy significativa en cómo estas se juzgan.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la línea de lo indicado en la introducción y en el apartado de resultados, se confirma la hipótesis de partida que una correcta educación emocional en el duelo, puede favorecer la posterior elaboración del mismo.

Por otro lado, por la dificultad de evaluar los posibles efectos de la educación emocional sobre el fenómeno de interés de esta revisión, se hipotetizó que habría un mayor número de programar con carácter de intervención que de prevención. Se hipotetizó también que si se detectaba la existencia de programas de prevención, estos tendrían, mayoritariamente, un carácter de prevención secundaria o terciaria. Después de realizar la presente revisión, se han podido confirmar las dos hipótesis indicadas anteriormente.

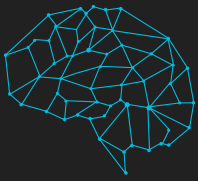
Uno de los elementos más importantes que se ha observado en la realización del presente estudio, es el tipo de metodología utilizada para evaluar los efectos en las intervenciones revisadas. Lo que se ha podido observar es que cuando se han presentado resultados cualitativos hay más matices que en los cuantitativos, dado que no todos los cambios son operativizables o evaluables con los instrumentos utilizados. Cuando nos referimos a una experiencia tan subjetiva como lo es el duelo, la cuantificación de los cambios se dificulta todavía más.

Ciertamente, el debate entre el tipo de investigación más adecuada en psicología y psicoterapia no es nuevo y sigue siendo un terreno que genera tensiones en el ámbito académico. De hecho, la propia APA puso el foco en este tema en el año 2014 en las conclusiones del equipo interdivisional de las divisiones 12 y 29:

Se alienta a los investigadores avanzar más allá de los diseños correlacionales que asocian la frecuencia de los comportamientos de relación con los resultados del paciente a metodologías capaces de examinar las asociaciones complejas entre las cualidades del paciente, los comportamientos clínicos y el resultado del tratamiento. [...]

Se alienta a los investigadores a abordar la perspectiva observacional (es decir, terapeuta, paciente o evaluador externo) en futuros estudios y revisiones de "lo que funciona" en relación a la terapia (Norcross, 2014).

Estas conclusiones van en la línea de lo que Rosal y Gimeno-Bayón (2020) explican cuando se refieren a la sobreevaluación de la importancia de un tipo de metodología científica surgida en los años 50 y concebida para las ciencias naturales:



Esta metodología había sido concebida para el estudio de los hechos de los cuales se ocupan las ciencias físicas, químicas o biológicas, y trata de cuantificar los fenómenos que observa y de identificar variables dependientes e independientes, partiendo de la suposición que todo puede explicarse a partir de un proceso de casualidad lineal. Hay que tener en cuenta que por aquellos años las metodologías científicas utilizadas en Psicología no habían conseguido, en sus modalidades observacionales y cualitativas, el rigor y la riqueza de matizaciones con las que puede contemplar en la actualidad los procesos psíquicos humanos (véase Anguera 1981a, 1981b, 1986, 1995).

En este sentido, se considera que la aportación de los dos tipos de metodologías puede ofrecer un análisis más profundo que muchas veces puede quedar reducido si solo se realiza desde una óptica cuantitativa. A modo de ejemplo, en algunos de los estudios revisados se han utilizado instrumentos no específicos para evaluar el duelo, pero, sin embargo, se han utilizado para extraer conclusiones sobre esta variable. Si nos fijamos en estos resultados, no se observan cambios significativos en relación con la elaboración del duelo, pero si lo hacemos desde una óptica observacional, podemos encontrarnos con resultados contradictorios. En estos casos es necesario tomar precauciones a la hora de establecer conclusiones y relaciones sobre las intervenciones y los cambios en el duelo.

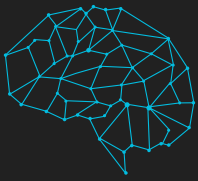
Por otro lado, como se ha comentado en el anterior apartado, solo en uno de los programas revisados se incluye el elemento de la cosmovisión como una variable de apoyo en la gestión de la pérdida de un ser querido. Según Ferrater Mora (1994), la cosmovisión puede entenderse como una manera de ver el mundo que puede incluir muchos elementos, no solo de tipo religioso. Esta "visión del mundo" incluirá, entre otros aspectos, la manera de entender también la vida y la muerte. En el estudio al que se hace referencia, el concepto de cosmovisión está directamente relacionado con la muerte y el duelo desde una vertiente religiosa. Tal como afirman Rosal y Gimeno-Bayón (2011), las cosmovisiones buscan, entre otras razones, resolver la cuestión del sentido de la vida en su conjunto, incluyendo la muerte. Es por este motivo que la inclusión de este elemento se considera especialmente relevante en programas que busquen educar en la pérdida, la muerte y el duelo.

Otro elemento que aparece en dos estudios, aunque de forma muy superficial, es el tema de los valores éticos. Concretamente, en el estudio de Lin et al. (2014), se utiliza un

instrumento que evalúa de forma concreta la esperanza. En Horn y Govender (2019) también se nombra la esperanza por los cambios que se observan en esta actitud. Si cogemos como referencia la clasificación de los valores éticos que propone Rosal (2003, 2012), la actitud esperanza se destaca como un valor ético estrechamente relacionado con el sentido de la vida y, por lo tanto, también con la muerte y la manera de afrontarla. En esta clasificación también se incluye la serenidad, otro valor ético que está muy relacionado con la actitud esperanzada y que, a su vez, constituye un elemento de importancia a la hora de afrontar situaciones dolorosas de la vida, como puede ser la pérdida de un ser querido. Con todo esto, se considera que poner la atención a aspectos como la esperanza en este tipo de educación, es lo suficientemente importante como para otorgarle un mayor protagonismo en el marco de la educación emocional y, concretamente, en la educación sobre el duelo, la pérdida y la muerte.

Se considera relevante comentar que los estudios incluidos en la revisión han sido realizados en diferentes países del mundo, con culturas muy diferentes y, por consiguiente, los resultados obtenidos pueden ser más generalizables que si se hubieran realizado en países con características socioculturales similares. Es cierto también que esta variable podría tener una mayor relevancia si se aplicara un mismo tipo de programa educativo, respetando las diferencias socioculturales del país como, por ejemplo, y en la línea de lo comentado anteriormente, la cosmovisión o los valores más predominantes en una determinada cultura.

Si nos fijamos en uno de los elementos que más se repite en los diferentes estudios analizados, podemos destacar la importancia que tiene el hecho de expresar la propia experiencia al grupo y que tiene un efecto en dos direcciones. Por un lado, el hecho de compartir la experiencia con otras personas que están pasando o han pasado por una situación similar, puede llegar a constituir un espacio de seguridad y de no-juicio que puede favorecer la apertura emocional con la consecuente liberación que esto puede implicar. Además, muchos de los participantes de los diferentes programas destacaban su sorpresa al ver que no eran los únicos que habían pasado por una situación así, la cual cosa también favorece un ambiente de no estigma en relación con la problemática en cuestión. Por otro lado, en ambientes con estas características también se producirán unas circunstancias propicias para poder cultivar una actitud de empatía y de escucha respetuosa hacia el otro.

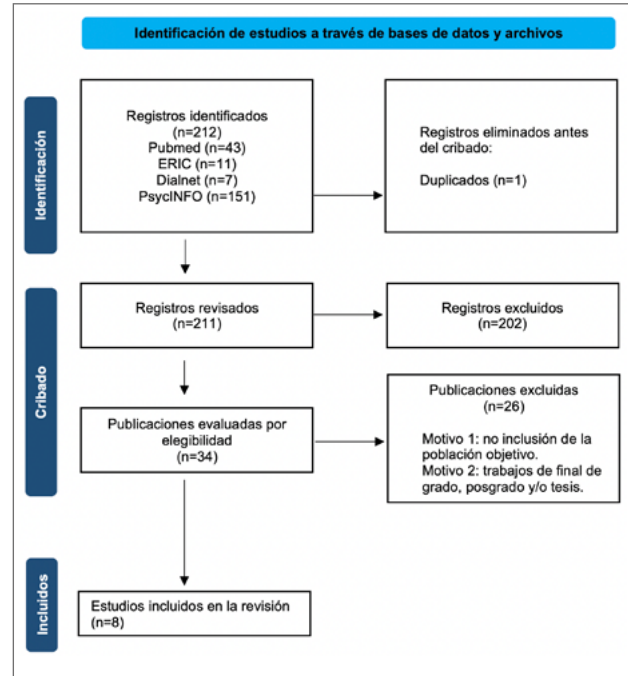


Anexo 1. Desarrollo del concepto de duelo y muerte en niños y adolescentes (Peña y Montana, 2002)	
EDAD	CONCEPTO SOBRE LA PÉRDIDA
De 3 a 5 años	Las personas, objetos y otros seres vivos no tienen un límite temporal, por tanto cualquier pérdida será vivida como un suceso puntual. No se entiende el concepto de muerte, abandono y pérdida como algo definitivo.
De 6 a 10 años	La consideración de la muerte como separación o abandono va cambiando y la muerte se puede transformar en algo a lo que temer y de lo que no se habla.
De 10 años hasta la adolescencia	Durante esta etapa, el niño empieza a comprender que la muerte y algunas pérdidas son definitivas e inevitables. Entre los 9 y 12 años es normal que el niño desarrolle miedo a la muerte de forma más acusada que anteriormente.
Adolescencia	El pensamiento abstracto, ya desarrollado, lleva al adolescente a comprender la pérdida en relación al espacio y el tiempo, es decir, siendo ésta irreversible y natural. Se inicia el planteamiento de la vida después de la muerte.

Todo esto hace que la intervención grupal tenga unas características diferenciales a la intervención individual y que pueden ser utilizadas de forma complementaria. Es importante remarcar que la inclusión en un grupo de terapia o en un programa educativo de tipo grupal no garantiza que todos los miembros vivan la experiencia con la misma apertura emocional y psicológica, es por eso que se considera también muy importante valorar la adecuación de este tipo de intervención en función de los estilos de personalidad de cada posible participante.

Sobre la importancia de adoptar un enfoque sistémico en este tipo de programas, teniendo en cuenta que se excluyeron de la revisión aquellos estudios que aunque explicaran los efectos de una intervención en niños y adolescentes no fueran receptores de esta, no se han podido extraer resultados suficientes para presentar unas conclusiones sobre este tema. Asimismo, durante la primera fase de revisión de artículos, se pudo comprobar que aquellos estudios que centraban la intervención en los padres, cuidadores o profesores, pero también evaluaban los efectos en niños y adolescentes, indicaban cambios interesantes que podrían ser objeto de estudio en futuras investigaciones.

En conclusión, si bien se ha podido comprobar que los programas de educación emocional en el duelo por la pérdida de un ser querido tienen un efecto positivo en la elaboración

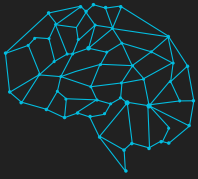


Anexo 2. Adaptación del diagrama de flujo para la selección de artículos según la declaración PRISMA 2020

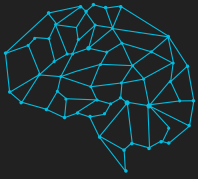
del duelo, la no utilización de instrumentos que evalúen de forma específica el duelo y la falta de una óptica cualitativa son factores que aconsejan cierta precaución en la interpretación de resultados, sin que los mismos susciten – a nuestro entender – menor interés o esperanza para clínicos y pacientes.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

- 1) Financiación: este estudio no ha recibido ningún tipo de financiación para su realización. Nadie, además de los autores, ha participado en el diseño del estudio, interpretación de resultados o redacción del manuscrito.
- 2) Contribución: AMS y ETV diseñaron el estudio y escribieron el protocolo. AMS realizó los análisis. AMS y ETV contribuyeron al redactado del trabajo original. AMS realizó la traducción al castellano del manuscrito. ETV revisó el texto final y lo adaptó a las normas de la revista. Una versión preliminar del trabajo fue presentada como trabajo de fin de máster de AMS para la obtención del título de Máster universitario en Psicología Infantil y



Anexo 3. Tabla resumen de los estudios incluidos en la revisión.				
Autores (año) País	Criterios inclusión al programa	Media de edad	Intervención	Resultados
Patterson et al. (2021) Australia	12-25 años Pérdida de un progenitor o hermano/na por cáncer	M= 16.63	Campamento de 3 días para adolescentes y adultos jóvenes. 6 sesiones de 90 minutos. Grupos de entre 8 y 10 participantes.	Cuantitativos No hay cambios estadísticamente significativos en la intensidad del duelo. Cualitativos (entrevistas) Avalan los resultados cuantitativos en relación a la intensidad del duelo. - Crecimiento personal. - ↓ sentimientos de soledad. - ≠ en la vivencia de la muerte y la pérdida. - ↑ estrategias de afrontamiento del trauma.
Siddaway et al. (2015) Reino Unido	3-19 años Situación de duelo	M= 9.86	3 a 12 años: 3 talleres en fin de semana (uno de 5 horas y los dos restantes de 3 horas). 3 fines de semana consecutivos, 4 veces al año. Subgrupos por edad en los que se incluyen padres/cuidadores. 13 a 19 años: talleres de 2h y 30 min en 4 tardes consecutivas.	Cuantitativos <i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (Goodman, 1997) - ↓ estadísticamente significativa síntomas evaluados por el SDQ.
Griffiths et al. (2022) Australia	5-12 años Niños que han perdido al padre, la madre, un cuidador o un hermano. Cuidadores incluidos en el campamento.	M= 8.25	Campamento de 2 días con diferentes tipos de actividades.	Cuantitativos <i>The Inventory of Prolonged Grief for Children (IPG-C)</i> (Spuji et al., 2012) - No hay cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones sobre el duelo. Tendencia a la baja en puntuaciones indicando mejoría.
Horn y Govender (2019) Sudáfrica	Alumnos de colegio de primaria de 10 a 13 años que recientemente han perdido uno de los progenitores.	--	Una vez por semana durante dos horas. Espacio de trabajo en grupo orientado a aprender herramientas y recursos para que los participantes se den apoyo entre ellos.	Cualitativos Análisis de las respuestas a un cuestionario con tres preguntas abiertas y semiestructuradas y manifestaciones verbales de los participantes. - ↑ comprensión sobre la pérdida y la muerte. - ↑ comprensión sobre los propios sentimientos en relación al duelo. - ↑ sensación de bienestar. - ↑ crecimiento emocional. - Aparición de sentimientos de esperanza. - ↓ sentimientos de culpabilidad. - Aparición de sentimientos de tristeza en recordar al difunto.
Lin et al. (2014) China	124 niños y niñas de dos orfanatos. Han perdido el padre y la madre por el virus de la Sida. Orfanato A (grupo intervención) - 64 niños/as Orfanato B (grupo control) - 60 Niños/as	Orfanato A M= 13.69 Orfanato B M= 13.46	Seis sesiones grupales orientadas a gestionar el duelo, reducir síntomas traumáticos y fomentar la esperanza. 1 hora i media o 2 horas por sesión durante 6 semanas.	Cuantitativos Cambios en el pretest y postest del grupo de intervención en el test <i>Grief Processing and Deliberate Grief Avoidance (GPDGA)</i> : - ↑ estad. significativo procesamiento duelo. - ↓ estad. significativo en todas las subescalas de síntomas de trauma. Cualitativos Se producen cambios en diferentes ítems de la evaluación subjetiva en el grupo intervención.



Anexo 3. Tabla resumen de los estudios incluidos en la revisión (continuación).

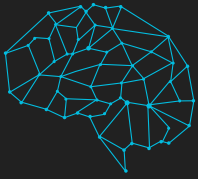
Autores (año) País	Criterios inclusión al programa	Media de edad	Intervención	Resultados
Thamuku y Daniel (2013) Noruega	13 a 15 años. Niños y niñas huérfanos que han perdido los padres por Sida.	--	Retiro de 16 días con un seguimiento durante 3 años. Actividades de diferente naturaleza para trabajar el duelo (role playing, arte-terapia, terapia individual, terapia grupal...) Se incluyen otras actividades no relacionadas con el duelo.	Cualitativos - ↑ en la apertura a explicar la propia experiencia - ↑ en la apertura a hablar de la pérdida y la muerte. - ↑ apertura emocional. - ↑ sensaciones de liberación. - ↑ del apoyo entre iguales en relación al duelo. - ↑ estrategias de afrontamiento y solución de problemas.
Stylianou y Zembylas (2018) Chipre Resumen conjunto de dos artículos publicados por estos autores el mismo año en relación al mismo programa educativo.	20 alumnos de quinto grado de primaria. 10 a 11 años que pueden haber sufrido o no la pérdida de un ser querido.	--	Programa dividido en 7 fases. Cada fase es de 80 minutos a excepción de la 2 que está dividida en dos sesiones de 80 minutos cada una.	Cualitativos De los 20 participantes sólo 16 participan en las entrevistas antes y después del programa: - La gran mayoría los conocimientos sobre el concepto de duelo y capacidad de definirlo - ↑ riqueza vocabulario emocional al hablar del duelo. - ↑ en la utilización de expresiones emocionales, verbales y no verbales al dar apoyo a los iguales en situación de duelo. - ↑ conocimiento sobre la implicación de las creencias religiosas en la gestión del duelo. - ↑ seguridad y ↓ de la evitación al hablar de la propia experiencia sobre el duelo - ↑ apertura al hablar sobre el duelo y la pérdida con amigos y familiares - ↑ en las respuestas de ofrecimiento de apoyo a los iguales. Más riqueza en el apoyo. - Cambio en la percepción del recuerdo que se tiene sobre el difunto. - Cambio en la percepción sobre las reacciones emocionales habituales ante el duelo.

Juvenil: Técnicas y Estrategias de Intervención, por la Universitat Oberta de Catalunya.

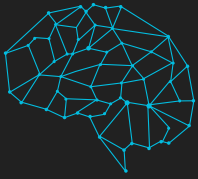
- 3) Conflictos de intereses: los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425559>
- Antunes, C. (2000). *Estimular las inteligencias Múltiples*. Madrid: Narcea.
- Bisquerra, R. (2000). *Educació emocional i benestar*. Barcelona: Praxis.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Buenos aires.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de Filosofía*. 4 vols. Barcelona: Ariel.
- Gimeno-Bayón, A y Rosal, R. (2001) *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales*. Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A y Rosal, R. (2017) *Psicoterapia Integradora Humanista. Volumen II. Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A y Rosal, R. (2011). *La búsqueda de la autenticidad. Reflexión ético-psicológica*. Editorial Milenio.
- Griffiths, N., Mazzucchelli, T. G., Skinner, S., Kane, R. T., & Breen, L. J. (2022). A pilot study of a new bereavement program for children: Lionheart Camp for Kids. *Death studies*, 46(4), 780–790. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1702121>
- Guillén, E. G., Montañó, M. J. G., Gordillo, M. D. G., Fernández, I. R., & Solanes, T. G. (2013). Crecer con la pérdida: el duelo en la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 493-498.
- Holmes, H. y Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp. 213-218
- Horn, J. y Govender, S., (2019). Evaluating a grief programme offered in primary schools: An Appreciative Inquiry. *South African Journal of Childhood Education*, 9(1), 1-11.



15. Kunzler, A. M., Röthke, N., Günthner, L., Stoffers-Winterling, J., Tüscher, O., Coenen, M., Rehfuess, E., Schwarzer, G., Binder, H., Schmucker, C., Meerpohl, J. J., & Lieb, K. (2021). Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. *Globalization and health*, 17(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00670-y>
16. Leader, E. (1991). Why adolescent group therapy? *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 1, 81–93.
17. Lin, X., Fang, X., Chi, P., Li, X., Chen, W., & Heath, M. A. (2014). Grief-processing-based psychological intervention for children orphaned by AIDS in central China: A pilot study. *School Psychology International*, 35(6), 609–626.
18. Magaña Loarte, M., Bermejo, J. C., Rodil, V. y Villaceros, M. (2022). Importancia de la despedida en el proceso de duelo. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 129–142. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1102>
19. Nomen, L. M. (2007). *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
20. Norcross, J. C. (2014, June). Conclusions and recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships. [Web article]. Retrieved from <https://societyforpsychotherapy.org/evidence-based-therapy-relationships>
21. Ortiz, E. (2000). *Inteligencias múltiples en la educación de la persona*. Bogotá. Cooperativa Editorial del Magisterio.
22. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
23. Patterson, P., McDonald, F. E. J., Kelly-Dalgety, E., Lavorgna, B., Jones, B. L., Sidis, A. E., & Powell, T. (2021). Development and evaluation of the Good Grief program for young people bereaved by familial cancer. *BMC palliative care*, 20(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00752-z>
24. Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
25. Peña, L. y Montana. (2002). *Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
26. Poch, C. y Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Paidós.
27. Racine et al. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142–1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
28. Rosal, R. (2003). *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos desumaniza? Ensayo de una Ética desde la Psicología*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
29. Rosal, R. y Gimeno-Bayón. (2020) *Tras medio siglo de psicoterapias humanistas*. Hakabooks.
30. Rosal, R. (2013) *Valores éticos o fuerzas que dan sentido a la vida. Qué son y quiénes los vivieron*. Editorial Milenio.
31. Siddaway, A. P., Wood, A. M., Schulz, J., & Trickey, D. (2015). Evaluation of the CHUMS Child Bereavement Group: A Pilot Study Examining Statistical and Clinical Change. *Death studies*, 39(1-5), 99–110. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913085>
32. Stylianou, P., & Zembylas, M. (2018). Dealing With the Concepts of "Grief" and "Grieving" in the Classroom: Children's Perceptions, Emotions, and Behavior. *Omega*, 77(3), 240–266. <https://doi.org/10.1177/0030222815626717>
33. Stylianou, P., & Zembylas, M. (2018). Peer support for bereaved children: Setting eyes on children's views through an educational action research project. *Death studies*, 42(7), 446–455. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1369472>
34. Thamuku, M., & Daniel, M. (2013). Exploring responses to transformative group therapy for orphaned children in the context of mass orphaning in Botswana. *Death studies*, 37(5), 413–447. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.654594>
35. Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencia, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós i Fundació Vidal i Barraquer.
36. Unwin, H., Hillis, S., Cluver, L., Flaxman, S., Goldman, P. S., Butchart, A., Bachman, G., Rawlings, L., Donnelly, C. A., Ratmann, O., Green, P., Nelson, C. A., Blenkinsop, A., Bhatt, S., Desmond, C., Villaveces, A., & Sherr, L. (2022). Global, regional, and national minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and caregiver death, by age and family circumstance up to Oct 31, 2021: an updated modelling study. *The Lancet Child & adolescent health*, 6(4), 249–259. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00005-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00005-0)
37. World Health Organization. (2021). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.



ARTÍCULO ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 19/04/2023. Aceptado: 03/07/2023

HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO EN TIEMPOS DE COVID: GRUPOS Y TELEMEDICINA

PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL IN TIMES OF COVID: GROUPS AND TELEMEDICINE

B. García Sánchez¹, F.J. Bonilla Rodríguez², L. Mata Iturralde³, L. Muñoz Lorenzo⁴, E. Baca García⁵

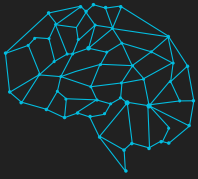
1 Psicóloga Clínica. 2 Psicólogo Clínico, Hospital Universitario de Móstoles. 3 Psiquiatra en Fundación Jiménez Díaz.

4 Psicóloga Clínica en Fundación Jiménez Díaz. 5 jefe de servicio de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz.

Correspondencia: Belén García Sánchez. Teléfono 601286886, correo belenchegarcia@gmail.com

Declaración de autoría, buenas prácticas y cesión de derechos:

- 1. Financiación:** no se ha recibido financiación por parte de ningún organismo.
- 2. Contribución:** La autora Belén García Sánchez realizó la redacción, encuesta de satisfacción y análisis estadístico.
El autor Francisco Javier Bonilla Rodríguez realizó la redacción del manuscrito.
Las autoras Laura Mata Iturralde y Laura Muñoz Lorenzo contribuyeron en la redacción.
- 3. Conflicto de intereses:** "Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses".



RESUMEN

Tras decretarse el estado de alarma y el confinamiento por la amenaza del COVID-19, el acceso a los servicios de salud mental y recursos psicosociales se vio obstaculizado, incluso interrumpido.

Un colectivo especialmente en riesgo es el de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave. Estos presentan una serie de características que los hace más vulnerables a padecer un empeoramiento en su salud mental.

Desde el Hospital de Día para primeros brotes psicóticos de Pontones se intentó mantener la atención y el seguimiento estrecho de los pacientes mediante la reestructuración del programa de tratamiento, optando por una intervención terapéutica alternativa mixto (con atención individual presencial y telefónica y terapias grupales por videoconferencia).

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la experiencia de la implementación de la telemedicina en nuestro HD como respuesta a la emergencia sanitaria que ocasionó la pandemia, así como recoger el programa de actividades que se desarrollaron y el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido de los pacientes que participaron.

Palabras clave: Hospital de Día, Salud Mental, Trastorno Mental Grave, Intervenciones grupales, Telemedicina.

ABSTRACT

Following the state of alarm and containment due to the COVID-19 threat, access to mental health services and psychosocial resources was hampered, even interrupted.

A particularly at-risk group is that of patients diagnosed with Severe Mental Disorder. They present a series of characteristics that make them more vulnerable to a worsening of their mental health.

From the Day Hospital for first psychotic outbreaks in Pontones we tried to maintain the attention and close monitoring of patients by restructuring the treatment programme, opting for a mixed alternative therapeutic intervention (with individual face-to-face and telephone attention and group therapies by videoconference).

The aim of this paper is to report on the experience of implementing telemedicine in our HD as a response to the health emergency caused by the pandemic, as well as to record the programme of activities that were developed and the level of satisfaction with the treatment received by the patients who participated.

Keywords: Day Hospital, Mental Health, Severe Mental Disorder, Group Interventions, Telemedicine.

INTRODUCCIÓN

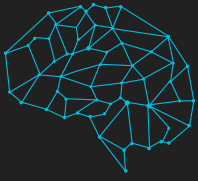
El Covid-19 ha generado una situación de amenaza en la población general que ha obligado a la toma de medidas para tratar de frenar su expansión. Tras la rápida propagación de la enfermedad y su gravedad, el 11 de marzo de 2020 la OMS elevó la situación como pandemia internacional.

La Comunidad de Madrid ha sido la más castigada por el virus, representando alrededor de un 30% del total de la población española infectada. Ante esa situación, el Gobierno de España declaró el Estado de Alarma, efectivo desde el 14 de marzo y con una duración de 98 días que ha supuesto como principal medida el confinamiento de la población para frenar la expansión del virus y aliviar la sobrecarga del sistema de salud pública («BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2020-3692», s.f.).

Los factores estresantes ante el escenario de incertidumbre generado por el COVID-19 (miedo al contagio, la

preocupación por los seres queridos, desconocimiento de la enfermedad, confinamiento prolongado...) han tenido un impacto evidente en un alto porcentaje de la población (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, & Sánchez-Reales, 2020), donde se ha reportado un aumento de síntomas de ansiedad, depresión, aumento de emociones negativas, así como preocupación por la salud, ocio y los amigos (Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu, 2020; Sever, Ortiz, Maggiore, Bac-García, & Vanholder, 2021) & Vanholder, 2021. Los hallazgos preliminares de diversos estudios apuntan a la aparición presente y futura de problemas de salud mental en personas sanas y a un aumento de síntomas en personas con trastornos de salud mental preexistentes (Moreno et al., 2020; Tandon, 2020).

Dentro de este último grupo, un colectivo especialmente en riesgo es el de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave. Estos presentan una serie de características personales que los hace más vulnerables a padecer un



empeoramiento en su salud mental, tales como una mayor sensibilidad a la incertidumbre y al miedo que la pandemia genera, mayor probabilidad de presentar clínica reactiva ansioso depresiva, más dificultad de manejo de estresores externos, así como una menor capacidad de adaptación a circunstancias desfavorables (Ciria Villar & Día Sahún, 2021). Otro factor importante son los riesgos psicosociales generados por la pandemia tales como el aislamiento social, desempleo, el empeoramiento de la salud física o el acceso deficiente a los recursos asistenciales, que pueden afectar especialmente a las personas con psicosis. (Brown et al., 2020; Koreki et al., 2020).

Alguno de los estudios publicados hasta ahora apuntan a una exacerbación de sintomatología con un aumento de síntomas negativos, mayor inactividad y aislamiento, un aumento de la ansiedad y estrés, así como mayores problemas de sueño en las personas con trastorno mental grave que vivencian una pandemia (Arango et al., 2017).

Dentro de los recursos asistenciales, una de las principales formas de atención psiquiátrica integral comunitaria la constituyen los Hospitales de Día (HD). En ellos se atiende a pacientes que padecen trastornos mentales graves, predominando los trastornos psicóticos y afectivos mayores en sus fases iniciales. Los primeros años de dichas enfermedades suponen una ocasión extraordinaria para intentar impedir o limitar el potencial deterioro, a través de los programas de intervención temprana. En los HD se lleva a cabo una intervención intensiva incluyendo atención individual, grupal y familiar buscando aumentar las posibilidades de recuperación.

El tratamiento intensivo de los pacientes en la fase temprana de la psicosis ha demostrado ser efectivo para los síntomas agudos, así como para una mejora en la actitud hacia la enfermedad (McGorry, 2015). La intervención psicosocial precoz también pretende disminuir la incidencia de recaídas y hospitalizaciones posteriores, prevenir el suicidio o evitar la estigmatización así como abordar las necesidades sociales, de educación y de empleo (Arango et al., 2017; Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, 2013). Los pacientes tienen mejores resultados si se incluye en el tratamiento una combinación de programa psicoterapéutico y hospital de día frente a la sola utilización de medicación antipsicótica (Correll et al., 2018).

Esta fase temprana del trastorno constituye un período crítico en el que pacientes y familiares, se enfrentan a la enfermedad por primera vez. Son momentos en los que el paciente y la familia plantean muchas dudas sobre el diag-

nóstico, las posibilidades de tratamiento, resultados y perspectivas de vida. Para lograr la remisión y la prevención de recaídas en la psicosis temprana, es crucial implementar una intervención integradora a largo plazo que incluya tratamiento antipsicótico continuo y rehabilitación psicosocial como componentes esenciales del tratamiento (Correll et al., 2018).

Desde el Hospital de Día de Pontones para primeros episodios psicóticos, se ha apostado por una intervención temprana multidisciplinar donde se busca que el paciente reciba un tratamiento integral dentro de su entorno natural, social y cerca de sus familias, lo que a su vez permite reducir el sentimiento de aislamiento comunitario (Šago, Filipic, Lovretic, & Mayer, 2018).

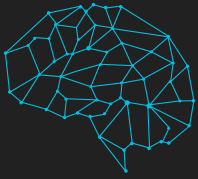
Ante este escenario, el presente estudio nace con el objetivo de dar a conocer la experiencia en nuestro HD, del rediseño e implementación de un programa de intervención online para dar respuesta y cubrir las necesidades de nuestros pacientes en el contexto del confinamiento por la emergencia sanitaria.

PROGRAMA TERAPEUTICO EN HOSPITAL DE DÍA PONTONES

Las actividades que se llevan a cabo en el dispositivo son realizadas por un equipo formado por una Psiquiatra, una Psicóloga Clínica, dos Enfermeras especializadas en salud mental, una Trabajadora social, 2 administrativas y un celador, así como por residentes de las distintas especialidades (psicología, psiquiatría y enfermería) que acuden como parte de sus rotaciones durante la residencia.

En cuanto a las características de los pacientes, el rango de edad se sitúa entre los 18 a 45 años, el criterio de inclusión es haber sido diagnosticados de un trastorno mental grave y haber sufrido un episodio psicótico reciente. El número medio de pacientes que se atiende es de entre 12-15. La duración del tratamiento es de mínimo de 2 años, aunque depende de la evolución individual de cada uno de los pacientes. Una vez dados de alta, son derivados a alguno de los dispositivos de la red de salud mental (centro de rehabilitación psicosocial, centro de rehabilitación laboral o seguimiento individual por psiquiatría / psicología dentro del CSM) de tal forma que permita un seguimiento a largo plazo del paciente dentro de la red asistencial.

Las intervenciones que se llevan a cabo en nuestro HD se han diseñado siguiendo las recomendaciones de la guía NICE, donde se combina el tratamiento farmacológico con



un seguimiento individual por parte de psiquiatría, psicología y enfermería así como intervenciones grupales psicosociales, dado que tienen un lugar fundamental en el tratamiento temprano de la psicosis (Group, 2005; National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014).

El programa de actividades grupales se realiza en horario de mañana de lunes a viernes y comprende las siguientes actividades: actividad física, grupo buenos días, psicoterapia grupal, educación para la salud, psicoeducación, grupo multifamiliar, rehabilitación metacognitiva, prevención recaídas, arteterapia, grupo comunitario así como talleres de ocio, mindfulness, ludoteca, y cineforum (Ver anexo 1).

Los objetivos de estas actividades son proveer de psicoeducación a pacientes y familiares sobre la enfermedad y sus fases, el manejo de síntomas y la importancia de la adherencia a la medicación además del aprendizaje de estrategias de afrontamiento y de prevención de recaídas, alentar la autonomía progresiva, fomentar la participación social en las actividades diarias y el apoyo mutuo, concienciar sobre hábitos de vida saludable...

IMPACTO DEL COVID EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Tras decretarse el estado de alarma y el confinamiento, el acceso a los servicios de salud mental y recursos psicosociales se vio obstaculizado, incluso interrumpido. Desde la oficina regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se intentó promover y potenciar la atención y el seguimiento estrecho de las personas con TMG por parte de los equipos multiprofesionales de los CSM.

Para llenar los vacíos que se ocasionaron en la atención presencial en salud mental, se adoptó la telesalud, con videoconferencias, llamadas telefónicas, terapias online y terapias de autoayuda proporcionadas a través de aplicaciones (Moreno et al., 2020).

En nuestro HD las actividades presenciales quedaron suspendidas, manteniendo seguimiento telefónico con los pacientes. Durante el verano y debido a la mejora de las condiciones epidemiológicas, las actividades en el CSM y HD retomaron progresivamente la normalidad siempre en el caso de HD respetando las recomendaciones sanitarias: ventilación, distancia social, higiene y unirse menos de 6 personas por sala de grupo.

Después del verano del 2020 se recrudeció la situación epidemiológica y se endurecieron de nuevo las medidas,

con confinamientos perimetrales, restricción de movilidad y restricción de horarios de reuniones sociales y hostelería.

Ante esta nueva situación y la incertidumbre en cuanto a la duración de estas medidas, se decidió una reestructuración del HD con la posibilidad de mantener las intervenciones grupales diarias a través de videoconferencias.

El uso de intervenciones basadas en la tecnología, se ha convertido en una práctica cada vez más común y existen estudios que han demostrado sus beneficios en múltiples diagnósticos y modalidades terapéuticas, con resultados a menudo comparables a las intervenciones cara a cara (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010).

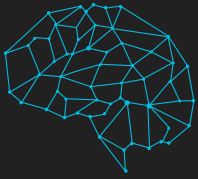
En cuanto a los pacientes con TMG sabemos que la mayoría son usuarios activos de Internet y, por lo tanto, pueden acceder a intervenciones online (Thomas, Foley, Lindblom, & Lee, 2017).

Las intervenciones para la psicosis basadas en Internet y dispositivos móviles parecen ser bien aceptadas además de proporcionar resultados preliminares esperanzadores con respecto a su potencial clínico y psicosocial (Alvarez-Jimenez et al., 2015). La investigación ha demostrado que la telepsiquiatría podría ser efectiva para prevenir las recaídas y aumentar la adherencia a la medicación y a los recursos de salud mental (Perera, Gambheera, & Williams, 2020).

Los enfoques digitales cuentan además con ciertas ventajas como la reducción del estigma, mayor facilidad de acceso y reducción de costes (Bucci et al., 2018). Por tanto, pueden suponer una opción segura y eficaz para acceder a la atención en salud mental en pacientes que se enfrenten a barreras de tipo logístico o relacionadas con la estigmatización (Andrews et al., 2010; Fletcher et al., 2018). Si bien la evidencia previa respalda la implementación de la terapia individual de manera virtual, la evidencia es más limitada para la teleterapia en formato grupal aunque ya existen estudios piloto que avalan la puesta en práctica de terapia grupal adaptada a formato online para personas con primer episodio de psicosis (Wood, Gannon, Chengappa, & Sarpal, 2020).

A pesar de los hallazgos que respaldan la eficacia de la atención basada en la tecnología, los profesionales a menudo dudan en utilizarla, en parte debido a la preocupación de que el uso de medios virtuales pueda influir negativamente en la alianza terapéutica (Richards, Simpson, Bastiampillai, Pietrabissa, & Castelnuovo, 2018).

No obstante, diversos estudios han informado de niveles elevados de alianza terapéutica en tratamientos online



(Knaevelsrud & Maercker, 2006). Dentro de las intervenciones online, las terapias de videoconferencia son las que más se asemejan a los tradicionales cara a cara ya que esta tecnología permite a los participantes verse y escucharse unos a otros en tiempo real. En general, la alianza calificada por los pacientes en videoconferencia es alta. Sin embargo, el número de estudios es todavía limitado y la cuestión de si la alianza es un predictor o no del resultado en terapias por videoconferencias está aún sin responder (Berger, 2016).

ADAPTACIÓN DE HD PONTONES A LAS RESTRICCIONES DEL COVID

En nuestro HD las actividades presenciales quedaron suspendidas en marzo. Durante el verano y debido a la mejora de las condiciones epidemiológicas, las actividades en el CSM y HD retomaron progresivamente la normalidad siempre en el caso de HD respetando las recomendaciones sanitarias: ventilación, distancia social, higiene y unirse menos de 6 personas por sala de grupo.

Después del verano del 2020 se recrudeció la situación epidemiológica y se endurecieron de nuevo las medidas, con confinamientos perimetrales, restricción de movilidad y restricción de horarios de reuniones sociales y hostelería.

Ante esta nueva situación y la incertidumbre en cuanto a la duración de estas medidas, se decidió una reestructuración del HD con la posibilidad de mantener las intervenciones grupales diarias a través de videoconferencias.

Se organizó un programa terapéutico alternativo mixto (con atención individual presencial, telefónica y por videoconferencia) para continuar con el seguimiento de los pacientes. Resultaba necesario garantizar la continuidad de la atención de cara a mantener el vínculo terapéutico y fomentar el mantenimiento de rutinas regulares como forma de minimizar el impacto del COVID-19 en los pacientes (Koreki et al., 2020).

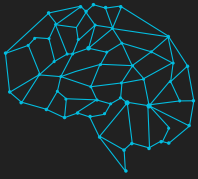
Las citas individuales continuaron siendo presenciales (tanto en el seguimiento con psiquiatría, psicología clínica y enfermería) para mantener el contacto personal y el vínculo terapéutico. Fue necesario buscar otras opciones no presenciales para continuar ofreciendo las intervenciones grupales de HD teniendo presente su efectividad para reducir síntomas positivos y negativos, la psicopatología general, así como mejorar el funcionamiento global y la adherencia al tratamiento (Armijo et al., 2013).

Se implantó un formato de videochat para las intervenciones grupales a través del acceso a una plataforma virtual

propia de Quirón Salud con un formato similar a Microsoft Teams o Zoom, que permite una comunicación directa a través de video y audio entre los participantes y con el terapeuta. El nuevo horario se adaptó y se eliminaron algunas de las actividades que se realizaban presencialmente por no considerarse viables en el nuevo formato (arteterapia, ludoteca y cineforum). Otras se redujeron siguiendo las recomendaciones relacionadas con el uso de plataformas online (tiempo recomendado de exposición a pantallas de no más de 60 min para evitar el cansancio, incluir descansos entre sesiones para evitar distracciones...) (Ver anexo 2).

Las intervenciones que se empezaron a realizar vía online son:

- **Terapia grupal.** A cargo de psicología clínica, adaptando el formato de grupos de apoyo entre pares en línea. La sesión se distribuye con la primera media hora de psicoterapia grupal dirigido por un psicólogo, donde a través de la comprensión de las propias experiencias y la aceptación emocional, se busca alcanzar una mejor la regulación emocional y reducir la intensidad de los síntomas (Matić et al., 2018) seguido de una hora de sesión grupal abierta, no estructurada, donde se fomenta el apoyo mutuo y los participantes pueden compartir sus experiencias. Disponer de un espacio donde poder ayudar a los demás puede mejorar la autoestima y reducir las experiencias de autoestigma entre pacientes con psicosis (Corrigan, 2006).
- **Psicoeducación.** Dirigido por residentes de psicología clínica y psiquiatría. En los talleres psicoeducativos, los pacientes reciben información sobre algún tema de su interés con respecto a su enfermedad o síntomas, estrategias de afrontamiento, regulación emocional... Las intervenciones de psicoeducación para la psicosis ayudan a mejorar la adherencia a la medicación, reducir las recaídas, promover el funcionamiento social y la autonomía (Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011).
- **Grupo familias/multifamiliar.** Se llevan a cabo por una psiquiatra y una psicóloga clínica de HD, ambas con un enfoque familiar sistémico. Primero se imparte una sesión de psicoeducación para los familiares en los que se tratan temas como la enfermedad, síntomas, factores de riesgo, prevención de recaídas, información sobre los dispositivos disponibles.... Esta sesión es seguida de un grupo abierto de apoyo entre familiares, donde los pacientes participan semanas alternas junto con sus familias. Son muchas las investigaciones que han destacado el papel fundamental de la implicación de la familia en el tratamiento para lograr una mejor recuperación en psicosis, ejerciendo un papel fundamental para ayudar a los pacientes a recuperar las



funciones psicosociales y favorecer la adherencia al tratamiento (Armijo et al., 2013; Lo et al., 2016; Mueser et al., 2013).

- **Educación para la salud y actividad física.** Los pacientes con esquizofrenia presentan una mayor morbilidad por enfermedad física. Factores como mayor riesgo de enfermedad cardiaca, sobrepeso, hábitos tóxicos hace recomendable que desde los servicios de salud mental se proporcione programas de promoción de la salud, alimentación y ejercicio desde las fases iniciales (Maj, 2009; Torales et al., 2018). Dentro de nuestro HD, desde enfermería se aporta educación en hábitos de vida saludable: consejos dietéticos, ejercicio físico y consumo de tóxicos, higiene del sueño, técnicas de relajación...

A lo largo de media hora de ejercicios físicos se combinan estiramientos, cardio, yoga o pilates. Estudios recientes han demostrado que la actividad física, y en particular el ejercicio estructurado, pueden mejorar significativamente los síntomas positivos, los síntomas negativos y el funcionamiento social en esta población, incluso se ha demostrado su efecto positivo en el funcionamiento cognitivo (Firth et al., 2017).

- **Metacognición y prevención de recaídas.** Los déficits metacognitivos pueden variar, pero hay evidencia de que los pacientes con psicosis experimentan significativamente mayores déficits metacognitivos (Vergara, Hernández, & Manríquez Salles, 2020). Un entrenamiento en metacognición puede ser útil para abordar los sesgos cognitivos que favorecen los síntomas psicóticos (Inchausti, Sanchez-Reales, Prado-Abril, & Lysaker, 2019).

En nuestro HD, se lleva a cabo el programa de entrenamiento metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC) elaborado por Moritz. Son ocho módulos destinados a corregir los errores/sesgos cognitivos típicos en la esquizofrenia donde se les enseña a reflexionar de forma crítica y se dota de herramientas para solucionar problemas. Este programa ha mostrado su evidencia en reducir los síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia (Acuña, Otto, Cavieres, & Villalobos, 2021; Moritz et al., 2013).

En el módulo de prevención de recaídas se trabaja junto con los pacientes para que identifiquen sus "señales de alarma" y elaboren un "plan de recaídas" individualizado.

- **Rehabilitación cognitiva.** El deterioro cognitivo está presente en un porcentaje muy relevante de los pacientes con psicosis y esquizofrenia. La investigación ha demostrado que los déficits cognitivos en los trastornos psicóticos se encuentran presentes desde las primeras fases de la enfermedad y constituye uno de los factores de mal pronóstico. La atención, memoria y función ejecutiva parecen alteradas en la esquizofrenia (Pena-Garijo &

Monfort-Escrig, 2020). Esto ha llevado al desarrollo de estrategias de intervención para la rehabilitación cognitiva que han mostrado su eficacia en mejorar todas las funciones cognitivas e incluso mejora en otras variables como el funcionamiento social (Blanco, Lubrini, Mariño, & Lago, 2017; Ojeda et al., 2012). Desde nuestro HD, el programa de rehabilitación cognitiva se ha centrado en la combinación de fichas de ejercicios donde se trabaja de forma individual la atención y concentración, lenguaje, memoria... acompañada de juegos interactivos de estimulación cognitiva que se desarrollan en grupo y permiten fomentar la interacción social.

- **Mindfulness.** El entrenamiento de la atención plena aumenta la flexibilidad cognitiva, permitiendo la aceptación y mejora de síntomas como ansiedad o angustia. Investigaciones recientes confirman los beneficios del mindfulness en pacientes psicóticos (Sheng, Yan, Yang, Yuan, & Cui, 2019).

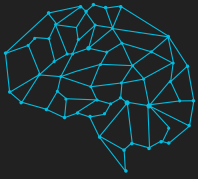
Las sesiones se inician con una meditación de "body scan" seguida de otra meditación formal (respiración, pensamientos, emociones...) adaptando los ejercicios a las recomendaciones de aplicación en pacientes con psicosis como tiempos de meditación más cortos, evitar silencios prolongados... (Davis, Strassburger, & Brown, 2007).

- **Grupo comunitario.** Es una actividad donde participan todos los pacientes así como todo el equipo asistencial. Comienza con la bienvenida de nuevos participantes y/o despedida de aquellos que se van de alta. A continuación se efectúa una ronda de preguntas a cada uno de los participantes sobre estado general de salud física/psíquica, cómo han llevado la semana, y sugerencias/peticiones sobre las actividades de Hospital de día.

- **Taller de prensa.** Se comienza solicitando a cada participante que revise la prensa y seleccione la noticia que más le interesa, para posteriormente resumir y exponer al resto del grupo para iniciar un debate, fomentando habilidades de expresión, comunicación y lenguaje.

- **Ocio.** Espacio de estructura abierta en la que se recurre a actividades recreativas para producir un efecto terapéutico en las esferas social, emocional y cognitiva de los pacientes fomentando la socialización, participación y comunicación en un ambiente informal y poco estructurado.

Tras la vuelta a la normalidad se volvió a instaurar el programa terapéutico grupal en formato presencial y se invitó a participar a todos los usuarios del HD online en la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4), de cara a instaurar futuras adaptaciones que aporten lo mejor de ambos formatos.



Anexo 1. Horario de actividades en Hospital de Día Pontones presencial					
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:30 10:00	Deporte	Grupo Comunitario	Deporte	Deporte	Deporte
10:00 10:30	Buenos días		Buenos días	Buenos días	Buenos días
10:30 11:30	Taller actualidad	Psicoeducación	Taller Ludoteca	Psicoeducación	Taller ocio
11:30 12:00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
12:00 13:00	Psicoterapia	Arteterapia	Reh. Cognitiva	Prevención recaídas	Cineforum/ Teatro
13:00 14:00	Educación para la salud		Educación para la salud	Mindfulness	
14:00 15:00					Grupo familias

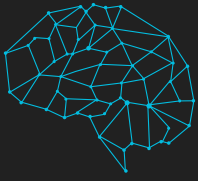
Anexo 2. Horario de actividades en Hospital de Día Pontones online					
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:30 10:00		Grupo Comunitario			
10:00 10:30					
10:30 11:30		Psicoeducación		Psicoeducación	
11:30 12:00		Psicoterapia grupal		Actividad física	
12:00 13:00	Taller de prensa		Metacognición/preven- ción recaídas	Rehabilitación cognitiva	Mindfulness
13:00 14:00	Educación para la salud				
14:00 15:00		Psicoeducación/grupo familias			Taller ocio

RESULTADOS

La escala de satisfacción (CRES-4) consta de 4 ítems y de ellos se pueden extraer tres componentes que corresponden a la percepción del cambio del estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas (Feixas et al., 2012). El máximo por cada componente es 100 y de la escala global, 300, cuanto mayor es la puntuación, mayor el grado de satisfacción del paciente.

Se les pasó la CRES-4 con consentimiento informado a los pacientes de los que contestaron 8 de un total de 12 participantes con los siguientes resultados:

En la dimensión de satisfacción con el tratamiento, la puntuación obtenida fue bastante alta (M=87.4), si se considera su cercanía con la calificación máxima posible (100). Con respecto al componente de solución del problema por el que acudieron al tratamiento, su media se encontró en un



nivel alto (M=95), indicando que, en general, los pacientes consideraron que el tratamiento recibido fue óptimo para trabajar su problema.

La percepción de cambio emocional, obtenido al contrastar subjetivamente el estado emocional antes y después del tratamiento, mostró el nivel más bajo (M=79.68) aunque se considera que puntuaciones por encima de 50 indican mejoría.

Por último, se puede observar que hay una puntuación global alta (M=262.08), indicando que la evaluación de los pacientes sobre el tratamiento recibido vía on-line es satisfactoria.

CONCLUSIONES

La pandemia COVID-19 ha supuesto un factor de riesgo en pacientes psiquiátricos con diagnóstico de TMG que les hace más vulnerables a padecer un empeoramiento de su salud mental (Ciria Villar & Día Sahún, 2021) como ejemplificación de la morbilidad psíquica que puede generarse en relación con las medidas de confinamiento y aislamiento social. Casos clínicos Se presentan 3 casos clínicos, todos ellos con diagnóstico al alta de «episodio psicótico breve» (F23).

Es necesario el apoyo continuo a estos pacientes, por lo que desde nuestro HD se ha llevado a cabo una rápida adaptación de la teleterapia, con videoconferencias, llamadas telefónicas y grupos de terapia online que ha permitido mantener el vínculo terapéutico así como ayudarles a mantener rutinas regulares para minimizar el impacto del Covid.

Los pacientes de nuestro HD se han mostrado receptivos y participativos, han aceptado las intervenciones en línea e incluso han manifestado su interés en mantenerlo en el tiempo pero sólo como complemento de la atención presencial.

Es evidente que la telemedicina ha venido para quedarse, si bien hacen falta investigaciones que avalen la eficacia de la implementación de la teleterapia en formato grupal, ya existen algunos estudios con resultados prometedores (Wood et al., 2020).

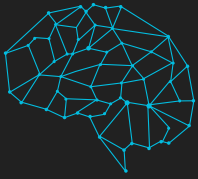
Esto nos hace plantearnos la posibilidad en un futuro próximo de la implementación de un HD mixto que permita combinar atención presencial y online aprovechando las ventajas de ambos formatos, donde se pueda mantener el vínculo terapéutico y las interacciones sociales cara a cara pero que añada flexibilidad y comodidad a los pacientes en la búsqueda de ofrecer un servicio integral adaptado a las nuevas necesidades de los pacientes.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

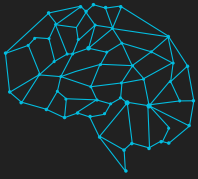
- 1. Financiación:** no se ha recibido financiación por parte de ningún organismo.
- 2. Contribución:** La autora Belén García Sánchez realizó la redacción, encuesta de satisfacción y análisis estadístico. El autor Francisco Javier Bonilla Rodríguez realizó la redacción del manuscrito. Las autoras Laura Mata Iturralde y Laura Muñoz Lorenzo contribuyeron en la redacción.
- 3. Conflicto de intereses:** "Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses".

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña, V., Otto, A., Cavieres, A., & Villalobos, H. (2021). Eficacia del entrenamiento metacognitivo en una muestra chilena de personas con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, S0034745021000305. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.006>
2. Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 5(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
3. Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., ... Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: El caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
4. Armijo, J., Méndez, E., Morales, R., Schilling, S., Castro, A., Alvarado, R., & Rojas, G. (2013). Efficacy of Community Treatments for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review. *Frontiers in psychiatry*, 4, 116. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00116>
5. Berger, T. (2016). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
6. Blanco, L. R., Lubrini, G., Mariño, C. V., & Lago, M. R. (2017). Eficacia de la rehabilitación cognitiva de la atención, funciones ejecutivas y memoria operativa en los trastornos psicóticos. Revisión sistemática. *Actas españolas de psiquiatría*, 45(4), 167-178.
7. BOE.es—Documento consolidado BOE-A-2020-3692. (s. f.). Recuperado 2 de julio de 2020, de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>
8. Brown, E., Gray, R., Lo Monaco, S., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., ... McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia Research*, 222, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005>
9. Ciria Villar, S., & Día Sahún, J. L. (2021). Síntomas psicóticos en relación con cuarentena por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 39-42. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.009>
10. Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>



11. Corrigan, P. (2006). Impact of Consumer-Operated Services on Empowerment and Recovery of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57, 1493-1496. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.10.1493>
12. Davis, L., Strasburger, A. M., & Brown, L. F. (2007). Mindfulness: An intervention for anxiety in schizophrenia. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. <https://doi.org/10.3928/02793695-20071101-06>
13. Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E., & Bados, A. (2012). Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>
14. Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., ... Yung, A. R. (2017). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 546-556. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw115>
15. Fletcher, T., Hogan, J., Keegan, F., Davis, M., Wassef, M., Day, S., & Lindsay, J. (2018). Recent Advances in Delivering Mental Health Treatment via Video to Home. *Current Psychiatry Reports*, 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0922-y>
16. Group, I. E. P. A. W. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 187(S48), s120-s124.
17. Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J., & Sánchez-Reales, S. (2020). La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clinical and Health*, 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
18. Inchausti, F., Sanchez-Reales, S., Prado-Abril, J., & Lysaker, P. (2019). *La terapia metacognitiva en psicosis*.
19. Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the Quality of the Working Alliance Predict Treatment Outcome in Online Psychotherapy for Traumatized Patients? *Journal of medical Internet research*, 8, e31. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e31>
20. Koreki, A., Nakane, J., Kitada, S., Hamaya, T., Ishii, H., Akimoto, K., ... Onaya, M. (2020). Impact of COVID-19 on psychiatric day care services. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102442. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102442>
21. Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
22. Lo, T., Warden, M., He, Y., Si, T., Kalyanasundaram, S., Thirunavukarasu, M., ... Castle, D. (2016). Recommendations for the optimal care of patients with recent onset psychosis in the Asia Pacific region. *Undefined*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Recommendations-for-the-optimal-care-of-patients-in-Lo-Warden/851dc7915d2bf82fc1de4557370b498f87c3e5c3>
23. Maj, M. (2009). Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 1-4. [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(09\)70709-8](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(09)70709-8)
24. Matic, K., Gereš, N., Gerlach, J., Prskalo-Čule, D., Zdravec Vrbanc, T., Lovretić, V., ... Filipčić, I. (2018). Early Intervention Services for Early-Phase Psychosis—Centre for integrative psychiatry in Psychiatric Hospital «Sveti Ivan», Croatia. *Psychiatria Danubina*, 30(Suppl 4), 158-165.
25. Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
26. Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., ... Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.007>
27. Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
28. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
29. Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., Garcia, A., Sánchez, P., Elizagárate, E., ... Eguiluz, J. I. (2012). [Evidence of the effectiveness of cognitive rehabilitation in psychosis and schizophrenia with the REHACOP programme]. *Revista De Neurologia*, 54(10), 577-586.
30. Pena-Garijo, J., & Monfort-Escrig, C. (2020). Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): Métodos de evaluación y correlatos neurales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137), 109-130. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352020000100007>
31. Perera, S. R., Gambheera, H., & Williams, S. S. (2020). "Telepsychiatry" in the time of COVID-19: Overcoming the challenges. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(9), 391. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_848_20
32. Richards, P., Simpson, S., Bastiampillai, T., Pietrabissa, G., & Castelnovo, G. (2018). The impact of technology on therapeutic alliance and engagement in psychotherapy: The therapist's perspective. *Clinical Psychologist*, 22(2), 171-181. <https://doi.org/10.1111/cp.12102>
33. Šago, D., Filipčić, I., Lovretić, V., & Mayer, N. (2018). Day hospital for early intervention for individuals with psychotic disorders. *Psychiatria Danubina*, 30, 192-197.
34. Sever, M. S., Ortiz, A., Maggiore, U., Bac-García, E., & Vanholder, R. (2021). Mass Disasters and Burnout in Nephrology Personnel: From Earthquakes and Hurricanes to COVID-19 Pandemic. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 16(5), 829. <https://doi.org/10.2215/CJN.08400520>
35. Sheng, J.-L., Yan, Y., Yang, X.-H., Yuan, T.-F., & Cui, D.-H. (2019). The effects of Mindfulness Meditation on hallucination and delusion in severe schizophrenia patients with more than 20 years' medical history. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 25(1), 147-150. <https://doi.org/10.1111/cns.13067>
36. Tandon, R. (2020). COVID-19 and mental health: Preserving humanity, maintaining sanity, and promoting health. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102256. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102256>
37. Thomas, N., Foley, F., Lindblom, K., & Lee, S. (2017). Are people with severe mental illness ready for online interventions? Access and use of the Internet in Australian mental health service users. *Australasian Psychiatry*, 25, 257-261. <https://doi.org/10.1177/1039856217689913>
38. Torales, J., Almirón, M., González, I., Gómez, N., Ortiz, R., & Ibarra, V. (2018). Ejercicio físico como tratamiento adyuvante de los trastornos mentales. Una revisión narrativa. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 27-32.
39. Vergara, S., Hernández, D., & Manríquez Salles, C. (2020). *Metacognición e Insight en Esquizofrenia*. XXXVII, 83-90.
40. Wood, H., Gannon, J., chengappa, k, & sarpal, deepak. (2020). Group teletherapy for first episode psychosis: Piloting its integration with coordinated specialty care during the COVID 19 pandemic. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12310>
41. Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>



CASO CLÍNICO
ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 31/01/2023 Aceptado: 04/05/2023

ENLENTECIMIENTO OBSESIVO: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

OBSESSIONAL SLOWNESS: A CLINICAL CASE AND BIBLIOGRAPHIC REVIEW

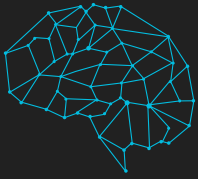
Nadia Sanz¹, Josep Soler¹, Isabel Parra¹⁻⁴, Diego J. Palao¹⁻³, Jesús Cobo¹⁻³

1 Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí. I3PT. Sabadell, Barcelona.

2 CIBER de SALUD MENTAL (CIBERSAM). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

3 Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona.

Correspondencia: Jesús Cobo. Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí.
Parc Taulí, 1. 08208 Sabadell, Barcelona.
jcobo@tauli.cat



ABSTRACT

Introduction: Obsessive Slowness (OS) is a syndrome characterized by a slowing in motor execution. It is characterized by behavioral slowing, extreme meticulousness, absence of prodromal anxiety or discomfort before, during or after the behavior, with relative resistance to it, being highly incapacitating.

Objectives: To carry out a bibliographic review of the OS phenomenon in the recent literature and to show a paradigmatic case treated in our Team.

Methods: A mixed method has been carried out. On the one hand, a description of a patient diagnosed with OE and on the other, a non-systematic review using the Pubmed database using the keyword: "obsessional slowness". Validation studies of OS scales and those studies in which OS appears in other comorbid pathologies such as Tourette's syndrome, Down's syndrome or depression-associated slowing were excluded. For the preservation of the confidentiality and anonymity of the patient, aspects in relation to his biographical background have been modified.

Results: Obsessive slowing is a condition usually secondary to Obsessive Compulsive Disorder. It has a low prevalence, but almost always manifests severity and a tendency to deterioration. It is associated with various psychiatric comorbidities (for example, Autism Spectrum Disorders and/or Tourette's Syndrome). It fundamentally affects men and has its own specificities, such as the lack of prodromal discomfort, the lack of subjective resistance to symptoms, and the presence of symptoms sometimes hidden by the behavioral manifestations of slowness.

discussion and conclusion: The treatment must be multi-technical as psychological therapies and multidisciplinary. In any case, it should be noted that we still lack much knowledge and updating of currently available data.

Keywords: Obsessional Slowness

RESUMEN

Introducción: El Enlentecimiento Obsesivo (EO) es un síndrome caracterizado por un enlentecimiento en la ejecución motora. Se caracteriza por un enlentecimiento conductual, una extrema meticulosidad, ausencia de ansiedad prodrómica o disconfort antes, durante o después del comportamiento, con relativa resistencia al mismo, siendo altamente incapacitante.

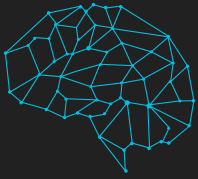
Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica del fenómeno del EO en la literatura reciente y mostrar un caso paradigmático atendido en nuestro Equipo.

Métodos: Se ha realizado un método mixto. Por un lado, de descripción de un paciente diagnosticado de EO y por otro, de revisión no sistemática mediante la base de datos Pubmed usando la palabra clave: "obsessional slowness". Se excluyeron los estudios de validación de escalas del EO y aquellos estudios en que el EO aparece en otras patologías de manera comórbida como en el síndrome de Tourette, síndrome de Down o enlentecimiento asociado a la depresión. Para la preservación de la confidencialidad y anonimato del paciente, se han modificado aspectos en relación a sus antecedentes biográficos.

Resultados: El enlentecimiento obsesivo es una condición normalmente secundaria a un Trastorno Obsesivo Compulsivo. Tiene una escasa prevalencia, pero manifiesta casi siempre gravedad y tendencia deterioro. Va asociada a diversas comorbilidades psiquiátricas (por ejemplo, Trastornos del Espectro Autista y/o Síndrome de Tourette). Afecta fundamentalmente a hombres y tiene especificidades propias, como la falta de malestar prodrómico, la falta de resistencia subjetiva a la clínica y la presencia de clínica encubierta en ocasiones por las manifestaciones conductuales del enlentecimiento.

Discusión Y Conclusiones: El tratamiento ha de ser multitécnico (en la parte más psicológica) y multidisciplinar. En todo caso, se ha de destacar que aún nos falta muchos conocimientos y actualización de los datos disponibles actualmente.

Palabras clave: Enlentecimiento Obsesivo.



INTRODUCCIÓN

El Enlentecimiento Obsesivo (EO) es un síndrome caracterizado por un enlentecimiento en la ejecución motora. Se caracteriza por un enlentecimiento conductual, una extrema meticulosidad, ausencia de ansiedad prodrómica o disconfort antes, durante o después del comportamiento, con relativa resistencia al mismo, siendo altamente incapacitante.

Nuestro equipo de hospitalización parcial tuvo que atender recientemente un caso complejo de EO, en el que tras su estudio detallado, se pusieron en marcha una serie de intervenciones coordinadas dirigidas a tratar de mejorar efectivamente las consecuencias de este grave problema de salud.

OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica del fenómeno del EO en la literatura reciente y mostrar un caso paradigmático atendido en nuestro Equipo.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un método mixto. Por un lado, de descripción de un paciente diagnosticado de EO y por otro, de revisión no sistemática mediante la base de datos Pubmed usando la palabra clave: "obsessional slowness". Se excluyeron los estudios de validación de escalas del EO y aquellos estudios en que el EO aparece en otras patologías de manera comórbida como el síndrome de Tourette, síndrome de Down, enlentecimiento asociado a la depresión y a otros síndromes genético-metabólicos. Para la preservación de la confidencialidad y anonimato del paciente, se han modificado aspectos en relación a sus antecedentes biográficos.

RESULTADOS

1 REPORTE DEL CASO

1.1. Motivo de consulta y Antecedentes

Se trata de un paciente varón de 20 años que ingresa en nuestro Hospital de Día de Salud Mental derivado desde el Centro de Salud Mental ambulatorio para estudio diagnóstico y tratamiento en el contexto de un notable y rápido deterioro funcional. La impresión diagnóstica en el momento de la primera derivación fue de estado mental de alto riesgo para psicosis.

El paciente convive con sus padres y es el segundo de una fratría de cuatro hermanos. Su situación ocupacional es de estudiante universitario. No tiene antecedentes de seguimien-

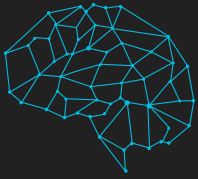
to médico especializado. Destaca un rendimiento académico previo excelente y un temperamento de tipo anancástico. Por otro lado el paciente refiere tendencia al pensamiento mágico desde la primera infancia sin repercusión funcional del mismo. A nivel del neurodesarrollo y de manera retrospectiva se recogen por parte de la familia algunas características del paciente como tendencia a la hipersensibilidad auditiva e intereses teóricos adultoformes. Ninguna de estas características requirió soportes específicos. A nivel familiar reportan un miembro de primer grado con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

1.2. Episodio Actual

Durante los primeros meses del tercer curso universitario destaca una disminución notable del rendimiento académico con dificultades de organización del trabajo y gestión del tiempo, nunca antes presentes. En paralelo, el paciente también presenta una tendencia al aislamiento con abandono de las actividades previas. La preocupación fundamental de la familia estaba relacionada con su enlentecimiento generalizado, con distorsión de sus actividades cotidianas y las conductas extrañas (como acumulación de objetos y botellas con su propia orina en la habitación). No había sin embargo un aparente sufrimiento subjetivo ni demandas de ayuda, con una vivencia egosintónica. Estos aspectos motivan una consulta a un psiquiatra particular que orienta el caso como un estado mental de alto riesgo para psicosis. Inicialmente se pauta perfenazina hasta 8 mg. No hay una respuesta efectiva y dada la repercusión de la clínica y la ruptura biográfica se orienta a consultar a Urgencias de Psiquiatría, iniciando desde allí tratamiento con sertralina. Al cabo de unas semanas se decide desde el Centro de Salud Mental de zona derivar al paciente a nuestro dispositivo de Hospital de Día de Salud Mental. El objetivo es el estudio diagnóstico y la intensificación del tratamiento prestado dada la persistencia del bajo estatus funcional descrito.

1.3. Exploración psicopatológica al ingreso

Aspecto descuidado, caquectico. Palidez cutánea. Colaborador y abordable. Afable. Contacto ocular evasivo y periférico, extraño. No suspicaz ni hipervigilante. Enlentecimiento motor franco. Ansiedad flotante. Discurso globalmente coherente y organizado pero poco espontáneo y fluido, con elevada latencia de respuesta. Sensación subjetiva de pensamiento acelerado aunque se constata tendencia a la bradipsiquia.



Refiere ideas obsesivas de duda en relación a los estudios, horarios y actividades que realiza con conductas de comprobación secundarias. Rituales mentales de comprobación y reaseguración que limitaban sus actividades cotidianas (incluyendo alimentación, sueño y autocuidado) y que impedían la respuesta a las órdenes o peticiones hasta que completaba el ritual. Tendencia a la racionalización. Destaca egosintonía y bajo insight aunque reconoce malestar secundario a la clínica. Niega fobias de impulsión. Conductas extrañas (ingesta repetida de pequeñas cantidades de agua embotellada, toma de notas a lo largo de todo el día en una libreta, ocultación detrás de una columna, pequeños saltos sin desplazamiento para finalizar un ritual, episodios de aparente desconexión del medio y permanencia de pie ensimismado). Refería que bebía agua para que “fluyeran las ideas” (sic) y evitar “bloqueos” subjetivos. Al explorar el motivo del hallazgo de botellas de orina en su habitación, la respuesta referida es por la necesidad de terminar las ritualizaciones sin tener que salir de la misma. No irritabilidad. Hipotimia secundaria a la clínica referida y a las repercusiones de la misma, especialmente en el ámbito académico. Humor parcialmente reactivo. Reconoce “cansancio mental” (sic) relacionado con los fenómenos de duda-comprobación. Tenía la sensación de “tener los hábitos desordenados”. No ideas de culpa francas, tampoco ruina o hipocondría. Sí cierta desesperanza. Biorritmos retardados por interferencia de los rituales, sin variabilidad circadiana ni estacional. Niega clínica psicótica. Niegan y no se objetivan alteraciones sensorio-perceptivas. Niega ideación tanatológica. Juicio de la realidad aparentemente conservado.

1.4. Otras exploraciones:

La exploración física no mostraba ninguna alteración, aparte de su delgadez y palidez cutánea. Las analíticas de orina fueron normales y el screening de tóxicos negativo. La analítica sanguínea (incluyendo hemograma, hematimetría, bioquímica básica, lípidos, prolactina, hormonas tiroideas y autoinmunidad tiroidea) fueron también normales. Un TAC craneal no mostró ninguna alteración.

1.5. Exploraciones psicométricas:

En primer lugar se administró la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS) obteniendo resultados en el área de las obsesiones del fenómeno *not just right* o sensación de inacabado/incompleto, además de retención, organización, repaso, corrección, asociaciones y acumula-

ción. Estas obsesiones suponían un tiempo diario de entre ocho y doce horas con poca resistencia, control y vivencia egosintónica a pesar del deterioro significativo de las mismas. A nivel de compulsiones predominan las comprobaciones con anotaciones, rituales de repetición, pensamiento en voz alta, listar la planificación cotidiana y beber agua como conducta de seguridad.

En segundo lugar, dada la sospecha inicial del caso en un estado mental de alto riesgo para psicosis se administró también la entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS) sin obtener criterios significativos a nivel sintomático de riesgo para psicosis.

En tercer lugar, dado que a nivel retrospectivo y de neurodesarrollo los padres mencionaron algunas características del espectro del autismo, se administra el módulo adulto de la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2 M4). Se observan dificultades francas en las áreas de comunicación e interacción social recíproca (PT= 3 y 7 respectivamente, con punto de corte para el autismo).

En cuarto lugar, a fin de obtener un patrón descriptivo, administramos el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MC-MI-III). Se observaba una tendencia a la deseabilidad, todo y que el perfil era globalmente válido. En su patrón caracterial, destacan los rasgos esquizoides, evitativos, depresivos, dependientes y auto-punitivos. A nivel de síndromes clínicos, destacan únicamente los de ansiedad.

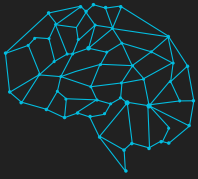
En la evaluación cognitiva global mediante el SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry), no se observa un deterioro, pero sí unas ciertas dificultades ejecutivas y un enlentecimiento franco. Por ello, ampliamos la evaluación de las funciones ejecutivas y de velocidad de procesamiento mediante los test de fluencia fonética (PD= 12; Pe= 7*) y fluencia semántica (animales (PD= 20; Pe= 8*)), que se mostraron alterados. El TMTA, el TMTB y las alternancias gráficas y motoras puntuaron dentro de la normalidad. La Figura de Rey también mostró alteraciones (Copia PD= 34, Temps 118' Pc= 80. Memòria PD= 9, Temps 126', Pc< 10*).

La escala HONOS al ingreso puntuó 15/48.

1.6. Orientación diagnóstica:

El diagnóstico principal fue de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), grave, con escasa conciencia (300.3 criterios DSM 5), con predominio del enlentecimiento.

Además, el paciente, de manera retrospectiva, presenta algunas características de un Trastorno del Espectro Au-



tista. Sin embargo, el paciente no tuvo ninguna necesidad de soporte específico durante su edad escolar y además. Tampoco recibió ninguna orientación como tal por parte de sus cuidadores o entorno escolar.

1.7. Evolución y tratamiento:

Se realiza un plan terapéutico combinado, con ayuda de la familia en domicilio, y permanece ingresado durante casi un año en nuestro dispositivo de Hospital de Día de lunes a viernes.

A nivel farmacológico, el paciente recibió diferentes pautas de tratamientos en su evolución:

- Varias semanas previas al ingreso, recibió perfenacina hasta 8 mg/día, sin efectos secundarios pero tampoco mejora.
- Posteriormente, al inicio del ingreso, recibió sertralina hasta 600 mg/d, combinada después con aripiprazol hasta 15 mg/d. Sin efectos secundarios subjetivos ni objetivos, pero con escasa mejoría.
- Finalmente, recibió clomipramina hasta 375 mg/d, + potenciada con Aripiprazol 20 mg/d + Vortioxetina 20 mg/d, con muy buena tolerancia global y respuesta, aunque no total. Los niveles terapéuticos al alta de clomipramina fueron de 88 ng/mL, dentro del rango terapéutico, pero los niveles de Desclomipramina (708 ng/mL) y de Clomipramina + Desclomipramina (*896 ng/mL) fueron por encima del rango terapéutico, sin mostrar ningún nivel grave objetivo ni subjetivo de efectos secundarios (únicamente boca seca).

A nivel psicoterápico, se realizó un plan de exposición con prevención de respuesta, progresivo, en relación a las actividades de la vida cotidiana y jerarquizado de menor a mayor potencial ansiógeno. Se obtienen resultados de poca relevancia clínica, por lo que resulta necesario potenciar con otras técnicas, como el modelado de conducta, la inversión del hábito y la organización horaria.

En la misma línea, por parte de enfermería de salud mental, se realizan intervenciones de monitorización, supervisión del cumplimiento de las pautas de tratamiento, el fomento del autocuidado y en general tareas de apoyo para la rehabilitación funcional en las actividades de la vida diaria y ajustes de horarios.

Por parte de trabajo social, se realizan orientaciones para la vinculación a recursos comunitarios de soporte, con valoración de otros recursos si precisaría en el futuro.

En el área del rendimiento académico, por petición del propio paciente y familia, se realizan coordinaciones con el Equipo de atención a las necesidades educativas especiales, al cual ya estaba previamente vinculado el paciente.

La evolución es muy lenta pero progresiva. Una dificultad importante fue la sustitución de los antiguos rituales de reaseguración ante la prevención de respuesta por otros nuevos y menos evidentes o más adaptativos (por ejemplo, en vez de apuntar las actividades a mano en la libreta, apuntarlas en un soporte digital). Fue imprescindible la colaboración de la familia para la generalización de las pautas en domicilio.

Finalmente se consiguió el reinicio de sus actividades docentes y lúdicas (aunque con necesidad de cierto soporte y adaptación curricular). A nivel clínico, la recuperación fue parcial, pero hubo una disminución notable de los rituales y, sobre todo, la posibilidad de llevar una vida adaptada en su domicilio y con una mejoría subjetiva muy evidente. Además, todas las conductas bizarras habían desaparecido y la impresión familiar fue de satisfacción.

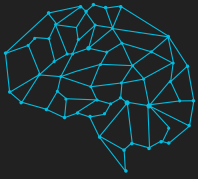
También, se observa una mejora notable del insight, pero igualmente persiste una tendencia global a la racionalización.

En este momento, el paciente y la familia prefieren continuar el tratamiento de forma ambulatoria. Por nuestra parte, consideramos que la evolución había sido correcta (aunque con persistencia de síntomas), y decidimos proceder al alta. La escala HONOS en el momento del alta fue de 6/48.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El enlentecimiento obsesivo (EO) es un término acuñado y definido por Rachman el año 1974. Se trata de un síndrome caracterizado por un enlentecimiento en la ejecución motora. En sus orígenes se planteó como un fenómeno primario. No obstante, a partir de estudios posteriores, se ha postulado que en realidad es un fenómeno secundario al trastorno obsesivo-compulsivo, concretamente al subtipo duda-comprobación (Bilisbury, 1979; Bennun, 1980; Hymas et al., 1991; Tham et al., 1994; Signh et al., 2003; Lam et al., 2008; Mittal et al., 2013).

Para revisar el tema, realizamos una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed con la palabra clave "OBSESSIONAL SLOWNESS" o "OBSESSIVE SLOWNESS", excluyendo las comorbilidades (Síndrome de Tourette y Síndrome de Down), y los estudios de validación de escalas. El intervalo de búsqueda abarcaba de 1974 a octubre del 2022. También se realizaron búsquedas alternativas y para ampliar la discusión. Se detectaron 33 artículos con "obsessional slowness" y 68 con "obsessive slowness", pero sólo 19 con las limitaciones citadas. Se incluyen tanto estudios de casos, descriptivos,



de neuroimagen, de tratamientos y una revisión (Reddy et al., 2022; Aleta, 2014; Bilsbury & Morley, 1979; Bennun, 1980; Clark et al., 1982; Ganos et al., 2015; Hymas et al., 1991; Lam et al., 2008; Rachman, 1974; Sawle et al., 1991; Scotti-Muzzi & Saide, 2017; Shin et al., 2013; Snyder et al., 2016; Takeuchi et al., 1997; Urushihara, 2001; Veale, 1993; Ratnasuriya et al., 1991; Singh et al., 2003; Mittal et al., 2013).

Las características principales o casi patognomónicas, al margen del enlentecimiento conductual, son una extrema meticulosidad y la ausencia de ansiedad prodrómica o disconfort antes, durante o después del comportamiento, con una relativa resistencia al mismo (Rachman, 1974).

Desde un punto de vista fenomenológico son importantes los estudios de casos con testimonios de los pacientes afectados por este trastorno. Algunos ejemplos a la hora de describir sus síntomas son: "Comprobar en realidad no es la causa del enlentecimiento. Parece como si fuera un tipo de ritual para decidirme a empezar con otra cosa. Pero no se puede frenar fácil"; "Por ejemplo cuando empiezo a lavarme las manos no puedo parar fácilmente aunque quiera, así que empiezo a hacer algo parecido a comprobar"; "Estaba buscando una necesidad real pero no creo que sea la causa de que tarde tanto en hacer las cosas. Creo que pienso en algo más pero no sé qué es"; "Es como un estado mental de distracción" (Takeuchi et al., 1997).

La exploración neurológica puede presentar ciertas características, como la presencia de rueda dentada, posturas inusuales y presencia del reflejo glabellar positivo (Hymas, 1991).

No disponemos de datos de su prevalencia, estimándose un probable infradiagnóstico en la práctica clínica. Sí disponemos de datos que apuntan a una mayor prevalencia en hombres (2/3), con inicio en la adolescencia y/o principios de la edad adulta, alta comorbilidad con otros trastornos (1/2) como Síndrome de Tourette, depresión, Enfermedad de Parkinson y síndrome de down. En un tercio de los casos se asocia con alteraciones del neurodesarrollo o problemas perinatales. En todos los casos reportados destaca un importante deterioro social (Ganos et al. 2015).

Por otro lado, en estudios de emisión de positrones se ha constatado un hipermetabolismo en las áreas orbitofrontal, frontal medial y córtex premotor en estos pacientes (Sawle et al., 1991).

En cuanto al abordaje de este trastorno, cabe destacar la necesidad de un tratamiento combinado. A nivel psicoterápico, además de la exposición con prevención de respuesta,

se ha propuesto añadir las técnicas de inversión del hábito, modelado y estrategias de estructuración horaria (Ganos et al., 2015).

A nivel farmacológico, se han propuesto adaptar los protocolos habituales de tratamiento para el TOC, incluyendo una primera línea con ISRS y una segunda línea con clomipramina, otros tricíclicos y el uso de benzodiazepinas y/o antipsicóticos asociados (Charlot, 2002). La posibilidad de recurrir a la psicocirugía, se puede proponer en algunos casos (Sawle et al., 1993).

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado es un buen ejemplo de los pacientes más graves que encontramos dentro del Espectro Obsesivo-Compulsivo. En este caso, ha sido necesaria una intervención conjunta multidisciplinar de alta intensidad y extendida en el tiempo para poder mejorar clínica y funcionalmente al paciente. Aun así, la recuperación no ha sido completa, y se prevé la necesidad de un tratamiento a largo plazo. Por lo tanto, estamos hablando de un paciente joven con previsible aspectos de cronicidad y con una afectación similar a la de cualquier otro trastorno mental severo.

La bibliografía revisada no es demasiado extensa, pero como hemos comentado, todos ellos hablan sobre determinadas características, que se aplican también en nuestro caso. Por otro lado, los tratamientos aplicados también son difíciles de estandarizar, teniendo en cuenta la dificultad de encontrar bibliografía que los apoye, o bien está limitada. En nuestra opinión, sería necesario poder contar con más series de casos (o casos aislados) publicados con la idea de poder hacer revisiones más amplias acerca del trastorno y sus especificidades.

En nuestra opinión, el enlentecimiento en estos casos, tiene más que ver con fenómeno motor, que con uno más cognitivo. En el TOC, diferentes autores previos han propuesto una participación cognitiva en el enlentecimiento (Galderisi et al., 1995; Simón Martínez et al., 2021). Por otra parte, otros autores han detectado una presencia importante de bradicinesia (Pasquini et al., 2010). Siguiendo a Hymas y colaboradores (1991), las dificultades cognitivas encontradas en los test neuropsicológicos, no correlacionan con la severidad de la clínica ni con la severidad del enlentecimiento motor. De hecho, los pacientes con lentitud obsesiva tendrían una disfunción en el circuito frontal-basal-ganglios de la base (Hymas et al., 1991).

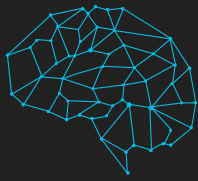


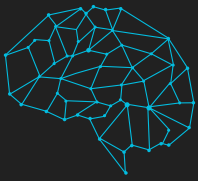
TABLA 1. Resumen literatura de revisión de casos del enlentecimiento obsesivo.

Autor	Año	Estudio	Nº	Género	Edad inicio	Comorbilidad	Neurodesarrollo	Neuroimagen	Tratamiento	R ^d	Seguimiento
Rachman	1974	Serie de casos	10	M ^b 8 F ^c 2	Adulthood temprana	No	-	-	Moldeado/Modelado	Baja	-
Bilisbury	1979	Caso único	1	M	20	No	Normal	-	Moldeado/Modelado	Baja	19 semanas
Bennun	1980	Caso único	1	M	19	No	Normal	-	Autoinstrucciones	Media	27 semanas
Clark	1982	Caso único	1	M	8	Sí. Tics, manerismos, TOC ^e	Normal pero tendencia al aislamiento social	-	Moldeado/Modelado	Baja	4 semanas
Ratnasuriya	1991	Serie de casos	22	M 19 F 2	19	No	Alteraciones prenatales 6; Desarrollo alterado 2	-	-	-	-
Sawle	1991	Casos/ Neuroimagen	6	M	Adolescencia tardía	Sí. Depresión, TOC	-	PET: Hipermetabolismo orbitofrontal, medial frontal y premotor.	Antidepresivos tricíclicos, Neurolépticos, Benzodiacepinas	-	-
Hymas	1991	Serie de casos	17	M 10 F 7	-	Sí. Depresión, Signos neurológicos, Distrabilidad, Gilles de la Tourette, TOC	Alteraciones 1	-	Neurolépticos, Benzodiacepinas, Antidepresivos tricíclicos	-	-
Veale	1993	Serie de casos	3	M 2 F 1	Adolescencia	Sí. TOC	-	-	-	-	-
Sawle	1993	Caso único/ Neuroimagen	1	M	35	Sí. Gilles de la Tourette, TOC	Gilles de la Tourette	PET: Hipermetabolismo caudado y talámico	Psicocirugía	Buena	21 meses
Tham	1994	Caso único	1	M	19	Sí. TOC	-	-	Moldeado/Modelado	Media	16 meses
Takeuchi	1997	Casos/ Descriptivo	4	M 3 F 1	Infancia/ Adolescencia	Sí. TOC, Depresión	Alteraciones de conducta 1	-	Moldeado/Modelado	Media	14 años
Charlot	2002	Serie de casos	11	M 5 F 6	22	Sí. TOC, Signos neurológicos, Depresión, Tics, Mutismo	Síndrome de Down	-	ISRS ^f , clorpromazina	Media	-
Singh	2003	Caso único	1	M	15	Sí. TOC, Manerismos.	Normal	TAC ^g normal	Exposición con prevención de respuesta	Media	9 meses
Lam	2008	Caso único	1	M	-	Sí. Cierta mutismo.	Discapacidad intelectual	-	Moldeado/Modelado	Media	9 semanas
Mittal	2013	Caso único	1	M	12	Sí. TOC, Mutismo, Depresión, Ansiedad.	-	-	Moldeado/Modelado	Media	24 semanas
Aleta	2014	Serie de casos	3	M 1 F 2	Adulthood temprana	Sí. Depresión, Ansiedad, TOC.	-	-	Moldeado/ Modelado, Exposición con prevención de respuesta, Psicoeducación	Baja/ Media	Hasta 2 años
Ganos	2015	Revisión	78	2/3M	Todas las fases menos adultez avanzada	Sí. TOC, Depresión, Gilles de la Tourette, Discapacidad Intelectual, Síndrome de Down, Mutismo, Signos neurológicos, Manerismos.	1/2 alguna alteración	PET: Hipermetabolismo orbitofrontal, medial frontal y premotor. Hipermetabolismo caudado y talámico	Moldeado/ Modelado, Exposición con prevención de respuesta, Autoinstrucciones, Antidepresivos tricíclicos, ISRS, clorpromazina, Psicocirugía	Baja- Buena	Hasta 14 años
Reddy	2022	Caso único	1	M	18	Sí. Mutismo, Estupor.	-	-	Psicoeducación, Escitalopram 30mg/d, Memantina 10mg/d, Amisulpirida 400mg/d	Baja- Media	-

Tabla basada en el trabajo de Ganos et al. 2015. Traducida, adaptada y ampliada. aNúmero de casos. bMasculino. cFemenino. dRespuesta. eTrastorno Obsesivo-Compulsivo. fInhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. gTomografía Axial Computerizada.

El enlentecimiento es también uno de los síntomas claves de la catatonía (Walther et al, 2019), y también se puede encontrar de forma muy manifiesta en la depresión severa (Buyukdura et al., 2011) o los trastornos del espectro autista.

Tanto la depresión severa como el TOC pueden verse asociados a síntomas "soft" extrapiramidales, que recuerdan la bradicinesia parkinsoniana. Igualmente, la bradifrenia ha sido citada como una característica tanto del síndrome par-



kinsoniforme como de otras patologías neuropsiquiátricas (Rogers, 2009; Revonsuo et al., 1993; Lees, 1994). Así, los diversos estudios de neuroimagen muestran que los trastornos motores y algunos trastornos psiquiátricos pueden relacionarse con las mismas redes de conexión entre los ganglios basales y el cortex cerebral (Perju-Dumbra & Kempster, 2020).

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra que no hemos incluido los artículos que se referían al enlentecimiento asociado al otros trastornos más allá del TOC (Fontenelle et al., 2007), incluidos los depresivos, los trastornos del neurodesarrollo, o las discapacidades intelectuales, que es conocido que presentan altas tasas de trastornos del movimiento, entre ellos enlentecimiento o catatonía (Vaquerizo-Serrano et al., 2021; Charlot et al., 2002; Saha et al., 2015).

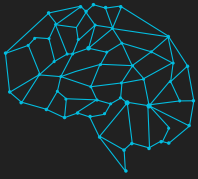
CONCLUSIONES

El enlentecimiento obsesivo es una condición normalmente secundaria a un Trastorno Obsesivo Compulsivo. Tiene una escasa prevalencia, pero manifiesta casi siempre gravedad y tendencia deterioro. Va asociada a diversas comorbilidades psiquiátricas (por ejemplo, Trastornos del Espectro Autista, Síndrome de Tourette). Afecta fundamentalmente a hombres y tiene especificidades propias, como la falta de malestar prodrómico, la falta de resistencia subjetiva a la clínica y la presencia de clínica encubierta en ocasiones por las manifestaciones conductuales del enlentecimiento.

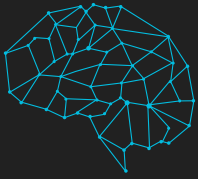
El tratamiento ha de ser multitécnico (en la parte más psicológica) y multidisciplinar. En todo caso, se ha de destacar que aún nos falta muchos conocimientos y actualización de los datos disponibles actualmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aleta J. (2014). Obsessional Slowness in College Students: Case Studies. *J College Stud Psychother*; 28:3, 241-248.
2. Bennun I. (1980). Obsessional Slowness: a replication and extension. *Behav Res Ther*;18(6).
3. Bilsbury C, Morley S. (1979). Obsessional Slowness: a meticulous replication. *Behav Res Ther*;17(4).
4. Buyukdura JS, McClintock SM, Croarkin PE. (2011). Psychomotor retardation in depression: biological underpinnings, measurement, and treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 Mar 30;35(2):395-409.
5. Charlot L, Fox S, Friedlander R. (2002). Obsessional slowness in Down's syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2002 Sep;46(Pt 6):517-24.
6. Clark DA, Sugrim I, Bolton D. (1982). Primary obsessional slowness: a nursing treatment programme with a 13-year old male adolescent. *Behav Res Ther*. 1982;20(3):289-92.
7. Fontenelle LF, Edward C Lauterbach EC, Leonardo L Telles LL, Marcio Versiani M, Fábio H Porto FH, Mauro V Mendlowicz MV. (2007). Catatonia in obsessive-compulsive disorder: etiopathogenesis, differential diagnosis, and clinical management. *Cogn Behav Neurol*;20(1):21-4.
8. Galderisi S, Mucci A, Catapano F, D'Amato AC, Maj M. (1995). Neuropsychological slowness in obsessive-compulsive patients. Is it confined to tests involving the fronto-subcortical systems?. *Br J Psychiatry*. 1995 Sep;167(3):394-8.
9. Ganos C, Kassavetis P, Cerdan M, Erro R, Ballint B, Price G, Edwards MJ, Bhatia KP. (2015). Revisiting the Syndrome of "Obsessional Slowness". *Mov Disord Clin Pract* 16:2 (2): 163-169.
10. Hymas N, Lees A, Bolton D, Epps K, Head D. (1991). The neurology of obsessional slowness. *Brain*. 114:2203-33.
11. Lam W, Wong KW, Fulks MA, Holsti L, Can J. (2008). Obsessional slowness: a case study. *Occup Ther*. 2008 Oct;75(4):249-54.
12. Lees AJ. (1994). The concept of bradyphrenia. *Rev Neurol (Paris)*; 150(12):823-6.
13. Mittal AK, Majumder P, Agrawal A, Sood M, Khandelwal SK. (2013). Early onset obsessive compulsive disorder with obsessive slowness: a case report and demonstration of management. *Indian J Psychol Med*. 2013 Oct;35(4):407-9.
14. Pasquini M, Fabbrini G, Moretti G, Berardelli I, Mandarelli G, Delle Chiaie R, Leone C, Biondi M, Berardelli A. (2010). Bradykinesia in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2010 Nov;25(7):378-81.
15. Perju-Dumbra L, Kempster P. (2020). Movement disorders in psychiatric patients. *BMJ Neurol Open*. 2020 Dec 1;2(2):e000057.
16. Rachman S. (1974). Primary obsessional slowness. *Behav. Res. Ther*. Feb;12(1):9-18.
17. Ratnasuriya RH, Marks IM, Forshaw DM, Hymas NF. (1991). Obsessive slowness revisited. *Br J Psychiatry*. 1991 Aug;159:273-4.
18. Reddy B, de Filippis R, Nocera A, Das S. (2022). Primary Obsessive Slowness: A Complex Presentation and Treatment Difficulties. *Future Pharm*. 2022, 2, 153–159.
19. Revonsuo A, Portin R, Koivikko L, Rinne JO, Rinne UK. (1993). Slowing of Information Processing in Parkinson's Disease. *Brain Cogn*; 21 (1): 87–110.
20. Rogers D (2009). Bradyphrenia in parkinsonism: a historical review. *Psychol. Med.*; 16 (2): 257–265.
21. Saha R, Singh SM, Nischal A. (2015). Obsessive slowness presenting as catatonia in a patient with Borderline Intelligence. *Asian J Psychiatr*. ;18:108-10.
22. Sawle GV, Hymas NF, Lees AJ, Frackowiak RSJ. (1991). Obsessional Slowness. Functional Studies with Positron Emission Tomography. *Brain* 114, 2191-2202.
23. Scotti-Muzzi E, Saide OL. (2017). Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. *CN Spectr*. 22 (3): 258-272.
24. Shin NY, Lee TY, Kim E, Kwon JS (2013). Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychol. Med.* 1–10.
25. Simón-Martínez V, Laseca-Zaballa G, Lubrini G, Periañez JA, Martínez Álvarez R, Torres-Díaz CV, Martínez Moreno N, Álvarez-Linera J, Ríos-Lago M. (2021). Cognitive deficits and clinical symptoms in patients with treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: The role of slowness in information processing. *Psychiatry Res*. 2021 Oct;304:114143.
26. Singh G, Sharan P, Grover S. Obsessive slowness : a case report. *Indian J Psychiatry*. 2003 Jan;45(1):60-1.
27. Snyder HR, Kaiser RH, Warren SL, Heller W. (2016). Obsessive-compulsive disorder is associated with broad impairments in executive function: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Sci*. ;3:301–330.



28. Takeuchi T, Nakagawa A, Harai H, Nakatani E, Fujikawa S, Yoshizato C, Yamagami T. (1997) Primary obsessional slowness: long-term findings. *Behav Res Ther.* May;35(5):445-9.
29. Urushihara Y. (2001). [The psychopathology of severe obsessive-compulsive disorder: Zwangskrankheit and primary obsessional slowness]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*; 103(6):480-502.
30. Vaquerizo-Serrano J, Salazar De Pablo G, Singh J, Santosh P. (2021). Catatonia in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* ; 15;65(1):e4.
31. Veale D. (1993). Classification and treatment of obsessional slowness. *Br J Psychiatry.* Feb;162:198-203.
32. Walther S, Stegmayer K, Wilson JE, Heckers S. (2019). Structure and neural mechanisms of catatonia. *Lancet Psychiatry.*; 6(7):610-619.



CASO CLÍNICO

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 22/02/2023. Aceptado: 29/05/2023

SUBSTANCE USE DISORDERS IN ADOLESCENTS: A CASE REPORT

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES: REPORTE DE UN CASO

Cecília Pedro¹, Isabel Almeida¹, Carolina Bayam¹, Paula Carriço²

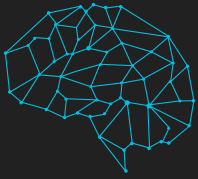
¹ Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência/ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

² Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Coimbra / Centro de Respostas Integradas de Coimbra

Correspondencia: Cecília Pedro
Email: ceciliampedro@gmail.com

Conflicts of Interest:

The authors declare the absence of potential conflicts of interest.



ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a critical period of development during which young people are vulnerable to engaging in risky behaviors, including drug use. Early use of psychoactive substances can interfere with normal development and have both short-term and long-term social and health problems.

Objectives: This case report aims to review important aspects of the substance abuse disorder treatment in teenage patients, based on the detailed description of a clinical case.

Methods: Description of a clinical case of an 18-year-old patient who began using psychoactive substances at the age of 13. The information used in the review was gathered from relevant publications found through a selective search in PubMed on substance use disorders in children and adolescents.

Results: This case report describes the substance use disorder of an 18-year-old female patient, who began using psychoactive substances at the age of 13. The patient had a history of loss of her mother, depressive symptoms and self-injurious behavior, which likely contributed to her increased risk for substance use. The patient's substance use began with tobacco and gradually progressed to cannabinoids, ecstasy, opioids, and cocaine.

Due to her continued substance use, she was referred for consultation at a specialized treatment team. The patient received a combination of psychotherapeutic interventions for substance use and individual therapy. The plan included also coordination with social work and psychology, and the involvement of the individual's family in the process. Despite these efforts, the patient was ultimately hospitalized for severe self-harm behaviors and entered a therapeutic community.

Discussion and Conclusion: This case highlights the complexity of substance use disorders in adolescents and the importance of addressing multiple individual and environmental factors in order to effectively prevent and treat these disorders. Additionally, it emphasizes the importance of early intervention and comprehensive treatment for adolescents struggling with substance use.

Keywords: Substance use; Adolescence particularities; Prevention; Mental health.

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es un período crítico del desarrollo durante el cual los jóvenes son vulnerables a adoptar conductas de riesgo, incluyendo el consumo de drogas. El uso temprano de sustancias psicoactivas puede interferir con el desarrollo normal y tener problemas sociales y de salud, tanto a corto como a largo plazo.

Metas: Este reporte de caso tiene como objetivo revisar aspectos fundamentales del tratamiento del trastorno por abuso de sustancias en pacientes adolescentes, a partir de la descripción detallada de un caso clínico.

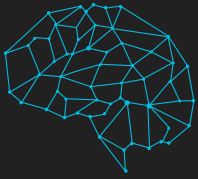
Métodos: Descripción de un caso clínico de una paciente de 18 años que empezó a consumir sustancias psicoactivas a partir de los 13 años. La información utilizada en esta revisión se obtuvo de publicaciones relevantes encontradas mediante una búsqueda selectiva, en la plataforma PubMed, sobre trastornos por consumo de sustancias en niños y adolescentes.

Resultados: Este reporte de caso describe el trastorno por consumo de sustancias de una paciente de sexo femenino de 18 años, que empezó a consumir sustancias psicoactivas a partir de los 13 años. La paciente tenía antecedentes de pérdida de su madre, síntomas depresivos y comportamiento autoagresivo, que probablemente contribuyó a su mayor riesgo de consumo de sustancias. El consumo de sustancias de la paciente empezó con el tabaco y progresó gradualmente a cannabinoides, éxtasis, opioides y cocaína.

Debido al consumo continuado de sustancias, fue derivada a consulta, a un equipo de tratamiento especializado. La paciente recibió una combinación de intervenciones psicoterapéuticas para el uso de sustancias y terapia individual. El plan incluía también la coordinación con trabajo social y psicología, y la participación de la familia en el proceso. A pesar de estos esfuerzos, la paciente finalmente fue hospitalizada por conductas autolesivas severas y ingresó a una comunidad terapéutica.

Discusión y conclusión: Este caso destaca la complejidad de los trastornos por uso de sustancias en los adolescentes y la importancia de abordar múltiples factores individuales y ambientales para prevenir y tratar estos trastornos de manera efectiva. Además, enfatiza la importancia de la intervención temprana y el tratamiento integral para los adolescentes que luchan contra el uso de sustancias.

Palabras clave: *Uso de sustancias; Particularidades de la adolescencia; Prevención; Salud mental*



INTRODUCTION

Adolescence is a critical period of cognitive, psychological and social development that constitutes a period of increased vulnerability to various types of risk behaviours that have a multifactorial character, resulting from the interaction of several individual and environmental factors (Pumariega, Rodriguez, & Kilgus, 2004).

The consumption of psychoactive substances at an early age is likely to interfere with normal development, with a great impact on the future of young people.

Recreational use of drugs in adolescence is a modifiable risk behaviour, with short and long-term social and health consequences, constituting one of the most prevalent psychiatric disorders between 9 and 21 years old. Data from the 2004 WHO Global Burden of Disease study indicate that more than 9% of disability-adjusted life years (DALYs) were lost to mental illness and neurological disorders due to abusive use of psychoactive substances in people under 24 years of age (Gore et al., 2011).

OBJECTIVES

This case report aims to review important aspects of the substance abuse disorder treatment in teenage patients, based on the detailed description of a clinical case.

METHODS

Description of a clinical case of an 18-year-old patient whose substance use began when she was 13 years old. This review is based on pertinent publications retrieved by a selective search in PubMed on substance use disorders in children and adolescents

RESULTS

1. CASE REPORT

1.1. Patient identification

We present the case of M., an 18-year-old female, who is currently in her 12th year of study, in a professional course for string and keyboard instrumentalists in Tomar. She resides with roommates during the weekdays in Tomar and spends her weekends with her father and sister in Lousã. She identifies herself as a pansexual woman.

There are no known complications in the peripartum period and her psychomotor development was normal. M.

had previously demonstrated good academic performance and positive interpersonal relationships with no significant complaints until the age of 13.

1.2. Problem history, analysis and description of problem behaviors

At the age of 13 years, she began to feel sadness and passive suicidal ideation. She believes these symptoms stem from her realising her sexual orientation and having unrequited romantic feelings for a close female friend. Additionally, in that same year, she found out her mother had been given a terminal cancer diagnosis. M. had a close relationship with her mother, and all of these events caused her to feel a deep sense of loss, exacerbating her depressive symptoms. She started to engage in self-injurious behaviours, including cutting her legs and arms, which she reported as providing temporary relief from emotional suffering.

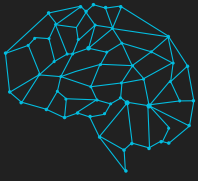
At the age of 13, M. also first tried smoking tobacco, which gradually increased in frequency. At the age of 15, M. started using Cannabinoids. This was initially carried out in a social context, and one month later she began to buy and consume it alone, daily, as another way to escape reality. At the same time, she reported a progressive decrease in academic performance.

At this point, she initiated therapy with a cognitive-behavioural psychotherapist, and started children and adolescent psychiatric follow-up with a diagnosis of Depressive Disorder, unstructured suicidal ideation, and anxiety symptoms.

At 16, she tried ecstasy with some friends for one week. At 17, she began using opioids prescribed for her mother's disease, which she found at home. She consumed fentanyl with cannabis for 4-5 days.

At this time, she was at Tomar during the week, she was consuming cannabis at a rate of about 5 doses per day. She also experimented cocaine with her boyfriend and later used ecstasy alone. She also engaged in new self-harm behaviours that consisted in burning herself with cigarette butts, stating it helped her "feel things." She began neglecting her academic responsibilities, staying up late, barely eating lunch, and sporadically attending driving lessons. Despite this, she showed initiative and energy while working part-time at a cafe from 5 pm to 8 pm.

Her mother passed away in December 2021. Her father was later notified, in January, by the school, about her frequent absences, cannabis use, and self-harm. He was ad-



vised to take her home and seek treatment. Her father only became aware of his daughter's struggles at this point. It appears that his wife had kept the reality from him.

In February 2022, her romantic relationship ended, she decided to stop taking her prescribed pharmacotherapy, and engaged in a voluntary medication ingestion, stating once more that she wanted to escape reality and ease her emotional pain. This led to her being hospitalized in a psychiatric facility for three weeks due to her depressive symptoms and suicidal thoughts. She remembered this period as "the first 3 weeks of sobriety since I was 16". After being discharged, she immediately resumed consuming cannabinoids and began receiving psychiatric treatment, including a prescription for venlafaxine 150 mg once a day, topiramate 50 mg three times a day and olanzapine 5 mg once a day.

As for her previous personality, an emotional instability, difficulties in self-regulation, impulsiveness, and little consideration for the consequences of her actions were observed, traits that are consistent with Cluster B personality.

There is no history of drug use among M.'s parents, although her sister has a history of using cannabinoids. M. mentions that she used to smoke with her sister, but since her mother's death, it has not happened again.

1.3. Selection of the most appropriate treatment and treatment application

Due to the continued use of substances, the patient was referred for consultation with a specialized team in Coimbra, held in June, 2022. Upon examination of her mental status, the patient had a cared appearance, initially showing little cooperation with the interview. Her facies tended to be expressionless/sad. Healed lesions were visible on the forearms. She was oriented in time and space, a low output speech, not very spontaneous, and aprosodic. There were no changes in rhythm, form, or content of thought, nor sensorimotor perception. She exhibited cognitive avoidance of themes with negative emotional charge and had difficulty naming emotions. Her mood was depressed and her attitude apathetic, with tearfulness and emotional lability, as well as feelings of hopelessness and difficulty in managing suffering. However, she was able to identify activities that might bring her pleasure and enjoyment. Appetite was reduced and sleep was reconciled due to her medication. She had partial insight about her problems and in the Prochaska & DiClemente precontemplation phase for stopping cannabinoid consumption.

As a therapeutic plan, M. has received support and validation. A brief psychodramatic intervention was used to promote insight, by confronting M. with the behaviors she has adopted and the consequences and impact on interpersonal relationships. The goal was to increase motivation for change and promote healthy activities that M. appreciated. Alternative coping mechanisms were identified to replace risky behaviours. Psychoeducation about the consequences of cannabinoid consumption was provided. The treatment plan also included coordination with social worker and psychologists, and the involvement of M.'s family in the process, including monitoring of symptoms and preventing access to medication. From a psychopharmacological point of view, venlafaxine 150 mg once a day was maintained, topiramate and olanzapine were progressively discontinued, and lamotrigine and quetiapine once a day were introduced. The patient started psychotherapeutic appointments at the same institution.

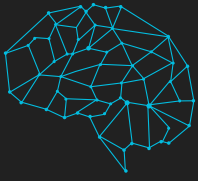
1.4. Evaluation of the efficacy of the treatment and follow-up

In September 2022, M. went to Tomar to start the new academic year, despite resistance and concerns from her father, due to the distance and lack of external control. The father accompanied her and spoke personally with the class director and her roommates in order to make them aware of M.'s behavior. Father and daughter made a contract that emphasized the importance of academic performance and appropriate behavior from M., and that she would return home if there were any indications to the contrary.

Two weeks after the start of classes, there were already signs of maladjusted behavior, such as complaints from her roommates about M. bringing strangers home to smoke marijuana. The landlord expressed his intention for M. to leave the house. The young woman continued to show a lack of critical thinking and disengagement that marked her last academic year.

On October 27th, she was found by a roommate with cuts on her skin from her face to her lower limbs, which she had made with blades and glass. M. relates the act to a conflict she had with her boyfriend. The father was called and M. was taken to the emergency service and later hospitalized for 1 month.

Due to the maintenance of cannabinoid consumption, despite the various approaches at a pharmacological, psy-



chotherapeutic, family, social and occupational level, the patient was referred for integration in a therapeutic community.

2. PARTICULARITIES OF SUBSTANCE USE IN ADOLESCENTS

2.1 Epidemiology

Adolescence is a critical period for the initiation of substance use. Most literature refers to two critical periods in adolescence for starting consumption: between 12–14 years old or between 15–17 years old. (Wang & Hoyte, 2018). With the exception of alcohol and tobacco, cannabis is considered the most commonly used drug among young people. A report from the United Nations based on available data from 130 countries in 2016, estimates that 13.8 million young people (mostly students) aged 15–16 years used cannabis at least once in the previous 12 months (UNODC, 2016).

Another recent study from the United States revealed a 4.5% 12-month prevalence of Substance use disorder among 12– to 17-year-olds for 2019 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration., 2019).

Cannabis is often used with other substances and the use of other drugs is typically preceded by cannabis use (Aly, Omran, Gaulier, & Allorge, 2020).

Males tend to use psychoactive substances, aside from tobacco, more frequently than females during adolescence, with a sex of 2:1 for the prevalence of use of some illicit drugs (Thomasius, Paschke, & Arnaud, 2022).

2.2 Neurobiology

The comprehension of the development of the neurological system during adolescence is of great importance. During adolescence, different parts of the brain mature at different times. The areas of the brain that are involved in processing pleasure and rewards, such as the ventral striatum, develop first. This means that teenagers are more likely to act on their emotions without thinking things through (Somerville & Casey, 2010). However, the parts of the brain that help with decision-making, self-control, and executive functions, such as the prefrontal cortex, mature later. This can contribute to why some teenagers may engage in risky behaviors and start using substances during the early and middle teenage year (Aly et al., 2020).

Also, normal development during adolescence is characterised by heightened levels of impulsivity and novelty-seeking,

partly due to fluctuations in hormones that affect brain development and other systems.

On the other hand, the way the brain develops is affected by psychosocial experiences, which can have a direct impact on a child's ability to control themselves and their likelihood of using substances.

Mental health is also an important factor. Having mood or anxiety disorders increases the chance of developing a substance use disorder by two times. (Aly et al., 2020; UNODC, 2016).

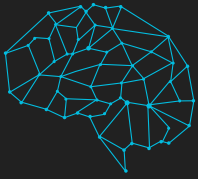
2.3 Consequences of substance use on the normal development of adolescents

The regular use of drugs among adolescents can have significant impacts on adolescent's growth and development, including negative effects on memory, attention, and executive functions, compromising their neurodevelopment (Aly et al., 2020).

Using multiple substances poses even greater risks and can lead to poor outcomes. Studies have shown that individuals who begin using cannabis before age 16 are at higher risk of developing substance use disorders (1:6 of those who initiate substance use in adolescence develop cannabis use disorders) and mental health issues such as personality disorders, anxiety and depression (Anglin et al., 2012; Volkow, Baler, Compton, & Weiss, 2014).

Also, there is a complex relationship between suicidal thoughts and psychoactive substance use (Crumley, 1990). Studies have shown that individuals who use psychoactive substances, such as alcohol and drugs, are at an increased risk of experiencing suicidal thoughts and attempting suicide (Spremo & Loga, 2005). One potential explanation for this relationship is that substance use can lead to changes in brain chemistry and function, which can affect mood and behavior, including an increased risk of suicidal thoughts. Substance use can also be a coping mechanism for individuals who are experiencing emotional distress, and as a result, they may be more likely to have suicidal thoughts. (Wesonga, Osingada, Nabisere, Nkemijika, & Olwit, 2021).

Excessive drug use can also lead to dropping out of school or vocational training. Additionally, individuals who engage in harmful drug use may become more likely to commit crimes or associate with others who also use drugs. (Thomasius et al., 2022).



However, it is important to note that for many adolescents, drug use is a temporary phase that tends to end as they grow older and their social demands change.(Wittchen et al., 2008).

2.4 The Impact of Parental Loss on Adolescent Development

Parental loss can deeply affect the life of an adolescent, especially as they are still developing their identity and relationships with others. During adolescence, there is a need for independence and detachment from parents, which can make grieving the loss of a parent more complicated.(Farella Guzzo & Gobbi, 2021).

According to psychoanalytic theories, the death of a parent during early adolescence may result in regression to a less mature state, while in older adolescence, it may lead to "parentification," where the adolescent becomes a surrogate parent, threatening their independence. Recent studies suggest that responses to parental loss in adolescents can range from accelerated maturity to a change in perception of the world.(Farella Guzzo & Gobbi, 2021).

The negative impacts of parental loss can manifest as physical, mental, and behavioral symptoms. Physical symptoms can include changes in appetite, fatigue, and sleep disturbances, while psychological symptoms may include depression, anxiety, and suicidal thoughts. Adolescents aged 12-15 and females are at higher risk of developing depressive symptoms compared to younger children and males. Therefore, age and gender are essential factors to consider when addressing grief and loss in adolescents. (Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Song MS, 2013).

Behavioral symptoms may include addiction and a reduction in social activities, which can persist for years after the loss. Adolescent grief can significantly lead to lower academic achievement, reduced participation in courses, and fewer social activities. The loss of a parent during adolescence can also result in lower family cohesion, lower self-esteem, and increased feelings of hopelessness.(Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Song MS, 2013).

Research on animals, from Bambico et al., has shown that the absence of a father in monogamous biparental species increases the risk of substance abuse and aggressive behavior, indicating the neurobiological consequences of parental loss during neurodevelopment. The study also revealed changes in prefrontal cortex neurodevelopment, responsible

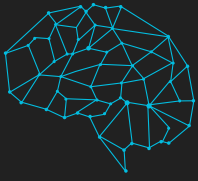
for decision-making and social behavior.(Bambico, Lacoste, Hattan, & Gobbi, 2015).

Other studies have focused on understanding the relationship between parental loss, disruptive behaviors and substance use in youth. Evidence suggests a positive correlation between parental loss and disruptive behaviors in children, as well as between disruptive behaviors and substance use. Theoretical pathways that could explain this relationship include increased rates of alcohol and drug use in parents who die prematurely, the consequences of parental loss, such as depression and post-traumatic stress disorder (PTSD), and surviving parents' difficulties in providing adequate supervision and monitoring.(Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Song MS, 2013).

Despite the negative impacts, some studies have reported positive outcomes, such as increased resilience, personal growth, and maturity. Adolescents may report that the experience of loss has led to academic focus and performance and has helped them learn more about themselves, others, and life in general.(Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Song MS, 2013).

Although research has provided some insights, there is still much to learn about the impact of parental death on adolescents, including the various responses and outcomes of adolescent grief, the factors that influence resilience and personal growth, and effective treatment strategies. Adolescents have unique and complex responses to grieving that require specialized attention, considering the psychological elaboration of the loss, the importance of peers, and intense emotions during this delicate time. Clinicians and experts must develop a deeper understanding of the adolescent bereavement process and find ways to support them.(Farella Guzzo & Gobbi, 2021).

Effective interventions that enhance the functioning of bereaved youth and prevent or reduce the development of disruptive behavior disorders have the potential to prevent substance abuse and addiction. To achieve this, it is important to consider implementing interventions that target potential risk factors associated with parental loss, such as grief counseling, trauma-focused cognitive-behavioral therapy, and family-based interventions that promote effective communication and parenting skills. Schools and communities can also offer support through mentoring programs, extracurricular activities, and peer support groups.(Farella Guzzo & Gobbi, 2021).



2.5 Treatment

The way to properly address a substance use disorder in a child or adolescent is dependent on the specific disorder and the patient's age. Factors such as the effects of psychoactive substance use and the unique developmental and psychological aspects of childhood and adolescence must be taken into account. Treatment methods that may be effective for adult patients may not be suitable for children and adolescents. (Thomasius et al., 2022).

Adolescents have unique needs when it comes to substance use treatment. Some particularities include: (Thomasius et al., 2022):

- Family members are more likely to initiate treatment for adolescent patients than the patients themselves and primary care physicians and pediatricians are often the first point of contact for these requests.
- Techniques such as motivational interviewing are highly beneficial in encouraging self-awareness and a willingness to change.
- Adolescents may be more resistant to treatment and may require different approaches than adults.
- The involvement of family and parents in treatment can be important for adolescents, as family dynamics and relationships can play a significant role in substance use and recovery.
- Children and adolescents with substance use disorder require additional support in terms of education and vocational training.
- The influence of peers plays a major role in the treatment engagement of adolescent patient.
- Adolescents may benefit from age-specific treatment programs that address the developmental and social issues specific to this age group.
- Adolescents may also benefit from therapy or counseling that addresses underlying emotional or mental health issues that may be contributing to their substance use.
- Due to their still-developing brains, adolescents may be more vulnerable to the negative effects of substance use and may require closer monitoring and more intense treatment than adults.

It is also important to keep in mind that the legal system and schools may be involved in the treatment process, and that the treatment should be tailored to the individual needs of the adolescent.

2.6 Prevention

Adolescents have unique needs and considerations when it comes to substance use prevention. Some of the main particularities include: (Thomasius et al., 2022).

- Developmental stage: adolescents are in a stage of development where they are exploring their identity and seeking independence, which can make them more susceptible to experimenting with substances. Therefore, prevention efforts must take into account their unique developmental needs and incorporate age-appropriate activities and interventions.
- Peer influence: adolescents are heavily influenced by their peers, and their social environment can play a significant role in their substance use. Therefore, prevention efforts should address the adolescent's relationships with their peers and provide them with the skills to navigate social situations without using substances.
- Trauma: adolescents who use substances might have experienced some form of trauma and they need specialized trauma-informed prevention.
- Family involvement: family dynamics and relationships play a critical role in the prevention of substance use problems in adolescents. Therefore, involving family members in prevention efforts is crucial for the adolescent's success.
- Addressing the root causes: substance use prevention efforts should address the underlying social, economic, and psychological factors that contribute to substance use in adolescents, such as poverty, lack of education, and mental health issues.
- Multi-component approaches: substance use prevention efforts are more effective when they include multiple components, such as school-based programs, parent education and support, and community-based interventions.
- Cultural sensitivity: prevention efforts should take into account the cultural background of the adolescents and their families and should be culturally sensitive and appropriate.

Furthermore, the window of opportunity for preventing harmful patterns related to substances, other than alcohol, during adolescence is limited. The rapid progression from substance use to abuse and dependence in adolescence may suggest a heightened vulnerability during this time (Wittchen et al., 2008). This highlights the need to take measures to stop young people from using drugs. The American Academy of Pediatrics places a significant emphasis on the crucial role of pediatricians in preventing and addressing substance abuse in young people (Kulig, 2005). During a consultation for monitoring the behavior of teenagers, a method for evaluating the presence of substance use can be employed. This assessment can take the form of various accepted surveys. Teenagers may choose to fill out these questionnaires electronically or on paper, rather than through verbal questioning.

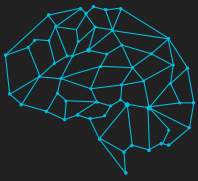


Table 1 - RAFFT is an acronym derived from words that indicate various contexts of use: "relax, alone, friends, family, trouble." If an adolescent aged 12 to 18 answers two or more of these questions affirmatively, a substance use disorder may be present.

RAFFT for drug use

- Do you ever use illicit drugs to relax or feel better about yourself?
- Do you ever use illicit drugs to fit in?
- Does anyone in your circle of friends use illegal drugs regularly (at least once a week)?
- Do you ever use illicit drugs while you are by yourself, or alone?
- Does anyone in your family have a problem with illegal drugs?
- Have you ever gotten into trouble because you were using illicit drugs (for example, bad grades, trouble with the law or your parents)?

A reliable tool for identifying substance use among individuals between the ages of 12 and 21, which can be utilized in these scenarios, is the RAFFT survey (Table 1). A score of two or more positive responses on this survey suggests a substance use issue, and the teenager should be directed to receive specialized guidance (Thomasius et al., 2022).

DISCUSSION AND CONCLUSION

Adolescent substance use disorders are multifaceted and influenced by various individual and environmental factors. This case report highlights the significant impact of bereavement on an adolescent's susceptibility to substance abuse. The loss of a parent is associated with an increased risk of substance abuse and addiction. Adolescents who experience parental loss may turn to drugs or alcohol as a way to cope with the intense emotional pain of their loss. This can lead to the development of substance use disorders, as seen in the case report discussed above.

The case also illustrates the negative impact of substance use on an adolescent's development, as seen through the patient's decline in academic performance.

Early intervention and treatment are crucial for addressing adolescent substance use disorders. As each person's experience of loss and grief is unique, counseling interventions must prioritize their uniqueness to effectively address their needs. Providing comprehensive and sustained support can prevent negative outcomes and ensure better long-term outcomes for these vulnerable patients. However, in this case, the patient did not receive help from a mental health team until at least two years after the onset of her symptoms and five years before being directed to a consultation with a specialized addiction team. This delay in treatment likely had a

negative impact on the patient's outcome and underscores the importance of early identification and intervention for adolescent substance use disorders.

In addition to substance abuse, the patient's depressive symptoms and parental loss were risk factors for suicidal thoughts and attempts, as seen in this patient.

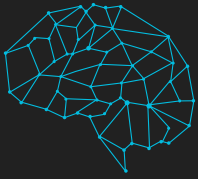
While the patient's therapy and psychiatric follow-up may have helped to mitigate some negative consequences of her substance use, more comprehensive and sustained treatment may have been necessary to prevent the patient's hospitalization. It is essential to provide early intervention and ongoing support for adolescents who have experienced parental loss to prevent the negative outcomes associated with this experience. Mental health professionals should be aware of the unique needs and experiences of each adolescent and tailor their interventions accordingly.

CONFLICTS OF INTEREST

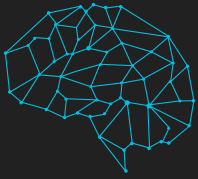
The authors declare the absence of potential conflicts of interest.

REFERENCES

1. Aly, S. M., Omran, A., Gaulier, J. M., & Allorge, D. (2020). Substance abuse among children. *Archives de Pédiatrie*, 27(8), 480–484. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.09.006>
2. Anglin, D. M., Corcoran, C. M., Brown, A. S., Chen, H., Lighty, Q., Brook, J. S., & Cohen, P. R. (2012). Early cannabis use and Schizotypal Personality Disorder Symptoms from adolescence to middle adulthood. *Schizophrenia Research*, 137(1–3), 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.019>
3. Bambico, F. R., Lacoste, B., Hattari, P. R., & Gobbi, G. (2015). Father absence in the monogamous California mouse impairs social behavior and modifies dopamine and glutamate synapses in the medial prefrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 25(5), 1163–1175.
4. Crumley, F. E. (1990). Substance Abuse and Adolescent Suicidal Behavior. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 263(22), 3051–3056. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03440220075033>
5. Farella Guzzo, M., & Gobbi, G. (2021). Parental Death During Adolescence: A Review of the Literature. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228211033661>
6. Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
7. Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Song MS, B. DA. (2013). Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth. *J Clin Psychiatry*, 74(8), 828–833. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08391>
8. Kulig, J. W. (2005). Tobacco, alcohol, and other drugs: The role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics*, 115(3), 816–821. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2841>



9. Pumariega, A. J., Rodríguez, L., & Kilgus, M. D. (2004). Substance abuse among adolescents. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 3. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2000.12.2-3.100>
10. Somerville, L. H., & Casey, B. J. (2010). Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems. *Current Opinion in Neurobiology*, 20(2), 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2010.01.006>
11. Spremo, M., & Loga, S. (2005). The Relationship Between Suicidal Thoughts and Psychoactive Substances. *Bosnian Journal Of Basic Sciences*, 5(3), 35–38.
12. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. *HHS Publication No. PEP19-5068, NSDUH Series H-54, 170*, 51–58. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/>
13. Thomasius, R., Paschke, K., & Arnaud. (2022). Substance-Use Disorders in Children and Adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 119(25), 440–450. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0122>
14. UNODC. (2016). *United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E. 16. XI. 7)*.
15. Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse Health Effects of Marijuana Use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219–2227. <https://doi.org/10.1056/nejmra1402309>
16. Wang, G. S., & Hoyte, C. (2018). Common substances of abuse. *Pediatrics in Review*, 39(8), 403–414. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0267>
17. Wesonga, S., Osingada, C., Nabisere, A., Nkemijika, S., & Olwit, C. (2021). Suicidal tendencies and its association with psychoactive use predictors among university students in uganda: A cross-sectional study. *African Health Sciences*, 21(3), 1418–1427. <https://doi.org/10.4314/ahs.v21i3.53>
18. Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonigg, A., Lieb, R., Bühringer, G., & Beesdo, K. (2008). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1), S16–S29.



DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DEFINITIONS AND CONCEPTS

DEFINICIÓN DEL DOLOR

DEFINITION OF PAIN

Rubén Nieto¹, Mayte Serrat², Juan V. Luciano³

¹ eHealth Lab Research Group, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Universitat Oberta de Catalunya, 08018 Barcelona, Spain

² Unitat d'Expertesa en Síndromes de Sensibilització Central, Servei de Reumatologia, Vall d'Hebron Hospital Universitari, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, 08035 Barcelona, Spain. Escoles Universitàries Gimbernat, Autonomous University of Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 08193. Barcelona, Spain.

³ Department 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

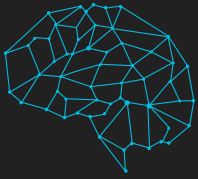
RESUMEN

El presente trabajo aborda los diferentes aspectos implicados en la definición del dolor. Por un lado, explora los antecedentes históricos del término en medicina, así como la visión del dolor como una experiencia adaptativa pero también como un reto terapéutico. Se destaca la definición del dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor - IASP (2020). Finalmente, desde una aproximación biopsicosocial al dolor, se destacan los peligros y las debilidades del modelo biomédico en el abordaje del dolor persistente (crónico).

Palabras clave: Dolor; Biopsicosocial; Dolor persistente.

LA CONCEPCIÓN Y DEFINICIÓN DEL DOLOR A LO LARGO DE LA HISTORIA: DESDE HIPÓCRATES HASTA NUESTROS DÍAS

A lo largo de la historia, el dolor se ha concebido de muchas formas diferentes según las creencias y las posturas científicas de cada época. Estas diferentes concepciones han hecho que la evolución del concepto de dolor tenga momentos cruciales en la historia que han supuesto un cambio de paradigma en su entendimiento, investigación y aplicación a la práctica clínica. Así, en las sociedades primitivas, el dolor era una experiencia "mágica" y se debía principalmente a la influencia de espíritus y demonios. En la Antigua Grecia o el Antiguo Egipto, el corazón era el órgano responsable de la percepción de la sensación dolo-



rosa; mientras que en la medicina oriental, el dolor era originado por un desequilibrio en nuestra energía vital. Según parece fue Alcmeon de Crotona (discípulo de Pitágoras) el primero en proponer que era el cerebro y no el corazón el que experimentaba o procesaba el dolor. Algo más tarde y basándose en la medicina oriental, Hipócrates de Cos (469-377 AC) propuso que el cerebro era una glándula y el dolor era originado por una alteración en los humores vitales (sangre, flemas, bilis amarilla y negra) (Bonica y Loeser, 2001; Perl, 2007). No es hasta el siglo pasado que el dolor se empieza a considerar como una sensación, que refleja la concepción cartesiana (la función de los nervios es la de transmitir al cerebro una copia de lo que acontece). De esta manera, René Descartes (1596-1650 DC) refuerza la idea del cerebro como centro receptor del dolor y describe en detalle la fisiología sensorial. Y en 1965, Ronald Melzack y su colega Patrick Wall describen la "teoría de la compuerta", que cimenta las bases de la concepción moderna del dolor como experiencia multidimensional (Melzack & Wall, 1965).

EL DOLOR: DE UNA EXPERIENCIA ADAPTATIVA A UN RETO TERAPÉUTICO

Generalmente, cuando pensamos en lo que significa el dolor, lo asociamos mentalmente a una experiencia desagradable o molesta. Pero es importante tener en consideración que el dolor cumple una función adaptativa y necesaria para nuestra supervivencia como especie. Puede indicar (entre otros) que algo no va bien en nuestro organismo (por ejemplo, un dolor abdominal que indica una oclusión intestinal) o que debemos evitar movernos para empeorar una lesión (por ejemplo, en los primeros días tras una fractura ósea). También nos enseña cosas tan básicas como que no debemos tocar el fuego, sin ni siquiera experimentar el daño asociado. Así pues, podemos decir que el dolor tiene una función claramente adaptativa. Es un indicativo de que alguna parte de nuestro cuerpo puede estar amenazada o en peligro y que requiere de nuestra atención, esté asociado o no a daño físico, real o potencial.

Sin embargo, el dolor en algunas ocasiones ya no cumple su función de protección o adaptativa y se transforma en una experiencia que como profesionales deberíamos tratar de minimizar y reducir al máximo posible. Nos referimos a, por ejemplo, el dolor resultado de procedimientos médicos invasivos, el dolor derivado de lesiones agudas, o al dolor que persiste en el tiempo una vez la lesión que lo causaba

se ha curado o sin una lesión o causa conocida. Este último supuesto, **el dolor persistente (o dolor crónico, como se denomina habitualmente)**, es un reto sanitario que causa un elevado malestar y discapacidad a las personas que lo padecen y sus allegados, además de producir un elevado coste económico al sistema sanitario y a la sociedad en su conjunto. Se define como persistente, complejo, de larga evolución, etc. a aquel dolor con una duración superior a los 6 meses en el ámbito de la investigación y de 3 meses en el ámbito clínico.

Hasta 1 de cada 10 personas pueden presentar problemas de dolor persistente (Breivik et al., 2006), que se pueden asociar con problemas de salud mental (como trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), dificultades en la participación en las actividades de la vida diaria y alteración en las esferas familiar, laboral y social. El impacto económico a nivel sanitario y social es muy elevado, estimándose que en España el coste total (considerándose costes directos e indirectos) podría ser de 16.000 millones de euros anuales (Torralba, Miquel y Darba, 2014).

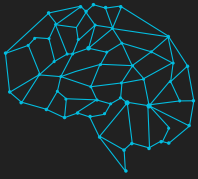
LA DEFINICIÓN DEL DOLOR DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR (IASP)

En el año 2020 (Raja et al., 2020), la IASP ajustó su definición del dolor de la siguiente manera:

"El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial"

Pero, además de la definición, se incluyeron las siguientes notas que son muy relevantes:

- El dolor es siempre una experiencia personal influenciada en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferido solamente por la actividad de las neuronas sensoriales.
- Las personas aprenden el concepto de dolor a través de sus experiencias vitales.
- Las manifestaciones de dolor de las personas deberían ser respetadas.
- Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.
- La descripción verbal es una de las diferentes conductas para expresar dolor; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un humano o animal experimente dolor.



LA APROXIMACIÓN BIOPSIICOSOCIAL AL DOLOR: PROFESIONALES Y OBJETIVOS

La definición y notas asociadas no dejan lugar a dudas que el dolor es una experiencia que se debe abordar teniendo en cuenta la multitud de factores de diferente naturaleza que pueden estar implicados. Por esta razón, es necesario la implicación de profesionales de diferentes disciplinas, entre las que podemos destacar la psicología, fisioterapia, medicina (incluyendo múltiples especialidades) o la enfermería. Idealmente, todos los profesionales deben trabajar de forma interdisciplinar y transdisciplinar, coordinada y con un mismo gran objetivo, entender y ayudar a las personas con dolor. Esto nos lleva a hablar de los objetivos de intervención que son diferentes en función de si el dolor es agudo o persistente. Cuando nos encontramos con un problema de dolor limitado en el tiempo, el principal objetivo es reducir el dolor y/o el malestar y las probabilidades de que el dolor persista en el tiempo. No obstante, en las personas con dolor persistente, el objetivo debe ir enfocado a ayudarles a mejorar su calidad de vida, y su estado funcional en general para intentar conseguir que el dolor pase a un segundo plano, se reduzca significativamente o incluso desaparezca, aprendiendo nuevas formas de relacionarse con él.

Pese a que no hay duda alguna en la literatura de que el *gold standard* es el modelo biopsicosocial, la realidad es que aún debemos avanzar mucho en favorecer el acceso a este tipo de intervenciones. Por ejemplo, en un estudio muy reciente, Polo-Santos et al. (2021) encuestaron a diferentes unidades del dolor de España. En concreto, invitaron a participar a 183 unidades, de las que participaron 69. De ellas, tan solo doce (17.4%) se podían considerar multidisciplinarias y con una orientación biopsicosocial.

No manejar el dolor de forma adecuada puede tener un impacto para la persona que lo padece a todos los niveles, así como repercusiones sociales, sanitarias y económicas. Entre otros:

- Si no abordamos problemas de dolor agudo o sub-agudo, pueden perpetuarse a largo plazo generando no solo mayor dolor o de mayor duración sino peor calidad de vida y un mayor coste económico para la sanidad pública y la sociedad.
- Estamos omitiendo la posibilidad de hacer que personas con dolor sufran menos y puedan continuar con sus vidas, mejorando su calidad de vida, su funcionalidad y su dolor.
- Impactamos negativamente no solo en la persona con dolor, sino también en las personas de su entorno y en la sociedad en general.

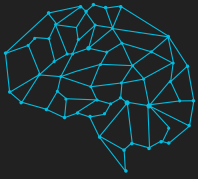
Las razones por las que no se aplica la evidencia disponible son muy diversas y complejas. Entre ellas destacan que los profesionales sanitarios reciben poca formación específica sobre el manejo del dolor, la existencia de pocos servicios especializados y recursos, falta del reconocimiento del dolor como una situación que requiere atención multidisciplinar e interdisciplinar, y la existencia de algunos mitos/sesgos en la sociedad al respecto.

EL PELIGRO Y LAS DEBILIDADES DEL MODELO BIOMÉDICO EN EL ABORDAJE DEL DOLOR PERSISTENTE (CRÓNICO) (DUNCAN, 2000):

Hemos argumentado la necesidad de entender y abordar el dolor desde una perspectiva biopsicosocial o incluso biopsicosocioespiritual, y así se reconoce en múltiples informes científicos. Pese a ello muchas veces no adoptamos esta perspectiva cuando conceptualizamos y tratamos los problemas de dolor, dejándonos llevar por concepciones previas de los problemas de dolor basadas en el clásico y mecanicista modelo biomédico. Mantener esta perspectiva, polarizando el dolor como físico o psicológico, no tiene sentido alguno en la actualidad y estamos minando las posibilidades de que la persona tenga una existencia plena y productiva. Ni siquiera el tantas veces malinterpretado Descartes pretendía separar mente y cuerpo de una forma absoluta como muchas veces se ha dicho (Arnaudo, 2017). La experiencia del dolor es única y construida de forma única para cada persona, lo ideográfico prevalece sobre lo nomotético sin lugar a dudas. Como psicólogos también advertimos que atribuir el dolor a causas puramente psicológicas puede llevar a estigmatizar a la persona, llevando a interpretar de forma errónea que la persona se lo está inventando o que no existe un problema real que merezca tratamiento. Es necesario y urgente romper ambos estigmas, el del dolor como una experiencia que no es real y puede ser creada ficticiamente por la persona y el hecho que un proceso psicológico también sea algo inventado o imaginado. Los procesos psicológicos básicos de atención, memoria, lenguaje, pensamiento, etc. son psicológicos y a la vista está que no tiene nada que ver con fantasías, mitologías o invenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnaudo, E. (2017). Pain and dualism: Which dualism? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 1081-1086.
2. Bonica, J.J., y Loeser, J.D. (2001). History of pain concepts and therapies (pp.3-16). En: Loeser JD (ed). *Bonica's: Management of pain*. LWW.



3. Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-287.
4. Duncan, G. (2000). Mind-body dualism and the biopsychosocial model of pain: what did Descartes really say? *The Journal of medicine and philosophy*, 25(4), 485-513.
5. Melzack, R., y Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*, 150(3699), 971-979.
6. Perl, E.R.(2007). Ideas about pain, a historical view. *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 71-80.
7. Polo-Santos, M., Videla-Cés, S., Pérez-Hernández, C., Mayoral-Rojals, V., Ribera-Canudas, M. V. y Sarria-Santamera, A. (2021). An Update on Resources, Procedures and Healthcare Provision in Pain Units: A Survey of Spanish Practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 451.
8. Torralba A, Miquel A., I Darba J (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21, 16-22.

ENGLISH VERSION

ABSTRACT

This paper addresses the different aspects involved in the definition of pain. On the one hand, it explores the historical background of the term rooted in medicine, as well as the view of pain as an adaptive experience but also as a therapeutic challenge. The definition of pain by the International Association for the Study of Pain - IASP (2020) is highlighted. Finally, from a biopsychosocial approach to pain, the dangers and weaknesses of the biomedical model in the approach to persistent (chronic) pain are highlighted.

Key Words: Pain; Biopsychosocial; Persistent (chronic) pain

THE CONCEPTION AND DEFINITION OF PAIN THROUGHOUT HISTORY: FROM HIPPOCRATES TO THE PRESENT DAY

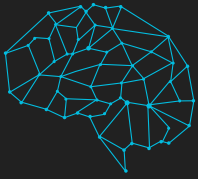
Throughout history, pain has been conceived in many different ways according to the beliefs and scientific positions of each era. These different conceptions have meant that the evolution of the concept of pain has had crucial moments in history that have led to a paradigm shift in its understanding, research and application to clinical practice. Thus, in primitive societies, pain was a "magical" experience and was mainly due to the influence of spirits and demons. In Ancient Greece or Ancient Egypt, the heart was the organ responsible for the perception of painful sensation; while in Eastern medicine,

pain was caused by an imbalance in our vital energy. It seems to have been Alcmeon of Crotona (a disciple of Pythagoras) who first proposed that it was the brain and not the heart that experienced or processed pain. Somewhat later and based on Eastern medicine, Hippocrates of Cos (469-377 BC) proposed that the brain was a gland and pain was caused by a disturbance in the vital humours (blood, phlegm, yellow and black bile) (Bonica and Loeser, 2001; Perl, 2007). It was not until the last century that pain began to be considered as a sensation, reflecting the Cartesian conception (the function of the nerves is to transmit to the brain a copy of what is happening). In this way, René Descartes (1596-1650 AD) reinforces the idea of the brain as the centre of pain perception and describes in detail the sensory physiology. And in 1965, Ronald Melzack and his colleague Patrick Wall describe the "gate theory", which lays the foundation for the modern conception of pain as a multidimensional experience (Melzack & Wall, 1965).

PAIN: FROM AN ADAPTIVE EXPERIENCE TO A THERAPEUTIC CHALLENGE

Generally, when we think about what pain means, we mentally associate it with an unpleasant or uncomfortable experience. But it is important to consider that pain has an adaptive function that is necessary for our survival as a species. It can indicate (among other things) that something is wrong with our body (e.g. abdominal pain indicating intestinal blockage) or that we should avoid moving to make an injury worse (e.g. in the first days after a bone fracture). It also teaches us such basic things as not to touch fire, without even experiencing the associated damage. Thus, we can say that pain has a clearly adaptive function. It is an indication that some part of our body may be threatened or in danger and requires our attention, whether it is associated with actual or potential physical harm or not.

However, pain sometimes no longer fulfils its protective or adaptive function and becomes an experience that we as professionals should try to minimize and reduce as much as possible. We refer to, for example, pain resulting from invasive medical procedures, pain resulting from acute injuries, or pain that persists over time once the injury that caused it has healed or without a known injury or cause. The latter, persistent pain (or chronic pain, as it is commonly called), is a health challenge that causes great discomfort and disability to sufferers and their relatives, as well as producing a high economic cost to the health system and to society as



a whole. It is defined as persistent, complex, long-standing, etc. the pain lasting more than 6 months in the research field and 3 months in the clinical field.

Up to 1 in 10 people may have persistent pain (Breivik et al., 2006), which can be associated with mental health problems (such as mood or anxiety disorders), difficulties in participating in activities of daily living and disruption in the family, work and social spheres. The economic impact at the health and social level is very high, estimating that in Spain the total cost (considering direct and indirect costs) could be 16,000 million euros per year (Torralba, Miquel and Darba, 2014).

THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) DEFINITION OF PAIN

In 2020 (Raja et al., 2020), the IASP adjusted its definition of pain as follows: "Pain is an unpleasant sensory and emotional experience, associated or similar to that associated with actual or potential tissue damage."

But, in addition to the definition, the following notes were included which are very relevant:

- Pain is always a personal experience influenced to varying degrees by biological, psychological and social factors.
- Pain and nociception are different phenomena. Pain cannot be inferred solely from the activity of sensory neurons.
- People learn the concept of pain through their life experiences.
- People's manifestations of pain should be respected.
- Although pain usually serves an adaptive function, it can have adverse effects on functionality and social and psychological well-being.
- Verbal description is one of several behaviours for expressing pain; the inability to communicate does not negate the possibility of a human or animal experiencing pain.

THE BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH TO PAIN: PRACTITIONERS AND GOALS

The definition and associated notes leave no doubt that pain is an experience that must be approached taking into account the multitude of factors from different nature that may be involved. For this reason, the involvement of professionals from different disciplines is necessary, among which we can highlight psychology, physiotherapy, medicine (including multiple specialties) or nursing. Ideally, all professionals should work in an interdisciplinary and transdisciplinary way, coordinated and with the same great objective, to unders-

tand and help people with pain. This leads us to talk about the goals of intervention, which are different depending on whether the pain is acute or persistent. When we are dealing with a time-limited pain problem, the main goal is to reduce the pain and/or discomfort and the likelihood that the pain will persist over time. However, in people with persistent pain, the aim should be to help them improve their quality of life, and their functional status in general, to try to make the pain fade into the background, significantly reduce or even disappear, learning new ways of relating to it.

Although there is no doubt in the literature that the gold standard is the biopsychosocial model, the reality is that we still have a long way to go in favouring access to this type of intervention. For example, in a very recent study, Polo-Santos et al. (2021) surveyed different pain units in Spain. Specifically, they invited 183 units to participate, of which 69 participated. Of these, only twelve (17.4%) could be considered multidisciplinary and with a biopsychosocial orientation.

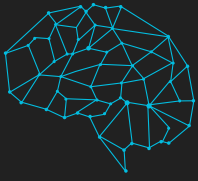
Failure to manage pain appropriately can have an impact on the sufferer at all levels, as well as social, health and economic repercussions. Among others:

- If we do not address acute or sub-acute pain problems, they can be perpetuated in the long term, leading not only to more or longer lasting pain, but also to poorer quality of life and a higher economic cost to public health and society.
- We are omitting the possibility of making it possible for people with pain to suffer less and move on with their lives, improving their quality of life, their functionality and their pain.
- We have a negative impact not only on the person with pain, but also on the people around them and on society in general.

The reasons for not applying the available evidence are very diverse and complex. These include the fact that healthcare professionals receive little specific training in pain management, the existence of few specialised services and resources, the lack of recognition of pain as a situation requiring multidisciplinary and interdisciplinary care, and the existence of some myths/misconceptions in society about pain.

THE DANGER AND WEAKNESSES OF THE BIOMEDICAL MODEL IN DEALING WITH PERSISTENT (CHRONIC) PAIN (DUNCAN, 2000)

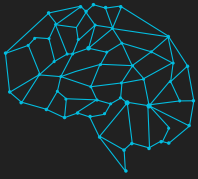
We have argued the need to understand and approach pain from a biopsychosocial or even biopsychosocio-spiritual perspective, and this is recognised in many scientific reports. Yet we often fail to adopt this perspective when conceptua-



lising and dealing with pain problems, being driven by previous conceptions of pain problems based on the classical, mechanistic biomedical model. Maintaining this perspective, polarising pain as either physical or psychological, makes no sense today and we are undermining the possibilities for a full and productive existence. Even the often misunderstood Descartes did not intend to separate mind and body in an absolute way as has often been claimed (Arnaudo, 2017). The experience of pain is unique and uniquely constructed for each person, the ideographic prevails over the nomothetic without a doubt. As psychologists we also warn that attributing pain to purely psychological causes can lead to stigmatising the person, leading to the erroneous interpretation that the person is inventing it or that there is no real problem that deserves treatment. It is necessary and urgent to break both stigmas, that of pain as an experience that is not real and may be fictitiously created by the person and the fact that a psychological process is also something invented or imagined. The basic psychological processes of attention, memory, language, thought, etc. are psychological and clearly have nothing to do with fantasies, mythologies or inventions.

REFERENCES

1. Arnaudo, E. (2017). Pain and dualism: Which dualism? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 1081-1086.
2. Bonica, J.J., y Loeser, J.D. (2001). History of pain concepts and therapies (pp.3-16). En: Loeser JD (ed). *Bonica's: Management of pain*. LWW.
3. Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-287.
4. Duncan, G. (2000). Mind-body dualism and the biopsychosocial model of pain: what did Descartes really say? *The Journal of medicine and philosophy*, 25(4), 485-513.
5. Melzack, R., y Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*, 150(3699), 971-979.
6. Perl, E.R. (2007). Ideas about pain, a historical view. *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 71-80.
7. Polo-Santos, M., Videla-Cés, S., Pérez-Hernández, C., Mayoral-Rojals, V., Ribera-Canudas, M. V. y Sarriá-Santamera, A. (2021). An Update on Resources, Procedures and Healthcare Provision in Pain Units: A Survey of Spanish Practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 451.
8. Torralba A, Miquel A., I Darba J (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21, 16-22.



OBSERVATORIO DE LA SALUD MENTAL MENTAL HEALTH OBSERVATORY

TEMA DE TRABAJO: TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

SESIÓN DE TRABAJO DEL DÍA 26 DE JUNIO DE 2023

Diana Molina¹, Jesús Artal², Jaime Marcó³, Pilar Alsina⁴, Jordi Blanch⁵, Miquel Agulló⁶, J.M. Farré⁶

1 Psicóloga. TLP Tratamientos. Barcelona.

2 Psiquiatra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

3 Escultor. Ceràmiques Marcó. Quart, Girona

4 Coordinadora Arte Divergente. Ceràmiques Marcó. Quart, Girona

5 MD PhD Psychiatrist. Director of Mental Health and Addiction Services, Hospital Santa Maria de Lleida (GSS). / Department of Psychiatry and Psychology, Hospital Clinic of Barcelona. / Associate Professor, University of Barcelona. / CIBERSAM

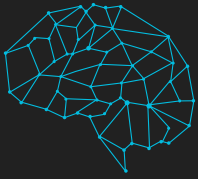
6 Psicólogo. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Dexeus Barcelona

Palabras clave: Arte terapia, Enfermedad mental, Promoción de la salud, Integración social

Keywords: Art therapy, Mental illness, Health promotion, Social integration

Diana Molina: Es una gran satisfacción dar la bienvenida al Observatorio a Jaime Marcó y Pilar Alsina que están liderando un proyecto basado en una corriente artística concreta Arte Divergente, Art Decó en Europa, y dirigen un taller que está incluido en un programa del Departamento de Educación

de la Generalitat de Catalunya y con colaboraciones con los Departamentos de Cultura y Empresa y Trabajo de la Generalitat de Catalunya. También presento al Dr. Jesús Artal, Psiquiatra del Hospital de Valdecilla de Santander que nos va a presentar el proyecto en el que participa que se llama "Mupsique", y el Dr. Jordi Blanch nos hará un esbozo del proyecto en el que participa: Arts in Health International Foundation. El Dr. Jordi Blanch, es psiquiatra en el Hospital Sta. María de Lleida. Comparten la sesión Miquel Agulló que es psicólogo del Hospital Universitari Dexeus y el Dr. JM Farré psiquiatra del Hospital Universitario Dexeus.



PROYECTO LA VOZ DEL PACIENTE. DR. JESÚS ARTAL. HOSPITAL DE VALDECILLA. SANTANDER

Buenas tardes. Gracias por invitarme a compartir con vosotros en esta sesión del Observatorio de Salud Mental esta modesta presentación que tuve oportunidad de exponer recientemente en el segundo congreso sobre Tempo de Arte celebrado en mayo en Santander. Hablaré, sin ser un experto y de una forma ligera y ojalá divertida, del papel del arte en la curación y en la promoción de la salud. El título que entonces se nos ocurrió fue "La herida que sanar". "Mupsique", se trata de un acrónimo sobre el arte y la salud mental.

¿PUEDE EL ARTE SANAR?

¿PUEDE AYUDAR A LA CURACIÓN?

No soy, ni de lejos, un experto en arte; sólo tengo algunos conocimientos de medicina y psiquiatría. Además, como dice el profesor Hugh, los psiquiatras trabajamos sólo con una muestra seleccionada de la humanidad, que hemos señalado como enfermos mentales. No somos pues, aunque quisiéramos, expertos en todos los aspectos de la naturaleza humana.

Se puede afirmar que la mente humana crea el arte y que el arte crea la propia mente. Dice Elliot Eisner que experimentar el entorno es un viaje permanente, un proceso conformado por la cultura, el lenguaje, las creencias, los valores, las artes y la ciencia, y modulado por nuestra propia individualidad. La cultura nos enseña a crearnos a nosotros mismos. Un paisaje de Monet o una fotografía de Paul Stand ofrecen nuevas formas de ver la realidad. El arte nos brinda nuevas maneras de conocer, liberados de las reglas, explorando al mismo tiempo nuestro paisaje interior.

No vamos a hablar hoy de la relación entre genialidad y trastornos psiquiátricos, o de los problemas de salud mental de los grandes artistas. Hablaré de gente corriente, de personas que disfrutaban presenciando cualquier manifestación artística, pero sobre todo de aquellos que, sin estar dotados de genialidad, desarrollamos actividades que podemos y debemos llamar expresión artística. Ni me corresponde a mí ni me atrevo a proponer una definición de arte. Traigo, como médico, una definición de salud; pero debo confesar que, aunque bien intencionada, no me parece muy útil la de la Organización Mundial de la Salud, cuando habla del completo estado de bienestar físico, mental y social, incluyéndonos así a todos en el grupo de personas sin una salud óptima.

A mis pacientes les planteo que la salud se basa en tres pilares, cuando construyo con ellos un plan terapéutico: no tener síntomas o tener sólo algunos pocos que no interfieran demasiado con nuestra actividad. En segundo lugar, tener un proyecto de vida, una razón para levantarse cada mañana. Finalmente, disfrutar razonablemente de la vida.

La tesis que hoy defiendo aquí es que contemplar arte y, sobre todo, practicar actividades artísticas tiene una influencia positiva en estos tres pilares de la salud: ayuda a mejorar o a tolerar los síntomas, amplía nuestro proyecto de vida y proporciona también momentos de disfrute. El objetivo del arte no es curar, pero sí ayudar a humanizar los procesos de curación y los entornos en los que estos se desarrollan.

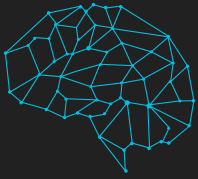
En 2019 la OMS publicó un informe sobre la evidencia del impacto potencial en la salud de diferentes formas de actividad artística, tras analizar la evidencia científica en más de 3.500 estudios. El arte incide positivamente sobre los determinantes sociales de la salud, favorece el acceso al sistema sanitario de grupos marginados, contribuye al desarrollo infantil, disminuye el deterioro cognitivo y la fragilidad en edades avanzadas, fomenta comportamientos saludables, reduce el estrés y mejora la atención al final de la vida. La OMS ya ha instado a los Gobiernos a introducir las prácticas artísticas en las políticas sanitarias.

Terminaré esta parte de la exposición con una frase: un poema o una obra musical no te curan en el sentido de la quimioterapia, pero el poema adecuado o la música adecuada sí te salva el día, te ayuda a cerrar una herida.

Hablaré ahora brevemente de los efectos beneficiosos de cantar en grupo y de algunos proyectos en los que estoy involucrado.

Muchos de nosotros tomamos medicamentos que figuran en nuestra receta electrónica. Ahí se detallan los fármacos que tenemos que tomar y cómo los tenemos que tomar. Pensemos en algo que llegará a ser habitual en las consultas médicas. En la receta electrónica de muchas personas con problemas físicos y psíquicos figurará esta prescripción: "Usted tiene que cantar en coro dos veces a la semana". Así es. Cantando podemos cambiar para mejor nuestro cerebro, ya que cantar tiene efectos saludables demostrados y ayuda a muchas personas a vivir más años y a vivir mejor. Podemos preguntárselo a Mick Jagger: cantando podemos ser más felices.

¿Y qué dicen los científicos? Stefan Kolesch, de la Universidad de Berlín, asevera que la música puede cambiar



profundamente nuestro cerebro. Su máxima es que todos somos seres musicales. Esta psicoterapeuta y profesora de la Universidad de la Música y Arte de Viena defiende que el canto coral debería ser recetado por los médicos, ya que mejora la concentración y la memoria, compensa y potencia la actividad del sistema nervioso parasimpático, proporciona tranquilidad, refuerza las defensas y mitiga los trastornos del sueño.

Cuando cantas, las vibraciones musicales atraviesan tu cuerpo y modifican, para bien, tu paisaje físico y emocional. El canto en grupo puede ser aún más estimulante y transformador. El sonido que tú has sido capaz de crear y proyectar al exterior es compartido con otras personas y retorna a ti en forma de algo que puede resultar muy emocionante: la armonía.

Cantar tiene efectos ansiolíticos y eleva el ánimo, seguramente por la liberación de endorfinas y de oxitocina. Así, aumenta la sensación de placer y recompensa; se alivia la ansiedad y el estrés. Cantar en grupo también mejora los sentimientos de confianza y unión, disminuyendo las experiencias de depresión y soledad. El sentimiento de pertenencia y aceptación es muy beneficioso para los participantes.

A esto debemos añadir los beneficios de la activación conductual del paciente cuando asume algunos compromisos, como cumplir un horario, hacer los deberes, acudir a los ensayos, construir algo en común con el resto del grupo, vencer los nervios antes de una actuación, emocionar al público y emocionarse uno mismo.

Los programas basados en las artes pueden afectar positivamente la salud social y mental al reducir el estrés, la ansiedad y la depresión y aumentar la autoestima. Los participantes experimentan un incremento en la satisfacción con la vida, un estado de ánimo positivo y una disminución de la angustia.

En personas mayores el canto aumenta el bienestar, ralentiza el deterioro cognitivo, mejora la respiración y la respuesta inmune. Los efectos positivos son más pronunciados en el canto grupal que en el individual, ya que ofrece oportunidades para el compromiso social y las amistades. El sentimiento de pertenencia es muy beneficioso. Estos mismos efectos positivos se han demostrado en el proyecto internacional *Voices in Motion*, dirigido a personas con demencia y sus cuidadores.

Como profesional especialista en problemas de salud mental, en los últimos años me he involucrado personalmen-

te en proyectos que relacionan el canto con la salud, como el Proyecto *Saludarte*, con mis compañeros del Hospital de Valdecilla. O el Proyecto *Mupsique*, junto con mi amigo el maestro Vicent Pelechano, para mejorar la salud a través de las emociones que provoca la música. Finalmente, el maravilloso Proyecto *La Voz del Paciente*, que me ha demostrado el valor de cantar junto con personas que han vivido muy de cerca la depresión.

Cantemos pues, amigos, aunque no lo hagamos muy bien. Y cantemos en grupo. Sanaremos nuestra herida. Viviremos más y viviremos mejor.

Diana Molina: a mí me ha parecido muy emocionante por toda la carga relativa a la sensación de pertenencia y compromiso social y amistad; es mucho más potente en tanto en grupo en tanto individual.

J. Artal: es que no se sabe lo que significa para nosotros estos momentos, significan elementos de convivencia, de actividades, de compartir.

JM. Farré: "Te ayuda a curar una herida y te salva la vida". Creo que esto podría resumir lo que has dicho.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA "ARTE DIVERGENTE"

Jaume Marcó y Pilar Alsina

Nombre del proyecto: **ARTE DIVERGENTE**

MISIÓN

Abordar el bienestar mental, emocional, físico y social de la persona.

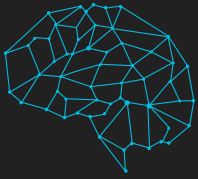
OBJETIVOS

- Contribuir a desestigmatizar al colectivo de personas con problemas de salud mental.
- Reforzar el bienestar emocional y la mejora de la salud mental en carácter preventivo y/o enfocado como terapia asociada al tratamiento clínico de salud mental
- Trabajar las competencias dirigidas a ayudar a mejorar su inserción laboral y la integración comunitaria.

Estos objetivos son los pilares de este proyecto en el marco del bienestar emocional y de la salud mental de la persona.

Lo concretamos a través de la cerámica y el dibujo, pero proyectamos incorporar otras disciplinas de artes plásticas y escénicas.

Se enmarca dentro del Plan de Salud de Catalunya 2021-2025, en sus prioridades de bienestar emocional y



salud mental. De desigualdades sociales y dentro de las estrategias de igualdad de oportunidades a lo largo de la vida, de integración de la atención a la salud y de palancas de cambio transversales y transformadoras. Lo estamos ejecutando con la Fundación Drissa, fundación que desde hace 24 años trabaja para mejorar la calidad de vida de quienes padecen problemas de salud mental: acogida, inserción laboral, formación y vivienda con la voluntad de dar respuesta a todas las necesidades y mejorar su calidad de vida.

Cuenta con la colaboración del Departamento de Cultura y de la Dirección General de Economía Social y Solidaria, del Tercer Sector y de las Cooperativas del Departamento de Empresa y Trabajo de la Generalitat de Catalunya que impulsan el programa Ocell de Foc.

Se lleva a cabo en nuestro taller, Cerámicas Marcó de Quart (Girona). Se trata de un obrador artesano que este año cumple 550 años de actividad. Se caracteriza por ser un equipamiento alejado de la industrialización y con un fuerte compromiso social que nos lleva a ser ansiosos de adaptar el equipamiento y transmitir el conocimiento práctico ancestral para que los asistentes en los talleres aprendan mediante experiencias interactivas.

Los artistas que vienen a realizar estancias en nuestro taller definen Ceràmiques Marcó como un espacio donde el "arte late, donde se respira cultura y se crean sueños".

ORIGEN Y MOTIVOS DEL PROYECTO

Nació en setiembre de 2021. Cerámicas Marcó, colabora con el Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya impulsando proyectos que tienen por objetivo desarrollar estrategias en el campo de la innovación y el intercambio de conocimiento con los centros docentes de grado superior de Artes Plásticas y Diseño y las empresas, a fin de que los estudiantes integren en su aprendizaje el entorno real de un ambiente laboral; fomentando el trabajo en equipo, el sentido de iniciativa y el espíritu emprendedor.

Desde el 2022 y con el soporte de las administraciones y empresas del territorio estamos creando una plataforma de talento PLATFORM of EMPOWERED ARTISTS NEW GENERATION con la voluntad de agrupar el talento emergente de todas las disciplinas artísticas. Tiene por misión ayudarles a convertirse en futuros profesionales capaces de generar valor en ámbitos socioeconómicos y culturales donde hoy aún su presencia es escasa.

El éxito de estas experiencias y las valoraciones de los artistas que realizan estancias en nuestro taller nos ha llevado a pensar que también podíamos aportar valor en este tejido social, poniendo a su servicio el saber de este talento, el nuestro propio y el equipamiento contribuyendo así, a revitalizar y fortalecer la identidad personal; a estimular el descubrimiento de las habilidades y a la mejora de las capacidades individuales.

Conscientes de que es conveniente que estas actividades sean lideradas por profesionales especializados, fue cuando nos dimos a conocer con la Fundación Drissa para sumar sinergias que nos permitieran ejecutar este proyecto conjuntamente.

Su estructura se encuentra dividida en dos periodos: mayo junio/setiembre octubre. Cada periodo incluye 32 talleres.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

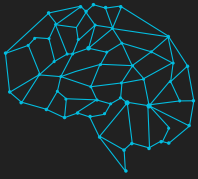
El proyecto va dirigido a personas que padecen trastornos mentales no severos, de tipo cognitivo, emocional y conductual.

EFFECTOS TERAPÉUTICOS DE ESTOS TALLERES EN LAS PERSONAS QUE ASISTEN

Hoy todavía no hemos realizado la valoración de los efectos terapéuticos de estos talleres ya que nos encontramos en la última semana de la primera fase. El análisis y valoración de dichos efectos lo realizaremos estos próximos días y desde dos vertientes. Desde el propio taller, valorando el día a día de la persona asistente y su evolución, y desde la Fundación Drissa, partiendo de la aportación de las monitoras y las valoraciones hechas por los usuarios.

Sí que ya podemos adelantar que, al terminar el taller, casi todos los asistentes valoran muy positivamente su estancia en el obrador. Además de pedir repetir, quieren barro para trabajar más en casa y expresan lo que les ha supuesto estos talleres para su descubrimiento y mejora del bienestar personal mediante frases como:

- "El barro ha dibujado estrellas a mis cicatrices".
- "Olvidarme de todo y encontrarme conmigo mismo".
- "Como una mariposa, viajé antes que el destino".
- "He vivido un encuentro con el pasado y el futuro desde el presente".
- "Me ha permitido conectar la mente y el cuerpo. Desplegar hacia fuera la creatividad a través de las manos".



- "Me ha gustado mucho por reconectar mediante la creatividad. Me he encontrado muy a gusto con el grupo y los profesionales. Gracias. De corazón."
- "Unos excelentes profesores que me han hecho sentir relajado. Os echaré de menos. Mucha añoranza a los jueves, dos horas que son como quince minutos. Me habéis hecho pensar y relajar, conocer nueva gente".
- "Me he encontrado como el pez al agua. He disfrutado como un niño pequeño y he recordado".

PROBLEMAS / DIFICULTADES DETECTADAS

Los talleres son liderados por Imma de Batlle que es una profesional con conocimientos de Arteterapia y responsable de dar forma al contenido del taller. Y, por Jaume Marcó, maestro artesano que además del trabajo en el taller ejerce de docente y hace acompañamiento a juniors y seniors para la ejecución de proyectos artísticos personales.

Al trabajar en equipo y siendo talleres de grupos reducidos (máximo 6 personas más una monitora), facilita poder dar un trato casi personalizado a cada uno de los asistentes. Crear un diálogo activo y un clima de expresión personal que genera relajación y ayuda a que no surjan conductas inesperadas.

Sin embargo, sí que al principio se nos creaba la duda de cuál debía ser nuestro rol y lenguaje ante conductas o expresiones emocionales que, excepcionalmente, surgían por parte de alguno de los asistentes al taller. Hoy, con el aprendizaje ya adquirido en los talleres y las reuniones llevadas a cabo con la Fundación, hemos aprendido a gestionar estos momentos con éxito y nos sentimos muy satisfechos de convertir el equipamiento Marcó como espacio de encuentro para la integración comunitaria de las personas que padecen trastornos de salud mental.

EL TALLER ARTE DIVERGENTE ES LLEVADO A CABO POR:

Imma de Batlle: cofundadora con Sandra Puig de la Bullidora que es un espacio creativo a partir de diferentes técnicas y lenguajes artísticos donde las personas pueden encontrar en su expresión plástica un medio de desarrollo y comunicación propio a partir de potenciar su creatividad.

Imma de Batlle, creativa plástica y arteterapeuta, con más de 20 años de experiencia ejerce de profesora de Educación Plástica y Visual en diferentes institutos de Educación Secundaria. Ocho años de los que ha estado trabajando con alumnado con carencias emocionales y de comportamiento

a través del arte. @labullidora - @immadebatlle - <https://www.labullidora.com/>

Jaume Marcó: Cerámicas Marcó (Artesanía Marcó) Graduado en Artes Aplicadas por la Escuela Llotja de Barcelona y Maestro Artesano por la Escuela Industrial y por el Consorcio de Comercio, Artesanía y Moda de la Generalidad de Cataluña. Conjuga el trabajo del obrador compartiendo y impartiendo conocimiento en el campo del aprendizaje funcional y las habilidades profesionales con artistas consolidados, jóvenes talentos creativos y alumnos de las Escuelas de Arte y Superior de Diseño de Catalunya.

e-mail: info@ceramiquesmarco.cat – @ceramiquesmarco – www.ceramiquesmarco.cat.

Diana Molina: la misión más importante, el objetivo final de Arte Divergente, ¿Cuál sería?

Pilar Alsina: para nosotros es novedosa, es una experiencia que hasta el día de hoy no habíamos vivido. La misión sería aportar el bienestar emocional y de salud mental de la comunidad. Hemos empezado mediante una fundación de Girona que se llama Drissa que trata con diferentes grados de enfermos mentales y nosotros hemos iniciado con personas que no son severas, para facilitarnos la introducción del trabajo con ellos. Venimos de un mundo docente de jóvenes que están cursando Bellas Artes y es otro entorno.

Diana Molina: los instrumentos que utilizáis son el dibujo y la cerámica, ¿no?

Jaume Marcó: y más que la cerámica, que también, el barro.

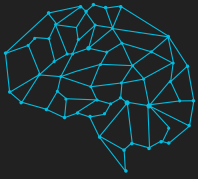
Pilar Alsina: lo que pretendemos es avanzar entre diferentes disciplinas creativas dentro del taller... básicamente desde el barro; dar forma, crear.

Diana Molina: habéis iniciado el proyecto este año, ¿no?

Pilar Alsina: lo hemos trabajado de mayo a junio y tenemos previsto seguir de septiembre a octubre. Ahora vienen las valoraciones oportunas con las diferentes entidades y con ellas estructurar las modificaciones que se concretarían para la edición de septiembre octubre.

Diana Molina: ¿Qué información, que valoraciones os ha llegado por parte de los usuarios?

Jaume Marcó: Como ya hemos transcrito destacan frases: "El barro ha dibujado estrellas a mis cicatrices"; otra nos ha dicho: "He trabajado el vacío con muchos agujeros"; otra nos ha dicho: "He vaciado el barro y cosas más. Al vaciar me has invitado a hacer y, hice una cosa nueva a partir de amasar lo vacío. Me ha ido muy bien".



JM Farré: y hay otra, si me permitís, que es maravillosa: "Como una mariposa, viajé antes que el destino". Yo también querría haceros una pregunta, vosotros tenéis un obrador artesano que ha participado en muchísimas batallas y que tiene 550 años de actividad Jaume es el artista, sin embargo, acompaña Imma de Batlle que sí se dedicaba a arteterapia.

Jaume Marcó: nos acompaña porque tiene más experiencia artesana compartida con pacientes.

Pilar Alsina: dudábamos como tenía que ser nuestro comportamiento ante esta situación; sólo hemos tenido el caso de una chica que quizás que no se ha adaptado del todo o nosotros o no hemos sabido entender su estado. Deberemos profundizar en la información previa; es plausible considerar subgrupos con intervenciones específicas o que quizás no sea la elección de este método lo más adecuado.

JM Farré: Jaume, de este barro nace algo, ¿ellos pueden expresarse libremente?

Jaume Marcó: libremente, pero direccionados; si tú les das un trozo de barro y no les direccionas no saben qué hacer a fin que tomen iniciativas.

Diana Molina: Y a vosotros ¿cómo se os ocurre trabajar el vacío?, porque el vacío en determinados trastornos mentales es algo muy importante y que genera una sensación de falta, ¿tenéis a alguien que os oriente?

Jaume Marcó: Por eso tenemos a Imma de Batlle que es la que ha diseñado el proceso del taller y, antes de iniciar, le ha dado la forma definitiva.

Diana Molina: entonces ella establece que conceptos se quieren trabajar y que conceptos se van a aplicar al barro y cada paciente conforma algo.

Jaume Marcó: a cada paciente, cuando empezamos, le damos una libreta y en cada momento les proponemos escribir sensaciones y como se sienten y que ideas tienen. Y desde un señor que hizo un agujero en todas las páginas de la libreta diciendo que esto era el vacío a otros que lo pasaban al barro. Cada uno plasma las cosas, unos destruyendo la libreta, otros lo pasan al barro.

Pilar Alsina: a partir de que cada uno se ha manifestado de cómo se siente, que lo primero que hace es describir cómo se siente dibujando un símbolo. A partir de aquí, utilizamos esta expresión: "A ver si lo pasáis a un dibujo totalmente rápido en la libreta", y luego siguen con el barro y es cuando crean y se les dan unas instrucciones, más o menos, cómo jugar con el barro para darle las formas que quieren conseguir.

Diana Molina: ¿Primero se plasma en una libreta y luego se plasma en el barro?

Jaume Marcó: en el barro o a ver... lo que hablábamos de jerarquizar. Una de las cosas que ha tenido mucho éxito es que cada persona se ha hecho su taza. Entonces, ellos dibujan, nosotros convertimos el dibujo en una calcomanía cerámica, el próximo día aplicamos la calcomanía en la cerámica, les cocemos la pieza y todos se marchan muy satisfechos porque tienen la pieza personalizada, que la han hecho ellos. Y luego es modelar que es lo que más hemos trabajado, enseñar como el barro no es lo mismo que el cristal; más tarde, trabajamos el cristal con pequeñas maquetas. Intentamos jugar un poco con ellos, con los materiales básicos.

Pilar Alsina: estamos trabajando en una plataforma de talento emergente con el Departamento de Educación. Deberíamos facilitar que pudiesen entrar en el ámbito de la salud mental y hacemos todo tipo de expresión creativa y les damos visibilidad sea en obras de teatro, sea en conciertos...

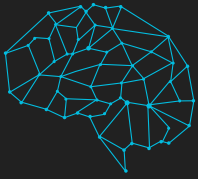
JM Farré: ¿Los alumnos de Art Divergent podrán estructurar sus figuras, crear sus propias esculturas, sus propias formas? Por lo que habéis dicho, todos tienen su tazón, ¿no?

Pilar Alsina: estas tareas, son experimentales para todos, para toda la organización. Pero nos encontramos que muchos de ellos nos piden continuar para mejorar las técnicas, o sea que les gustaría realmente aprender trabajar el barro para conseguir creaciones personales y esto es lo que deberemos resolver

JM Farré: Dr. Jordi Blanch, ¿cómo lo ves todo esto? Tu experiencia es amplia sobre este tema.

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO ARTS IN HEALTH INTERNATIONAL FOUNDATION. DR. JORDI BLANCH

Jordi Blanch: Justamente fundamos una organización que se llama Arts in Health International Foundation, pero nosotros vamos un poco más allá, es un poco diferente a lo que habéis planteado. Nosotros buscamos que sea terapéutico, no nos sirve cualquier tipo de expresión artística, ni cualquier tipo de arte, tiene que ser algo que tenga una finalidad curativa, terapéutica. Por ejemplo, si una persona la han operado de una neo de laringe y tiene una dificultad en la vocalización y necesita un foniatra, en lugar de un foniatra hablamos con un experto en música coral, justamente, que según determinadas tonalidades, para mejorar su voz, tiene que trabajar esas tonalidades y no otras. Eso requiere un experto en otorrinolaringología o foniatría que se asocie



con el experto en música para buscar exactamente cuál es la herramienta creativo-musical que necesita este paciente. En el ámbito de la salud mental, no nos sirve únicamente el arte como algo ocupacional o para mejorar el bienestar, nosotros trabajamos con museos y dentro del museo hay un recorrido; así lo gestionamos en el ámbito del Museo Nacional de Arte de Catalunya, con un recorrido con pinturas concretas que relajan. En personas que tengan trastornos de ansiedad les indicamos el recorrido a través del museo para que visualicen aquellos cuadros que tienen esa expresión de relajación. En el caso de una clínica depresiva, matizamos que tipo de expresión artística le genera más estímulo. Pero tiene que concretarse un objetivo terapéutico claro, incluso en personas que tengan dificultad de movilidad, Parkinson por ejemplo, que determinados movimientos de arte más corporal, danza, por ejemplo, pueden ser útiles para mejorar su movilidad y su coordinación, pero no cualquier ejercicio sirve porque personas con Parkinson no les va bien según qué tipo de movimientos... se pueden caer, etc. Tiene que conducirlo un experto, en este caso médico, neurólogo que le explica al especialista en arte qué es lo que quiere conseguir desde el punto de vista terapéutico: entre los dos indagan el diseño más adecuado para cada persona. No es tanto una actividad ocupacional que podría ser algo de lo que habéis comentado del arte plástico, eso se trabaja mucho desde hace tiempo, el Dr Farré lo ha comentado. Se trata de una parte de estimulación sensorial y otra reservada a la recuperación. Nosotros vamos un poco más allá de esto, buscamos evidencias de que determinadas técnicas y recursos artísticos están dotados de una utilidad terapéutica contrastada científicamente

Diana Molina: ¿Dirigido a determinados síntomas?

Jordi Blanch: A cualquier enfermedad, psiquiátrica o no psiquiátrica. Salud mental no sólo es el bienestar emocional, buscamos el tratamiento de una persona con ansiedad, de una persona depresiva, por ejemplo, el tratamiento de una paciente que tiene un perfil psicótico que le puede ayudar a relativizar esos síntomas, esas alucinaciones o a que no le angustien, a través de la música pueda rebajar su ansiedad. Pero no sólo es el bienestar emocional, es terapéutico y medimos la respuesta terapéutica. Es complejo, lo estamos iniciando y contamos también con muchas experiencias en Canadá, en Reino Unido: muchas buscan únicamente el bienestar emocional, el wellbeing, como objetivo, que también lo es de salud, como ha citado antes, el Dr. Artal. Nosotros, más que nada tenemos que convencer al colectivo médico. Al colectivo

médico no puedes ir allí y decir "esto es saludable" y ya está. No debes decir que muy racional, muy matemático en este sentido no le sirve cualquier explicación y cualquier expresión.

Diana Molina: A nivel de evaluación no os sirve sólo supongo que administráis escalas de reducción de ansiedad o depresión. Jordi Blanch, por ejemplo, ha comentado la necesaria socialización como puede ser el resultado de las corales musicales que plantea Jesús Artal; en algunas enfermedades es terapéutico porque hay personas que tienen una tendencia al aislamiento o a la evitación social, una ansiedad social que se trabajarla en intervenciones de grupo, en este caso coral, que los desinhibe y puede ayudar a perder estos miedos, pero claro sólo para estas personas no para todas. Esto requiere que tengas muy claro el objetivo terapéutico.

Jordi Blanch. Bueno cada caso tiene su campo, su interés o indicación, pero nosotros queremos evitar la simple art-terapia como siempre se ha hecho en el ámbito de la salud mental y buscamos algo que complemente la terapia, o incluso la sustituya en algunos casos.

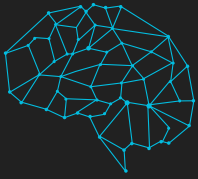
Como he expresado la fundación se llama Arts in Health International Foundation y la web es <http://artsinhealthfoundation.org/> En el portal se ve una pintura del Museo Nacional de Arte de Catalunya y con una técnica que se llama "visual thinking" que te acompañan a través de los cuadros y te ayudan a que veas reflejado una determinada expresión, una sensación de aquella pintura, un acompañamiento. No cualquier cuadro sirve, ni de cualquier cuadro todo sirve. En la red de museos de Catalunya, que lidera el Museo Nacional de Arte de Catalunya se han planteado experiencias que abarcan todo el territorio.

Pilar Alsina: A mí me gustaría reforzar la opinión -y la experiencia de la gente que viene a crear en el taller lo corrobora- que el poder manipular de la nada una pieza, el poder crear, es toda una relajación personal y hasta diría un empoderamiento de verte capaz de hacer aquello que nunca te habías imaginado de poder crear.

Jaume Marcó: porque todos estamos acostumbrados a una dimensión, siempre plana; cuando empiezas a crear algo con volumen te sorprende a ti mismo.

Pilar Alsina: y los comentarios del taller eran sobre este fenómeno.

Diana Molina: en vuestro caso se detecta un incremento de autoestima, un empoderamiento, ¿no?, sería ese yo que está aislado o que no se atreve o que piensa que no es capaz de no crear nada, que ha perdido la confianza en sí mismo.



Pilar Alsina: es evidente que planteamos la socialización
Diana Molina: efectivamente, facilitáis la participación en el grupo, el respeto por lo que hace uno y otro, la sensación de pertenencia.

JM Farré: yo creo que todo es complementario; respecto a lo que ha dicho el Dr. Jordi Blanch ha vuelto a aserverar que la música elicitaba una mejoría emocional, y sí que se constata en este tipo de actuaciones como las que propugnan el Dr. Artal o las de Jaume y Pilar. La Foundation va más allá de la mejoría emocional, quiere encontrar evidencias contrastadas metodológicamente. La mejoría emocional, es patente en la música y en el "Arte divergente". Y, por ende, repercutiría en una conducta más equilibrada. Es plausible considerar que incluso el grupo en sí mejora, no es necesario, ni que hagan agujeros en el barro, simplemente el grupo unido puede ir bien. Por lo tanto, la intención nuestra era de que habláramos del Dr. Artal y de su coro, con sus pacientes, con sus enfermeras con sus compañeros...; esto era necesario. Y de otros señores que están intentando a través del barro y su modificación que esa gente se sienta más identificada emocionalmente, más segura también. Nos parecía importante tratar este otro argumento, Otra cosa es el trabajo que estáis haciendo vosotros, Jordi, que es otra dimensión basada en sistemas de rigor estadístico que quizás en los otros casos, de momento, no se plantea, pero es un modelo en el que deberán integrarse lo más pronto posible. Así y todo vosotros, Dr. Artal, seguro que seguiréis cantando.

Jesús Artal: nosotros seguiremos cantando porque es terapéutico, hay que demostrarlo como dice el Dr. Jordi Blanch, pero creemos que es terapéutico.

JM Farré: una pregunta más, Dr. Artal ¿hay alguna música más apropiada para las finalidades de vuestro coro?

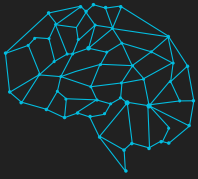
Jesús Artal: es lo mismo, nosotros tenemos un repertorio muy amplio que incluye temas de Queen, Mecano, tenemos de todo... cualquier música en mi opinión.

Diana Molina: agradecer a todos el esfuerzo que han hecho mostrando el trabajo que realizan y el entusiasmo y la motivación para entrar en estos terrenos con personas con dificultades, porque a los que trabajamos con ellos lo que nos hace falta es poder disponer de estos recursos para poder acompañarlos, para poder complementar lo que ya hacemos y no siempre es fácil encontrar unas propuestas adecuadas. Os agradezco por todas las personas que pueden beneficiarse de vuestro trabajo y por todo lo que habéis aportado. Muchísimas gracias por vuestra participación.

Pilar Alsina: gracias por invitarnos y darnos la oportunidad de darnos a conocer. Es un mundo nuevo para nosotros. Conocía la fundación que nos ha presentado el Dr. Jordi Blanch, desde el año pasado que la sigo para conocer sus trabajos y claro, es otro mundo, otra galaxia, pero sí que quiero hacer énfasis en que cuando tienes unos usuarios dentro de un taller tan identitario como es Marcó, que el Dr. Farré lo conoce, y unos profesionales de arte como Jaume e Imma se transforman, la gente se transforma y oír decir: "no sabes lo relajado que salgo", "no sabes lo bien que me encuentro", "no sabes los ánimos que tengo", cuando ni te conocen algo influye en su mejoría. Estamos dispuestos a someter nuestro trabajo a los parámetros del rigor científico y desde esta plataforma de un nivel tan reconocido, solicitaremos su ayuda, que hoy ya se ha iniciado.

JM Farré: seguro, yo creo que ha quedado muy claro, tú estás hablando de una magnífica mejoría emocional de esta gente y esto ninguno de los que estamos presentes en salud mental puede rebatirlo. Yo os animé a que realizaseis este proyecto, os conocía y sabía de vuestra profesionalidad. Fíjate, Jordi, que cada uno trabaja en su nivel, los enfermos mentales no son solamente una emoción, quizá lo mejor es que lleguen alguna vez a conseguir una lectura racional de la música emocional, esto es lo que todos pretendemos.

Jordi Blanch: sólo decir que son propuestas que se complementan, evidentemente. No es que unas sean mejores que las otras. Lo que trabajamos siempre en salud mental, todo lo referente a promoción y prevención intenta conseguir que aquella persona siga realmente un tratamiento. Y nosotros desde la Fundación planteamos justamente utilizar toda la riqueza que tenemos en Catalunya en el ámbito de los museos, para colaborar más en estas cuestiones y salió la idea de crearla con la experiencia de otros centros, no muchos, porque no hay muchas experiencias en este ámbito, pero para empezar a trabajar desde en que hasta qué punto, la cultura y el arte puede ayudar y contribuir no sólo en el wellbeing y la terapia ocupacional si no como herramienta terapéutica, porque se trabaja con el esquema de que al ser yo soy psiquiatra me paso el día medicando y prescribiendo, y yo rehúyo de esto, creo que es necesario complementarlo y hay personas que sin cuadros muy intensos a veces con una prescripción social... yo aconsejo mucho el góspel, que tiene esta parte más de socializar y no hace falta que cantes muy bien, tú vas allá y te mueves, haciendo un sonido gutural es suficiente y esto aporta muchísimo. Esto de facto ya lo



estamos haciendo, lo único que queríamos potenciarlo con un mayor rigor científico porque dentro del colectivo sanitario, todo lo que no demuestra evidencia es como si no existiese, había que darle esa entidad más evaluativa un mayor toque científico. Pero, evidentemente que todo nos ayuda y estamos trabajando muchísimo en este ámbito no médico, no estrictamente farmacológico.

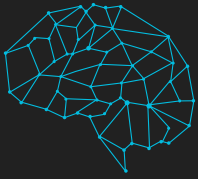
Diana Molina: se trata de un gran reto

Jordi Blanch: debemos pensar que pueda sostenerse a largo plazo; si debemos atender a todos, tenemos pocos recursos a nivel de salud mental, no llegamos a todo el mundo. La gente debe empoderarse, también se ha de educar todo eso. Son cuestiones que venimos discutiendo desde hace años. La imagen que quizás se tiene de la arte-terapia en otros ámbitos de la salud mental, es aquella actividad que

podría consistir en hacer mandalas y el paciente así está ocupado y esto no es, el paciente debe recuperarse y si adolece de unas funciones entonces debemos trabajarlo como sea y hacerlo participe de actividades de tipo ocupacional, social, cognitivas, de regulación emocional ... según necesite.

JM Farré: una de las cosas más interesantes es que hemos observado tres mundos y sí que sería interesante, Jaume, Pilar y Jesús que algún día el Dr. Jordi Blanch nos dijese si alguna de vuestras actividades las pudiésemos considerar dentro de este universo de la Fundación, lo que pienso que sería considerablemente útil para todos.

Jordi Blanch: nosotros organizamos unos premios, a ver si los podemos repetir, todo depende de los fondos, donde experiencias de este tipo también las podemos reconocer y puede ser una forma de darles difusión.



NOTÍCIAS

NEWS

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

DIABETES-SUEÑO



(*1) COMPRENDIENDO LA RELACIÓN ENTRE EL SUEÑO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIABETES TIPO 2: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

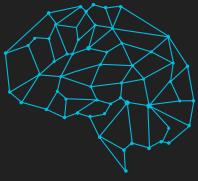
Journal of Health Psychology 2023

(*2) **Keywords:** trastornos del sueño, calidad del sueño, diabetes tipo 2, calidad de vida

Objetivo del estudio: El presente estudio tuvo como objetivo esclarecer la relación entre el sueño y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2, así como determinar la prevalencia de problemas de sueño en esta población.

Metodología: Los autores realizaron una revisión sistemática en cuatro bases de datos, encontrando 23 estudios relevantes, que fueron sintetizados de manera narrativa.

Los resultados revelaron que entre el 17,8% y el 79% de los pacientes con diabetes tipo 2 presentaban problemas de sueño. Además, se estableció una relación directa y significativa entre el sueño y la calidad de vida en estos pacientes. También se observó una relación indirecta, donde los problemas de sueño exacerbaban los factores psicológicos y síntomas biológicos de la diabetes, afectando así la calidad de vida.



Implicaciones clínicas: Estos hallazgos tienen implicaciones clínicas importantes, destacando la importancia de evaluar los problemas de sueño durante las consultas médicas de rutina.

Futuras investigaciones: Se sugiere explorar el impacto de la incorporación de la higiene del sueño en la práctica clínica. También se resalta la necesidad de estandarizar las medidas de calidad de vida para facilitar la comparación y el análisis conjunto de los resultados. Además, se sugiere realizar investigaciones longitudinales para profundizar en la naturaleza de la relación entre el sueño y la calidad de vida en pacientes con T2D.

Comentario: En resumen, este estudio resalta la importancia de abordar los problemas de sueño en pacientes con diabetes tipo 2, ya que afectan significativamente su calidad de vida. Se destaca la necesidad de implementar intervenciones específicas para mejorar el sueño y se proponen futuras líneas de investigación para seguir profundizando en esta relación.

Bibliografía: Bróna Laverty, Sreelakshmi Puthezhath Jayanandan and Sinéad Smyth (2023). **Understanding the relationship between sleep and quality of life in type 2 diabetes: A systematic review of the literature.** Journal of Health Psychology DOI: 10.1177/13591053221140805.

Gemma Mestre Bach

TRASTORNOS DEL SUEÑO-DEPRESIÓN



EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS EN RED

Journal of Psychosomatic Research. 2023

Keywords: sleep quality, depression, systematic review, meta-analysis

Antecedentes: En los últimos años, se ha observado que existe una estrecha relación entre la depresión y el sueño, afectándose mutuamente. Con el objetivo de mejorar la calidad del sueño en pacientes con depresión y reducir la gravedad de esta condición, resulta crucial encontrar tratamientos más seguros y efectivos, específicamente, intervenciones no farmacológicas.

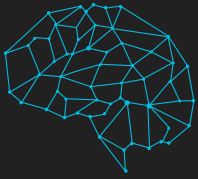
Objetivo del presente estudio: Este metaanálisis tuvo como objetivo principal indagar sobre los efectos de dichas intervenciones en la mejora de la calidad del sueño en pacientes con depresión.

Métodos: Los autores llevaron a cabo búsquedas exhaustivas en cuatro bases de datos: PubMed, Embase, Cochrane y Web of Science, hasta noviembre de 2022. Además, evaluaron el riesgo de sesgo en los estudios incluidos mediante la herramienta de evaluación de riesgo de sesgo 2.0 de la Revisión Sistemática Cochrane. El resultado primario evaluado en el presente estudio fue la calidad del sueño, mientras que el resultado secundario fue la gravedad de la depresión.

Resultados: El estudio finalmente incluyó 26 ensayos controlados aleatorios, que involucraron a 11 intervenciones y 3.748 pacientes con depresión. Los autores observaron que la terapia cognitivo-conductual (TCC) (DME: 2.80; IC 95%: 1.63, 3.96), la aromaterapia (DME: 3.95; IC 95%: 0.71, 7.19) y la acupuntura (DME: 3.49; IC 95%: 0.88, 6.10) mejoraron significativamente y considerablemente la calidad del sueño, en comparación con aquellos que solo recibieron psicoeducación. Tanto la TCC como la acupuntura demostraron ser significativamente más efectivas que la psicoeducación en la reducción de la gravedad de la depresión. El análisis de agrupación reveló que la acupuntura, el ejercicio y la TCC fueron consideradas las intervenciones no farmacológicas más efectivas.

Conclusión: Las intervenciones no farmacológicas presentan un potencial prometedor en la atención diaria de pacientes con depresión. En futuras investigaciones, resultaría esencial valorar la necesidad de considerar aspectos psicológicos y sociales en la atención psiquiátrica y hacer un uso óptimo de intervenciones no farmacológicas mediante el enfoque biopsicosocial.

Comentario: Es interesante observar cómo estudios recientes han evidenciado una estrecha relación entre la depresión y el sueño, y cómo ambos aspectos se afectan mutuamente. En este contexto, resulta fundamental buscar

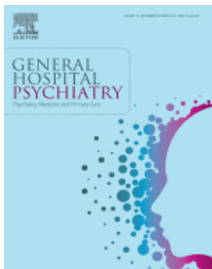


alternativas más seguras y efectivas para mejorar la calidad del sueño en pacientes con depresión, y ahí es donde entran en juego las intervenciones no farmacológicas.

Como profesionales que trabajamos en intervención clínica en psicología, podemos comprender las dudas que surgen al considerar el uso de estrategias provenientes de corrientes psicológicas más novedosas o menos reconocidas científicamente. Sin embargo, este metaanálisis arrojó luz sobre los efectos de dichas intervenciones en la mejora de la calidad del sueño en pacientes con depresión, y los resultados son prometedores.

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

TRASTORNOS NEUROOLÓGICOS FUNCIONALES.



COMPLEJIDAD BIOPSIICOSOCIAL EN TRASTORNOS NEUROOLÓGICOS FUNCIONALES.

BIOPSYCHOSOCIAL
COMPLEXITY IN FUNCTIONAL
NEUROLOGICAL DISORDER.

Joos A, Herrmann C, Lahmann C, Flottman M, Jansen T, Schede
General Hospital Psychiatry 2023.

Antecedentes: El Trastorno Neurológico Funcional (TNF) se considera hoy en día un trastorno biopsicosocial, con cronicidad en más del 50% de los casos. El Cuestionario de Autoevaluación INTERMED (IMSA) sintetiza evaluación en cuatro áreas e indica la complejidad biopsicosocial.

Objetivo: Los pacientes con FND (Functional Neurological disorders) se compararon con una muestra de pacientes psicopatológicos (PSM), así como con pacientes post-ictus.

Métodos: Las tres muestras (N = 287 en total) se encontraban en gran parte hospitalizados o en hospitales de día o en clínicas de rehabilitación neurológica y con tratamiento

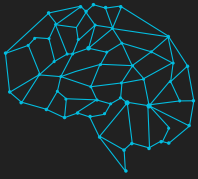
psicoterapéutico. El IMSA cubre los tres dominios biopsicosociales, así como la utilización de la atención médica y todos ellos en el marco temporal del pasado, el presente y el futuro. Además, se evaluaron carga afectiva (GAD-7, PHQ-9), síntomas somatomorfos (PHQ-15), disociación (FDS) y calidad de vida (SF-12).

Resultados: Los pacientes con FND y PSM obtuvieron una puntuación alta en la IMSA, con un porcentaje de enfermos $\geq 70\%$ que se podía incluir en la categoría de pacientes complejos, frente al 15% de los pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular. Los puntajes afectivos, somatomorfos y de disociación fueron altos en pacientes con FND y PSM. La calidad de vida fue menor en estos grupos en comparación con los pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular. Los pacientes con trastornos psicopatológicos incluían depresión, ansiedad, trastornos de somatización o de alimentación.

Discusión: Los pacientes con FND mostraron una alta tensión biopsicosocial, similar a una muestra típica de pacientes hospitalizados y de hospitales de día, es decir, pacientes con PSM gravemente enfermos, y estaban más afectados que los pacientes post-ictus. Estos datos enfatizan que los FND deben estudiarse con una perspectiva biopsicosocial. El IMSA probablemente representa una herramienta valiosa, que debe evaluarse mediante estudios longitudinales adicionales.

Comentario: Los TNF, son un grupo de trastornos que en los últimos años están despertando un interés creciente, con una activa implicación de la especialidad de Neurología. Para los autores de este trabajo la cronicidad de estos trastornos es muy alta y de alguna manera lo achacan a la fragmentación del trabajo entre las diversas especialidades y la concepción psicoanalista por parte de la Psiquiatría y la mera atención biomédica de la neurología. Desde la medicina psicopatológica Alemana (con una base de medicina interna neurología y psicoterapia) reivindican un manejo clínico, de diagnóstico, tratamiento y resultado, impulsado biopsicosocialmente que pretende evaluar la complejidad y necesidades de estos pacientes, contraponiéndolos a la atención neurológica o psiquiátrica más clásica.

La entrevista semiestructurada INTERMED, a partir de la cual se ha desarrollado un cuestionario de autoevaluación IMSA, es un instrumento que permite evaluar la complejidad de los pacientes desde un punto de vista biopsicosocial. El IMSA evalúa los dominios de síntomas somáticos, psicológicos y los problemas sociales, así como la utilización de la atención sanitaria en el pasado, presente y futuro. Os deja-



mos enlaces a la versión española y al manual de evaluación en el apartado de información complementaria. La evaluación de la complejidad de los pacientes con el INTERMED-IMSA permite según estos autores planificar el tratamiento, obtener mejores resultados y reducción de costos.

En el segundo de los artículos que os recomiendo en la bibliografía se señalan las aportaciones que desde la Psiquiatría y en especial nuestra área psicósomática y de enlace podemos hacer en este tipo de patología. Dado que los FND son el resultado de una interacción compleja entre factores psicológicos, sociales y biológicos, los psiquiatras están bien equipados para evaluar y abordar los factores psicológicos y sociales que pueden contribuir al desarrollo y la gravedad de los FND. Además, los psiquiatras pueden ayudar a desarrollar e implementar planes de tratamiento centrados en el paciente para los FND, así como manejar los síntomas afectivos concurrentes y proporcionar psicoterapia. Entre los factores psicológicos y sociales que pueden contribuir al desarrollo de los FND están las **comorbilidades de salud mental**, como trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático. **Las Creencias sobre la enfermedad**, como que los síntomas son causados por una enfermedad física subyacente en lugar de factores psicológicos o sociales. **Rasgos psicológicos**, como la alexitimia (dificultad para identificar y expresar emociones), el miedo a la evitación (evitar situaciones que se perciben como amenazantes) y la labilidad emocional (cambios emocionales rápidos e intensos). - **Factores psicosociales, como el estrés crónico, la falta de apoyo social y la exposición a eventos traumáticos**. Se cree que estos factores pueden interactuar de manera compleja para contribuir al desarrollo y la gravedad de los FND. Por lo tanto, el tratamiento de los FND a menudo incluye una evaluación y abordaje de estos factores psicológicos y sociales, además de la terapia física.

Entre los elementos que pueden dificultar el tratamiento por los psiquiatras se encuentra, una menor formación en psicoterapias que generaciones pasadas y los cambios en

los criterios de diagnóstico en el DSM-5 para los FND. Este permite un enfoque de diagnóstico de "regla de inclusión" que incorpora signos físicos inconsistentes e incongruentes con otras enfermedades neurológicas, y puede dificultar las aportaciones del psiquiatra al tener una menor formación en exploración física.

Como soluciones se propone un incremento la formación de los psiquiatras en neurología conductual, neuropsiquiatría, trastornos del movimiento y epilepsia.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Os dejo este enlace a la página de INTERMED, os podéis bajar la versión española y el manual en inglés de interpretación de la entrevista. <https://www.intermedconsortium.com/conference/>

Os dejo también el enlace a un interesante manual para enfermería sobre conceptos del TNF, pero que sin duda ofrece explicaciones y argumentos que se pueden utilizar con los pacientes para que puedan entender lo que les está pasando.

<https://fndaustralia.com.au/resources/FND-Learning-guide-for-nurses.pdf>

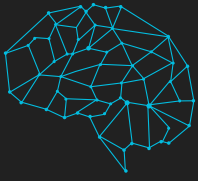
Manual de trastornos neurológicos funcionales de la SEN https://getm.sen.es/pdf/2021/GUIA_TMF_2020_2021.pdf

Enlace al video de la sesión clínica del Grupo de Trabajo de Psiquiatría Psicósomática y de enlace de la SEPSM sobre Trastornos neurológicos funcionales.

<https://www.youtube.com/watch?v=0yb5loVTswM>

BIBLIOGRAFÍA

1. Joos A, Hermann C, Lahmann C, Flottman M, Jansen T, Schede C, et al. Biopsychosocial complexity in functional neurological disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023; 84(June): 44–6.
2. Bégue I, Nicholson TR, Kozłowska K, LaFrance Jr. WC, Levenson JL, Rapa- port H, Carson Alan J, Pérez DL 2021 Psychiatry's modern role in functional neurological disorder: join the renaissance. *Psychological Medicine* 1–3. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002038>



ALCOHOL-IDEACION SUICIDA



SESIÓN CLÍNICA DE CONSULTA-ENLACE: EL CASO DE UN VARÓN DE 34 AÑOS VETERANO CON IDEACIÓN SUICIDA EN EL CONTEXTO DE INTOXICACIÓN POR ALCOHOL.

THE CASE OF A 34-YEAR-OLD MALE VETERAN WITH SUICIDAL IDEATION IN THE CONTEXT OF ALCOHOL INTOXICATION

Joos A, Herrmann C, Lahmann C, Flottman M, Jansen T, Schede C, et al.

Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2023.

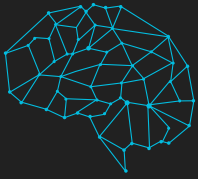
Palabras clave: alcohol intoxication, alcohol use disorder, safety risk assessment, suicidal ideation, emergency

Resumen: Describimos el caso de un varón veterano de 34 años que acude al servicio de urgencias con ideación suicida en estado de ebriedad. Se detallan los cambios en su riesgo suicida a lo largo de su progresión desde la intoxicación hasta la sobriedad. Los psiquiatras de enlace presentan una guía para este escenario clínico basada en sus experiencias y una revisión de la literatura disponible. Se considera que los siguientes conceptos son importantes en el manejo del riesgo de suicidio entre pacientes con intoxicación por alcohol: **1. Evaluar el riesgo médico, 2. Programar la evaluación del riesgo de suicidio, 3. Anticipar la abstinencia, 4. Diagnosticar otros trastornos y 5. Lograr un entorno seguro tras el alta de urgencias.**

Historia: Se trata de un varón blanco de 34 años veterano, con antecedentes de TEPT y consumo de alcohol que acude a urgencias por empeoramiento de la ideación suicida. El paciente fue acompañado a urgencias por la policía, a los que se les había pedido que lo llevaran a casa después de una llamada a una línea de crisis local. La policía sospechó intoxicación por alcohol y le pidió que los acompañara, lo que él aceptó. Al llegar su frecuencia era de 124 latidos por minuto y hacía dos horas de su última ingesta. Afirmó que planeaba dispararse en la cabeza con una escopeta que tenía en casa.

"No hay nada más por lo que vivir". En la exploración inicial se observó disartria y reactividad emocional consistente con posible intoxicación por alcohol. El test de orina era negativo y los niveles de alcohol eran 0,16 (160 gr/l). El negó ingestión de otras sustancias y los niveles de acetaminofén y salicilatos eran indetectables. Se llamó al psiquiatra para valorar el riesgo suicida. En la entrevista con el psiquiatra, una hora después insistía en su idea de dispararse. Se lamentaba su incapacidad para integrarse en la sociedad después de ser dado de alta en el ejército. Era soltero y no tenía relación con su familia. Su red eran otros veteranos del ejército. No tenía antecedentes de autolesiones ni intentos de suicidio y negaba ideación homicida. En la exploración psicopatológica estaba poco aseado, el afecto ansioso, el proceso de pensamiento circunstancial y presentaba dificultad para hablar. Estaba orientado en persona, lugar y tiempo; y era capaz de repetir almuerzo al revés. Su pulso era de 112 latidos por minuto. El psiquiatra informó al equipo de urgencias que el paciente no estaba en condiciones de realizar una evaluación psiquiátrica. Además había un riesgo de iniciar un cuadro de abstinencia, por lo que se devolvió al equipo de urgencias. Seis horas después, proporcionó una historia más rica. Admitió consumir hasta 22 "Shooter" diarios (es una pequeña porción de licor o una bebida mezclada, generalmente alrededor de una onza líquida estadounidense o 30 mililitros, que se consume rápidamente, a menudo en un solo trago). Su último consumo fue la mañana en que llegó a urgencias. Había antecedentes de un episodio comicial en relación con abstinencia. Había estado bebiendo desde su baja del ejército hace 10 años. No tenía antecedentes de conducir bajo la influencia del alcohol o problemas legales, pero una noche, hace 8 años, condujo a una zanja mientras estaba intoxicado sin sufrir lesiones. Su último consumo de cocaína fue hace 9 años socialmente, y el último de cannabis, hace 6 años. Negó antecedentes de consumo de otras sustancias. Tenía antecedentes de consumo de tabaco (10 paquetes por año), pero lo había dejado varios meses antes. Informó que vivía solo en un apartamento, dependía económicamente de su paga por discapacidad por el trastorno de estrés postraumático, se graduó de la escuela secundaria y se identificó como heterosexual. Fue dado de baja del ejército, honorablemente después de que su hermana se suicidara.

Durante su segunda evaluación, negó rotundamente ideación suicida. La presentación fue más consistente con el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por consumo de



alcohol de moderado a grave. La evaluación adicional debe considerar los trastornos por uso de sustancias concurrentes y excluir la depresión mayor o los trastornos de personalidad. Un trastorno psicótico parecía improbable. Participó plenamente en la planificación de seguridad para la prevención del suicidio y reveló la ubicación de su arma. El psiquiatra consultor habló con un amigo que confirmó haber sacado el arma de su casa y proporcionó información colateral tranquilizadora. Tenía múltiples factores de riesgo de suicidio: género masculino, edad más joven, blanco, estado civil soltero, desempleado, malas relaciones familiares, antecedentes familiares de suicidio y antecedentes psiquiátricos de trastorno de estrés posttraumático y trastorno por consumo de alcohol. Sus factores protectores incluían su práctica de fe activa, capacidad para probar la realidad, perspicacia conservada, apoyo social positivo e inclinación a buscar atención de salud mental ambulatoria. Se organizó un seguimiento ambulatorio y se discutieron los recursos de crisis.

Comentario. He elegido el caso porque me parece que esta situación suele ser habitual en nuestros servicios de urgencia y los elementos que señala son de utilidad para nuestro día a día.

El primero de los conceptos es la **Evaluación del riesgo médico del paciente con clínica psiquiátrica**. En el caso que nos ocupa la ideación suicida en un paciente con alcoholismo y una intoxicación etílica aguda.

Habitualmente antes de la evaluación psiquiátrica una de las primeras consideraciones es la evaluación médica, o como se suele decir "¿Has descartado organicidad?".

En un formato tradicional se evaluarían los signos vitales y se realizarían unas preguntas generales sobre su estado de salud, sin tratar de relacionar como el consumo de alcohol está influyendo en la presentación clínica actual o en el futuro al pasar a cargo de Psiquiatría. En el caso que nos ocupa la pregunta que deberíamos hacernos es, ¿El consumo de alcohol es suficiente para generar un síndrome de abstinencia en unas horas u otra complicación del alcoholismo que haga necesario una observación previa antes de su derivación?. El segundo aspecto para tener en cuenta en este caso sería, como la intoxicación etílica puede estar influyendo en su capacidad de ser valorado psicopatológicamente, en este caso la pregunta sería ¿Cuándo nos podemos "fiar" que no es el nivel de alcohol el que está mediando sus respuestas?.

Para la primera de las preguntas el artículo recomienda la utilización de un instrumento estandarizado como el

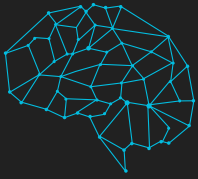
Formulario **SMART** ([SMART Medical Clearance Complete \(ucdavis.edu\)](https://www.smartclearance.com/)). También nos recuerdan que hay un grupo de pacientes para los que hay que solicitar, probablemente, más estudios antes de la derivación, como son aquellos **sin antecedentes de trastornos médicos preexistentes, signos vitales anormales, mayores de 65 años, evidencia de ingestión tóxica y los que presentan un cambio agudo en el estado de salud**.

El segundo es el Momento para la evaluación del riesgo suicida. El momento óptimo para llevar a cabo una evaluación del riesgo de suicidio no está claramente definida. La práctica más común es, probablemente, una evaluación clínica del estado de sobriedad. La evaluación al lado de la cama puede aplicar los criterios de intoxicación por alcohol del DSM o una herramienta estandarizada como el índice de deterioro de Hack's. (os dejo un enlace en material adicional).

Otra de las formas es medir el nivel de alcohol en sangre, lo que nos permitirá detectar pacientes que aparentemente están sobrios pero cuyos niveles aún son altos y están influyendo en el estado de ánimo y el nivel cognitivo, que muy probablemente no podremos detectar en una breve evaluación a la cabecera de la cama. Además es más fácil negociar un nivel determinado de alcohol con los equipos médicos, acostumbrados a valores de laboratorio en otras patologías para poder tomar decisiones.

Un BAC **acrónimo** de, Blood Alcohol Concentration), de 0,08 es una buena meta, no porque ese nivel esté validado para representar suficiente sobriedad para la evaluación, como tampoco lo han sido las evaluaciones basadas en síntomas. Más bien, 0,08 se conoce como el límite legal típico para conducir y, a menudo, los pacientes, las familias y el personal médico lo aceptan como razonable. A pesar de ello hay limitaciones en algunos pacientes con enfermedades médicas, síndromes de intoxicación concurrentes, o que son más jóvenes o ancianos, pudiendo presentar un mayor deterioro de lo que sugeriría su BAC. Los autores del artículo señalan que aunque no hay evidencia suficiente para definir un enfoque óptimo para programar la evaluación del riesgo de suicidio, el uso de una medida cuantitativa de BAC mejora la evaluación del riesgo de suicidio, brinda una mayor oportunidad para el compromiso terapéutico y reduce la responsabilidad del proveedor.

El tercero de los elementos es el Riesgo de abstinencia. Los pacientes con dependencia fisiológica del alcohol suelen comenzar a manifestar síntomas de abstinencia entre 6 y 24



horas después de la última bebida, a menudo antes de que el nivel de alcohol del paciente vuelva a cero. Los primeros signos de abstinencia incluyen ansiedad, falta de sueño, náuseas, dolor de cabeza, taquicardia, hipertensión, diaforesis, temblor (mejor probado pidiéndole al paciente que extienda las manos o la lengua) y distorsiones leves de la percepción. Para muchos pacientes, los síntomas no superan la gravedad de leve a moderada; los síntomas alcanzan su punto máximo entre 24 y 36 horas y remiten por completo en 2 a 7 días. Los síndromes de abstinencia complicados pueden incluir convulsiones generalizadas, y alucinaciones. En la abstinencia de alcohol, las alucinaciones suelen ser visuales, pero pueden ser auditivas y táctiles, que se desarrollan dentro de las 12 a 24 horas posteriores a la abstinencia y generalmente se resuelven entre 24 y 48 horas. El Delirium tremens es la versión más grave de este síndrome soliendo aparecer a las 72 horas, después del último trago del paciente e incluye confusión/desorientación, gran deterioro de la atención, alucinaciones prominentes e inestabilidad autonómica. Si no se trata, el delirium tremens, puede ser fatal. Como no todo el delirium en el marco de la abstinencia de alcohol es delirium tremens, debemos tener en la cabeza las presentaciones hipoactivas o mixtas del delirium. Estas presentaciones alternativas deben despertar sospechas de etiologías alternativas o simultáneas: sepsis, ingestión de tóxicos, anomalías electrolíticas, hemorragia cerebral o isquemia, encefalitis, u otras complicaciones médicas del alcoholismo. La mayoría de los pacientes con consumo de alcohol (hasta el 90%) experimentan solo síntomas de abstinencia de leves a moderados; El artículo presenta una tabla muy práctica (Tabla 1), para evaluar el

riesgo de delirium. Las tablas dos y tres de nuevo son breves resúmenes de los puntos claves para tener en cuenta y a guardar en nuestra libreta de "perlas para la práctica clínica".

El punto 4 se refiere a otros posibles diagnósticos. Los síntomas psiquiátricos (ansiedad, depresión, insomnio, psicosis) pueden ser evidentes y evolucionan a lo largo de las etapas de intoxicación, abstinencia y recuperación.

El punto 5 se refiere al entorno seguro del paciente suicida tras el alta de urgencias. El riesgo de autolesionarse en los pacientes intoxicados es muy alto, estimando en el artículo una razón de probabilidad común de 6,97 para el consumo de cualquier cantidad de alcohol y una razón de probabilidad de 37,18 para el consumo de grandes cantidades de alcohol en relación con el riesgo de comportamiento suicida. Recomendamos el artículo la utilización de técnicas breves de entrevistas motivacionales que pueden aumentar la probabilidad de sobriedad tras el alta. La utilización de Gabapentina, naltrexona o acamprosato pueden ser opciones psicofarmacológicas para tener en cuenta. Por último la restricción de medios es otra de las medidas que no debemos olvidar (pastillas bajo llave y administradas delante de un familiar).

BIBLIOGRAFÍA

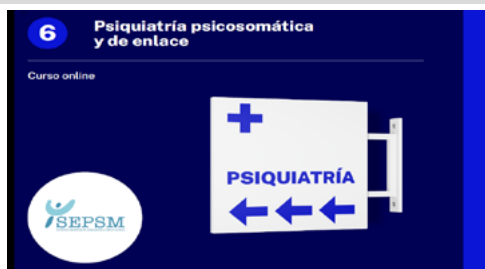
3. Bono C, Hadley A, Ravindranath D, Owen JR, Simpson SA. The Case of a 34-Year-Old Male Veteran with Suicidal Ideation in the Context of Alcohol Intoxication [Internet]. Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. Academy of Consultation-Liaison Psychiatry; 2023. p. 1–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.02.006>

INFORMACIÓN ADICIONAL.

[Índice de deterioro de Hack \(HII\) \(mdcalc.com\)](https://www.mdcalc.com)

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



Hoy os traemos el anuncio de un curso que sea organizado desde el Grupo de Trabajo de Psiquiatría psicósomática y enlace de la sociedad española de Psiquiatría y salud mental

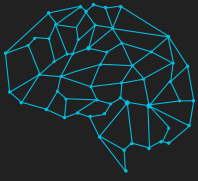
El curso está disponible a partir del 1 de septiembre y se han dispuesto 4 periodos lectivos.

1º Período lectivo: del 1/9/2023 al 30/11/2023

2º Período lectivo: del 1/12/2023 al 29/2/2024

3º Período lectivo: del 1/3/2024 al 31/5/2024

4º Período lectivo: del 1/6/2024 al 31/8/2024



Durante los 3 meses que dura un periodo lectivo, el participante puede acceder al curso y realizarlo. Una vez termine su periodo lectivo dejará de tener acceso al curso y sus contenidos. La realización del curso durante estos 3 meses es totalmente libre, no hay fechas preestablecidas sino que cada participante puede hacerlo a su ritmo según su disponibilidad.

Todos los temas y contenidos están disponibles para los participantes desde el primer día. Para superar el curso el participante debe visualizar todos los videos de cada tema, una vez visto el video del tema en su totalidad, tendrá acceso al test de evaluación del tema. Este cuestionario de autoevaluación consta de 5 preguntas con 5 posibles respuestas

y para superarlo es necesario una calificación mínima de 6. Dispone de intentos ilimitados para superarlo.

Cuando haya visualizado todos los videos y superado todos los test de evaluación se activará el examen final. El examen final consta de 20 preguntas de todos los módulos con 5 opciones de respuesta. El aprobado se considera a partir del 70% de respuestas correctas de este examen final. Dispone de 3 intentos para superarlo.

Una vez realizado y superado el examen final se podrá descargar el certificado oficial desde la misma plataforma del curso.

<https://sepsm.portaleira.com/courses/psicosomatica>

COMENTARIOS DE LIBROS

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



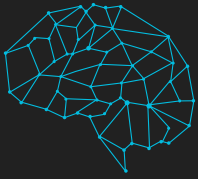
Gonzalez-Sanchez J, Vargas-Martínez M de los Á. Psiquiatría de enlace. Perlas clínicas. Primera Ed. Martinez. JGS y M de los AV, editor. MEXICO: APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría; 2022. 312 p.

La Psiquiatría Psicósomática de Interconsulta y enlace como nos gusta llamarla en nuestro grupo de trabajo, amplía su campo en español con este libro de autores mejicanos, que sin duda debe pasar a estar

en nuestra lista de libros recomendados para los residentes. El primero de los capítulos se refiere a la definición y alcance de la Psiquiatría de enlace con las clásicas referencias al inicio en USA y en el país de origen del libro, sus quehaceres clínicos, docentes e investigadores y su estructuración para la enseñanza general y la subespecialización. En el capítulo de psicofarmacología se expone en formato de tablas distintos elementos que debemos tener en cuenta cuando

usamos los psicofármacos en los pacientes médico-quirúrgicos como los distintos tipos de lesiones en riñón, hígado y corazón y las peculiaridades para tener en cuenta. Repasa temas como el del paciente psicótico en el hospital general, que no se suele tratar en muchos de los manuales, en el Delirium el capítulo utiliza muchas referencias de Maldonado y aclara los conceptos de delirium subsindromico y prolongado que este autor señala y que también suelen pasar desapercibidos, junto con el estrés postraumático de estos pacientes. En el capítulo de neurología destacan de nuevo las tablas con las diferentes áreas cerebrales sus lesiones y los test que los pueden definir, las demencias corticales y subcorticales y los tipos de alteraciones que relacionan la epilepsia y la Psiquiatría. Se expone traducida la escala de Bush y Francis para la catatonía. El insomnio, el dolor crónico los trasplantes son otros temas que nos muestra. Un capítulo dedicado a la psicoterapia, con comentarios clásicos y un apartado dedicado a la Terapia por arte, poco habitual en estos manuales y que nos abre nuevas ventanas para explorar. Finalmente un capítulo dedicado al enlace con pediatría y geriatría.

Un libro que repasa los aspectos más importantes de los conocimientos de Psiquiatría en el hospital general y donde las numerosas tablas en los distintos capítulos son una fuente perfecta para nuestra libreta de enlace particular.



NOTÍCIAS

NEWS



SECCIÓN DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH SECTION

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

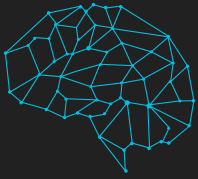
¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). Barcelona. gracia.lasheras@quironsalud.es

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

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

⁵Psicóloga. HUD. Barcelona. ⁶Psiquiatra. Centro Médico Ruber Internacional. Madrid

⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva



1. ASOCIACIONES ENTRE EL SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO MATERNO Y EL VÍNCULO MADRE-HIJO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS.

ASSOCIATIONS BETWEEN MATERNAL PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND MOTHER-INFANT BONDING: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Palabras clave: Vínculo madre-hijo; salud mental; metanálisis; perinatal; revisión sistemática.

Keywords: Maternal-infant bonding; Mental health; Meta-analysis; Perinatal; Systematic review.

Antecedentes: El sufrimiento psicológico materno es común en el período perinatal y está relacionada con resultados adversos tanto para las madres como para los hijos. Las estimaciones de prevalencia llegan al 19% para la depresión perinatal y al 13% para la ansiedad perinatal. La depresión, la ansiedad y el estrés maternos, identificados durante el embarazo, se han relacionado con un vínculo más deficiente entre madre e hijo al principio del período postparto y también a los doce meses postparto. El vínculo materno representa la respuesta emocional de la madre hacia su bebé. Un vínculo deteriorado puede manifestarse como ambivalencia emocional materna, ira y, en casos extremos, un mayor riesgo de abandono, abuso o rechazo infantil. La comorbilidad del sufrimiento psicológico materno y los problemas de apego pueden agravar los riesgos para el bienestar de la madre y el bebé, sin embargo, no se ha realizado un metanálisis que determine el grado en que están relacionados.

Objetivo: Llevar a cabo una revisión metaanalítica sistemática que examine las asociaciones entre el sufrimiento psicológico materno y el vínculo postparto entre madre e hijo.

Métodos: La revisión siguió las pautas PRISMA. Se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, Embase, ProQuest DTG y OATD en busca de literatura publicada hasta octubre de 2020. Se incluyeron 133 estudios que representan 118 muestras; fueron 99 muestras las elegidas para el metanálisis.

Resultados: Este metanálisis proporciona evidencia sistemática de que los síntomas maternos de depresión, ansiedad y estrés están asociados con un mayor riesgo de un vínculo materno-infantil más deficiente. Se evidenció una fuerte rela-

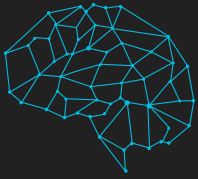
ción entre el sufrimiento psicológico materno y los problemas de vinculación. Las asociaciones más fuertes se encontraron para la depresión y los problemas de vinculación, lo que posiblemente refleja el enfoque predominante de la depresión en la literatura incluida. La fuerza de las asociaciones entre la angustia psicológica con la vinculación fue moderada. En cambio, las asociaciones de estrés postparto y vinculación se derivaron de un número sustancialmente menor de estudios que para la depresión o la ansiedad, por ello deben interpretarse con cautela. Los resultados no difirieron en función del tipo de muestra, paridad, nivel de ingresos del país, o tipo de publicación, lo que sugiere que estos hallazgos pueden generalizarse para informar de las pautas de práctica clínica relacionadas con la atención de la salud mental materna.

Este estudio tiene alguna **limitación**. La revisión no examinó la posibilidad de que el deterioro del vínculo madre-hijo pueda afectar al sufrimiento psicológico materno, porque los estudios incluidos midieron predominantemente sufrimiento psicológico antes o al mismo tiempo que la vinculación postparto. Además, la evaluación de la calidad de los estudios incluidos sugirió la posibilidad de algún sesgo debido a muestras no representativas. También hubo un número limitado de estudios sobre la ansiedad, el estrés y la tristeza, lo que resultó en una menor precisión para algunas estimaciones. La búsqueda se limitó a estudios publicados en inglés, lo que puede haber introducido un sesgo en las estimaciones del efecto y puede limitar la generalizabilidad.

Conclusión: El sufrimiento psicológico materno se asocia con problemas de apego madre-bebé en el postparto, y su presencia justifica una evaluación del vínculo de apego en el postparto. Es por ello, que los autores recomiendan que esto se refleje en las Guías de práctica clínica. Estos hallazgos sugieren que existen oportunidades para estrategias preventivas que aborden la salud mental de las mujeres en la transición al embarazo y la paternidad, para facilitar una reducción de los riesgos intergeneracionales asociados con los problemas de vinculación.

BIBLIGRAFÍA

1. O'Dea, G. A., Youssef, G. J., Hagg, L. J., Francis, L. M., Spry, E. A., Rossen, L., Smith, I., Teague, S. J., Mansour, K., Booth, A., Davies, S., Hutchinson, D., & Macdonald, J. A. (2023). Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 26(4), 441–452. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01332-1>.



2. DEPRESIÓN PERINATAL EN EL CONTEXTO ESPAÑOL: INFORME DE CONSENSO DEL CONSEJO GENERAL DE PSICOLOGÍA DE ESPAÑA.

PERINATAL DEPRESSION IN THE SPANISH CONTEXT: CONSENSUS REPORT FROM THE GENERAL COUNCIL OF PSYCHOLOGY OF SPAIN.

Palabras clave: Depresión perinatal; valoración; tratamiento; prevención.

Keywords: Perinatal depression; assessment; treatment; prevention.

Antecedentes: en España no existe todavía un consenso en cuanto a la evaluación y tratamiento de la depresión postparto, a pesar de que ésta supone un problema de salud pública con una incidencia del 15% en el primer año postparto en España. A pesar de las consecuencias negativas y de la prevalencia actual, en el estado español es una patología infra diagnosticada y, por ende, no se aplican los tratamientos que se requieren o que cuenten con evidencia científica.

Objetivo: este documento tiene por objetivo establecer las líneas generales de evaluación, prevención y tratamiento de la depresión perinatal recogidas en la literatura científica española, así como promover una mayor presencia del psicólogo perinatal y de la investigación en esta etapa.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica entre los años 2000 y 2022 utilizando diferentes bases de datos (p.ej., Medline, PsychInfo...) con amplios términos de búsqueda en relación con la evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento y coste-eficacia de la depresión postparto.

Resultados: La síntesis narrativa demuestra que la prevalencia en España de depresión postparto en mujeres es del 15%, existiendo en menor medida en los hombres. Tras la pandemia COVID-19 la prevalencia ascendió a un 47%. Se determinan como indicadores de riesgo factores biológicos, psicológicos, sociales y obstétricos, siendo necesario valorarlos en las consultas rutinarias mediante, por ejemplo, el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9; Marcos-Nájera et al., 2018), el Cuestionario de Salud del Paciente-2 (PHQ-2; Rodríguez-Muñoz et al., 2017) y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS; García-Estévez et al., 2003). Las tareas de prevención generales pretenden mejorar el estado emocional de la mujer y trabajar sobre sus expectativas, mientras que la prevención selectiva se centraría en aquellas

mujeres con factores de riesgo o sintomatología subclínica para las que se puede aplicar tratamiento psicoterapéutico con base de TCC, IPT e intervenciones psicosociales, siendo la TCC de primera elección para el tratamiento de la depresión perinatal con independencia de la modalidad de aplicación. El tratamiento debería incluir contenidos sobre la relación madre-bebé, fomentar el pensamiento positivo y las actividades placenteras, habilidades de comunicación interpersonal, mayor apoyo social y aumento de la autoeficacia materna, así como sesiones de seguimiento.

Conclusión: el Consejo General de Psicología Español recomienda establecer un protocolo de cribado en todas las Comunidades Autónomas con carácter obligatorio durante el embarazo y en el periodo postparto. Además, se recomienda promover programas de educación materna y bienestar mental en este periodo, aumentar la figura del psicólogo perinatal especialista en tareas de prevención, así como de profesionales de la psiquiatría especializados e implementar programas perinatales en las unidades de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Míguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., ... & Osma, J. (2023). Perinatal Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of Psychology of Spain. *Clinical and Health*, 34(2), 51-63

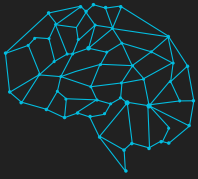
3. CESÁREA Y ESTRÉS PARENTAL: RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE MEDIO AMBIENTE Y NIÑOS EN JAPÓN).

CESAREAN SECTION AND PARENTING STRESS: RESULTS FROM THE JAPAN ENVIRONMENT AND CHILDREN'S STUDY.

Palabras clave: Epidemiología; estudio longitudinal; tipo de parto; dolor; estrés.

Keywords: Epidemiology; longitudinal study; mode of delivery; pain; stress.

Introducción: Existe evidencia acumulada que sugiere un posible riesgo a largo plazo para la salud para la madre y del niño y un parto por cesárea. Sin embargo, pocos estudios han examinado la relación entre la cesárea y el estrés parental,



que puede generar problemas en la crianza. Este estudio examina esta asociación aprovechando el tratamiento de un gran conjunto de datos.

Métodos: Participaron 65.235 madres (quizás el dato más consistente) provenientes del Estudio sobre el Medio Ambiente y los Niños en Japón, una cohorte de nacimientos en curso a nivel nacional. Las variables resultantes fueron el estrés parental evaluado como puntuación total y puntuaciones de sub-escala (que representan los factores de temperamento complejo del niño, la ansiedad expresada por los padres y problemas con el cónyuge) en la versión japonesa de 19 ítems del Formulario abreviado del Índice de estrés parental (J-PSISF). Las variables estudiadas fueron el modo de parto, teniendo luego en cuenta el momento de la evaluación J-PSI-SF (11/2, 21/2 y 31/2 años posparto) y la interacción entre ellos. Se utilizó un análisis de regresión multivariante para calcular los coeficientes β ajustados y el error estándar de las medias (SEM).

Resultados: La puntuación total del J-PSI-SF fue mayor en el grupo de niños nacidos a través de un parto por cesárea que en el grupo de parto vaginal (β ajustado = 0,24, SEM = 0,09). Este aumento se debió principalmente a puntuaciones más altas para el factor niño con temperamento difícil (β ajustado = 0,18, SEM = 0,05) y no a puntuaciones más altas para el factor angustia de los padres o problemas con el cónyuge.

Conclusiones: La cesárea se asoció con un mayor estrés parental, especialmente en relación al factor hijo con temperamento difícil. Los resultados resaltan la importancia de prestar especial atención a la salud mental tanto de la madre como del niño en el caso de cesárea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matsumura, K., Hatakeyama, T., Yoshida, T., Tsuchida, A., & Inadera, H. (2023). Cesarean section and parenting stress: Results from the Japan Environment and Children's Study. *European Psychiatry*, 66(1), e18.

4. UNA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS DE DETECCIÓN DE CASOS DE DEPRESIÓN POSPARTO: UN ANÁLISIS BASADO EN MODELOS QUE COMPARAN LOS INSTRUMENTOS HABITUALES DE IDENTIFICACIÓN DE CASOS.

AN ECONOMIC EVALUATION OF TARGETED CASE-FINDING STRATEGIES FOR IDENTIFYING POSTNATAL DEPRESSION: A MODEL-BASED ANALYSIS COMPARING COMMON CASE-FINDING INSTRUMENTS.

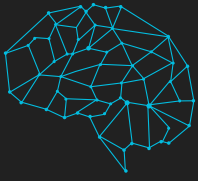
Palabras clave: Búsqueda de casos; Rentabilidad; Escala de depresión postnatal de Edimburgo; Depresión perinatal; Depresión postnatal.

Keywords: Case-finding; Cost-effectiveness; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Perinatal depression; Postnatal depression.

Al menos la mitad de las mujeres con depresión postnatal (DPN) no son identificadas en las visitas rutinarias. Con el presente estudio se pretende **estimar** a nivel coste-efectivo lo que supondría la detección de la DPN en mujeres con factores de riesgo para este trastorno.

Con ese fin, se desarrolló un árbol de decisión para representar los costes y los resultados de salud de un año, asociados con la detección de casos y el tratamiento de la DPN. A partir de una cohorte de mujeres posnatales, se calculó la sensibilidad y especificidad de los instrumentos de identificación de casos, así como la prevalencia y la gravedad de la DPN, para mujeres con ≥ 1 factor de riesgo de DPN. Se consideraron como factores de riesgo los antecedentes de ansiedad/depresión, la edad < 20 años y los acontecimientos vitales adversos. Otros parámetros del modelo se obtuvieron de la literatura publicada y la consulta a expertos. La detección de casos para mujeres de alto riesgo se comparó con la no detección de casos y la detección universal de casos.

Respecto a **los resultados**, más de la mitad de la cohorte tenía uno o más factores de riesgo de DPN (57,8%; IC95%: 52,7%-62,7%). La estrategia de detección de casos de mayor coste-efectividad fue la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo con un punto de corte de ≥ 10 (EPDS-10+). Entre las mujeres de alto riesgo, existía una alta probabilidad de que la detección de casos EPDS-10+ para DPN sea rentable



en comparación con la ausencia de detección de casos (78,5 % en el umbral de 23.232€/QALY*), con un ICER** de 9.462€/QALY ganados. La detección universal de casos es, incluso, más rentable, con 3.421€/QALY ganados (frente a la ausencia de detección de casos). Es decir, hay una mayor mejora de la salud con la detección universal de casos frente a la dirigida a poblaciones de riesgo.

En cuanto a **las limitaciones**, el modelo incluye coste y beneficios para la salud de la madre en el primer año posparto, pero sería importante que se ampliara la valoración del impacto de este tipo de intervenciones a otros niveles (p.ej: familiar, social...) y a largo plazo.

En **conclusión**, el cribado universal de casos de DPN es más coste-efectiva que la dirigida a poblaciones específicas (con factores de riesgo para DPN), que a su vez es más coste-efectiva que la ausencia de cribado para DPN.

* *QALY= Quality Adjusted Life Year o año de vida ajustado por calidad del estado de salud. Un QALY equivale a un año en perfecto estado de salud.*

** *ICER= Incremental Cost-Effective o coste efectividad-incremental. Este concepto hace referencia a la cantidad de euros extra que costaría obtener una unidad adicional de efectividad.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho, E. M., Shields, G. E., Eisner, E., Littlewood, E., Watson, K., Chew-Graham, C. A., McMillan, D., Ali, S., & Gilbody, S. (2023). An economic evaluation of targeted case-finding strategies for identifying postnatal depression: A model-based analysis comparing common case-finding instruments. *Journal of affective disorders*, 334, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.106>

5. OXITOCINA Y DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS

OXYTOCIN AND WOMEN POSTPARTUM DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Palabras clave: oxitocina, depresión posparto, depresión posnatal, revisión sistemática, ensayo controlado aleatorizado

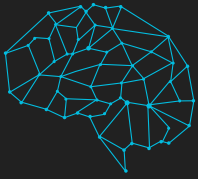
Keywords: oxytocin, postpartum depression, postnatal depression, systematic review, randomized controlled trial

Introducción: La depresión posparto (DPP) se define como la aquella que sufren las mujeres después del parto. Las pacientes con DPP pueden experimentar emociones negativas como melancolía, ansiedad, etc., y los casos graves pueden llegar incluso al suicidio. La prevalencia global de DPP es de alrededor del 15%, puede durar un largo período y acarrea graves consecuencias para la salud de las mujeres afectando negativamente la capacidad de cuidar a sus hijos. Por todo ello, la DPP se está convirtiendo en un importante problema de salud pública.

La oxitocina (OT) es una hormona sintetizada en el núcleo paraventricular y el núcleo supraóptico del hipotálamo, necesaria para las funciones maternas, como el parto y la lactancia. La OT sintética se administra comúnmente a las mujeres para ayudarlas en el parto y evitar la hemorragia posparto. También se ha relacionado con una variedad de afecciones neuropsiquiátricas y conductuales, incluida la DPP. Estudios anteriores han demostrado que la oxitocina era una opción terapéutica viable para la DPP, sin embargo, el papel sigue siendo controvertido.

Objetivo: Evaluar la efectividad del tratamiento de OT en mujeres con DPP.

Método: Se realizó una búsqueda en PubMed, Web of Science, Biblioteca Cochrane y EmBase para consultar la literatura desde el inicio de la base de datos hasta el 18 de abril de 2022. Se seleccionaron los ensayos controlados aleatorios (ECA) que investigaban los efectos de la oxitocina en la DPP; se encontraron seis ECA (los cuales incluían 195 mujeres). Los efectos de la oxitocina se dividieron, a grandes rasgos, en emoción y cognición.



Resultados: El papel modulador de la OT sobre la emoción fue estudiado en 4 ensayos y los resultados fueron contradictorios: un ensayo demostró que la OT mejoraba el ánimo depresivo; dos los ensayos demostraron que la OT no tenía ningún efecto (pero reducía los pensamientos negativos en madres sanas o disminuye el rasgo narcisista); otro ensayo demostró que la OT agravaba la depresión. En cambio, cuatro de los ensayos se demostraron que la cognición de las mujeres estaba regulada por la OT. En general, la OT mejoró la percepción de las mujeres con DPP sobre su relación con los bebés.

Existen algunas **limitaciones** en este estudio: la escasez de ECAs relevantes para el tema en cuestión (la mitad de un mismo laboratorio) y los tamaños muestrales pequeños podrían dar lugar a conclusiones sesgadas o un poder de conclusión limitado. La heterogeneidad especialmente en

términos de respuesta clínica dificulta su comparación y el resumen inductivo.

Conclusión: Esta revisión sistemática demostró que el efecto de la OT sobre la DPP aún es controvertido. Los autores respaldan en parte que la OT exógena podría mejorar la cognición de las mujeres con DPP hacia sus bebés, mientras que el efecto sobre las emociones aún es controvertido. Se necesitan ECA con muestras más grandes y criterios de evaluación más diversificados para revelar mejor su eficacia en la DPP.

BIBLIGRAFÍA

1. Zhu J, Jin J, Tang J. Oxytocin and Women Postpartum Depression: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023 Apr 18;19:939-947. doi: 10.2147/NDT.S393499. PMID: 37096027; PMCID: PMC10122502

The International Marcé Society
for Perinatal Mental Health

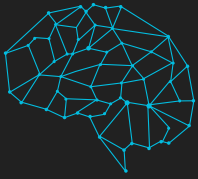
The International Marcé Society
Conference 2024.
La Fira, Barcelona.

4-7
SEP.
2024

CONGRESO BIANUAL DE LA MARCÉ SOCIETY

El próximo **Congreso BIANUAL de la Marcé Society** se celebrará del **4-8 de septiembre de 2024**. Será en **Barcelona**, con la **participación de MARES en la organización**.

SAVE THE DATE !!!!



NOTÍCIAS

NEWS



SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA INFANTO-JUVENIL

CHILDREN-ADOLESCENT PSYCHOSOMATIC

Natàlia Fort¹, Anaïs Orobitg², Inés Llor³, Patricia Uriz⁴

1 Psiquiatra CSMIJ Horta-Guinardó. Hospital Sant Rafael. Germanes Hospitalàries.

2 Psicóloga General Sanitaria ITA Canet.

3 Psicóloga General Sanitaria. EAP Gatassa, Institut Català de la Salut.

4 Psicóloga General Sanitaria. Centre de Tractaments Carrilet.

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

UPRIGHT

UPRIGHT "Universal Preventive Resilience Intervention Globally Implemented in Schools to improve and promote mental Health for Teenagers" (Intervención Preventiva Universal Escolar de Resiliencia para promover la Salud Mental en la Adolescencia).

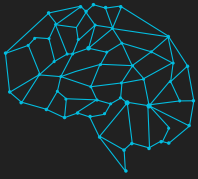
UPRIGHT es un proyecto de intervención basado en la resiliencia con un enfoque escolar integral (el adolescente en conjunción con la familia, profesorado, comunidad y centro educativo).

Es un programa financiado por el Programa Horizonte 2020 de la Comisión Europea, que se inició en Enero de 2018, coordinado por Kronikgune.

La intervención en los centros educativos permite el acceso a la mayoría de jóvenes, el centro educativo representa un lugar seguro y un contexto adecuado para practicar las habilidades de resiliencia, a la par que aumenta el entrenamiento en habilidades emocionales de los profesores.

Entre sus objetivos está promover el bienestar mental y prevenir los trastornos mentales mediante la mejora de las habilidades de resiliencia en adolescentes.

Habilidades de resiliencia en UPRIGHT: Aprendizaje Social y Emocional, Eficacia, Mindfulness y Afrontamiento.



Materiales disponibles en siete idiomas, mediante tres manuales.

Dos programas, uno con enfoque individual para fomentar la resiliencia personal: "Bienestar para Nosotras y Nosotros": Manual para familias y Manual para profesorado. El segundo "Bienestar para Todas y Todos": con un enfoque colectivo para fomentar la resiliencia social, con objetivo de promover una cultura de bienestar mental en la comunidad educativa.

Página web oficial UPRIGHT: www.uprightproject.eu"

Materiales de la intervención UPRIGHT disponibles en <https://www.kronikgune.org/upright/>

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

Palabras clave: adolescente, ideación suicida, intentos de suicidio, pandemia, anorexia nerviosa, hierro cerebral, resonancia magnética.

INTENSIVE LONGITUDINAL ASSESSMENT OF ADOLESCENTS TO PREDICT SUICIDAL THOUGHTS AND BEHAVIORS (1)

La conducta suicida es una de las principales causas de muerte entre los adolescentes y los jóvenes. No obstante, existe la necesidad de hallar recursos clínicos para la detección del riesgo de suicidio.

Por ello, este estudio incluyó a 103 participantes adolescentes de 13 a 18 años, con trastorno depresivo, de ansiedad y/o uso de sustancias. El 62% indicó la presencia de ideación suicida en el momento actual del estudio, y el 25% informó de un intento en el último año. Se administraron entrevistas clínicas, autoinformes y realizaron registros sobre el estado de ánimo diario y la gravedad de las ideas suicidas semanales a través de la aplicación Effortless Assessment of Risk States (EARS) en los teléfonos inteligentes de los adolescentes, durante un período de 6 meses. Los resultados, fundamentados por la agrupación de puntuaciones semanales de ideación suicida, proporcionaron la división de tres grupos de riesgo (alto, medio y bajo).

Así pues, el registro del estado emocional del adolescente a través de los teléfonos inteligentes proporciona evaluar los cambios emocionales y el riesgo de suicidio de éstos.

Los participantes de este estudio animan a manejar estas herramientas a la práctica clínica con el fin de prevenir el suicidio entre los adolescentes.

1. Randy P. Auerbach, Ranqing Lan, Hanga Galfalvy, ... Jamie Zelazny, David A. Brent, Nicholas B. Allen. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2023.

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

El presente estudio quiso investigar si hubo un aumento de intentos de suicidio durante el primer año de la pandemia entre adolescentes jóvenes en Quebec (Canadá).

Se analizaron a los adolescentes de 10 a 14 años, hospitalizados por intento de suicidio, entre enero de 2000 y marzo de 2021. Además, para comparar, se incluyeron adolescentes de entre 15 a 19 años de edad, y se calcularon las tasas de intentos de suicidio por edad y sexo, antes y durante la pandemia.

Los resultados indicaron un descenso en las tasas de intentos de suicidio entre los niños de 10 a 14 años durante la primera ola de la pandemia. No obstante, se observó un ascenso significativo durante la segunda ola para las niñas. Por el contrario, entre los pacientes de 15 a 19 años, la proporción de niñas disminuyó, especialmente durante la primera ola.

De lo que se concluye que las hospitalizaciones por intentos de suicidio entre niñas de 10 a 14 años incrementaron notablemente durante la segunda ola de la pandemia, en comparación con los niños y las niñas mayores.

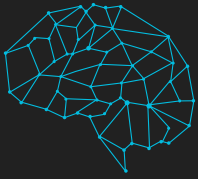
2. Nathalie Auger, Nancy Low, Nicholas Chadi, ... Aïmina Ayoub, Jessica Healy-Profitós, Thuy Mai Luu

INVESTIGATION OF BRAIN IRON IN ANOREXIA NERVOSA, A QUANTITATIVE SUSCEPTIBILITY MAPPING STUDY (3)

La anorexia nerviosa (AN) produce cambios estructurales en el cerebro, como la pérdida de volumen de materia gris. Este estudio plantea si el hierro cerebral podría ser un posible factor relacionado con estos cambios estructurales del cerebro en la anorexia nerviosa.

Se utilizaron imágenes de RM de mapeo cuantitativo de susceptibilidad, con el fin de comparar el hierro cerebral en la AN con el grupo control.

Se puede concluir que no se encontraron evidencias significativas de hierro cerebral alterado en AN, en compa-



ración con individuos sanos. No obstante, se sugiere mayor investigación dado que, las variables clínicas y las imágenes de resonancia magnética de mapeo cuantitativo de susceptibilidad mostraron correlación entre el hierro cerebral y el estado de peso en AN.

3. Parsa Ravanfar, R. Jarrett Rushmore, Amanda E. Lyall, Vanessa Cropley, Nikos Makris, Patricia Desmond, Dennis Velakoulis, Martha E. Shenton, Ashley I. Bush, Susan L. Rossell, Christos Pantelis, Warda T. Syeda and Andrea Phillipou. *Journal of Eating Disorders*, 2023.

3. RESEÑAS DE JORNADAS Y/O CONGRESOS DE SMIJ

CURSO DE ENTRENAMIENTO EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y DEL TRASTORNO DE TOURETTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

("Curs d'entrenament en Teràpia cognitiu-conductual del Trastorn Obsessiu- Compulsiu i del Trastorn de Tourette en nens i adolescents").

El pasado 22 y 23 de mayo de 2023, se impartió en el Hospital Clínic de Barcelona, organizado por el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, dirigido por la Dra. Luisa Lázaro García y la Dra. Astrid Morer Liñán, el tan necesario curso de entrenamiento en terapia cognitivo-conductual del Trastorno obsesivo compulsivo y del Trastorno de Tourette en niños y adolescentes.

Teniendo en cuenta la prevalencia de dichos trastornos en la población infanto-juvenil (1-3% para el TOC y casi el 1% para el Trastorno de Tourette) y la probada eficacia y eficiencia de las intervenciones cognitivo conductuales, se convierte en un curso necesario para favorecer la divulgación e implementación de estos tratamientos, que constituyen la primera línea de intervención en las Guías Clínicas nacionales e internacionales.

Con el objetivo de ayudar a los profesionales en la mejora del uso de los instrumentos de evaluación clínica y las competencias para la implementación de los tratamientos cognitivo conductuales, se impartió con un aforo completo de profesionales de la Psicología y la Psiquiatría infanto-juvenil con una alta motivación para desarrollar y divulgar estos tratamientos en sus respectivos Centros de Salud Mental Infanto Juvenil.

Con un elenco de profesionales altamente experimentado en estas patologías (Luisa Lázaro, Ana Ortiz, Elena Molero,

Sara Lera, Eduard Forcadell, Ana Pérez, Astrid Morer, Blanca García, Rosa Nicolau), todos ellos psiquiatras infanto-juveniles y psicólogos clínicos del Hospital Clínic de Barcelona, así como con la inestimable participación de pacientes reales (en concreto con Trastorno de Tourette) que estaban realizando exitosamente dichos tratamientos, el curso fue de una alta calidad científica y de un valor incalculable para la mejora de la práctica asistencial.

En concreto las intervenciones cognitivo conductuales manualizadas para los tics se encuentran traducidas al español en los libros de la Editorial Viguera BT-Tics: "Tics Cuaderno para Niños". Título original "Tics Workbook for Children" de Cara Verdellen, Jolande van de Griendt, Sanne Kriens, Ilse van Oostrum. "Tics Manual del Terapeuta" ("Tics-Therapist Manual", de las mismas autoras).

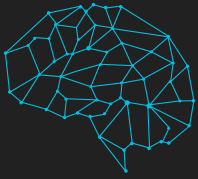
4. COMENTARIO DE LIBRO

ALERTAS, VACUNAS Y ANTÍDOTOS PARA EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS Y JÓVENES

Se estima que el 20% de niños y adolescentes llega a presentar algún trastorno psicopatológico, corroborando así el aumento en los últimos años de su prevalencia y la sobremedicalización en esta población. A lo largo del libro Javier Urrea1 proporciona *vacunas* y *antídotos* que permitirían a los adultos abordar este sufrimiento, haciendo especial hincapié en trastornos como el TDAH, las adicciones a las drogas, las nuevas tecnologías y al juego *online*, la anorexia y la bulimia y el ocio extremo y de riesgo.

Se especifican también lo que el autor denomina los *activadores de problemas* que serían tanto estructuras familiares pobres y dependientes como cambios sociales y culturales relacionados con la educación a la evitación de las responsabilidades, valores éticos y morales centrados en el nihilismo y hedonismo, el consumismo como sinónimo de felicidad, el empobrecimiento verbal, la escasa atención a la salud mental, etcétera, mostrando a su vez las consecuencias personales que éstos comportan en niños y jóvenes. Se observa, por tanto, que para un buen desarrollo madurativo es preciso obtener habilidades como la tolerancia a la frustración, el control de impulsos, la reflexión, la aceptación y apreciación de los demás y la permisividad al aburrimiento.

Asimismo, en el libro se plasma la conveniencia de fomentar la compasión y el desarrollo de competencias que les permitan resolver diferencias y conflictos de una forma



no violenta, teniendo en cuenta la autocrítica, el respeto y la empatía.

En la segunda parte, el autor se centra en la educación emocional, la cual debe ser temprana. Conviene que exista una congruencia entre pensamientos y sentimientos, entre lo físico y lo anímico, y para ello es necesario fomentar su autoconocimiento y autorregulación. Es esencial promover en los más pequeños una autonomía y equilibrio emocional, un apego sano con el entorno así como también habilidades personales como la resiliencia, la flexibilidad, el humor y la adaptabilidad que les permita afrontar la incertidumbre, los conflictos y las rupturas de la mejor forma posible.

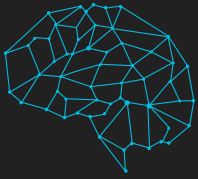
En la tercera y última parte, se enumeran los factores de riesgo influyentes en niños y adolescentes. Se expone tanto una lista de pensamientos, sentimientos y conductas que

deben alertar a los adultos como sus estrategias de afrontamiento. Es importante destacar que, durante todo el libro, el autor utiliza datos reales que sustentan su explicación, un lenguaje claro y conciso y favorece la conexión con el lector al darle la posibilidad de que intervenga exponiendo su propia visión o experiencia.

Recomendación: *Una buena guía para padres o profesionales que estén en contacto con niños y adolescentes y que quieran informarse con mayor detenimiento de todo lo que comporta esta etapa vital, favoreciendo una maduración más sana y equilibrada.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Urra, J. Primeros auxilios emocionales para niños y adolescentes. Guía para padres. 1a ed. Madrid: La Esfera de los Libros, S.L.; 2017.



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN ACTUALIZACIÓN Y REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

NEWS AND THOUGHTS ON SEXOLOGY

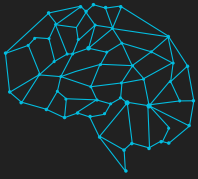
A. Villena-Moya¹, F. Muñoz-Montesinos¹, I. Tolosa², G. Serrano¹, B. Ruiz¹, G. Chenoll¹, A. Galarreta¹,
A. Miren Ciaurriz¹, G. Mestre-Bach^{2,3}, C. Chiclana-Actis¹

1. Grupo de Trabajo e Investigación en Sexualidad consulta Dr. Carlos Chiclana. 2. Psicóloga H.U.D. Consejo de redacción.
3. Universidad 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 mayo y agosto 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).



UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LA SALUD SEXUAL EN LA VEJEZ. (1)

A SYSTEMATIC REVIEW ON PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR SEXUAL HEALTH IN OLDER AGE.

Vasconcelos, P., De Leon, R. G. P., Serruya, S. J., Carneiro, B., Nóbrega, C., Pereira, R., Gomes, A. L. Q., Paul, M., & Nobre, P.

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2215766>

Cita completa: Vasconcelos, P., De Leon, R. G. P., Serruya, S. J., Carneiro, B., Nóbrega, C., Pereira, R., Gomes, A. L. Q., Paul, M., & Nobre, P. (2023). A Systematic Review on Psychological Interventions for Sexual Health in Older Age. *International Journal of Sexual Health*, 35, 399-413.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el envejecimiento de la población es una tendencia global irreversible. Promover la salud sexual en la vejez es importante, y las intervenciones psicológicas pueden tener un impacto positivo en la satisfacción sexual.

Objetivo: la presente revisión tiene como objetivo identificar la evidencia existente en estudios de resultados y tratamientos de intervenciones psicológicas para mejorar la salud sexual en adultos mayores.

Método: en esta revisión sistemática, se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos médicas y científicas para identificar estudios que evaluaran intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar la salud sexual en adultos mayores. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los estudios adecuados. Se evaluó el riesgo de sesgo en los estudios aleatorizados incluidos. Se extrajeron datos relevantes de los estudios seleccionados, incluyendo información sobre las intervenciones, la población de estudio y los resultados. Las intervenciones se clasificaron en categorías como terapia cognitivo-conductual, terapia sexual, entrenamiento de habilidades sexuales, intervenciones educativas y otras formas de psicoterapia. La revisión encontró que algunas intervenciones tuvieron efectos positivos en la salud sexual de los adultos mayores, pero se requiere más investigación para validar estos resultados y comprender mejor los mecanismos de cambio involucrados.

Resultados: las intervenciones más comunes fueron educativas y cognitivo-conductuales. Se encontraron resultados

mixtos, pero algunas intervenciones mostraron mejoras en el conocimiento, actitudes y satisfacción sexual de los participantes. Se necesitan más investigaciones para validar estos resultados y entender mejor los mecanismos de cambio. Algunas intervenciones específicas, como terapia sexual, entrenamiento de habilidades sexuales y terapias basadas en la atención plena, también mostraron efectos positivos.

Conclusión: esta revisión destaca que diferentes enfoques de intervención pueden ser útiles para promover la salud sexual en adultos mayores. Las intervenciones educativas y cognitivo-conductuales son las más comunes. Aunque los resultados son variados y faltan estudios controlados, es razonable considerar estas aproximaciones para mejorar la salud sexual en la vejez. No obstante, se requiere más investigación para respaldar empíricamente las intervenciones psicológicas en este ámbito, especialmente en grupos diversos, a largo plazo, y para comprender los mecanismos de cambio involucrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vasconcelos, P., De Leon, R. G. P., Serruya, S. J., Carneiro, B., Nóbrega, C., Pereira, R., Gomes, A. L. Q., Paul, M., & Nobre, P. (2023). A Systematic Review on Psychological Interventions for Sexual Health in Older Age. *International Journal of Sexual Health*, 35, 399-413. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2215766>

LA PARADOJA DE LA PORNOGRAFÍA - SEXUALIDAD Y USO PROBLEMÁTICO DE PORNOGRAFÍA (2)

THE PARADOX OF PORNOGRAPHY - SEXUALITY AND PROBLEMATIC PORNOGRAPHY USE.

Thomas, H. & Binnie, J.

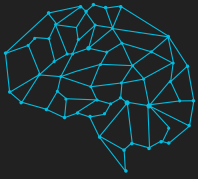
Publicación: *Culture, Health & Sexuality*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2213750>

Cita completa: Thomas, H., & Binnie, J. (2023). The Paradox of pornography – sexuality and problematic pornography use. *Culture, Health & Sexuality*, 1-16.

RESUMEN DEL ARTÍCULO:

Antecedentes: la autopercepción del uso problemático de pornografía está ganando la atención en el mundo clínico y académico. El interés por estudiar el uso problemático



de pornografía se debe a las asociaciones que establecen varios sanitarios respecto a ello. Por otro lado, hay investigadores que hablan de que no hay evidencias suficientes para establecer una relación directa entre el uso de pornografía y los síntomas. Otros autores encontraron que el uso de pornografía fue una herramienta útil para poder validar la sexualidad de ciertas minorías sexuales, actuando como auto exploración y validación. Por otro lado, otros estudios, hablan de los efectos adversos entre el uso de pornografía y la imagen corporal, así como la pornografía y sus efectos en la salud mental como depresión o ansiedad.

Objetivo: explorar los sentimientos, pensamientos y acciones de los hombres de minorías sexuales con uso problemático de pornografía autopercebido con el fin de desarrollar una mayor comprensión de la pregunta de investigación, "¿cómo experimentan los hombres de minorías sexuales el consumo problemático de pornografía autopercebido?".

Método: se utiliza una entrevista semiestructurada para una población perteneciente a una minoría sexual. Se obtuvo una n = 3, a los participantes se les realizó la entrevista durante 90 minutos que constó de 10 preguntas abiertas.

Resultados: en el estudio se encontraron 5 temas principales: problemática de la sexualidad; pornografía como liberadora; pornografía como corruptor; reforma; recaída y restauración. En cuanto al primero, se ilustra como los participantes experimentan la sexualidad como la tensión entre la represión y la expresión de sus experiencias y relaciones con respecto a su identidad sexual. En la segunda, se observa que los hombres utilizan la pornografía como una forma de expresar su sexualidad, además de ser percibida como un educador sexual y regulador emocional. En el tercer tema, los participantes comentan que es una aproximación hacia aquello que es imposible, por lo que puede generar problemas en relación con la sexualidad, también puede ayudar en la reflexión de sus juicios morales. En el cuarto tema, se habla de que la pornografía debe estar en un ámbito controlado para que se puede ver como algo normal y no perjudicial. En cuanto al quinto tema, los participantes, hablaron de la facilidad para verse encerrados en el consumo y por otro lado la dificultad para salir de este círculo vicioso.

Conclusión: tres hombres de la minoría sexual experimentaron el uso problemático de pornografía de distintas maneras. Por un lado, les ayudó a negociar y afirmar su sexualidad, por otro lado, la patologización de la pornografía se volvió dañino para su autopercepción y expectativa de la

normalidad sexual. Las percepciones de los participantes sobre el consumo de pornografía reflejaban las experiencias traumáticas de su propia relación con la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

2. Thomas, H., & Binnie, J. (2023). The Paradox of pornography – sexuality and problematic pornography use. *Culture, Health & Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2213750>

RECONSIDERACIÓN DE LOS TOCAMIENTOS SEXUALES NO DESEADOS A NIÑOS POR ADULTOS: UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO EN LA CAMBOYA RURAL ⁽³⁾

RECONSIDERING THE UNWANTED SEXUAL TOUCHING OF BOYS BY ADULTS: AN ETHNOGRAPHIC STUDY IN RURAL CAMBODIA.

Eisenbruch, M.

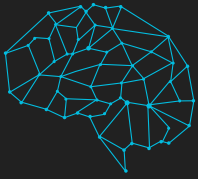
Publicación: *Journal of Interpersonal Violence*.

DOI: <https://doi.org/10.1177/08862605231153894>

Cita completa: Eisenbruch, M. (2023). Reconsidering the unwanted sexual touching of boys by adults: an ethnographic study in rural Cambodia. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(13-14), 8235-8262.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: los tocamientos sexuales no deseados a niños por adultos es una forma de abuso sexual. Tocamientos sexuales no deseados se han descrito como tocar a alguien de manera sexual sin su permiso, también se ha descrito como agarrar, besar o acariciar sin el consentimiento. El tocamiento sexual puede tener consecuencias a largo plazo como intentos de suicidio, y conductas autolíticas. En estudios realizados en algunas culturas africanas, se encontró que un tercio de los encuestados, habían tenido una experiencia de tocamientos no deseados en la infancia. Se conoce que en Camboya los menores de edad están muy expuestos por motivos culturales a que se toquen sus genitales, desde aquí, se elabora el debate de hasta qué punto, esta tradición que no tiene una índole sexual, puede ser considerado como abuso sexual infantil o tocamientos sexuales no deseados.



Objetivo: explorar la hipótesis en la que la Camboya rural considera el tocamiento genital de los niños pequeños como una expresión de amor o cuidado dentro de lo normal, y no como un acto sexual, teniendo en cuenta que estos tocamientos pueden en todo caso ocasionar daño físico, pero no abuso sexual.

Método: se contó con una n = 60, de los que 18 fueron hombres y 42 mujeres. Se realizó una entrevista en donde se tuvo en cuenta el lenguaje con el que se comunicaban al hablar del tocamiento genital, así como lo que se entiende en su cultura como abuso y abuso sexual.

Resultados: los resultados del estudio se han dividido en 5 partes: impulsores emocionales, espectro o gradiente de actuación, contacto oral, miembros de la familia vs la comunidad y señalización benigna o intenciones malévolas. Respecto a la primera, los padres y familiares de los niños tenían un gran deseo de acariciar los genitales, siempre hacia varones, no hacia mujeres. En cuanto a la segunda, se categorizó en función del grado de inconformidad o dolor, que se dividieron en tres niveles: 1) acariciar los genitales o hacer que rebote, 2) se trata de infligir incomodidad, 3) se genera dolor en el niño. Respecto al contacto oral, se vio en pocas de las familias e informantes que realizaban esta conducta, la mayoría prefería realizar un contacto con la mano. Respecto a la cuarta, la mayoría de los informantes dijo que no había intención de infligir daño, pero que era normal que eso suceda. En cuanto a si era benigno o maligno, la mayoría de los participantes se refirió a estas conductas como inocentes y benevolentes.

Conclusión: dentro de la cultura estudiada, no se percibe de forma general el tocamiento genital como algo dañino. Se recomienda que para que la prevención de abuso sexual sea más efectiva en esta población, se realice con los fundamentos de esta cultura, y no en lo que se entiende en la cultura occidental como abuso sexual. Habría que ahondar en otros estudios desde la perspectiva de los niños, para comprender el impacto de esta práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- Eisenbruch, M. (2023). Reconsidering the unwanted sexual touching of boys by adults: an ethnographic study in rural Cambodia. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(13-14), 8235-8262. <https://doi.org/10.1177/08862605231153894>

¿QUÉ HACE A UNA MUJER? COMPRENDER LAS RAZONES Y LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN INDONESIA, ETIOPÍA Y KENIA⁽⁴⁾

WHAT MAKES A WOMAN? UNDERSTANDING THE REASONS FOR AND CIRCUMSTANCES OF FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING IN INDONESIA, ETHIOPIA AND KENYA.

Kakal, T., Hidayana, I. M., Kassegne, A. B., Gitau, T., Kok, M., & Van Der Kwaak, A

Publicación: Culture, Health and Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2106584>

Cita completa: Kakal, T., Hidayana, I. M., Kassegne, A. B., Gitau, T., Kok, M., & Van Der Kwaak, A. (2022). What makes a woman? Understanding the reasons for and circumstances of female genital mutilation/cutting in Indonesia, Ethiopia and Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 25(7), 897-913.

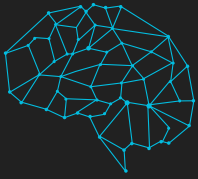
RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la mutilación genital femenina o circuncisión femenina comprende cualquier escisión parcial o total de los genitales femeninos externos con fines no médicos. Es una práctica de razones sociológicas, psicosexuales y religiosas. Las sanciones sociales influyen en las personas para que se ajusten a las normas sociales y continúen con la práctica.

Objetivo: analizar y presentar los resultados de tres investigaciones de estudio de casos que revelan las razones y las circunstancias de la mutilación genital femenina o circuncisión y su significado social en comunidades de Indonesia, Etiopía y Kenia.

Metodología: en cada comunidad, se llevaron a cabo discusiones de grupos focales con mujeres y hombres jóvenes (15-24 años) por separado, y con padres o cuidadores. También se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con jóvenes, padres y cuidadores, líderes tradicionales o religiosos, mujeres mayores y maestras. Además, se llevó a cabo una encuesta de hogares en cada país, muestreando aleatoriamente a unos 1400 jóvenes (15-24 años).

Resultados: se confirman las razones previamente documentadas para la mutilación genital femenina, señalando que estas razones están interconectadas y arraigadas a las normas de género. En las comunidades de Indonesia,



la razón que impulsa la mutilación genital femenina es la religión, se trata de la producción de un cuerpo "culto" en la forma del "cuerpo puro". En Etiopía, la circuncisión genital ayudaría a una mujer a encontrar un marido en el futuro, además de otras razones como la higiene, la facilidad para orinar y el mantenimiento de la pureza moral. Por último, en las comunidades de Kenia, su significado es la transición de la niñez a la edad adulta, y así podían ser libres de tener relaciones sexuales.

Conclusiones: son diversos los motivos por los que la mutilación genital femenina se lleva a cabo, pero lo mayoría tienen sus raíces en las normas de género que deciden cómo las mujeres jóvenes deben representar características específicas y desempeñar roles tradicionales para cumplir con su feminidad. Las variaciones en la práctica en cada entorno sugieren la necesidad de intervenciones específicas del contexto ajustadas con precisión, ya que así se fomentaría la medicalización a pesar de que este tipo de intervenciones sigan estando motivadas por nociones de una mujer ideal que puede violar los derechos individuales de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

4. Kakal, T., Hidayana, I. M., Kassegne, A. B., Gitau, T., Kok, M., & Van Der Kwaak, A. (2022). What makes a woman? Understanding the reasons for and circumstances of female genital mutilation/cutting in Indonesia, Ethiopia and Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 25(7), 897-913. <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2106584>

ENCONTRARSE CON UN PROBLEMA OCULTO EN UNA POBLACIÓN EXCLUIDA EN SUECIA: LAS EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES ANTE LAS REVELACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL POR PARTE DE JÓVENES INMIGRANTES⁽⁵⁾

COMING ACROSS A HIDDEN PROBLEM IN AN EXCLUDED POPULATION IN SWEDEN: PROFESSIONALS' EXPERIENCES OF YOUNG MIGRANTS' DISCLOSURES OF SEXUAL VIOLENCE.

Andersson Nystedt, T., Svensson, P., Herder, T., Opong Asamoah, B., Ouis, B. & Agardh, A.

Publicación: *Culture, Health and Sexuality*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2234431>

Cita Completa: Nystedt, T. A., Svensson, P., Herder, T., Asamoah, B. O., Ouis, P., & Agardh, A. (2023). Coming across a hidden problem in an excluded population in Sweden: professionals' experiences of young migrants' disclosures of sexual violence. *Culture, Health & Sexuality*, 1-17.

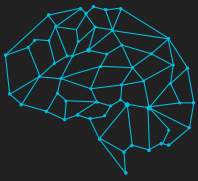
RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la migración internacional ha ido en aumento a nivel mundial, especialmente en Suecia, donde la población de personas no nacidas en Suecia ha aumentado un 20% a finales de 2021. Proviene de diferentes países y tienen diferentes antecedentes, también han migrado por diferentes razones y estatus legales. La creciente evidencia sugiere que los migrantes son particularmente vulnerables a la violencia sexual en todas las etapas del proceso migratorio. La clave del concepto de violencia sexual es la coerción sexual, especificando que la violencia sexual no necesariamente implica el uso de fuerza física, sino que implica cuestiones de elección, poder y consentimiento.

Objetivo: explorar cómo los profesionales y proveedores de servicios experimentan las revelaciones de violencia sexual de los jóvenes migrantes.

Método: estudio de diseño cualitativo utilizando 14 entrevistas semiestructuradas individuales con diversos profesionales del sector público y de la sociedad civil (15-30 años) del sur de Suecia.

Resultados: el tema general desarrollado fue "encontrar el problema oculto de la violencia sexual en una población excluida" apoyado en tres subtemas: "vincular la marginación



estructural y la vulnerabilidad a la violencia sexual", "darse cuenta de que la violencia sexual es una entre muchas preocupaciones" y "enorgullecerse de apoyar a los jóvenes traicionados por la sociedad". Los profesionales expresaron un fuerte sentido de responsabilidad debido a las complejas vulnerabilidades de los jóvenes migrantes y su falta de acceso a los servicios. Además, la falta de claridad sobre cómo responder a las revelaciones de violencia sexual, podría provocar angustia moral.

Conclusión: los profesionales que se encuentran con jóvenes con experiencias de violencia sexual sienten la responsabilidad de satisfacer las muchas y variadas necesidades. Es probable que la vulnerabilidad estructural aumente dado el clima político actual. Existe la necesidad de fortalecer y apoyar a los profesionales que se encuentran en su trabajo con jóvenes migrantes víctimas de violencia sexual. Dicho apoyo incluye el reconocimiento de los dilemas éticos involucrados y el establecimiento de conexiones formales entre las organizaciones y los proveedores de servicios para que el acceso a los servicios sea más predecible.

BIBLIOGRAFÍA

5. Nystedt, T. A., Svensson, P., Herder, T., Asamoah, B. O., Ouis, P., & Agardh, A. (2023). Coming across a hidden problem in an excluded population in Sweden: professionals' experiences of young migrants' disclosures of sexual violence. *Culture, Health & Sexuality*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2234431>

EL TALÓN DE AQUILES DE LOS HOMBRES: EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD⁽⁶⁾

MEN'S ACHILLES' HEEL: PROSTATE CANCER AND THE RECONSTRUCTION OF MASCULINITY.

Jesper Andreasson, Thomas Johansson & Carina Danemalm-Jägervall.

Publicación: *Culture, Health and Sexuality*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2175911>

Cita completa: Andreasson, J., Johansson, T., & Danemalm-Jägervall, C. (2023). Men's Achilles' Heel: Prostate Cancer and the Reconstruction of Masculinity. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: el cáncer de próstata es uno de los diagnósticos más comunes para los hombres, especialmente aquellos en edad avanzada. Las disfunciones en la próstata pueden tener consecuencias directas o indirectas sobre cómo los hombres interpretan el género y la sexualidad. El tratamiento para el cáncer de próstata puede tener diversos efectos adversos como la disfunción eréctil, la incontinencia urinaria, la disfunción intestinal o la falta de libido. Esto genera un gran debate entre la enfermedad y su impacto en la masculinidad en relación con la sexualidad, imagen corporal y la edad.

Objetivo: investigar cómo los hombres suecos diagnosticados con cáncer de próstata entienden los efectos de su tratamiento en relación con la salud sexual y la masculinidad.

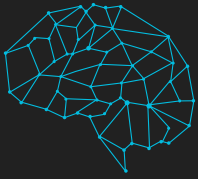
Método: n = 21. La investigación utiliza un enfoque fenomenológico. Se realizaron entrevistas a 21 a hombres suecos (50-78 años) que experimentaron problemas después del tratamiento.

Resultados: por un lado, algunos hombres mencionaron la dificultad para abordar su enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento en términos de masculinidad e identidad, además tuvieron la dificultad para reformular la sexualidad y la intimidad. Por otro lado, enunciaron la necesidad de reconfigurar la masculinidad y encontrar formas de construir su identidad como hombres y compañeros íntimos. Además, debido a la impotencia y la pérdida de la capacidad eyaculatoria después de tratamientos como la cirugía, los participantes rearticulaban el significado de la intimidad, así como su comprensión de la masculinidad y de sí mismos como hombres que envejecen.

Conclusiones: como resultado de la investigación, es necesario destacar aún más la relevancia de abordar los temas de masculinidad y salud sexual en los programas nacionales de atención al cáncer de próstata, en el trabajo clínico y en los grupos de apoyo. Este estudio señala la importancia de investigar las masculinidades del cáncer de próstata y la necesidad de futuros estudios que utilicen perspectivas de género.

BIBLIOGRAFÍA

6. Andreasson, J., Johansson, T., & Danemalm-Jägervall, C. (2023). Men's Achilles' Heel: Prostate Cancer and the Reconstruction of Masculinity. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2175911>



CREENCIAS SOBRE LA INEVITABILIDAD DE LA ATRACCIÓN SEXUAL PREDICEN ESTEREOTIPOS SOBRE LA ASEXUALIDAD⁽⁷⁾

BELIEFS ABOUT THE INEVITABILITY OF SEXUAL ATTRACTION PREDICT STEREOTYPES ABOUT ASEXUALITY.

Zivony, A., Reggev, N.

Publicación: Archives of sexual behavior.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02616-4>

Cita completa: Zivony, A., & Reggev, N. (2023). Beliefs about the inevitability of sexual attraction predict stereotypes about asexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 52, 2215–2228.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la asexualidad se define ampliamente como no tener (o tener niveles bajos) de atracción sexual hacia personas de cualquier género. Se ha estimado que aproximadamente entre el 0.5%-1% de la población general son personas asexuales. Hoy en día existe un reconocimiento creciente de que la asexualidad es parte del espectro de la sexualidad humana saludable. Sin embargo, al igual que otras minorías sexuales, las personas asexuales suelen enfrentarse a prejuicios y estereotipos. De hecho, las personas asexuales experimentan tasas más altas de ansiedad, depresión, y suicidio que las personas heterosexuales. Al menos en parte, los prejuicios que experimentan estas personas son disparadores de estas condiciones. Estos prejuicios y estereotipos sobre las personas asexuales se basan en la creencia de que la atracción sexual es una parte inevitable del desarrollo humano. Esta suposición de inevitabilidad de la atracción puede llevar a la deducción de que las personas que se identifican como asexuales lo hacen porque: o bien están atravesando una etapa transitoria (clasificándolo como inmadurez) o excusando tendencias socialmente evasivas (poco sociables).

Objetivo: examinar si los estereotipos asexuales (inmadurez y no sociabilidad) están relacionados con la creencia de que la atracción es una parte inevitable del ser humano.

Método: participaron un total de 322 personas heterosexuales (n = 322; 201 mujeres, 114 hombres; con una media de edad de 34,6 años) del Reino Unido y Estados Unidos. Se les facilitó unas viñetas que debían leer en las que se describía un personaje que podía ser asexual o heterosexual.

Resultados: las personas que asumían que la atracción es inevitable, eran más propensas a evaluar a los personajes asexuales de la viñeta (pero no a los heterosexuales) como inmaduros y poco sociables. El impacto de la presunción de la inevitabilidad sexual estaba presente incluso cuando se tenía en cuenta la creencia sobre la categoría social (creencia de que no se debe impulsar la igualdad grupal), una actitud estrechamente relacionada con la negatividad hacia las minorías sexuales. Además, los participantes que se adhirieron al supuesto de la inevitabilidad de la atracción también mostraron una menor inclinación a entablar amistad con personas asexuales en comparación con las personas heterosexuales.

Conclusión: el estudio actual sugiere que, al menos en parte, los estereotipos hacia las personas asexuales están relacionadas con las creencias sobre la inevitabilidad de la atracción sexual en la edad adulta. Estos resultados implican que la educación sobre la sexualidad (especialmente los que se tienen por personas de apoyo, como padres, madres, otros familiares, amigos, amigas y/o terapeutas) puede ser particularmente útil para contrarrestar estos estereotipos y prejuicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Zivony, A., & Reggev, N. (2023). Beliefs about the inevitability of sexual attraction predict stereotypes about asexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 52, 2215–2228. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02616-4>

CORRELATOS NEURONALES Y ATRACTIVO PERCIBIDO DE LA PROPORCIÓN HOMBRO-CADERA MASCULINA Y FEMENINA EN HOMBRES Y MUJERES: UN ESTUDIO DE EEG⁽⁸⁾

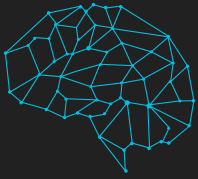
NEURAL CORRELATES AND PERCEIVED ATTRACTIVENESS OF MALE AND FEMALE SHOULDER-TO-HIP RATIO IN MEN AND WOMEN: AN EEG STUDY.

Pazhoohi, F., Arantes, J., Kingstone, A. Kingstone & Pinal, D.

Publicación: Archives of sexual behavior.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02610-w>

Cita completa: Pazhoohi, F., Arantes, J., Kingstone, A., & Pinal, D. (2023). Neural correlates and Perceived Attractiveness of male and Female Shoulder-to-Hip Ratio in Men and Women: an EEG study. *Archives of Sexual Behavior*. 52, 2123–2141.



RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la percepción visual del cuerpo humano activa una clara región en la corteza visual, una región que selectivamente responde a la apariencia de cuerpos humanos, pero no de caras. Esta región se denomina área corporal extraestriada (ACE) y se localiza en la corteza occipito-temporal lateral. Además de ACE, el área del cuerpo fusiforme (ACF) es una región de la corteza visual extraestriada que responde selectivamente a las representaciones visuales del cuerpo humano. Se sugiere que las neuronas del ACE responden a ciertas partes del cuerpo, mientras que las neuronas ACF responden más a la apariencia de todo el cuerpo. Si bien hay estudios sobre los correlatos neurales del atractivo facial que han utilizado imágenes por resonancia magnética funcional, existen relativamente pocas investigaciones que han considerado las respuestas neuronales para el atractivo corporal. La característica física más destacada que define el atractivo de los hombres es su condición física y la fuerza de la parte superior del cuerpo. En general, se ha visto que las mujeres consideran a los hombres musculosos con hombro más ancho más atractivos que a hombres con sobrepeso o delgados. Parece que las mujeres se sienten atraídas por estas características porque están relacionadas a buenos genes, masculinidad, y la fuerza del sistema inmunitario, que puede ofrecer tanto ventajas indirectas (como una descendencia más sana) como ventajas directas (adquisición de recursos). Mientras que estudios previos han investigado los correlatos neuronales y conductuales en las mujeres acerca de la atracción de la proporción hombro-cadera (PHC) masculina, no hay investigaciones que estudien los correlatos neuronales en hombres que estudien la percepción de atracción de la parte superior del cuerpo femenino, en específico, la PHC.

Objetivo: determinar el comportamiento y los correlatos neurofisiológicos tanto en hombres como en mujeres heterosexuales al ver diferentes formas corporales (masculinas y femeninas) que varían en la PHC, con la idea de proporcionar conocimientos sobre los mecanismos cognitivos que responden a estas características corporales.

Método: las señales electroencefalográficas (EEG) sobre el atractivo corporal masculino y femenino variando la

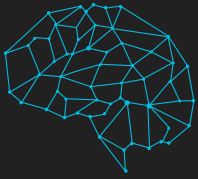
PHC se adquirieron mientras los participantes completaban una tarea extraña. Después, debían realizar un juicio sobre el atractivo. La tarea extraña donde los participantes estaban comprometidos en una tarea irrelevante al juicio del tamaño corporal se usó como una medida implícita de atractivo, mientras que la tarea de calificación se utilizó como medida explícita del atractivo.

Resultados: los resultados de comportamiento mostraron que, tanto en hombres como en mujeres, los/as que tenían una PHC más grande se consideraban más atractivos/as que la PHC más pequeña (y la PHC mediana más atractiva que la pequeña), independientemente de los estímulos y el sexo de los participantes. Por otro lado, los resultados neurofisiológicos tanto para la tarea extraña como para el juicio explícito de atractivo, mostraron que la actividad cerebral relacionada con los estímulos corporales masculinos difería según las proporciones específicas, tanto en las etapas de procesamiento tempranas como tardías. Para avatares femeninos, la PHC no moduló la actividad neuronal de manera significativa.

Conclusión: los resultados del presente estudio revelan que la variación en la parte superior del cuerpo modula las calificaciones de atractivo para hombres y mujeres por igual. Sin embargo, en avatares masculinos, las variaciones de la PHC modulan la actividad temprana y tardía durante el procesamiento visual. Estas modulaciones están presentes en regiones cerebrales posteriores relacionadas con la percepción de la forma del cuerpo, y procesamiento del atractivo, así como algunas regiones frontales relacionados con el juicio y la toma de decisiones. Este papel amplía los resultados de estudios previos sobre el atractivo facial al atractivo corporal. Esto puede ayudar a establecer la base para futuros estudios que evalúen el papel específico de diferentes componentes y regiones cerebrales en la determinación las percepciones del atractivo de las figuras corporales femeninas y masculinas.

BIBLIOGRAFÍA

8. Pazhoohi, F., Arantes, J., Kingstone, A., & Pinal, D. (2023). Neural correlates and Perceived Attractiveness of male and Female Shoulder-to-Hip Ratio in Men and Women: an EEG study. *Archives of Sexual Behavior*, 52, 2123–2141. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02610-w>



“ME HUBIERA GUSTADO ESTAR MEJOR PREPARADA PARA LAS COSAS REALES”: UN ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SOBRE SALUD SEXUAL RECIBIDA EN LA ESCUELA POR NIÑAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA SEXUAL EN EL NOVIAZGO⁽⁹⁾

“I WOULD HAVE LIKED TO BE BETTER PREPARED FOR THE REAL THINGS”: A QUALITATIVE ANALYSIS OF SCHOOL-BASED SEXUAL HEALTH EDUCATION RECEIVED BY GIRLS WHO HAVE EXPERIENCED SEXUAL DATING VIOLENCE.

Guyon, R., Fernet, M., Brodeur, G., Couture, S., Hébert, M., Paradis, A., & Levesque, S.

Publicación: *The Canadian Journal of Human Sexuality*.

DOI: <https://doi.org/10.3138/cjhs.2022-0041>

Cita completa: Guyon, R., Fernet, M., Brodeur, G., Couture, S., Hébert, M., Paradis, A., & Levesque, S. (2023). “I would have liked to be better prepared for the real things”: A qualitative analysis of school-based sexual health education received by girls who have experienced sexual dating violence. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 32(1), 29-38.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la educación en salud sexual un papel fundamental en la ayuda, considerada por los jóvenes como fuente fiable de información donde desarrollan habilidades sociales, relaciones íntimas saludables y bienestar sexual, entre otras cosas. Las pautas canadienses incluyen la violencia sexual y el consentimiento como conceptos clave en los que centrarse en los programas de educación sexual. Sin embargo, temas como la violencia en el noviazgo (VN), especialmente la violencia sexual, siguen siendo tabú y raramente discutido en entornos educativos a pesar del papel privilegiado de las escuelas para proporcionar programas de prevención de la violencia sexual a los adolescentes. La violencia sexual se refiere a un continuo de violencia no verbal, comportamientos y presión verbal utilizados para forzar o coaccionar a una persona para participar en actividades sexuales no deseadas. VN sexual implica que el perpetrador es una actual o expareja íntima. La edad promedio de la primera perpetración para las personas que han cometido violencia sexual es entre 15 y 16 años, y la mayoría de los incidentes

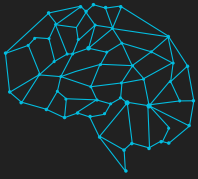
(73%) ocurren en el contexto de las relaciones románticas. Además, las adolescentes reportan significativamente más episodios de VN sexual que los adolescentes, lo que las convierte en importantes receptoras de prevención de VN. Dado que las instituciones educativas ofrecen oportunidades para la educación sexual y las adolescentes que han experimentado VN sexual han informado encontrarse insatisfechas con el contenido, es importante considerar la perspectiva de las adolescentes sobre lo que les gustaría que se abordase en sus escuelas con el fin de que los profesionales desarrollen una educación en salud sexual adecuada.

Objetivo: identificar los principios clave de la educación sobre salud sexual desde la perspectiva de las adolescentes que experimentaron violencia sexual en el noviazgo.

Método: se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con 100 participantes mujeres adolescentes, con edades entre 14 y 19 años, que relataron al menos una experiencia de violencia sexual en el noviazgo.

Resultados: se crearon cuatro categorías conceptuales basadas en las narrativas de las participantes, a partir de las cuales se realizó una teorización de los principios clave para la educación en salud sexual: (1) que esté basada en el consentimiento: la educación sexual debe promover la afirmación y el respeto de los deseos y límites sexuales; (2) de orientación positiva: debe promover la legitimación de la sexualidad y el placer de las adolescentes; (3) centrado en la igualdad de género: debe promover la igualdad de género en las relaciones sexuales y románticas; y (4) apropiado para el desarrollo: debe corresponder al desarrollo psicosexual de la juventud. En resumen, las narrativas proporcionadas por las adolescentes en este estudio indican que la educación sexual a menudo no es apropiada para el desarrollo y que se proporciona información importante sobre la sexualidad y las relaciones después de que muchos/as adolescentes ya se han vuelto sexualmente activos

Conclusión: los resultados respaldan la relevancia de educar sobre el consentimiento, promover un enfoque positivo e inclusivo de la sexualidad con jóvenes víctimas de violencia sexual e involucrarlas en iniciativas de co-construcción. Además, se considera importante que los educadores impartan este contenido de manera sensible y con conocimiento en trauma para detectar si alguna adolescente está re-experimentando la memoria traumática en clase, ya que algunas participantes informaron que se activaron cuando se discutían temas de violencia sexual en clase.



BIBLIOGRAFÍA

- Guyon, R., Fernet, M., Brodeur, G., Couture, S., Hébert, M., Paradis, A., & Levesque, S. (2023). "I would have liked to be better prepared for the real things": A qualitative analysis of school-based sexual health education received by girls who have experienced sexual dating violence. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 32(1), 29-38. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2022-0041>

LAS PERSONAS BISEXUALES EXPERIMENTAN PEORES RESULTADOS DE SALUD EN INGLATERRA: EVIDENCIA DE UNA ENCUESTA TRANSVERSAL EN ATENCIÓN PRIMARIA (10)

BISEXUAL PEOPLE EXPERIENCE WORSE HEALTH OUTCOMES IN ENGLAND: EVIDENCE FROM A CROSS-SECTIONAL SURVEY IN PRIMARY CARE.

Cross, H., Bremner, S., Meads, C., Pollard, A., & Llewellyn, C.

Publicación: *The Journal of Sex Research*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2220680>

Cita completa: Cross, H., Bremner, S., Meads, C., Pollard, A., & Llewellyn, C. (2023). *Bisexual People Experience Worse Health Outcomes in England: Evidence from a Cross-Sectional Survey in Primary Care*. *The Journal of Sex Research*, 1-9.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: en los últimos años diferentes estudios sugieren que las poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales (LGB) son más propensas a sufrir ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, autolesiones/suicidio. También se han observado tasas más altas en el consumo de alcohol, tabaco, algunos tipos de cáncer y niveles más altos de violencia doméstica.

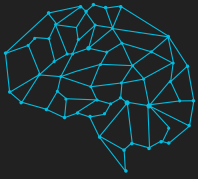
Objetivo: comparar datos de salud de personas que se identifican como LGB con personas heterosexuales dentro de la atención primaria de Inglaterra.

Método: se utilizó los datos recogidos en la encuesta transversal del año 10 (2015/2016) de pacientes de práctica general GP Patient Survey (GPPs). Algunas de las medidas utilizadas fueron el cuestionario EQ-5D-5L, preguntas sobre condiciones físicas y mentales a largo plazo (autoinformadas), el manejo de la propia salud y datos sociodemográficos.

En total tras un filtrado, se obtuvieron 836.312 respuestas (tasa de respuesta del 38,9%), incluidas 23.834 personas que se identificaron como homosexuales, lesbianas, bisexuales u "otros".

Resultados: se observó que, los problemas de salud física y mental a largo plazo tenían más del doble de probabilidades de ser informados por personas dentro de los grupos LGB en comparación con el grupo heterosexual para ambos sexos, excepto las mujeres bisexuales. Todos los OR mostraron que las personas LGB tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud física de larga duración. Las mujeres bisexuales tenían la OR más baja = 0,452 (IC 95%, 0,419, 0,488, $p < 0,001$). Esto indicaba que tenían aproximadamente la mitad de probabilidades de declarar la ausencia de un problema de salud de larga duración que el grupo heterosexual. La proporción de hombres con una condición de salud mental a largo plazo fue de 4,5% y 13,5% en los grupos heterosexuales y bisexuales, respectivamente. La proporción de mujeres con una condición de salud mental a largo plazo fue de 5,5% y 22,1% en los grupos heterosexuales y bisexuales, respectivamente. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas. Por último, las personas LGB de ambos sexos, gays/lesbianas, bisexuales y "otros", declararon una mayor proporción de individuos que no se habían sentido seguros en la gestión de su propia salud en comparación con el grupo heterosexual. La relación de confianza del paciente en la gestión de su propia salud y la SO fue significativa para hombres y mujeres. Mientras que el 7,2% de los varones heterosexuales no tenían confianza en la gestión de su propia salud, el 7,9% de los varones homosexuales, el 13,4% de los varones bisexuales y el 16,6% de "otros" varones no tenían confianza en la gestión de su propia salud. Del mismo modo, mientras que el 6,4% de las mujeres heterosexuales no confiaban en la gestión de su propia salud, el 7,9% de las mujeres lesbianas, el 12,8% de las mujeres bisexuales y el 16,2% de "otras" mujeres no confiaban en la gestión de su propia salud.

Conclusión: las mujeres bisexuales tienen las peores experiencias en el cuidado de la salud y los peores resultados de salud de cualquier sexualidad. Los resultados obtenidos en otros estudios refieren que los hombres y mujeres bisexuales tienen mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos negativos y comportamientos negativos debido a su entorno. Por lo tanto, es importante que las intervenciones dirigidas a la población LGB no descuiden a personas bisexuales y las mujeres.



BIBLIOGRAFÍA

10. Dixon Cross, H., Bremner, S., Meads, C., Pollard, A., & Llewellyn, C. (2023). Bisexual People Experience Worse Health Outcomes in England: Evidence from a Cross-Sectional Survey in Primary Care. *The Journal of Sex Research*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2220680>

RESPUESTAS AFECTIVAS, PSICOFISIOLÓGICAS Y AUTOINFORMADAS DE LOS HOMBRES A LA VIOLENCIA SEXUAL Y SUS ASOCIACIONES CON MITOS DE VIOLACIÓN, PERSONALIDAD Y RASGOS SEXUALES: UN ESTUDIO PRELIMINAR⁽¹¹⁾

MEN'S SELF-REPORTED AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL AFFECTIVE RESPONSES TO SEXUAL VIOLENCE AND THEIR ASSOCIATIONS WITH RAPE MYTHS, PERSONALITY, AND SEXUAL TRAITS: A PRELIMINARY STUDY.

Carvalho, J., Rosa, P. J., & Janssen, E.

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2200786>

Cita completa: Carvalho, J., Rosa, P. J., & Janssen, E. (2023). Men's Self-Reported and Psychophysiological Affective Responses to Sexual Violence and Their Associations with Rape Myths, Personality, and Sexual Traits: A Preliminary Study. *International Journal of Sexual Health*, 35(2), 218-229.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la Agencia de los Derechos Fundamentales de la UE (2014), informa de que 1 de cada 10 mujeres ha sido víctima de violencia sexual y 1 de cada 20 ha sido violada. En EEUU se estima que el 45% de las mujeres han experimentado algún tipo de violencia sexual. Otros datos refieren que las tasas de prevalencia en países no occidentales se ven agravadas por otras formas adicionales de violencia sexual. Más allá de los mitos sobre la violación y los rasgos sexuales, se ha descubierto que los rasgos de personalidad también contribuyen a la dinámica de la violencia sexual. El neuroticismo y la baja escrupulosidad y amabilidad se han relacionado con el uso autoinformado de

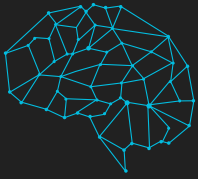
estrategias sexualmente coercitivas. A pesar de la evidencia alarmante sobre la violencia sexual contra las mujeres, no hay muchos estudios sobre las respuestas emocionales de los hombres a la violación y cómo estas pueden estar involucradas en la dinámica de la violencia sexual.

Objetivo: evaluar las respuestas emocionales subjetivas, psicofisiológicas y autoinformadas de los hombres a una escena de violencia sexual y compararlas con las respuestas a una escena de violencia no sexual.

Método: la muestra se compuso de 30 hombres heterosexuales entre 18 y 50 años, cuya media de edad era 29,6. El 90% eran solteros, el 10% estaban casados y la mayoría tenía un título universitario (80%). Los participantes fueron expuestos a tres videoclips de 40 segundos, en orden contrabalanceado: 1) violación de una mujer por parte de un hombre, 2) violencia física no sexual hacia una mujer, perpetrada por un hombre, y 3) interacción social amistosa y no sexual entre un hombre y una mujer. Las medidas utilizadas fueron la Escala de Mitos de Violación RMS, la NEO-FFI, El YPI-S, escalas de inhibición/excitación sexual, una medida de autoinforme sobre afecto positivo y negativo y, por último, la excitación sexual subjetiva a través de unas preguntas. También se tomaron mediciones a través de electrodos EDA y fEMG.

Resultados: los resultados sobre los rasgos de personalidad mostraron que el neuroticismo se asoció con una mayor excitación sexual subjetiva ante la violación, mientras que la simpatía y la conciencia se asociaron con una menor excitación sexual subjetiva. En cuanto a las tendencias psicopáticas, el estilo grandiosidad-manipulador y el estilo impulsivo-irresponsable se asociaron con una mayor excitación sexual subjetiva ante la violación. La inhibición sexual por miedo a las consecuencias negativas asociadas al sexo, también se correlacionó con la excitación sexual subjetiva hacia la violación. En cuanto a las escenas, los hombres informaron niveles más altos de excitación sexual subjetiva en la escena de la violación que en la escena sin violencia sexual.

Conclusión: los hallazgos se suman a la literatura sobre los supuestos procesos emocionales que sustentan la evaluación de la violencia sexual contra las mujeres. Dichos resultados pueden contribuir a la comprensión de las respuestas afectivas y sexuales subjetivas de los hombres a las representaciones de violencia sexual. Por último, este estudio anima a los investigadores a considerar líneas de



base más largas en estudios futuros y refieren que las respuestas emocionales a un escenario de violación podrían contrastarse con la corriente erótica consensuada.

BIBLIOGRAFÍA

11. Carvalho, J., Rosa, P. J., & Janssen, E. (2023). Men's Self-Reported and Psychophysiological Affective Responses to Sexual Violence and Their Associations with Rape Myths, Personality, and Sexual Traits: A Preliminary Study. *International Journal of Sexual Health, 35*(2), 218-229. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2200786>

ASOCIACIONES LONGITUDINALES ENTRE LA VICTIMIZACIÓN POR VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO ADOLESCENTE Y LOS RESULTADOS ADVERSOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA⁽¹²⁾

LONGITUDINAL ASSOCIATIONS BETWEEN ADOLESCENT DATING VIOLENCE VICTIMIZATION AND ADVERSE OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW.

Campo-Tena, L., Larmour, S. R., Pereda, N., & Eisner, M. P.

Publicación: *Trauma, Violence, & Abuse*.

DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380231174504>

Cita completa: Campo-Tena, L., Larmour, S. R., Pereda, N., & Eisner, M. (2023). Longitudinal Associations Between Adolescent Dating Violence Victimization and Adverse Outcomes: A Systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la violencia en el noviazgo adolescente (VNA), se define como cualquier violencia o acoso intencional físico, sexual o psicológico por parte de una pareja actual o anterior durante la adolescencia (10-19 años). Diferentes estudios revelan que uno de cada cuatro adolescentes experimenta la victimización física de VNA y que el 14% de las niñas y el 8% de los niños están expuestos a VNA sexual. Una revisión de estudios longitudinales basados en la población de predictores de comportamiento suicida entre adolescentes y adultos jóvenes encontró que la VNA era un factor de riesgo específico de las mujeres. Son varios los estudios que

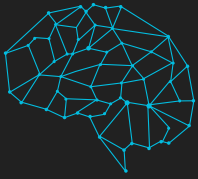
asocian experimentar VNA con resultados graves de salud mental, aunque debido a que se trata de estudios trasversales no se puede diferenciar entre predictores y consecuentes.

Objetivo: realizar una revisión exhaustiva de los estudios longitudinales que tenga en cuenta la secuencia temporal de la VNA, ya que muchos estudios son trasversales y no se pueden establecer conclusiones sólidas. Esta recopilación sirve para obtener una mejor comprensión del impacto de la violencia en el noviazgo.

Método: se realizó una búsqueda sistemática en nueve bases de datos electrónicas y revistas relevantes adicionales. Se incluyeron estudios longitudinales prospectivos si la VNA ocurrió durante la adolescencia y precedió cronológicamente a los resultados. Se realizó una evaluación de la calidad utilizando la herramienta de evaluación de métodos mixtos. Se utilizó un enfoque narrativo para sintetizar los hallazgos. Después de seleccionar 1838 registros, 14 publicaciones cumplieron con los criterios de selección y se incluyeron en esta revisión

Resultados: las publicaciones revisadas proporcionaron evidencia sobre 11 resultados diferentes que se agruparon en las categorías de síntomas de internalización (síntomas depresivos, síntomas de ansiedad e ideación suicida), comportamientos de externalización (autorización de VNA, comportamientos antisociales, incluida la delincuencia y comportamientos sexuales de riesgo), bienestar (salud autoevaluada), uso de sustancias (incluyendo alcohol, marihuana y tabaco) y revictimización. Es importante destacar que existe una investigación longitudinal limitada que examina los resultados de la victimización por VNA, lo que dificulta las asociaciones que sugieren causalidad. También se observó falta de indicadores de gravedad y frecuencia en estas investigaciones. Los estudios sobre los resultados de la victimización por VNA emplean diversas estrategias de métodos, lo que puede ayudar a explicar la variabilidad de los resultados a lo largo de la investigación. Si bien la victimización física y psicológica en VNA recibe una atención significativa, la violencia sexual no se explora en la misma medida en este contexto, creando un desequilibrio en la investigación y comprensión de las diferentes formas de VNA.

Conclusión: estos resultados sugieren que experimentar VNA se asocia longitudinalmente con muchos resultados adversos, que incluyen mayores síntomas de internalización y comportamientos de externalización, peor bienestar, mayor



uso de sustancias y mayor revictimización. Sin embargo, las asociaciones no se informan de manera consistente en todos los estudios.

BIBLIOGRAFÍA

12. Campo-Tena, L., Larmour, S. R., Pereda, N., & Eisner, M. (2023). Longitudinal Associations Between Adolescent Dating Violence Victimization and Adverse Outcomes: A Systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380231174504>

DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y EL USO PROBLEMÁTICO DE LA PORNOGRAFÍA: EL PAPEL MEDIADOR DE LA SOLEDAD⁽¹³⁾

DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION AND PROBLEMATIC PORNOGRAPHY USE: THE MEDIATING ROLE OF LONELINESS.

Cardoso, J., Ramos, C., Brito, J., & Almeida, T. C.

Publicación: *International Journal of Sexual Health*.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2224807>

Cita completa: Cardoso, J., Ramos, C., Brito, J., & Almeida, T. C. (2023). Difficulties in emotion regulation and problematic pornography use: The Mediating role of loneliness. *International Journal of Sexual Health*, 35, 481-493.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: las dificultades en la regulación emocional están asociadas con comportamientos adictivos, incluyendo comportamientos sexuales compulsivos y el factor "soledad" que también puede influir en el uso problemático de la pornografía.

Objetivo: investigar si existía una conexión entre las dificultades en la regulación emocional y el PPU, y si la soledad desempeñaba un papel en mediar esta relación.

Método: se reclutó a 339 participantes adultos que habían utilizado pornografía al menos una vez en los últimos 6 meses antes del estudio, a través de anuncios en redes sociales vinculados a una encuesta en línea. Los participantes completaron escalas de autoinforme que evaluaban las dificultades en la regulación emocional, el PPU y la percep-

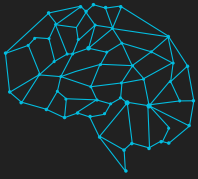
ción de soledad. Para medir las dificultades en la regulación emocional, se utilizó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-SF), que consta de 18 ítems. El PPU se midió con la Escala de Consumo Problemático de Pornografía (PPCS), que incluye 18 ítems y 6 dimensiones. La soledad se evaluó mediante la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles - Versión 3 (UCLALS-3), que consta de 20 ítems.

Resultados: se encontró que las dificultades en la regulación emocional se asociaban positivamente con el uso problemático de la pornografía. Además, la soledad también estaba relacionada positivamente tanto con las dificultades en la regulación emocional como con el uso problemático de la pornografía. La soledad actuaba como un mediador parcial en la relación entre las dificultades en la regulación emocional y el uso problemático de la pornografía. Además, se descubrió que el género y el estado de la relación íntima moderaban este efecto de mediación, siendo más pronunciado en hombres y en aquellos en una relación íntima. Estos resultados sugieren que la regulación emocional y la soledad desempeñan un papel relevante en el uso problemático de la pornografía.

Conclusión: existen asociaciones significativas entre las dificultades en la regulación emocional y el uso problemático de la pornografía (UPP). Es decir, las personas que tienen mayores dificultades para regular sus emociones tienden a mostrar un mayor nivel de UPP.

BIBLIOGRAFÍA

13. Cardoso, J., Ramos, C., Brito, J., & Almeida, T. C. (2023). Difficulties in emotion regulation and problematic pornography use: The Mediating role of loneliness. *International Journal of Sexual Health*, 35, 481-493. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2224807>



SU GRAN VERGÜENZA ES LA POBREZA: LAS MUJERES REPRESENTADAS COMO PARTE DE LOS "POBRES INDIGNOS" SON CONSIDERADAS COMO MERECEDORAS DE AGRESIÓN SEXUAL⁽¹⁴⁾

THEIR GREAT SHAME IS POVERTY": WOMEN PORTRAYED AS AMONG THE "UNDESERVING POOR" ARE SEEN AS DESERVING SEXUAL ASSAULT.

Kiebler, J., & Stewart, A. J.

Publicación: Sex Roles.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01383-9>

Cita completa: Kiebler, J., & Stewart, A. J. (2023). "Their great shame is poverty": women portrayed as among the "Undeserving poor" are seen as deserving sexual assault. *Sex Roles*, 89, 236–256.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: la investigación se enfocó en el papel de los estereotipos en las evaluaciones de culpa relacionadas con mujeres pobres e indignas en casos de agresión sexual.

Objetivo: analizar cómo los estereotipos influyen en las evaluaciones de culpa hacia mujeres de bajos recursos y de "merecedoras" e "indignas" en casos de agresión sexual, así como explorar la relación entre estas evaluaciones y la aplicación de estereotipos.

Método: se realizaron tres experimentos de encuesta en los cuales se presentaron a las participantes viñetas sobre la experiencia de agresión sexual de una mujer, manipulando su identidad como miembro de los "pobres merecedores" o "pobres indignos", y como negra o blanca. Se pidió a los participantes que evaluaran la culpa de la mujer, características de respetabilidad y su valor como persona.

Resultados: los participantes tendían a estereotipar a las mujeres pobres e indignas como más sexualizadas, menos responsables y de menor valor. También fueron más propensos a culpar a estas mujeres por la agresión sexual en comparación con las mujeres pobres "merecedoras", y esta relación fue mediada por los estereotipos.

Conclusión: destaca la importancia de considerar el papel de la clase social en las percepciones de las experiencias de agresión sexual de las mujeres. La tendencia a estereotipar y culpar a las mujeres pobres e indígenas puede tener implicaciones para su tratamiento y actitudes hacia ellas, y

se sugiere una mayor reflexión en políticas, instituciones y experiencias de mujeres de bajos recursos.

BIBLIOGRAFÍA

14. Kiebler, J., & Stewart, A. J. (2023). "Their great shame is poverty": women portrayed as among the "Undeserving poor" are seen as deserving sexual assault. *Sex Roles*, 89, 236–256. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01383-9>

AUTENTICIDAD DISPOSICIONAL, HOMONEGATIVIDAD INTERNALIZADA Y CALIDAD DE LA RELACIÓN EN PAREJAS DEL MISMO GÉNERO: UN MODELO DE MODERACIÓN ACTOR-PAREJA-INDEPENDENCIA⁽¹⁵⁾

DISPOSITIONAL AUTHENTICITY, INTERNALIZED HOMONEGATIVITY, AND RELATIONSHIP QUALITY IN SAME-GENDER COUPLES: AN ACTOR-PARTNER INTERDEPENDENCE MODERATION MODEL.

Chen, S., Murphy, D. & Joseph, S.

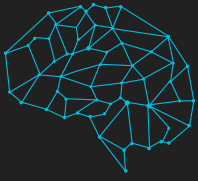
Publicación: Psychology & Sexuality.

DOI: <https://doi.org/10.1080/19419899.2023.2231473>

Cita completa: Chen, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2023). Dispositional Authenticity, Internalized homonegativity, and relationship Quality in Same-Gender Couples: An Actor-Partner Interdependence Moderation model. *Psychology and Sexuality*, 1-20.

RESUMEN DEL ARTÍCULO

Antecedentes: en las últimas décadas, la atención de la salud mental y psicológica de las minorías sexuales ha incrementado de forma significativa. Al vivir en una sociedad heteronormativa, las lesbianas, homosexuales y bisexuales se enfrentan constantemente en ser auténticos en su sexualidad, generando incongruencia entre sus componentes afectivos, comportamentales y de pensamiento. Se ha hecho mucho hincapié en modelos que explican el estrés en las minorías sexuales. La autenticidad disposicional, se considera la piedra angular del desarrollo constructivo de la personalidad, según la teoría de Rogers. Según varios estudios, la autenticidad está relacionada con una mayor adaptación y funcionamiento psicológico. Se ha encontrado una relación



entre la autenticidad disposicional y el funcionamiento de la relación romántica. En varios estudios se ha encontrado una relación entre la homonegatividad interna con el malestar psicológico y una peor calidad de vida.

Objetivo: esclarecer la relación entre homonegatividad internalizada y autenticidad en el contexto de las relaciones románticas del mismo sexo y cómo, su interacción les afecta tanto a ellos mismos como en la relación de pareja.

Método: los participantes fueron reclutados por medio de grupos de Facebook, los participantes tenían los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años y parejas de al menos 3 meses. Se contó con una $n = 316$ y se evaluaron las siguientes variables: autenticidad disposicional, homonegatividad interna y percepción de la calidad de la relación.

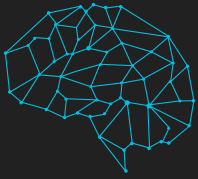
Resultados: se encuentra una relación negativa entre la calidad de la relación con la alienación del self, aceptación de la influencia externa, y la homonegatividad internalizada. La convivencia auténtica se relacionó de forma negativa con aceptar la influencia externa y la internalización de la homonegatividad. La convivencia auténtica se relacionó con

la autopercepción de la calidad de la relación, solo cuando la pareja manifestó bajos niveles de homonegatividad internalizada. La auto alienación, aceptación de influencia externa y la homonegatividad internalizada fue negativa y estadísticamente significativa.

Conclusión: se encuentran perspectivas que ayudan a entender la complejidad de las dinámicas relacionadas por los constructos estudiados: homonegatividad y autenticidad. El primer paso para el trabajo con este grupo, sería tomar distancia de la influencia externa, identificar los valores y creencias que se adoptan de lo externo y aprender a reconectar con la experiencia interna del auténtico self, en vez atender las reacciones del concepto negativo del self. De esta manera, el self negativo colapsará y dará lugar a un self más congruente con su presente.

BIBLIOGRAFÍA

15. Chen, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2023). Dispositional Authenticity, Internalized homonegativity, and relationship Quality in Same-Gender Couples: An Actor-Partner Interdependence Moderation model. *Psychology and Sexuality*, 1-20.



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (Consejo de Redacción)

ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA EL CAMBIO Y EL LIDERAZGO

Palabras clave: Orientación educativa, Innovación educativa, Liderazgo pedagógico, Transformación.

Keywords: Educational guidance, Educational innovation, Pedagogical leadership, Transformation.

La orientación, en palabras de María Luisa Rodríguez, Catedrática emérita de Orientación Profesional de la Universitat de Barcelona, es polifacética, multidimensional, caleidoscópica y con vocación de complejidad. De ahí que sea, a la par, atractiva e importante, así como merecedora de ser tratada en multitud de obras.

Un buen ejemplo es este manual sobre orientación educativa, el cual pivota alrededor de la innovación y del liderazgo -hecho que lo distingue de otros libros de la misma temática publicados hasta la fecha-. No en vano, innovación y liderazgo son actualmente reconocidos como los factores comunes de las propuestas más exitosas y mejor valoradas a nivel tanto educativo como social. Si nos centramos en el contexto educativo, éste concierne al liderazgo de equipos al frente de actuaciones transformadoras que, mayormente, están relacionadas con temáticas de lo que se puede denominar "urgencia socioeducativa". Se abordan, pues, situaciones que pueden llegar a generar interferencias en el proceso de enseñanza y aprendizaje del alumnado (contexto en el cual los orientadores de centro de las distintas etapas educativas cobran una especial relevancia). De ahí que dichos profesionales acaben adoptando un rol de líder en procesos de trabajo compartido con otros profesionales de diferentes ámbitos, para diseñar y desarrollar acciones orientadoras que darán respuesta a necesidades concretas del alumnado a la vez que contribuyen a transformar la realidad sobre la que actúan.

Para enfatizar esta mirada sobre la orientación educativa, los autores, a través de los diferentes bloques de capítulos, nos ofrecen una triple perspectiva de análisis. Ésto es, en primer lugar, gracias a los capítulos de carácter más introductorio y epistemológico, que nos sitúan en el plano de la orientación educativa y su relación con la innovación y el liderazgo; en segundo lugar, debido a los capítulos que nos ofrecen resultados a partir de la práctica profesional innovadora de los orientado-

res de educación infantil, primaria y secundaria; y, en última instancia, gracias a los capítulos que nos muestran resultados asociados a la investigación científica (básica y aplicada), la cual pretende generar conocimiento científico para identificar los fundamentos básicos que permiten comprender la labor de los profesionales de la orientación.

Deben resaltarse los tres primeros capítulos del libro -imprescindibles a mi parecer- los cuales permiten al lector una contextualización (analítica y reflexiva) magníficamente fundamentada a nivel teórico sobre los tres conceptos básicos que aparecen en el manual: orientación educativa, innovación educativa y liderazgo pedagógico.

Merece también una mención especial el capítulo titulado "Sistemas de orientación y asesoramiento psicopedagógico: Equipos de Orientación Educativa como agentes de cambio e innovación". Dicho capítulo, entre otros temas, hace hincapié en las cinco grandes áreas de intervención de la orientación: atención a la diversidad, convivencia, orientación académica y profesional, acción tutorial y apoyo del proceso de enseñanza-aprendizaje. De lectura necesaria.

En definitiva, se trata de un manual que enriquece lo ya publicado sobre orientación educativa gracias a su múltiple óptica de análisis que combina equilibradamente teoría y práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toscano-Cruz, M^a O., Delgado-García, M. (Coords.) (2023). Orientación Educativa para el cambio y el liderazgo. Ediciones Pirámide.

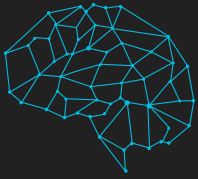
LA RECOMENDACIÓN

Una herramienta eficaz e interesante gracias a las ideas, reflexiones, prácticas profesionales e investigaciones que nos ofrece en el marco de la orientación y que ayudarán a entender cómo los profesionales de la Orientación Educativa llegan a convertirse en una pieza clave para el liderazgo educativo.

Xavier Basagaña Gallego

Inspector de Educación. Profesor colaborador de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Consejo de Redacción (colaborador)

DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrium261601>



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (Consejo de Redacción)

MUERTE POR SUICIDIO. EL SUFRIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS Y EL DUELO DE LOS SUPERVIVIENTES

Palabras clave: Suicidio, Prevención, Conducta suicida, Duelo.

Keywords: Suicide, Prevention, Suicidal behavior, Mourning.

La muerte por suicidio ha sido la gran olvidada durante décadas, siendo considerada un tabú en muchas sociedades y culturas a lo largo de la historia. Uno de los principales motivos para su enmascaramiento es la estigmatización de los problemas de salud mental. Sin embargo, la pandemia causada por la COVID-19 ha contribuido a un aumento exponencial de intentos autolíticos y del suicidio consumado, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes. De este modo, el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, convirtiéndose en la nueva epidemia del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se producen aproximadamente 703.000 suicidios en todo el mundo. Esto significa que, en promedio, más de 1.900 personas mueren por suicidio cada día.

El catedrático emérito de Psicología Clínica en la Universidad del País Vasco y destacado profesional del ámbito, Enrique Echeburúa, ha conseguido abordar de manera profunda este fenómeno en su obra *Muerte por suicidio* (1). El propósito del autor es examinar el suicidio desde una perspectiva global, lo que implica considerar tanto el sufrimiento de quienes toman esta decisión irreversible, como el duelo experimentado por aquellos que sobreviven y deben confrontar esta dolorosa realidad. Este texto pretende dirigirse tanto a los profesionales como a los estudiantes de psicología y

psiquiatría que tengan interés en acercarse al tema. A través de una combinación de datos científicos, casos de estudio y análisis psicológico, Echeburúa - con su maestría habitual- se adentra en el complejo mundo del suicidio, ofreciendo una perspectiva informativa y reflexiva.

El libro se organiza en una serie de capítulos que abordan diversos aspectos de la muerte por suicidio, desde estadísticas y elementos de riesgo, hasta enfoques preventivos y el impacto en individuos cercanos. Sus argumentos son respaldados con una amplia gama de fuentes científicas, lo que fortalece la validez de su obra.

Uno de los elementos más destacables radica en la rigurosidad con la que describe los aspectos psicológicos y emocionales que pueden conducir a una persona a contemplar la tentativa suicida. El autor brinda ejemplos de casos para ilustrar cómo experiencias personales y trastornos mentales pueden contribuir a esta problemática, ofreciendo una comprensión compasiva del sufrimiento humano. Otro aspecto encomiable es su aproximación, no únicamente a las víctimas de muerte por suicidio, sino a sus familiares y allegados que deben enfrentarse al terrible duelo por la pérdida, la presión y el estigma social al que son sometidos.

Este libro se convierte en una valiosa obra que debería encontrarse en el repertorio de manuales de cualquier profesional que trabaje en el ámbito de la salud mental, así como de aquellos que puedan contribuir a prevenir y detectar las conductas suicidas, como médicos, enfermeras, maestros, ...

BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburúa, E. (2023). *Muerte por suicidio*. Pirámide..

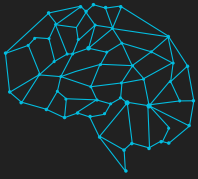
LA RECOMENDACIÓN

He ahí un manual que arroja luz sobre un tema que a menudo se pasa por alto o se trata con tabú. Enrique Echeburúa ha logrado combinar la objetividad científica con una perspectiva empática, lo que hace que este libro sea una lectura recomendada para aquellos que deseen comprender mejor el suicidio y las formas en las que se puede afrontar este problema de manera más efectiva.

Laia Molinero Romera

Psicóloga. HU Dexeus. Barcelona. Consejo de Redacción (Colaboradora)

DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatriam261603>



COMENTARIO LIBRO

COMMENTED BOOK

Sección coordinada por
Ana Campos (Consejo de Redacción)

MORBO MENTIS

Palabras clave: Enfermedad mental; Situaciones vitales; Reducción estigma; Empatía; Ciencia.

Keywords: Mental disorder; Life situations; Stigma reduction; Empathy; Science.

*Conducidme
a la orilla de lo que me descarta
a un estanque
donde no me refleje,
a un lugar
desde donde volver.
Antonio Cabrera (2016)⁽¹⁾*

En la Editorial de este número, ya avanzo este comentario sobre un libro⁽²⁾ con sugerente título, firmado por Enric Álvarez, un Psiquiatra que no necesita demasiada presentación. En cualquier caso, Álvarez inicia una jubilación activa, con la publicación de una auténtica delicia en la que nos sumerge en la parte más hermosa de nuestra profesión, pero también la más compleja y, en ocasiones, marcadamente emotiva, como lo es la labor asistencial. Pero Álvarez es también un docente: más de 40 años enseñando en la Facultad de Medicina de la UAB, ha conllevado que utilizara, como buen profesor, la exposición de casos clínicos, algunos de los cuales ocupan un lugar destacado en los almacenes de su memoria.

Y así, el autor nos sumerge en 11 de estos casos, y nos permite compartirlos como si con él estuviéramos. Resulta tan vívido deslizarse por una realidad, que convierte en un relato, en el que nos lleva de la mano a través de la voz y el eco que transmiten patologías, comportamientos, eventos vitales y personalidades, representativos de los cambios que distorsionan el devenir de la enfermedad mental.

Como ya decíamos anteriormente, Álvarez aplica razón y emoción en su recorrido. El lector navega con estos sentimientos, sin que pueda desengancharse de la historia, narrada con un tempo en el cual las palabras renacen y viven hasta un desenlace final al que se llega con una cadencia literariamente sorprendente y que uno no puede dejar hasta el desenlace.

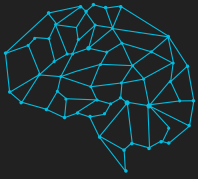
Unos inicios que son propios del costumbrismo; el autor nos revela el entorno cotidiano tan característico, en este caso, de la labor diaria de un médico. Nos permite, además, sentirnos cómplices cómodos del profesional que nos abre su consulta para que lo acompañemos hasta el momento del diagnóstico y la resolución del caso. En este sentido, nuestra impresión se ve corroborada por el comentario de contraportada, al razonar la selección de los casos: "... están grabados en su memoria por diversos aspectos (...): desde sorprendentes giros de guion hasta rasgos de personalidad impactantes o muestras de resiliencia ejemplar".

Y así nos estrenamos con "Sospechas veganas" en el que Álvarez nos abre otra de sus puertas cercanas -una bella costumbre, que tendría que ser la propia de un estudioso del comportamiento humano-, como lo es la impresión inicial de los pacientes y sus acompañantes, si es que los hay. Una historia sorprendente, con escaladas conductuales cada vez más alambicadas y que termina en un diagnóstico que, evidentemente, no revelaremos, como en los otros casos, para que sea el lector quien los constate. Como en el resto de páginas, el autor nos centra en el conocimiento de los aspectos claves del caso.

A partir de aquí, se suceden las historias en una cascada que nos lleva desde "El tercio" con una poderosa entrada -insistimos en el valor literario de estos arranques, ante los que uno sucumbe con una irremediable seducción- con la que marca inexorablemente el vuelo iniciático del caso: el mismo autor nos revela su valiosa costumbre de observar la sala de espera con disimulada atención para recabar las primeras impresiones, que se alambican en el escenario sofisticado pero comprensivo de la estructura mental de Álvarez. El resultado es brillante: "aparentemente mirando hacia la lejanía", "bigote bien recortado a lo Clark Gable y una expresión seria y ceñuda" ... Unos prolegómenos que levantan el telón de la(s) diversas consultas y sus aspectos clave, con el diagnóstico razonado y los diversos tratamientos, incluso cuando son complicados o marcadamente difíciles.

Es en esta conjunción de datos donde podemos disfrutar de los diversos matices del autor, marcados por una profesionalidad vivida con auténtica pasión y expresada por la intensa capacidad empática que nunca ha desligado del razonamiento científico.

DOI:<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum261602>



El sentido de equipo de Álvarez es casi mítico y va más allá de lo que es propio de la convivencia. Como lo es su compromiso con modelos psicológicos de evidencia, no solamente "de respeto", sino implicándose personalmente en las terapias. Lo describe en el excelente análisis funcional y el tratamiento de exposición en "El Ascensor". Tampoco se olvida de estos fundamentos en otros cuadros como el caso de la Depresión, el razonamiento impecable de la génesis y mantenimiento de la Agorafobia o en los apartados dedicados a las disfunciones sexuales, una temática que no acostumbran a abordar los psiquiatras. Su compromiso de integración le condujo a inventarse y coordinar -con quien escribe este comentario- durante 35 años una mítica Jornada⁽³⁾ de auténtico culto para Psiquiatras y Psicólogos. Los cuadros disociativos nos muestran también su interés y apuesta por otras alternativas terapéuticas.

Pero no debemos olvidar sus profundos conocimientos bioquímicos y psicofarmacológicos de los que es un referente internacional. Los reconocemos en la Depresión con una tabla luminosa sobre la desregulación neurotransmisora y unos aspectos clave intachables, lo que repetirá en la Esquizofrenia y sus etapas evolutivas.

Un libro para matar el miedo y los prejuicios ante el reconocimiento de la enfermedad mental y de todos los avances que la han ubicado definitivamente en la perspectiva científica. El propio autor nos lo descubre en sus palabras finales de complicidad dirigidas al lector, al que, en uno de estos ejercicios decisivos marcados por el respeto permanente a los demás y a unas normas en vías de extinción, decide el permitirse tutearlo, en aras a las huellas comunes que comparten y que han dejado los protagonistas de las historias reales que nos ha mostrado: "compartes conmigo la fascinación por esta profesión; es una compleja mezcla de conocimiento, empatía, curiosidad, y, desde luego, una generosa dosis de metodología científica".

En definitiva, a golpes de ciencia y comprensión emocional, Álvarez, y sus pacientes nos conmueven y nos devuelven la esperanza.

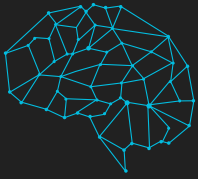
BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera, A. (2016). *Corteza de Abedul*. Tusquets ed.
2. Álvarez, E. (2023). *Morbo Mentis. La enfermedad mental a través de 11 historias reales*. Permanyer.
3. Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la pràctica clínica. En 2024, alcanzarà su 37 edició.

LA RECOMENDACIÓN

Imprescindible tanto para divulgar como para formar parte, en lugar preferente, de los anaqueles de los profesionales de la Salud Mental. Y además, está impecablemente bien escrito.

J.M. Farré
Editor



AGENDA

DIARY



VI SIMPOSIO DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

27 de octubre de 2023

Formato virtual y presencial en L'Acadèmia de Ciències Mèdiques



PROGRAMA

08:15h - 08:30h INICIO CONEXIÓN STREAMING

08:30h - 08:45h ACTO INAUGURAL

Presentación: **José Antonio Monreal**. Hospital Universitario (HU) Mutua de Terrassa. Universitat de Barcelona (UB)

Saludos de bienvenida:

Jorge Osma. Presidente de la MARES

José Luis González de Rivera. Presidente de la SEMP

08:45h - 09:45h DELIRIUM, UN RETO INTERDISCIPLINAR

Moderadora: **Mar Baz**. HU Vall d'Hebron Universitat Autònoma (UAB). Barcelona

Discusora: **Neus Gual**. Coordinadora del "Grupo de trabajo de delirium de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia".

Ponencia 1: Neurobiología del delirium. **Esteban Sepúlveda** Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata. Reus. U. Rovira i Virgili.

Ponencia 2: Después del delirium: consecuencias y secuelas. **David Sanagustín** HU Germans Trias i Pujol. UAB Badalona

09:45h - 10:45h PSICOFARMACOS Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: A LA BÚSQUEDA DEL GRAL TERAPÉUTICO

Moderadora: **Sara Crivillés**. HU de Sant Pau. UAB Barcelona

Discusora: **Gracia Lasheras**. HU Dexeus. UAB Barcelona

Ponencia 1: Asociación, adición o en solitario: cómo despejamos el terreno. **JM Farré Martí**. HU Dexeus. UAB. Barcelona

Ponencia 2: Para qué sirve la psicofarmacología en Salud Mental Perinatal (y para qué no). **Jesús Cobo**. Corporació Sanitària Parc Taulí Sabadell. UAB

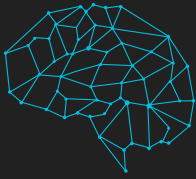
10:45h - 11:15h COFFEE BREAK

ISSN 2565-0564

Cómo citar

Sardà, Neus. «Agenda». *Psicosomàtica y Psiquiatria*, 2023, n.º 26, <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatri/article/view/419401>





Agenda

11:15h – 12:30h COMUNICACIONES ORALES I

Moderadora: Gemma Parramon Puig. HU Vall d'Hebron. UAB. Barcelona

Discusora: Virginia Soria. HU Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

12:30h – 13:45h COMUNICACIONES ORALES II

Moderador: Borja Farré-Sender. HU Dexeus. UAB. Barcelona

Discusor: Luís Pintor. H Clínic Universitari. UB. Barcelona

13:45h – 14:30h CONFERENCIA DE CLAUSURA

Presentación: Rafael Torrubia Beltri. Facultat de Medicina. UAB. Barcelona

Ponencia: Entrenamiento en habilidades y Trastorno Límite de Personalidad. J Soler. HU Sant Pau. UAB Barcelona.

14:30h – 15:00h ACTO DE CLAUSURA

Entrega de los premios "Antonio Colodrón" y "Santiago Montserrat Esteve" a las mejores comunicaciones.

Xavier Labad y **Miquel Agulló**. Presidente y vicepresidente de del Jurado.
Laura Ros. Secretaria del Jurado.

Clausura: Gemma Parramon Puig. Presidenta de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

COMUNICACIONES LIBRES

Se considerarán trabajos originales, proyectos, casos clínicos y programas de intervención en psiquiatría, psicología clínica, psicósomática y psiquiatría de enlace. Tiempo de exposición: 5 minutos (5 diapositivas).

Presentar resumen (máximo 250 palabras) a <http://abstracts.academia.cat/form.php?id=1907>, con: título, autoría y entidad, objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones. Será evaluado por el Comité Científico y se elegirán las 16 mejores para exposición oral. En caso de recibir un número mayor de propuestas, y tras aceptación por parte del Comité Científico, el resto (hasta un máximo de 20), al igual que las 16 seleccionadas, podrán ser publicadas en formato abstract en la Revista Psicosomática y Psiquiatría. El Comité Editorial de esta publicación invitará a los autores y las autoras a considerar la posibilidad de publicación en dicho medio.

Fecha límite de recepción: **7 de octubre de 2023**.

Premio a los dos mejores comunicaciones libres: 1. Premio Antonio Colodrón: 300 € y 1 libro. 2. Premio Santiago Montserrat Esteve: 2 libros e inscripción al VI Simposio. 3. Accésit (si el Jurado lo considera): 2 libros e inscripción a la XXXVII Jornada de Terapia del Comportamiento y Medicina Conductual en la Práctica Clínica.

COORDINACIÓN



COMITÉ CIENTÍFICO

Eduardo Jesús Aguilar. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Miquel Agulló Barbé. Hospital Universitari Dexeus. Barcelona.

Jesús Artal. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

Jordi Blanch. Hospital Universitari Sta Maria de Lleida

Ricardo Campos. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Borja Farré-Sender. Hospital Universitari Dexeus. Barcelona.

Manuel Ángel Franco. Complejo Asistencial de Zamora.

Ignacio Gómez-Reino. Complejo Universitario de Ourense.

Juan Carlos Marco. Hospital Universitario Miquel Servet de Zaragoza.

Fernando Martínez Pintor. Instituto de Reumatología. Barcelona.

Luís Pintor. Hospital Clínic Universitari. Barcelona.

Virginia Soria. HU Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Laura Ros. Hospital Universitario Mútua de Terrassa

ENTIDADES DIRECTORAS



ENTIDADES COLABORADORAS



SECRETARÍA TÉCNICA



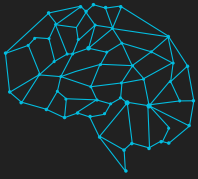
Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears.
xaviernieves@academia.cat

INSCRIPCIONES

- No socias/os (sociedades organizadoras y colaboradoras): **60 €**
- Socias/os: **50 €**
- Enfermería y Psicología: **40 €**
- Estudiantes de postgrado, MIR, PIR, PGS y EIR: **30 €**

Realizar inscripción: <https://inscripcions.academia.cat/form.php?id=2284>

Presentar comunicaciones libres: <http://abstracts.academia.cat/form.php?id=2284>



Agenda

AVANCE DE PROGRAMA



“Desafíos en Psicosomática”

3 y 4 de noviembre 2023

Aula Magna Hospital Gregorio Marañón c/Ibiza



50 CONGRESO

Sociedad Española de Medicina Psicosomática

PRESIDENTE

José Luis González de Rivera Revuelt

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Roberto Aguado Romo
Dra. María Dolores Crespo Hervás
Psic. Concepción Gomez Cantero
Dr. Luis Hernández Herrero

COMITÉ CIENTIFICO

Manuel Alvarez Romero
Celso Arango Lopez
Antonio Bulbena Villarrasa
Ricardo Campos Ródenas
Jose María Farré
Fernando Martínez Pintor
Pedro Moreno Gea
Carlos Mur de Viu
Francisco Vaz Leal

SECRETARIA TÉCNICA

María del Prado Martín Ramos

SOLICITADA DECLARACIÓN DE INTERÉS SANITARIO
SOLICITADO CREDITOS DE FORMACIÓN CONTINUADA

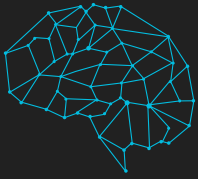
Inscripción: 150 € Socios de la SEMP: 100 €

Información e inscripciones: <https://semp.org.es/>

semedicinaps@gmail.com



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE MÉDICOS
OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL COMUNIDAD DE MADRID
INSTITUTO EUROPEO DE PSICOTERAPIAS DE TIEMPO LIMITADO
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FISIOTERAPEUTAS EN SALUD MENTAL
PSIQUIATRIA.COM



Agenda

DRAFT 260717

PROGRAMA

Viernes 3 noviembre

- 15:00 Inscripción. Entrega de acreditaciones
15:45 Inauguración Oficial * Autoridades
16:00 Conferencia Inaugural:
La Nueva (y preocupante) Psicopatología del Adolescente
Prof. Dr. Celso Arango
Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica, Universidad Complutense
Académico de Número, Real Academia Nacional de Medicina de España
17:00 ¿Existe el fracaso escolar o la enfermedad mental?
Dr. Roberto Aguado
Director del Centro de Evaluación y Psicoterapia de España
Presidente del Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado
18:00 Psicopatología de la Soledad
Prof. Francisco Vaz Leal
Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Extremadura
Jefe de Sección de Psiquiatría, Hospital Universitario de Badajoz
19:00 Comunicaciones
19:30 Asamblea General
Sábado 4 noviembre
10:00. Prevención, Detección y Tratamiento del Burnout
Dr. Luis Hernández Herrero
Especialista en Medicina del Trabajo y Médico Psicoterapeuta
10:30 h – Hacia una Sanidad Sana: Burnout de los Profesionales Sanitarios.
Dr. Ignacio Sánchez-Arcilla
Jefe del Servicio de Prevención Hospital Universitario Gregorio Marañón
11:00 Comunicaciones
11:30 Café



Sociedad Española Medicina Psicosomática
Presidente: Vander Juan Ref Carballo 1955

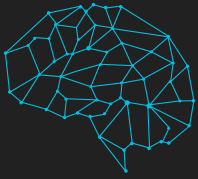
JUNTA DIRECTIVA 2022 - 2024

<https://semp.org.es/>

- Presidente:** Jose Luis Gonzalez de Rivera y Revuelta
Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica.
Vicepresidenta: María Dolores Crespo Hervás. Doctora en Psiquiatría.
Secretario: Luis Hernández Herrero. Doctor en Medicina del Trabajo.
Psicoterapeuta.
Vicesecretaria: Diana Zambrano-Enríquez Gandolfo. Psiquiatra. Madrid
Tesorera: Concepción Isabel Gómez Cantero. Psicóloga. Psicoterapeuta.
Vocales:
Francisco José Vaz Leal. Catedrático de Psiquiatría.
M^a Caridad Carrascosa Salmoral. Médico de Familia. Psicóloga.
Psicoterapeuta. Madrid
Diego Ramón Cebrían Novella. Médico Internista.
José Ignacio Del Pino Montesinos. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Sevilla
Vicevocales:
Enrique Guerra Gómez. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Madrid
María Ibáñez Bernáldez. Médico Forense. Doctora en Medicina.
Beatriz Moreno Milán. Doctora en Psicología.
Agustín Luceño Mardones. Doctor en Ciencias de la Salud. Fisioterapeuta.

- 12:00 – El fenotipo Neuro-Conectivo: Un nuevo paradigma en Medicina
Prof. Antonio Bulbena
Catedrático de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona
Director de la Unidad de Ansiedad, Hospital del Mar, Barcelona
13:00 – Retos en el Diagnóstico de Trastornos Neurológicos Funcionales.
Dr. Jose Serratos
Profesor Asociado, Universidad Autónoma de Madrid
Director de la Unidad de Epilepsia, Fundación Jimenez Diaz
13:30 Trastornos intestinales funcionales: Tratamiento integrado.
Dr. Carlos Mur de Viu
Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Europea
Director del Servicio de Salud Mental del SAAS, Principado de Andorra
14:00 – Comida de Trabajo
15:30 Psicoterapia sistémica de la persona
Dr. José Ignacio del Pino
Médico Psiquiatra Psicoterapeuta
Director de Salud Mental del Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla
16:00 – Nuevas Estrategias en Psicofarmacología
Coordina Prof. Ricardo Campos Rodenas – Universidad de Zaragoza

17:00 Propiocepción, Sistema Visceral y Somatización del Estrés
Prof. Ángel Oliva Pascual-Vaca
Catedrático de Fisioterapia
Director del Departamento de Fisioterapia, Universidad de Sevilla
17:00 Comunicaciones
20:00 Entrega PREMIOS: al mejor poster y a la mejor comunicación



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

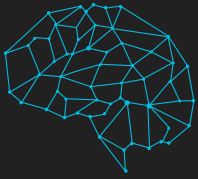
Ramon Bayes

Professor emérito. Universitat Autònoma de Barcelona

GLAMOUR

Me dirijo a la primera concursante con mucha cautela:
-Y Vd. ¿a que aspira?
- A conseguir glamour, mucho glamour, mucho, mucho, un montón así de grande de glamour.
- ¿Y cómo cree que lo conseguirá?
- Siendo una influencer de estilo sobre una alfombra roja?
¿Y cómo se llega a influencer de estilo?
- Con un buen tipo; un tipo de estos que quitan el hipo
- ¿Y si nadie tiene hipo?
- Entonces es más difícil. Hay que confiarlo todo a la calidad de la alfombra roja.
- ¿Dónde puedo encontrar una buena alfombra roja?
- Están por todas partes. En la gala de los Oscar, en las coronaciones, en los funerales de estado. Sólo hay que tener buenos contactos para localizarlas.
- ¿Y si no tengo buenos contactos?
- Es más complicado. ¿Para qué quiere el glamour?
- Me hace ilusión.
- Hay que ser realista. Si aspira a mucho glamour debe tener muchos contactos, llegar a referente de estilo, conseguir que los que la contemplan tengan hipo y, en todo caso,

es esencial que pose sobre una mullida alfombra roja King size, enseñando el tobillo izquierdo sin pasarse
- ¿Y no serviría una alfombra verde?
- Imposible. Nadie ha visto una coronación o un funeral con alfombra verde
- ¿Y si consiguiera un sponsor que a la entrada repartiera bocadillos de jamón?
- En algún país de Oriente Medio creo que lo intentarón. Pero terminó mal.
- ¿Por qué?
- Coincidió con una plaga de sapos. Cayeron a miles del cielo atraídos por la alfombra verde. Los bocadillos con fiambre de sapo no tuvieron excesivo éxito y los hambrientos invitados se comieron crudos a varios camareros y una azafata
- Tengo un amigo en el servicio de meteorología que podría preveerlo.
- Siempre le faltará el estilo y el hipo. Si no es referente de estilo y el auditorio no tiene hipo quíteselo de la cabeza y trate de ser feliz sin glamour. Millares de personas lo consiguen. Incluso es posible, aunque es más difícil, serlo sin bocadillo de jamón y sin oreja de camarero. Muchas de



mis amigas dicen que son felices con un simple muslo de cocinero bajito.

- Sólo lo parecen. Conozco a unas cuantas que en casa son muy desgraciadas. Se encierran en el armario del recibidor y se pasan horas llorando.

- ¿No cree en los milagros?

- Depende. ¿En cuáles?

- Por ejemplo, en el de que pase un ángel y derrama mucho glamour sobre la tierra

- Pues no

- Es Vd. muy pesimista.

- Sólo realista. Hace mucho rato que estamos hablando y todavía no he visto a nadie con hipo.

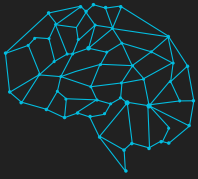
- No es su día de suerte. Pregunte en las redes sociales.

Verá como lo encuentra.

- Vale. Lo intentaré

- ¡Qué despedida más triste!

- Es lo que hay



CUENTOS PSICOSOMÁTICOS

Jesús J. de la Gándara Martín

Psiquiatra y escritor

LA LECHE Y EL TDAH

A la memoria de Doña Emiliana, mujer sabía en decires y cantares.

Antiguamente la leche llegaba a nuestras casas tal y como salía de las ubres de las vacas: natural y sabrosa, pero poco fiable. Había que hervirla antes de consumirla para evitar contraer enfermedades bacterianas, como la brucelosis. Para ello se usaba el consuetudinario cuece-leches, y había que estar muy atentos, *para que no se subiera*, así se decía por no decir ebullición, que era palabra afrancesada, *o que no se fuera*, por no decir se derramara, que sonaba muy cursi.

Mi madre me solía encargarse esa tarea: *niño estate atento, que no suba la leche, que no se vaya a ir*, con redundancia, por si acaso me despistaba. Pero a mi, que me distraía hasta con las musarañas -de haber sido ahora me hubieran diagnosticado un TDAH- siempre se me subía y se me iba la leche antes de que atinara a apagar el gas butano.

Mi madre me echaba una buena reprimenda y de la terapia de cachete solo me libraba su maternal paciencia. Luego se aplicaba a limpiar la leche requemada a golpe de

estropajo, porque *fairy* aún no había, y a la vez que frotaba, iba murmurando: *qué razón tiene doña Emiliana, que la leche es como los políticos, en cuanto te descuidas ella te engaña y ellos te mienten.*

Han pasado los años y ahora la leche llega a casa envasada, higienizada, es muy fiable, ya no hay que hervirla, y aunque mi madre se queja de que no sabe a nada, reconoce que ya nunca *se sube ni se va.*

Pero mi madre sigue azotando a los políticos con la sabía finura emilianesca: *los políticos y la leche cada vez se parecen menos, la leche es muy fiable, de ellos no hay quien se fie; la leche nunca se sube, ellos a la que pueden se suben el sueldo; la leche ya nunca se va..., bueno, en eso sí que se siguen pareciendo.*

Yo, aunque ya no tengo edad para el TDAH, me hago el distraído y murmuré para dentro, por no contrariarla:

Quizá hayamos perdido el sabor de la leche, pero ella se ha librado del estropajo y yo de las reprimendas. De los políticos, mejor no opino, no sea que también se enfurruñe conmigo.