

BOLETIN

**Area de Gestión Clínica de
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Hospital Universitario 12 de Octubre**

Número 37 – Abril 2014



Web del AGCPSM: www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

- **Guía de Autoayuda Prevención del Suicidio** y otras (ORSM Comunidad de Madrid) -
- Convocatorias de cursos y reuniones científicas organizados por miembros del AGCPSM:
- Conferencias AGCPSM** (Abril a Junio 2014), **Investigación clínica: análisis de datos y programas estadísticos** (Roberto Rdguez.-Jiménez y Diego Padilla: 8 y 29 Mayo y 26 Junio 2014),
- Reunión Científica: "Estadificación de los Trastornos Esquizo-Psicóticos"** (Fundación Cerebro y Mente – AGCPSM: 20 y 21 Junio 2014) y otras convocatorias -
- Rotaciones Externas de Residentes de la UDMSM: **Una experiencia en la comunidad terapéutica de estructura multifamiliar en Buenos Aires** (Blanca Quintana),
- La vida en los Andes: Enfermería de Salud Mental en Perú** (Karima Aboufounoun),
- Personality Disorders Institute (New York Presbyterian Hospital)** (Helena Fernández-Garcimartín),
- Hospital Vall D´Hebrón y Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (Hospital Ramón y Cajal)** (Daniel Anadón), **Hospital infantil Universitario "Niño Jesús"** (María Díaz) -
- **Calendario de Sesiones Clínica de Area: Abril - Mayo 2014** -
- Artículo original: **Psicoterapia del TCA desde la consciencia plena** (Francisco Gómez Holgado) -

1. AREA DE GESTION CLINCA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL ¹



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental

Cada **viernes** se actualiza nuestra página web con la información sobre la sesión clínica del miércoles siguiente. Periódicamente se actualiza el resto de la información de los distintos apartados de la web.



Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida.



Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org

Además de nuestra web, ya se pueden consultar los Boletines y Cuadernos de Salud Mental del 12 desde la web de la **Biblioteca Virtual del 12 de Octubre** (<http://cendoc.h12o.es>), lo cual amplifica la visibilidad de nuestras publicaciones.



¹ Fotografía de portada: fachada del MUSAC - Museo de Arte Contemporáneo de Castilla y León, cuyos colores están inspirados en las vidrieras de la Catedral de León.

2. OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

• Guías de Autoayuda: Prevención del Suicidio



Sanidad edita una guía específica de autoayuda para prevenir el suicidio



UNA INICIATIVA DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha editado la guía de autoayuda "Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer?", un documento dirigido a las personas afectadas por ideas de suicidio, a las que trata de dar información veraz y objetiva sobre la conducta suicida. La Guía propone una serie de medidas para ayudar a identificar las señales de alerta y proponer distintas habilidades para su rápida identificación y prevención.

Este nuevo documento se suma a la *Guía de Detección y Prevención del Suicidio para Familiares*, ya editada por la Consejería de Sanidad. Se enmarca en las acciones que el Servicio Madrileño de Salud está desarrollando desde hace años para la prevención de la conducta suicida, y que incluye los programas específicos de prevención del Hospital 12 de Octubre y la Fundación Jiménez Díaz que han conseguido disminuir significativamente la tasa de repetición de tentativas.

Asimismo se ha implantado el Código ARSUIC de Atención al Riesgo Suicida en todos los hospitales de Madrid en los dos últimos años, que garantiza cita ambulatoria tras ser evaluado en los Servicios de Urgencias en plazo no superior a una semana; y cursos específicos de frecuencia mensual sobre la detección del riesgo suicida para los profesionales de atención primaria, que ya han superado la centena de participantes.

La Guía, editada por iniciativa de la Oficina Regional de Salud Mental, aporta cifras y datos concretos sobre el suicidio como problema de salud pública. Así, la Organización Mundial de la Salud estima que una persona intenta morir cada 3 segundos. En España el número de muertes por suicidio superó en 2008, por primera vez, al número de fallecidos por accidente de tráfico.

El trastorno mental multiplica el riesgo de suicidio

Los pacientes de determinadas patologías psiquiátricas presentan un riesgo mucho mayor a la de la población general y así, se estima que el 90% de los fallecimientos por suicidio en España correspondieron a personas con algún trastorno mental.

Las personas afectadas por una depresión presentan una probabilidad de suicidio 20 veces mayor que la población general, en el caso de las esquizofrenia es 9 veces superior y en el del trastorno límite de la personalidad entre 4 y 8 veces mayor.

Todos estos trastornos son tratables y susceptibles de mejorar, por lo que el suicidio es un riesgo predecible. A partir de este hecho, la Guía establece una serie de apartados para tratar de dar respuesta completa a los problemas de la conducta suicida: "Cosas que debes saber", "Qué debes hacer si...has realizado un intento de suicidio", "Qué me protege".

Plan de Seguridad establecido por el propio paciente

La Guía contiene un método paso a paso para que el paciente elabore su propio Plan de Seguridad. En él detalla las señales de alerta, los apoyos con que cuenta, los teléfonos a los que puede recurrir, el contacto con ellos, y los recursos de atención 24 horas. El documento incluye unas pautas de protección muy concretas que la persona con ideas suicidas puede tener presentes permanentemente con facilidad.

La Guía ha sido elaborada por profesionales del ámbito de la salud mental pertenecientes a asociaciones de pacientes y familiares, servicios de emergencias, hospitales, universidades y sociedades científicas.

- Descarga gratuita pdf en: [descargar pdf](#) .

Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida

Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida



Tanto desde las Asociaciones de Pacientes y Familiares de personas con enfermedad mental, como desde la Consejería de Sanidad existe una sensibilidad especial para desarrollar acciones que permitan prevenir el suicidio.



El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid aconseja la adopción de medidas para reducir el riesgo de suicidio. Con este objetivo se ha editado la Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida.

En la Comunidad de Madrid la mortalidad por suicidio es de 7 hombres por cada 100.000 al año, y de 2 mujeres por cada 100.000 al año. Las tasas más altas se dan en personas mayores de 85 años: 27 hombres por cada 100.000 al año y 7 mujeres por cada 100.000 al año. Aunque estos datos epidemiológicos señalan que la tasa de suicidios en la Comunidad de Madrid es menor que en el resto de España y en el resto de Europa, es una de las mayores causas de años de vida perdidos.

El Servicio Madrileño de Salud, a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, ha editado esta **Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida**, que esperamos sea de gran utilidad para pacientes y familiares. Área de descargas GUIA PARA FAMILIARES. Detección y prevención de la conducta suicida.

- Descarga gratuita pdf en: [descargar pdf \(1 MegaBytes\)](#)
- Otros informes y guías sobre conducta suicida: <http://www.alansaludmental.com/suicidio/guías-e-informes-sobre-suicidio/>



Javier Pérez

• Asociación Bipolar de Madrid

PLAN DE DESARROLLO FUTURO

SI LA ENFERMEDAD TE TOCA DE CERCA:
 - POR TI POR TU FAMILIA, POR LAS
 DEMÁS FAMILIAS, LAS DE AHORA Y LAS
 QUE VENDRÁN, AYÚDATE - AYUDANOS!
 A CONSEGUIR QUE ESTO SEA REALIDAD.

Actividades que son necesarias para una acción personalizada e integral, tanto para afectados, como para familiares dentro de una asociación:

- *Psicólogo individualizado (para consultas)
- *Terapia de grupo afectados
- *Terapia de grupo familiares
- *Terapia de mediación familiar, resolución de conflictos (para consulta)
- * Conferencias psiquiátricas
- *Talleres "PSICOLÓGICOS"
- *Talleres "LÚDICOS"
- Escuela de "DESARROLLO PERSONAL"
- Actividades familiares
- Tertulias
- Convivencias
- * -Revista

Para llevar a cabo todo esto, el local de la asociación debe ser como una casa para todos, amueblado como tal y con las habitaciones necesarias para poder impartir todas las actividades. El afectado, la familia, deben de sentirse acogidos en su hogar. Esta unión de hogar y profesionalidad no puede ser suplida, dada su naturaleza y que tampoco es su función, por la Administración Sanitaria.

* Actividades que se realizan en la Asociación.

¿Quién Constituye ABM?

ABM está formada por un grupo de pacientes y sus familiares que por su experiencia cotidiana, están concienciados de la importancia de una buena información, comprensión y apoyo, para el curso favorable de esta enfermedad han decidido aunar sus esfuerzos en una labor social sin ánimo de lucro. Contando con un buen asesoramiento médico y psicológico ABM pretende facilitar la información y ayuda a los afectados, especialmente en aquellos casos en que la enfermedad acaba de dar sus primeras señales y tanto el paciente como su familia entran en contacto por primera vez con los servicios de salud, así como aquellos que nunca han recibido orientación para aprender a vivir con el trastorno y normalizar su vida. El testimonio de otros pacientes haciendo vida normal y aceptando sin reparos el diagnóstico y la necesidad del tratamiento farmacológico, seguido de un tratamiento psicológico integral, (hay un gran porcentaje de personas diagnosticadas que no siguen la medicación) es de extraordinario valor para quienes acaban de recibir el impacto de la enfermedad. Así como todas las demás áreas de terapias, talleres, conferencias y actividades.

La continuidad en el tratamiento como en el asesoramiento psicológico es fundamental, la experiencia demuestra que esta enfermedad hay vaivenes emocionales aunque no lleguen a constituir una fase de depresión o manía. La asociación con sus actividades da esta continuidad, día a día.

La enfermedad del Trastorno Bipolar puede mantenerse asintomática mediante un adecuado tratamiento médico en la mayoría de los casos. La medicina es necesaria, pero no lo es todo.

ASOCIACIÓN BIPOLAR DE MADRID

(Sin ánimo de lucro)

Desde 1993



¿Por qué nace?
 ¿Quiénes somos?
 ¿Qué pretendemos?

Tipo I, Tipo II, Ciclotimia, Esquizo-Afectivo-Depresión

General Zabala, 24 - Local - 28002 Madrid

Teléfonos: 913195260 - 915339515

Info@asociacionbipolar-demadrid.com

Web: www.asociacionbipolar-demadrid.com

¿Qué es La Enfermedad Bipolar?

Existe un gran desconocimiento en la población general de esta enfermedad, agravado por los prejuicios y temores ancestrales que despiertan, todavía, los trastornos psíquicos. Sin embargo, se trata de una afección que tiene muchos puntos en común con la diabetes o la hipertensión arterial, puesto que, como en éstas, el tratamiento médico la tiene compensada y evita gran parte de los riesgos que conlleva cuando no se controla (pérdida de trabajo, ruptura matrimonial, abuso de drogas o suicidio entre otros). En esta enfermedad los mecanismos que controlan el estado de ánimo de una persona no funcionan adecuadamente, como ocurre en la hipertensión respecto a las cifras de presión arterial, de modo que, en determinadas circunstancias se producen elevaciones o descensos exagerados del estado del ánimo que pueden durar semanas o meses, cuya intensidad hace necesaria en ocasiones la hospitalización. Las fases de euforia, llamadas fases "maníacas", cursan con hiperactividad, exceso de confianza, en uno mismo, irritabilidad, locuacidad e incluso en algunos casos ideás delirantes. Aunque para los demás es evidente que el sujeto no está en su estado normal, el paciente tiende a creer que se encuentra perfectamente. En las fases de depresión en cambio nadie parece entender que la apatía, falta de energía e interés por las cosas, elentecimiento y fatiga, no pueden solucionarse fácilmente con alguna distracción o con fuerza de voluntad.

Es de vital importancia la manera de actuar de los familiares, así como que el afectado se concencie de la enfermedad y madure respecto a ésta.

¿Por qué una Asociación de Pacientes con Trastorno Bipolar y Familiares?

Un "hogar" con vocación hacia la profesionalidad

- 1.- En primer lugar, porque esta enfermedad es, probablemente la más beneficiada de un correcto tratamiento psiquiátrico: se dispone de tratamientos para la fase maníaca, para la fase depresiva y para la prevención de ambas.
- 2.- En segundo lugar, por su elevada frecuencia, según los últimos estudios epidemiológicos en España, afecta al 1,6% de la población.
- 3.- En tercer lugar por la falta de información a todos los niveles, que comporta escasez de interés y recursos por parte de la administración y retraso en la búsqueda de asistencia médica por parte de los afectados o sus familiares. Por todos estos motivos, es necesario acercarse al conocimiento de la enfermedad, que avanza cada día con nuevas aportaciones científicas a la sociedad. Los grupos y asociaciones de pacientes y familiares proporcionan un apoyo inestimable a aquellos que contactan por primera vez con la sanidad por un problema de esta índole: informan sobre el concepto de enfermedad mental y aportan el testimonio directo de quienes han sufrido en sus carnes las consecuencias del trastorno y han superado, con realismo y cumplimiento terapéutico, las fases iniciales de desconcierto, también cuales han sido los recursos que han utilizado para permanecer eutímicos (estables), apoyados por el conocimiento de la enfermedad del equipo de profesionales.

Lo mejor es que vengas a conocernos.

Para más información:

ASOCIACIÓN BIPOLAR DE MADRID

C/ General Zabala, 14 - 28002 Madrid

Tels: 91 3195260 - 91 5339515

Web: www.asociacionbipolar-demadrid.com

Correo: info@asociacionbipolar-demadrid.com

Etiología del Trastorno Bipolar

Siendo una enfermedad biológica con repercusiones mentales, es bueno explicar someramente su etiología.

En su origen participan factores biológicos y psicosociales. En ciertas personas predispuestas genéticamente, ante un estímulo estresante por mínimo que este sea, generará una respuesta conductual autónoma, que se cronificará, (pueden ver en Internet el fenómeno kindling y el de sensibilización).

FACTORES NEUROBIOLÓGICOS.

■ Alteraciones de la neurotransmisión. Referente a los neurotransmisores: Dopamina, Noradrenalina, Serotonina, Colina, el GABA, y algunos más. En las fases de depresión y manía se observan variaciones significativas de estos neurotransmisores, esenciales para un estado emocional estable (Eutímico).

■ Alteraciones Neuroendocrinas. Los trastornos de ánimo se acompañan de alteraciones en la temperatura corporal y hormonas como el Cortisol, Melanina y la hormona del crecimiento. El hipotiroidismo se asocia frecuentemente a la depresión y menos a la manía. Los corticoides producen depresiones, manías y ciclos rápidos.

■ Alteraciones Neuropeptérgicas. Se han encontrado alteraciones, en deprimidos y maníacos, de opiáceos endógenos, somatostatina, oxitocina, factor inhibidor de la hormona estimuladora de los melanocitos, calcitonina, factor P, colecistoquinina,....

■ Alteraciones iónicas y de membrana.

■ Alteraciones Electrofisiológicas.

■ Alteraciones del sistema de señalización.

■ Alteraciones Anatómicas y funcionales.

Todo esto que podía haber sido mucho más extenso, nos habla de la complejidad a nivel biológico de la enfermedad y del desarrollo de fármacos para llevar a la persona a un estado estable y permanente.

De esto se deduce la importancia vital del

tratamiento farmacológico y del papel del psiquiatra.

Una vez que los fármacos hagan su efecto entra de forma muy importante la labor psicológica. (Importante tanto para el afectado como para la familia.) Hay que resaltar que en muchos casos será vital un especialista en resolución de conflictos.

- **Web de AREDA** (Asociación de Redes de Comisiones de Docencia y Asesoras)

Recomendable para tutores UDMSM e interesados en docencia de postgrado.



REDA ya está en las redes sociales

La Asociación de Redes de Comisiones de Docencia y Asesoras (AREDA) de Formación Sanitaria Especializada en España amplía su identidad digital. Si ya nos seguías a través de **nuestra página web**

www.areda.info

ahora también podrás participar en el **nuevo blog de Jornadas y Encuentros**

www.eventosareda.wordpress.com

además de

interactuar a través de cualquiera de los siguientes
canales sociales



Haz click sobre los iconos para unirte a nuestras redes.

¡Te esperamos!

3. CONVOCATORIAS

- **Conferencias del AGCPHM HU 12 octubre** (Abril a Junio 2014)

Conferencias

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN (RELLENAR Y ENVIAR EN FORMATO ELECTRÓNICO)	
Nombre y Apellidos:	
NIF:	
Centro de trabajo:	
Servicio:	
Puesto/Cargo:	
Dirección:	
C.P.:	Localidad:
Teléfono trabajo (*):	Teléfono móvil (*):
Otro teléfono (*):	FAX:
E-mail (*):	
Titulación Académica:	
Participación como tutor en:	<input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado
Justificación del interés para realizar el curso:	
Fecha y firma de/de la/s solicitante/s, que declara que son ciertos los datos consignados en la solicitud	
La solicitud deberá ser enviada por email a la Dirección General de Formación, Investigación e Infraestructuras Sanitarias a curso.direccionalformacion@salud.madrid.org	
*TODAS LAS SOLICITUDES SERÁN ADMITIDAS HASTA COMPLETAR APODO PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS.	



La información contenida en este documento es de carácter informativo y no constituye un contrato. La Comunidad de Madrid no se responsabiliza de los daños o perjuicios que puedan derivarse de la utilización de la información contenida en este documento. La Comunidad de Madrid no se responsabiliza de los daños o perjuicios que puedan derivarse de la utilización de la información contenida en este documento. La Comunidad de Madrid no se responsabiliza de los daños o perjuicios que puedan derivarse de la utilización de la información contenida en este documento.

SOLICITADA ACREDITACIÓN
a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Conferencias

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre.

23 de abril, 21 de mayo y 18 de junio de 2014

Hospital Universitario 12 de Octubre
Comunidad de Madrid

Servicio Madrileño de Salud
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Comunidad de Madrid

Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias
Comunidad de Madrid

Conferencias

Dirigido a: profesionales de la Consejería de Sanidad con prioridad para los adscritos al Hospital 12 de octubre.

Objetivos:

Dar a conocer nuevas perspectivas y campos de actuación para el trabajo en salud mental
Actualizar conocimientos relativos a las neurociencias y psicología.
Conectar ese conocimiento con la aportación de profesionales de otros ámbitos culturales y sociales.

Metodología: Exposición y debate

Duración: 4,5 horas

Número de plazas: 90

Fechas y horario: 23 de abril, 21 de mayo y 18 de junio de 2014, de 13,30 a 15 h.

Fecha límite de inscripción:

Lugar de celebración: Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil. Hospital 12 de Octubre. Glorieta de Málaga s/n Madrid

Información e Inscripciones: Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias. Teléfonos: 91-4265456 915290599
email curso.direccionalformacion@salud.madrid.org

Programa y profesorado:

23 de Abril

Emoción y regulación: del circuito cerebral al trastorno emocional.
Juan Ramos Cejudo. Dr. en Psicología. Prof. UCM. Investigador. Director del Área de Investigación e Innovación en Área Humana.

21 de Mayo

¿Qué es y que aporta actualmente la investigación en psicoterapia?. **Alejandro Ávila Espada**. Catedrático de Personalidad, Evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. UCM

18 de Junio

Intervenciones psicosociales y de salud mental en crisis humanitarias. **Ricardo Angora Cañeco**. Psiquiatra H. 12 de Octubre. Cooperante ONG Médicos del Mundo.

Coordinación:

Ángeles Castro Masó. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia. AGCPHM H. 12 de Octubre. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid
Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

INTRANET: <http://saluda.salud.madrid.org>

- **Investigación Clínica: análisis de datos y programas estadísticos**
(8 y 29 Mayo y 26 Junio 2014) Solicitudes de inscripción: al correo del Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez (rrjimenez@salud.madrid.org)

Investigación clínica: análisis de datos y programas estadísticos

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN (RELLENAR Y ENVIAR EN FORMATO ELECTRÓNICO)

Nombre y Apellidos:	
NIF:	
Centro de trabajo:	
Servicio:	
Puesto/Cargo:	
Dirección:	
C.P.:	Localidad:
Teléfono trabajo (*):	Teléfono móvil (*):
Otro teléfono (*):	FAX:
E-mail (*):	
Titulación Académica:	
Participación como tutor en: <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
Fecha y firma del/de la solicitante, que declara que son ciertos los datos consignados en la solicitud	
La solicitud deberá ser enviada por email a la Dirección General de Formación, Investigación e Infraestructuras Sanitarias a cursos direcciongeneralformacion@salud.madrid.org	
*TODAS LAS SOLICITUDES SERÁN ADMITIDAS HASTA COMPLETAR AFORO	
*PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS	



Este curso pertenece al programa de formación y capacitación en el ámbito profesional de la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, que forma parte del conjunto de actividades de formación, desarrollo e investigación de la Comunidad de Madrid. Este curso es parte del programa de formación y desarrollo profesional de la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, que forma parte del conjunto de actividades de formación, desarrollo e investigación de la Comunidad de Madrid. Este curso es parte del programa de formación y desarrollo profesional de la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, que forma parte del conjunto de actividades de formación, desarrollo e investigación de la Comunidad de Madrid.

SOLICITADA ACREDITACIÓN a la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

Investigación clínica: análisis de datos y programas estadísticos

8 y 29 de mayo y 26 de junio de 2014

Hospital Universitario 12 de Octubre
 Servicio Madrileño de Salud
 Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias
 Comunidad de Madrid

Investigación clínica: análisis de datos y programas estadísticos

Dirigido a: Licenciados en Medicina, Psicología Clínica, Biología, Enfermeras Especialistas en Salud Mental. Se priorizará a quienes estén realizando activamente trabajos de investigación o realizando doctorado.

Objetivos:

Adquirir capacidad para preparación de base de datos previo a análisis.
Adquirir conocimiento de las estrategias de análisis estadístico para realizar comparaciones entre grupos.
Adquirir competencias en análisis estadísticos para relacionar variables.

Metodología: Exposición y práctica con ordenador portátil (aportado por el participante)

Duración: 12 horas **Número de plazas:** 12

Fechas y horario: 8 y 29 de mayo y 26 de junio de 2014, de 16 a 20 horas.

Fecha límite de inscripción: 28 de abril de 2014

Lugar de celebración: Sala de Docencia de Centro de Actividades Ambulatorias-Hospital Universitario 12 de Octubre. Glorieta de Málaga s/n Madrid

Información e Inscripciones: Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias. Teléfonos: 91-4265456; 915290599
email cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org

Programa

8 de Mayo

Introducción al análisis de datos. Preparación de datos pre-análisis
- Diseños experimentales básicos en investigación clínica
- Preparación de bases de datos
- Análisis exploratorio de datos.
- Comprobación de supuestos (normalidad, homocedasticidad, linealidad...)

29 de Mayo

- Comparaciones entre grupos.
- t de Student.
- ANOVA, ANCOVA
- Otros estadísticos para comparar grupos

26 de Junio

Relaciones entre variables
- Correlación y tipos
- Introducción a regresión lineal y múltiple
- Análisis de supuestos
- Interpretación y conclusiones
- Ejercicio de evaluación de curso

Profesorado: Roberto Rodríguez-Jiménez. Jefe de Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. Instituto de Investigación. Hospital 12 de Octubre (i+12).
Diego Padilla Torres. Psicólogo Clínico. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Coordinación:

Roberto Rodríguez-Jiménez. Jefe de Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. Instituto de Investigación. Hospital 12 de Octubre (i+12).
Maribel Sepúlveda. Jefe de Sección del Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre
Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

INTRANET: <http://saluda.salud.madrid.org>

- **Reunión científica** (Fundación Cerebro y Mente en colaboración con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, 20-21 Junio 2014)

ESTADIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ESQUIZO-PSICÓTICOS:

CAMBIO DE PARADIGMA EN LA COMPRENSIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

Madrid, 20-21 junio 2014

Reunión organizada por la

Fundación Cerebro y Mente

en colaboración con el

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario 12 de Octubre

Lugar de celebración
Salón de Actos Materno-Infantil Hospital Universitario 12 de Octubre

ORGANIZACIÓN:



Fundación Cerebro y Mente
Madrid, España
 C/ General Goyá 47, 1º E 28006 Madrid
 Tel: +34 91 5611 267
 Fax: +34 91 5641 817
 e-mail: secretaria.fcm@gmail.com
<http://www.cermente.com>

En colaboración con:



Hospital Universitario 12 de Octubre
Comunidad de Madrid
AGC Psiquiatría y Salud Mental

Con el apoyo de:




Patrocinado por:




Secretaría Técnica
FUNDACIÓN CEREBRO Y MENTE
 C/ General Goyá 47, 1º E 28006 Madrid
 Tel: +34 91 5611 267
 Fax: +34 91 5641 817
 e-mail: secretaria.fcm@gmail.com
<http://www.cermente.com>

Secretaría Científica
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE
Tomás Palomo
 Instituto de Investigación
 Tel: 91 7792 839
Roberto Rodríguez-Jiménez
 Servicio de Psiquiatría
 Tel: 91 7792 887

Inscripción

Las inscripciones se pueden realizar desde la página Web de la Fundación Cerebro y Mente a través del siguiente link www.cermente.com.

Cuota de inscripción (IVA incluido):

Participantes	250,00 €
Residentes y estudiantes*	150,00 €

* Imprescindible presentar credencial

Forma de Pago:
 Transferencia bancaria a "Fundación Cerebro y Mente":
 BANCO: CAJA MAR; BIC-SWIFT: CCRIES2A
 IBAN: ES34 3058 0983 95 2720000922

Solicitadas:

Declaración de Interés Sanitario por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del SNS

Presentación

Con la presente Reunión, la Fundación Cerebro y Mente comienza una nueva etapa bajo el lema "Nuevos Paradigmas Científicos en Psiquiatría relevantes en la práctica clínica: Cuestionando el Dogma" en colaboración con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre donde nació hace 20 años la Fundación.

El objetivo de la presente Reunión es plantear nuevos paradigmas que faciliten el conocimiento y el tratamiento de los trastornos psicóticos en general, y de la esquizofrenia en particular. Así, se profundizará en el modelo del staging aplicado a la esquizofrenia, y se revisarán los diferentes estadios por los que pasa el paciente conforme el trastorno va evolucionando. Se hará especial énfasis en las intervenciones tanto terapéuticas como preventivas, y se revisarán los más recientes avances en la fisiopatología del trastorno y sus implicaciones para la práctica clínica.

Traducción Simultánea
Inglés/Español, Español/Inglés

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes 20 de junio

09:40-09:55 Tomás Palomo (España)
Nuevos paradigmas neurocientíficos para la práctica clínica: Cuestionando el dogma.

09:55-10:35 Patrick McGorry (Australia)
Staging in Psychiatry: Implications for study and treatment.

10:35-11:15 Philip McGuire (Reino Unido)
Before the first episode: Transition to psychosis.

11:15-11:40 Café

11:40-12:20 Manuel Cuesta (España)
Primer episodio: El paciente con esquizofrenia antes y después del tratamiento con antipsicóticos.

12:20-13:00 Benedicto Crespo Facorro (España)
Los primeros años tras el primer episodio.

13:00-13:25 DISCUSIÓN
Aspectos clínicos y biológicos en el comienzo de la esquizofrenia: Prevención y tratamiento.
Coordinadores: Juan Carlos Leza y Javier Sanz

13:25-15:00 Comida

15:00-15:40 Juan Carlos Leza (España)
La esquizofrenia como trastorno inflamatorio: Implicaciones para la prevención y el tratamiento.

15:40-16:20 Gabriel Rubio (España)
Modelo endocannabinoide de la esquizofrenia.

16:20-17:00 Bitá Moghaddam (EE.UU.)
Dopamine/Glutamate interactors: Implications for new treatments in schizophrenia.

17:00-17:20 Café

17:20-18:00 Edith Pomarol-Clotet (España)
Red neuronal por defecto en el trastorno mental grave: ¿estado o rasgo?

18:00-18:25 DISCUSIÓN
Avances neurocientíficos: Nuevos planteamientos para el conocimiento y abordaje de la esquizofrenia.
Coordinadores: Richard Beninger y Manuel Cuesta

Sábado 21 de junio

09:30-10:10 Patrick McGorry (Australia)
Conventional and alternative preventive treatments in the first stages of schizophrenia.

10:10-10:50 Christopher Bowie (Canadá)
Rehabilitation of the patient with schizophrenia.

10:50-11:20 Café

11:20-12:00 Paola Dazzan (Reino Unido)
Is there progression in schizophrenia?

12:00-12:40 DISCUSIÓN
Estadificación de la esquizofrenia: Desde el sujeto de riesgo hasta el paciente crónico en estadios avanzados.
Coordinadores: Bitá Moghaddam y Roberto Rodríguez-Jiménez

12:45 CONCLUSIONES
Richard Beninger (Canadá)
Tomás Palomo (España)

9

• **Taller de formación en Psiquiatría** (Colegio de Médicos de Madrid)

II CURSO

DELIBERACIONES EN PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MÉDICA 2013/2014



Organizado por la Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, con la colaboración de la Asociación Española de Psicoterapia

PRESENTACIÓN: Más que cualquier otra especialidad médica, la psiquiatría debe estudiar los aspectos psicológicos y sociales del ser humano, en la salud y en la enfermedad. Pero todos los médicos han de conocer estos aspectos y además, aquellos que lo deseen, poder profundizar en ellos. Por eso, la **Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica del ICOMEM** organiza el presente **CURSO**, en un formato pensado para favorecer la deliberación entre los asistentes:

Una exposición de un tema relevante de psiquiatría/psicología médica durante 50 min. comentado y puesto en contexto por un Deliberador, seguido por deliberación general de todos los presentes, hasta completar un tiempo total de 2 horas.

LUGAR: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

FECHAS: En general, los primeros martes de cada mes, con algunas excepciones (ver programa)

HORARIO: De 19 h a 21 h

INSCRIPCIÓN: Por correo electrónico info@psicoter.es Por teléfono 902 10 52 10

MATRICULA: Gratuita para médicos colegiados al corriente en el pago de cuotas. Profesionales en otras condiciones € 60

DIPLOMA: se expedirá diploma de participación como actividad acreditada por el Colegio Oficial de Médicos de Madrid y por la Asociación Española de Psicoterapia. Solicitada acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

6 mayo 2014. Violencia y Reparación

Ponente: Prof. Dr. José Guimon Ugartechea. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. Antiguo Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Ginebra.

Deliberador: Prof. Dr. Luis G. de Rivera y Revuelta, Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica, Consultor Jefe de Psiquiatría, Fundación Jimenez Diaz, Director del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática, Presidente de la Asociación Española de Psicoterapia.

3 junio 2014. Prevención del suicidio

Ponente: Prof. Dr. Jose Luis Ayuso Mateos. Catedrático Jefe del Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid

Deliberador: Prof. Dr. Jerónimo Saiz Ruiz. Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Alcalá de Henares. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

- **Psicosomática. De las diferentes teorías a la práctica clínica** (IEPPM y Servicio de Salud Mental de la Fundación Jiménez Díaz – Capiro Madrid)

OBJETIVO DEL CURSO

Como en años anteriores, este curso, "PSICOSOMÁTICA: de las diferentes teorías a la práctica clínica", se llevará a cabo dentro del marco de convergencia entre la Fundación Jiménez Díaz y el Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.

Su objetivo es la difusión del pensamiento psicoanalítico en torno a la medicina psicosomática y pretende hacer un recorrido, desde los diferentes desarrollos teóricos de base, incluyendo los aportes de la Escuelas Americana, Inglesa y Francesa, para adentrarnos en la comprensión del funcionamiento mental en relación al enfermar somático.

Para desarrollar estos temas, contamos con un grupo de profesores con una enorme formación y experiencia clínica en cada uno de los temas a abordar

METODOLOGÍA

Exposición de los contenidos teóricos, acompañados de material de casos clínicos.

HORARIO:

Miércoles quincenal de 19,30 h. a 21 h.

DURACIÓN:

Del 9 de Octubre de 2013 al 7 de Mayo de 2014.

CERTIFICADOS

Se proporcionará Certificado de Asistencia a los alumnos que asistan a un mínimo del 90 % de las horas de clase, con control de firmas.

Plazas limitadas al aforo del aula (aprox. 65). La admisión se hará por orden de llegada del boletín de inscripción

PROGRAMA DEL CURSO

9 OCTUBRE 2013
El significado del Síntoma
D. Rafael Cruz Roche
Médico Psiquiatra

23 OCTUBRE 2013
La constitución del sujeto y el aparato psíquico
Dña. Pilar de Pablo
Psicóloga Clínica

6 NOVIEMBRE 2013
La entrevista diagnóstica. Relación médico paciente
Dña. Mª del Pilar Nieto
Médico Psiquiatra

20 NOVIEMBRE 2013
Factores psíquicos en el enfermar: derivas psicológicas y somáticas
D. Javier Alarcón
Psicólogo Clínico

4 DICIEMBRE 2013
Ejes psicopatológicos. Patologías de conflicto versus patologías de déficit
Dña. Pilar de Pablo
Psicóloga clínica

18 DICIEMBRE 2013
Trastornos del narcisismo. Somatización-depresión
D. Enrique García Bernardo
Médico Psiquiatra

8 ENERO 2014
Escuela Americana
D. Manuel Fernández-Criado
Médico Psiquiatra

22 ENERO 2014
Escuela Inglesa
Dña. Mª Eugenia Cid
Psicóloga Clínica

5 FEBRERO 2014
Escuela Francesa
D. Manuel Pérez López
Médico Psiquiatra

19 FEBRERO 2014
Teorías e intervención en la crisis
D. Pedro Gil Corbacho
Médico Psiquiatra

5 MARZO 2014
Duelo patológico
D. Francisco Muñoz
Psicólogo clínico

19 MARZO 2014
La psicosomática en atención primaria
D. Mariano Marcos Bernaldo de Quirós
Médico Psiquiatra

2 ABRIL 2014
La psicosomática en el hospital general. Psicooncología
Dña. Beatriz Rodríguez Vega
Médico Psiquiatra

23 ABRIL 2014
El enfermar a lo largo del ciclo vital
D. Ángel Huescar
Psicólogo clínico

7 DE MAYO 2014
El pensamiento psicosomático-psicoanalítico en la formación de profesionales sanitarios
D. Gerardo Gutiérrez
Psicólogo Clínico

- **La Psicología Clínica en la Sanidad Pública: Sesiones clínicas 2013-14** (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid – Sección Psicología Clínica y de la Salud)

Desde la Sección de Psicología Clínica y de la Salud, conscientes de la importancia de la tarea que los psicólogos clínicos vienen ejerciendo en los servicios sanitarios públicos, realizamos en 2013 un ciclo de sesiones clínicas para dar a conocer este trabajo al resto de los colegiados, y mostrar una panorámica de los distintos ámbitos en los que desarrollan su actividad. Tras la experiencia deseamos continuar con la realización de este ciclo en el curso lectivo 2013-2014, continuar con la realización de este ciclo. En estas sesiones se expondrá el abordaje psicológico de casos, cuya complejidad exige, además de las habilidades técnicas de los psicólogos responsables, la comprensión de los diferentes contextos en que éste se desarrolla dentro de la red sanitaria y la colaboración interdisciplinar con otros especialistas.

Organizadas desde la Sección de Psicología Clínica y de la Salud y coordinadas por D^a Concepción Pérez Salmón, miembro de la Junta Directiva de la Sección, las sesiones son de carácter breve e incluyen la exposición del caso y el posterior coloquio con los asistentes. Para solicitar las fichas de las sesiones se debe escribir un correo a la atención del Coordinador de la Sección D. José Félix Rodríguez Rego: expertopsicoterapia@gmail.com

Estas sesiones están dirigidas a psicólogos colegiados y estudiantes de psicología que acrediten su condición.

Entrada libre y gratuita.

Martes, 8 de Abril de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

Psicoterapia de grupo de jóvenes con biografías traumáticas.

D^a Ana López Fuentetaja. Psicóloga clínica, colegiada M-05744. Centro de Salud Mental de Villaverde.

Martes, 13 de Mayo de 2014. De 19:00 a 20:30 horas.

Alimentación y dinámica familiar. Intervención psicoterapéutica con un niño en un servicio de salud mental pública.

D^a Angélica Esteban Arroyo. Psicóloga clínica, colegiada M-14984. Centro de Salud Mental de Villaverde.

Lugar de celebración:

Salón de Actos del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Cuesta de San Vicente nº4, 5 planta 28008 Madrid

Teléfono 91 541 99 99 · Fax 91 547 22 84

e-mail: formacion@cop.es web: www.copmadrid.org



- **Curso TEC** (Imanol Querejeta, Javier Palomo, Tomás Palomo, Javier Sanz F. et al)

VIII. CURSO INTENSIVO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Organiza:

Servicio de Psiquiatría
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA
Tlf: 943006060

Secretaría Técnica:

Fundación Cerebro y Mente
Eva Mª Sebastián
c/ General Oráa, 47 - 1ºE
28006 Madrid
Tlf: 915611267 - Fax: 915641817
email: secretaria@cermente.com

Fecha: del 19 al 22 de mayo de 2014

Lugar: Salón de Grados
Unidad Docente de San Sebastián - UPV
(Junto al Hospital Donostia)

Se reservará plaza para cada alumno una vez se haya recibido la transferencia del importe de la matrícula y hasta agotar las 18 plazas ofertadas.

Se garantiza la impartición del curso toda vez que se cubra la totalidad de las plazas. En caso de que no se cubran las plazas o se sobrepasen, se ofrecerá a los alumnos matriculados (primer supuesto) o a cada alumno que figure después del nº18 (segundo supuesto) la devolución del importe de la matrícula o la reserva, con preferencia para el siguiente curso que se oferte.

La organización se propone ofertar un curso anual, aproximadamente en la segunda quincena de mayo.

Dingido a Licenciados en Medicina y Cirugía
Impartido íntegramente en castellano




VIII. CURSO INTENSIVO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
TERAPIA ELEKTROKONBULTSIBOKO
VIII. KURTSO INTENTSIBOA

Dirección / Zuzendaritza:
Dr. Imanol Querejeta Ayerdi
Dr. Javier Palomo Larchunel

Servicio de Psiquiatría / Psikiatria Zerbitzua
HOSPITAL DONOSTIA / DONOSTIA OSPITALEA

Del 19 al 22 de mayo de 2014 / 2014ko maiatzaren 19k 22ra

*Modificado con la entrada por el CITE

PROGRAMA LUN 19/05

10:00	Reunión en el hall de la entrada principal del Hospital Universitario Donostia
10:30 - 11:00	Inauguración y presentación del curso Dr. I. Querejeta - Dr. T. Palomo
11:00 - 11:30	Antecedentes e historia de la TEC Dra. S. Jiménez
11:30 - 12:00	Aspectos generales y del procedimiento de la TEC Dr. J. Palomo
12:00 - 12:30	<i>Pausa café</i>
12:30 - 13:00	Cambios fisiológicos producidos por la TEC Dr. J. Palomo
13:00 - 13:30	Mecanismo de acción de la TEC Dr. J. Palomo
13:30 - 14:00	Indicaciones, predictores de respuesta y contraindicaciones de la TEC Dra. M. Alonso
14:00 - 14:30	Efectos secundarios y complicaciones de la TEC Dra. S. Aróstegui
14:30 - 15:30	<i>Comida de trabajo</i>
15:30 - 16:45	TALLER 1 (Dra. L. Barbadillo / Dra. S. Aróstegui / Dr. J. Palomo) GRUPO A: Procedimiento de la TEC paso a paso y visionado de video de pacientes reales GRUPO B: Preparación del paciente en la sala de TEC
16:45 - 17:15	<i>Pausa café</i>
17:15 - 18:30	TALLER 2 (Dra. L. Barbadillo / Dra. S. Aróstegui / Dr. J. Palomo) GRUPO A: Preparación del paciente en la sala de TEC GRUPO B: Procedimiento de la TEC paso a paso y visionado de video de pacientes reales

PROGRAMA MAR 20/05

8:00 - 10:00	PRÁCTICAS TEC Dr. J. Palomo / Dra. L. Barbadillo / Dra. J. Carton
10:30 - 11:00	Efectos secundarios cognitivos de la TEC Y. Bailorca
11:00 - 11:30	Aspectos físicos y energéticos de la TEC I: Carga eléctrica y corriente eléctrica Dr. J. Palomo
11:30 - 12:00	Aspectos físicos y energéticos de la TEC II: electricidad y energía en la neurona y en el cerebro Dr. J. Palomo
12:00 - 12:30	<i>Pausa café</i>
12:30 - 13:00	Aspectos físicos y energéticos de la TEC III: onda cuadrada de pulso breve bidireccional (OCPBB). Descripción y características Dr. J. Palomo
13:00 - 13:30	Aspectos físicos y energéticos de la TEC IV: onda cuadrada de pulso breve bidireccional (OCPBB). Manipulación del estímulo eléctrico y sentido clínico de dicha manipulación Dr. J. Palomo
13:30 - 14:00	Fármacos y TEC Dr. J. García
14:00 - 14:30	Poblaciones especiales en la TEC Dra. J. Carton
14:30 - 15:30	<i>Comida de trabajo</i>
15:30 - 16:45	TALLER 3 (Dr. J. Palomo / Dra. J. Carton / Y. Bailorca) GRUPO A: Aparatos de TEC; descripción y manejo GRUPO B: Valoración cognitiva en pacientes que reciben TEC
16:45 - 17:15	<i>Pausa café</i>
17:15 - 18:30	TALLER 4 (Dr. J. Palomo / Dra. J. Carton / Y. Bailorca) GRUPO A: Valoración cognitiva en pacientes que reciben TEC GRUPO B: Aparatos de TEC; descripción y manejo

PROGRAMA MIE 21/05

8:00 - 10:00	PRÁCTICAS TEC Dr. J. Palomo / Dra. C. Erasquin / Dra. S. Aróstegui
10:30 - 11:00	Aspectos legales en la TEC Dr. A. Larrazabal
11:00 - 12:00	TALLER 5 (Dr. J. J. Poza) EEG: fundamentos teóricos y prácticos. Aplicación en la TEC
12:00 - 12:30	<i>Pausa café</i>
12:30 - 13:30	Investigación en la TEC Dr. M. Bernardo
13:30 - 14:00	Cuidados de enfermería en la TEC G. Jáuregui
14:00 - 14:30	Anestesia en la TEC Dra. C. García / Dra. B. Barandiarán
14:30 - 15:30	<i>Comida de trabajo</i>
15:30 - 16:45	TALLER 6 (Dr. J. Palomo) GRUPOS A Y B: Optimización de la TEC, y manejo del paciente TEC resistente

PROGRAMA JUE 22/05

8:00 - 10:00	PRÁCTICAS TEC Dr. J. Palomo / Dra. M. Alonso / Dra. S. Jiménez
10:30 - 11:00	Introducción al conocimiento de la estimulación magnética transcraneal (EMT) y otras terapias biológicas Dr. J. Palomo
11:00 - 12:00	Pautas de suministro del estímulo eléctrico (actualización) Dr. J. Sanz Fuentesnebro
12:00 - 12:30	<i>Pausa café</i>
12:30 - 13:00	Gestión de procesos en la TEC Dr. I. Querejeta
13:00 - 14:00	TEC de mantenimiento Dr. A. de Dios
14:00 - 14:30	Evaluación y clausura del curso Dr. I. Querejeta / Dr. M. Gutiérrez

4. RESIDENTES UDMSM: Rotaciones Externas

UNA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ESTRUCTURA MULTIFAMILIAR (Buenos Aires, Argentina)

*Blanca Quintana Sáiz
PIR Psicología Clínica - 4º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*

Durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2013, realicé mi Rotación libre en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires, Argentina.

A mi llegada, tras haber leído algunos artículos del profesor García Badaracco pensaba que tenía alguna idea acerca de lo que me iba a encontrar. La realidad fue otra. Mi primer contacto fue en un Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. No entendí muy bien lo que vi en un primer momento, me desconcertó no poder adivinar quién era psicoterapeuta y quién paciente.

Durante el primer mes, tuve que leer bastante para poder comprender lo que estaba vivenciando en la comunidad terapéutica. Se trata de una comunidad a la que los pacientes acuden durante cuatro horas al día, en la que no existen criterios de inclusión y donde todo lo que acontece y cómo acontece forma parte del tratamiento. Me desconcertaba ver trabajar sin un encuadre delimitado y entendiendo la Comunidad como una familia sustitutiva con sus conflictos y alianzas también dentro del grupo de terapeutas.

Comencé a leer la “Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar” del profesor García Badaracco, en la que pude estudiar su teoría acerca de la psicopatología, comprender la visión vincular de los trastornos mentales incluida la psicosis; para la que propone una visión constructivista e intersubjetiva. Algunos de sus conceptos clave vienen descritos en este libro. Los más destacados son:

- Identificaciones normogénicas: Son las identificaciones que se hacen dentro de un vínculo sano, en las que dentro de la dependencia, el hijo puede “utilizar” a las figuras parentales, como partes de sí mismo, desarrollando (por identificaciones estructurantes con recursos sanos de los padres) recursos propios genuinos.
- Identificaciones patogénicas: Aquellas que incorporan al psiquismo elementos que van a actuar como una presencia invasora y exigente, obligando a una reestructuración y sometimiento de las demás funciones mentales en función de esa presencia.
- Recursos Yoicos genuinos: Capacidad de los seres humanos para hacer frente a situaciones de dificultad. Su desarrollo comienza en la infancia y deben ser constituídos junto a los padres, a través de experiencias enriquecedoras que acompañen al sujeto en el desarrollo, aportándole recursos para poder defenderse de las situaciones adversas de la vida y volver a ser él mismo. Es un aspecto esencial de la condición de salud mental y madurez de la personalidad.
- Objeto enloquecedor: Son los vínculos interpersonales que se articulan de un modo perverso, en forma de interdependencias que impiden pensar y ser. Hacén

al sujeto sentir su propia espontaneidad como amenazante y peligrosa, amplificador de angustias primitivas.

- Interdependencias patógenas: Las dependencias patológicas son siempre interdependencias patológicas. Se mantienen por compulsión a la repetición, son formas patológicas de relaciones intersubjetivas, dan un equilibrio al sistema familiar y regula las distintas identificaciones.
- Virtualidad sana: Capacidad potencial que tenemos todos los seres humanos, y que muchas veces no es vislumbrada por los otros, porque en la enfermedad mental, esta virtualidad está oculta por debajo de las identificaciones patógenas y patológicas, y de las “presencias” (primero externas y luego internas), que hacen a la persona “actuar” personajes cargados de reclamos. En el Psicoanálisis Multifamiliar tenemos que “descubrir” esa virtualidad más allá de los síntomas, porque es a través de esta “otra mirada” que la persona va a poder desarrollar recursos propios, para que acompañado por el analista pueda ir desarrollándola cada vez más, des-identificándose de esas presencias que lo ocultan hasta llegar a la autonomía.
- Potencial Virtual Sano: Se llama así a la parte sana que poseen todos los seres humanos. En los casos de enfermedad mental grave, ese potencial debe ser muchas veces imaginado por el terapeuta para poder llevar adelante el tratamiento sin prestar atención a los reclamos constantes de los que puede ser objeto.

Además de la Comunidad Terapéutica, estuve asistiendo a Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, son grupos heterogéneos de unas 70 personas donde acuden pacientes, familiares, expacientes y todo aquel que quiera participar de la experiencia. Se trata de alguna forma, de reproducir la sociedad. Actúan como una “matriz terapéutica” de re-desarrollo de la virtualidad sana que ha sido atrapada en interdependencias patógenas. En ellas se crea un clima de respeto y solidaridad con efecto curativo.

Estos grupos crean el contexto donde poder adquirir nuevas identificaciones. La dimensión del grupo permite contener la violencia y trabajar la transferencia psicótica. Dan importancia al aspecto vivencial, al aquí y ahora, así como a la espontaneidad y la autenticidad. La inclusión de la familia en los grupos, permite ver directamente la forma en que el “clima familiar” influye en el paciente, para poder “comprender” la situación en su totalidad.

Tuve la suerte de poder participar en distintos Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, el de la Fundación María Elisa Mitre, los grupos de los Hospitales Neuropsiquiátricos J. Borda y B. Moyano, el Grupo del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez o el Grupo de la Asociación Psicoanalítica Argentina. En todos ellos pude experimentar una de las máximas de esta Comunidad, la no distinción entre psicoterapeutas y pacientes.

Sólo agradecer la acogida con la que me recibieron y la sensación de que se hacían cargo de mí cuando me encontraba tan lejos de mis amigos y familia, pude entender el efecto curativo que esta predisposición puede tener en cualquier persona.

Bibliografía

- García Badaracco, J. E. Comunidad Terapéutica de Estructura Multifamiliar. 1ª ed. Madrid: Julián Yébenes, S.A. Editores.

- García Badaracco, J.E. De sorpresa en sorpresa. Revista de Psicoterapia Analítica Grupal, (2): 59-73. 2006.
- García Badaracco, J.E. Psicoanálisis Multifamiliar, para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana. Revista de Psicoanálisis, LXII(4): 919-36. 2006.
- Mitre, M^a E. Las Voces la Locura, historias verdaderas de una clínica psiquiátrica. 1^a ed. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2007.



Psicoanálisis multifamiliar (Carlos Martínez Pampin ⁸)

⁸ En el Borda, un taller cultural impulsado por el artista Plástico **Carlos Martínez Pampin** colabora, con un método diferente, en la recuperación de los internos. *“El arte es una evolución. El arte es el que da sentido a la vida, se apodera del intelecto, y convierte lo individual en social”*. Quien postula esta idea es Carlos Martínez Pampin, un plástico que acerca la expresión artística a los internos de los hospitales neuropsiquiátricos Borda y Moyano. Una epopeya donde la solidaridad se conjuga en el tiempo presente con la voluntad de ayudar a los pacientes con enfermedades mentales, apuntando a que, por medio del arte, descarguen la ansiedad y angustia que los atormenta, y que en este proceso este siempre presente la integración del paciente con sus familias y la sociedad.

Aunque Martínez Pampin tuvo un pasado profesional como hombre de negocios, el arte siempre fue su vocación , y tras estudiar y explorar diferentes gamas artísticas (como una serie de pinturas sacras tituladas “Pascuas”), se acercó al campo de la Psicología. Su relación con el doctor Jorge García Badaracco, quien hace 40 años trabajaba en el campo del Psicoanálisis Multifamiliar, lo sumergió en un mundo donde comprobó que, por medio del arte, las personas con problemas psíquicos pueden fortalecer sus “procesos yoicos” y crear un vínculo de confianza con ellos mismos, con sus profesores y médicos, familiares y con la sociedad.

Desde hace seis años, siempre en forma ad honorem , Martínez Pampin trabaja día a día con los internos y los pacientes externos (que tienen autorización para regresar a sus hogares), creando , explorando, buscando alternativas con el arte como canalizador . En su taller del grupo Novel y en los hospitales, los pacientes usan la pintura como un nexo, un puente , una unión “entre ese potencial sano virtual y la posibilidad de desarrollarse”, explica el artista.(seguir leyendo en: <http://www.chuet.com.ar/notas/i-mag/pampin.htm>) .

LA VIDA EN LOS ANDES: ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN PERÚ

*Karima Aboufounoun El Azzouzi
EIR Salud Mental - 2º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*

Aún recuerdo con cariño aquel día en pleno mes de octubre del 2013 en el que me llegó una carta que resumo con pocas palabras: *“su rotación externa ha sido concedida”*. Y desde entonces empezaron ya los preparativos del viaje. Me esperaban tres meses de una intensa experiencia.

Hacía tiempo que deseaba formarme y adquirir algo de experiencia en la psiquiatría transcultural. Decidí entonces que lo mejor era averiguar sobre la existencia de programas o proyectos. Tras comprobar que en Piura, un pequeño departamento al norte de Perú, tenía un proyecto internacional llamado *“Salud mental para todos- Piura”* (SMPT) decidí ir a conocerlo. Este, es un proyecto sociosanitario de colaboración internacional promovido por la ONG de Juan Ciudad y San Juan de Dios Salud Mental Madrid. Éste proyecto se inició en el Centro de Reposo de enfermeros mentales Piura-Tumbes (CREMPT) del hospital San Juan de Dios de Piura, dedicado a la salud mental y psiquiatría, que gestionan los Hermanos de San Juan de Dios en el extremo noroccidental de Perú.

Tras mi pequeña investigación descubrí que el objetivo principal del proyecto es trabajar con las personas con necesidades de salud mental y que no tienen acceso a ello por diferentes razones. Cuestiones como las situaciones geográficas de las personas a las que se atiende justifican esta labor puesto que prácticamente la totalidad de los pacientes con los cuales se trabaja viven en medio de la sierra y muy lejos de las ciudades donde se ofrecen las consultas. Hay que recalcar que la razón de mayor esfuerzo no es sólo geográfica sino la económica. Y es que la capacidad económica familiar para el tratamiento de estos pacientes, es prácticamente nula.

Los enfermos mentales en los países empobrecidos son los más olvidados entre los olvidados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente las personas con trastornos mentales se encuentran entre las más desatendidas del mundo. Y es que cuando en un determinado lugar la atención sanitaria en general es pobre, ¿qué se puede esperar de la psiquiátrica? Desgraciadamente, lo usual es que sea prácticamente inexistente.

Además de la atención comunitaria en los Andes peruanos, este proyecto engloba otra serie de actividades que se realizan dentro del Centro de Reposo de tipo clínico, tales como la atención directa a pacientes hospitalizados y consultas externas. El centro también ofrece atención rehabilitadora formada por un centro de día, terapia ocupacional y un programa de radio llevado a cabo por los pacientes. Por último, cabe señalar que en el centro de día, semanalmente se realiza una especie de sesión clínica de 45 minutos de duración en la que se habla de algún caso o se presenta algún tema de interés para todos.

Primero haré una breve descripción del trabajo comunitario que pude desarrollar con los pacientes de la sierra.

Durante varios días, tuve la oportunidad de poder ir a la sierra junto con otro rotante MIR-4. Todas las salidas que hacíamos en dirección a los Andes peruanos fueron una verdadera aventura, pero la primera especialmente. Muy probablemente el desconocimiento de la cultura - que aunque hablemos el mismo idioma somos culturalmente muy diferentes - las costumbres y sobre todo las condiciones geográficas hayan sido los responsables.

En esa primera misión llegamos a Montero, uno de los 10 distritos de la provincia de Ayabaca, ubicado en el departamento de Piura. En este distrito de alrededor de los 1000 habitantes nos esperaban varios familiares y pacientes no sólo del distrito urbano de Montero sino también de los alrededores rurales que tras horas caminando habían llegado.

Previamente a nuestra llegada, los hermanos y hermanas de las parroquias fueron los encargados de difundir nuestra llegada. La difusión se realizaba tanto durante las misas como mediante altavoz para que pudiese acudir el máximo número de personas.

Durante la mañana mientras el psiquiatra se encargaba de atender las consultas, yo adquirí el papel de observadora. Lo cierto es que me pareció muy interesante el tipo de consultas que hacían y sobre todo las explicaciones mítico-religiosas que daban a los problemas psiquiátricos. Las explicaciones de los sucesos jamás eran científicas. Teniendo en cuenta el avance científico que hay en España y en general en el mundo occidental, esto nos puede llevar a no comprender muchos aspectos y explicaciones culturales que se dan. Creo que ante esto, es muy importante saber respetar. En primer lugar por solidaridad, puesto que no todas las personas hemos tenido la oportunidad de llegar a tener un grado de formación y conocimiento objetivo de las cosas que nos permita entender las patologías. Por otro lado, si cada uno de nosotros pusiese en práctica ese concepto que tanto se nombra y no siempre se utiliza y adquiere entenderíamos muchos puntos de vista distintos a los nuestros y me refiero a la empatía.

Durante la tarde llevamos a cabo actividades de educación y sensibilización. Los temas que tratamos fueron violencia de género y pautas de educación para niños.

Así como para las consultas acudían un número de personas considerable, muchos de ellos para consulta de patologías orgánicas (a los cuales se explicaba que la campaña era sólo para temas relacionados con la salud mental) para las charlas de educación y sensibilización el número de participantes descendía considerablemente. Si analizamos las razones, encontraremos que simplemente la urgencia de una consulta médica supone una fuerza de mayor peso para ellos. Ello no evitaba que se hiciera hincapié en la importancia de asistir a las charlas puesto que en ellas se hablaba de problemas importantes y que podían crear o eran en sí conflictiva familiar y en muchas ocasiones podían desencadenar en el florecimiento de problemas de salud mental. Este es el ejemplo del maltrato de género, una de las epidemias de la sierra.

En las consultas, he podido observar que muchas madres traían a sus hijos para consultar sobre las posibles razones del poco rendimiento e interés por los estudios de sus hijos. Este patrón de consultas se repitió en los varios distritos a los que acudimos. Los familiares no eran capaces de distinguir los problemas que eran más bien pedagógicos que

tenían que ver más con el esfuerzo, interés y motivación de los que eran propiamente problemas de salud mental.

Todo lo mencionado anteriormente me hizo llegar a la conclusión de que una de las funciones del programa era dar a conocer qué era esto de la salud mental o intentar aproximarse a su definición más correcta. En la actualidad es un concepto que presenta dificultades en su definición. Si partimos de que inclusive la Organización Mundial de la Salud (OMS) no tiene una definición exacta y sólo define de forma general la salud como *“un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, nos podemos dar cuenta que es algo totalmente comprensible que las personas no sepamos siempre distinguir lo que forma y lo que no forma parte de la salud mental.

Es importante hacer hincapié en la importancia que se ha hecho siempre a todas las personas que acudían a las charlas como agentes comunitarios de salud. Es decir, que cada uno de los asistentes transmitiese su conocimiento al resto de personas de su comunidad (personas que no habían venido por bajo interés o por razones físicas, etc...), así como lo aprendido.

Otro de los temas impartidos en la sierra trató sobre el cansancio del cuidador. El perfil del cuidador de la sierra es el de mujer, familiar de la persona cuidada y que realizaba esa labor sin ninguna ayuda ni remuneración económica. Pienso que en líneas generales, incluso en países desarrollados se olvida y se descuida el papel del cuidador. Si además nos centramos en un medio con muy pocos recursos, el descuido es aún mayor.



Montero, Piura

Uno de los aspectos de este proyecto del que me gustaría no olvidar y hacer referencia son los relativos al transporte. Para poder movilizarnos desde Piura hasta nuestro destino serrano utilizábamos autobús. En los primeros kilómetros a la salida de Piura las carreteras estaban asfaltadas por lo cual- excepto el alto número de accidentes debido a descuidos de los conductores- el temor estaba dentro del rango de la normalidad. Cuando el autobús se adentraba en el corazón de la sierra, en las curvas andinas sin asfaltar y a estar cada vez a más altitud, etc... la cuestión cambiaba. Aunque las vistas siempre me parecieron preciosas y impresionantes, debo decir que la primera vez sólo

deseaba bajarme y dar marcha atrás hacía Piura. El miedo a que el bus cayese, resbale o se produjesen fallos técnicos, era simplemente inevitable. Tras varios viajes aprendí a ignorar lo que había a un lado de la ventanilla y disfrutar de lo espectacular que era el paisaje.

Si me pidieran que describiera la situación más impactante que he vivido en esta rotación describiría, sin dudar, dos situaciones bastante similares.

La primera es el caso de una paciente de 42 años que llevaba alrededor ni más ni menos que 21 años encadenada, literalmente. Durante su infancia la paciente había estudiado hasta los 14 años en la sierra, momento en el que se traslada a la ciudad de Piura para seguir estudiando. Al cabo de unos años, tiene un brote psicótico. Ante este hecho, los familiares de la paciente deciden trasladarla otra vez a la sierra. Allí, ante la imposibilidad de contención y ante la petición voluntaria de la paciente - según los familiares - de que la contengan mecánicamente, deciden contenerla de un pie mediante una cadena de hierro atada a la pared. A día de hoy, al igual que durante estos 21 años, la paciente siempre ha permanecido contenida y sin ropa, a petición de la propia paciente, según los familiares. La paciente dormía sobre un tronco de madera y comía y hacía sus necesidades en el mismo lugar. Cuando se le preguntaba a los familiares sobre el por qué de no haber consultado jamás sobre el caso ni tan sólo a un médico generalista, alegaban que no sabían que eso tuviera solución. Es impresionante cómo algo tan grave, ante lo cual en España cualquiera consultaría, en el medio de la sierra peruana no se consulta. En esa situación el trabajo consistió en hacerle ver a la familia que la persona padecía una enfermedad mental, que era ciertamente crónica y por lo tanto no tenía cura, pero sí tratamiento. Se le puso tratamiento antipsicótico y se informó de que intentarían descontenerla y vieran su comportamiento. Seguramente esta paciente no se comportaría de forma agresiva ni se iría de la casa visto su estado general.

La segunda situación fue el caso de una paciente que al igual que la primera nunca había sido vista por ningún médico y por lo tanto nunca había recibido tratamiento en sus 72 años. Lo positivo de este caso es que la señora se había casado y había tenido hijos y una vida normal hasta casi los 40 años, momento en el que debutó con esquizofrenia. Desde entonces la familia se ha encargado de cuidarla y de darle una cama y una habitación individual.

Con estos dos casos, pude comprobar cómo el curso natural de la esquizofrenia sin tratamiento es devastador.

Lo cierto es que tras ver varios casos contenidos mecánicamente, unos con cadenas y otros encerrados en habitaciones solos, me pregunto sobre lo mal que lo deben haber pasado. Aunque a priori pensemos que lo más fácil ante la falta de contención es encerrar, cuando me pongo en el lugar de los cuidadores los entiendo. Y es que ¿qué se puede hacer ante la desorganización y agresividad de algunos? Como explicaban los familiares, junto al paciente, ellos también eran los más afectados ante la situación. Ante ciertas situaciones y para evitar que el paciente se vaya por los cerros y se pierda o se muera, deben encerrarlo. Aunque yo no he podido ver cómo pasaban muchos pacientes de estar encerrados a dejarlos libres tras un tiempo de tratamiento, mi compañero que sí ha podido estar más tiempo que yo, me ha informado que la satisfacción tanto del paciente como de la familia era considerable tras estos cambios.

Por último sólo nombrar que el perfil de las poblaciones a las que atendía son poblaciones que no tienen prácticamente acceso a atención psiquiátrica y que muchas veces desconoce que lo que le ocurre es una enfermedad y tiene tratamiento. Pacientes que con un tratamiento sencillo y medicinas de bajo coste podrían llevar una vida prácticamente normal se ven condenados a vivir en duras condiciones, traduciéndose esto en falta de calidad de vida.

Cuando no estaba en la sierra, permanecía en el Centro de Reposo, no sólo para trabajar sino que además viví dentro del Hospital San Juan de Dios, al igual que los hermanos y hermanas de la Orden. Eso me permitía estar en continuo contacto con todas las actividades que se realizaban en el Hospital, fuesen o no asistenciales.

En cuanto a las actividades asistenciales, mi labor se centraba básicamente en los dos pabellones, uno de hombres y otro de mujeres, y en el centro de día.

Como he mencionado anteriormente, el Centro también estaba provisto de un espacio de terapia ocupacional, pero viendo mis preferencias y la oferta de los otros recursos internos, decidí colaborar de forma puntual.



Hospital San Juan de Dios, Piura

En cuanto a los pabellones, cada uno de ellos estaba provisto de una enfermera y dos técnicos de enfermería, lo equivalente a los auxiliares en España. La enfermera se encargaba de preparar y administrar la medicación y hacer una valoración y seguimiento del paciente desde su ingreso hasta el alta. Cuando en el pabellón sólo había técnicos, estos suplen la función de enfermería. Los técnicos tenían la labor de preparar medicación en algunas ocasiones y repasar el tratamiento y los cambios que realizaba el psiquiatra y repartir las comidas a los pacientes entre otros.

Todos los pacientes, exceptuando los que no podían salir del pabellón por orden médica, podían salir durante dos horas todas las tardes entre las 15: 00 y las 17:00. A los

jardines del centro. Durante ese tiempo muchos días me gustaba salir y hablar con los pacientes y escuchar las duras historias de vida que me contaban.

Por las noches nunca había psiquiatra, así como muchos fines de semana. Incluso en durante diversas noches tampoco había enfermera. En ese caso, es el personal de técnicos el encargado de todos los cuidados. Si estos tuvieran dudas, llamaban al psiquiatra y si había que trasladar al paciente a un hospital general por problemas somáticos mayores, se informaba al director, enfermera y trabajadora social.

Lo cierto es que me he dado cuenta que la enfermera y los técnicos son profesionales que tienen una carga de trabajo bastante mayor que la que he visto en mis rotaciones en el área correspondiente a mi hospital. Pero lo más destacable, más allá de la carga de trabajo, es la gran responsabilidad que tienen. En cualquier hospital de España y me atrevo a decir que en un país desarrollado es inviable que cualquier planta o centro médico sea de la especialidad que sea, sea dejado a manos de técnicos.

En cuanto al Centro de Día había alrededor de unos 10 pacientes. Prácticamente todos eran pacientes externos que pagaban esta terapia a parte (80 soles mensuales, alrededor de 20 euros). En algunos casos, acudían pacientes que estaban ingresados. Y algunos pacientes de larga estancia, pacientes que como bien ellos mismos afirmaban, *“vivían allí desde hace muchos años”*.



Jardín del Hospital San Juan de Dios, Piura

En el campo de la rehabilitación, una de las actividades que se realiza y en la que colaboré y de la que me encargué sola un tiempo fue el programa de radio. Semanalmente, los jueves por la tarde, *“Radio Cultivalu”* ofrecía un espacio de una hora llevado a cabo por los pacientes para la lucha contra el estigma en salud mental.

Durante una hora los lunes y los jueves por la mañana había un espacio reservado en el centro de día en que se preparaba el programa de la radio. Los pacientes escogían el tema y entre todos se buscaba información al respecto. Todo ello para poder llevar a cabo el programa el jueves por la tarde. Yo ayudaba a los pacientes a construir una guía y organización del tema. Durante el programa intervenía cuando se equivocaban o

simplemente añadía alguna cosa cuando lo creía conveniente. El programa de la radio fue uno de los espacios que más me gustaron dentro del centro, puesto que vi que durante su preparación todos se esforzaban para hacerlo bien y ver a los pacientes hablar y debatir entre ellos me satisfacía. Pero lo más importante no era mi satisfacción sino lo útiles que se sentían todos pudiéndose poner en el lugar de periodistas e interlocutores de la radio.

Otra de las actividades que se realizaba en el centro era *“el pollo”*. Esto consistía en ir a comer pollo asado, algo muy típico de Perú, a una pollería de Piura. Iban cuatro pacientes por semana, una semana un grupo de hombres y otra las mujeres, acompañados de dos voluntarios. Hay que recalcar que esta salida sólo era para los pacientes de larga estancia. Aunque el traslado del centro a la pollería se hacía en furgoneta del centro, los pacientes lo tomaban como una especie de excursión en la que hacían y comían algo diferente y hablaban y reían entre ellos y con los voluntarios. La sensación general de todos al acabar de comer era de felicidad y satisfacción.

“Los mensajeros de la noche”. Es otro programa que tienen implementado en el centro y llevado a cabo por los voluntarios. Este consiste en ayudar a las personas más necesitadas y marginadas de la ciudad de Piura. Se lleva a cabo durante dos horas todos los viernes por la noche y consiste en dar panetones y jugos o avena como refrigerio. Uno de los grupos marginales a los cuales ayudaban son los fumadores de pasta base de cocaína que se localizaban particularmente dentro y fuera del cementerio de la ciudad. Me impresionó mucho ver tantas personas con problemas de adicción juntos, fumando uno al lado de otro, y en unas situaciones higiénicas pésimas. A pesar de que los lugares en los que se repartían estas ayudas eran clasificadas como las más peligrosas de Piura, todos los ayudados conocían la Orden Religiosa, sus voluntarios y la labor que hacían. Así es que no suponía un peligro para ninguno de los que íbamos. Fue una oportunidad muy buena para ver calles y barrios que no hubiera visto si no fuese por *“los mensajes de la noche”*.

Además de lo descrito, dentro del centro, cada tres meses se hacía una fiesta de cumpleaños de todos los pacientes que vivían allí y que habían cumplido años en ese tiempo. Esos momentos permitían que por un día los pacientes fueran verdaderos protagonistas para todos. En general todos los trabajadores y voluntarios se implicaban en todos los festejos. Además, se celebraba el carnaval y otras fiestas regionales. Al estar viviendo dentro del centro, pude participar en todas las fiestas que se celebraron.

Como última actividad que realicé, en la que me impliqué mucho, fue en llevar a cabo *capacitaciones*, que vienen a ser un sinónimo de clases. Hacía sólo unos meses que había habido grandes cambios en el hospital, se había acabado el contrato con los antiguos trabajadores y se había contratado una nueva plantilla de técnicos casi en su totalidad. De la casi veintena de técnicos, casi ninguno había trabajado en psiquiatría por lo cual desconocía este ámbito, el trabajo tan especial que hay que realizar y sobre el manejo general del paciente psiquiátrico. Estas *capacitaciones* las realizaba todos los lunes y en ellas presentaba diversos temas de salud mental: manejo del paciente psiquiátrico, TEC (terapia electroconvulsiva), efectos secundarios de la medicación psiquiátrica, valoración enfermera, manejo del paciente con bulimia y anorexia, etc...

ROTACION EXTERNA EN EL PERSONALITY DISORDERS INSTITUTE – NEW YORK PRESBITERIAN HOSPITAL

*Helena Fernández Garcimartín
MIR Psiquiatría - 4º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*

Durante los meses de Febrero a Abril de mi cuarto año de residencia he realizado la rotación externa en el *Personality Disorders Institute* del *The New York-Presbyterian Hospital*, dirigida por el psicoanalista Otto F. Kernberg.

Otto F. Kernberg es el antiguo presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Es analista supervisor y formador del Centro de formación e investigación psicoanalítica de la Universidad de Columbia. Ha recibido numerosos premios por su excelencia en Psiquiatría. Es autor de 12 libros y co-autor de otros 11, incluyendo *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (Narcisismo patológico y desórdenes fronterizos), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis* (Teoría de las Relaciones Objetales y psicoanálisis clínico) y *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies* (Trastornos graves de personalidad: estrategias psicoterapéuticas), entre otros. Actualmente es el director del *Personality Disorders Institute* del *The New York-Presbyterian Hospital*, Westchester Division y profesor de psiquiatría del *Weill Cornell Medical College*.

Resumen teórico de la corriente psicoterapéutica de Otto F. Kernberg y modelo de tratamiento

Otto Kernberg propone una clasificación de los trastornos de personalidad combinando los criterios dimensional y categórico. Realiza una clasificación estructural, proponiendo una conceptualización de las organizaciones de la personalidad en tres niveles: organización neurótica de la personalidad, organización limítrofe alta y limítrofe baja de la personalidad y organización psicótica de la personalidad. Estos tipos de organización se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a su grado de integración de la identidad, las operaciones defensivas que habitualmente emplea, y su capacidad para la prueba de realidad. Así, la estructura neurótica de la personalidad presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otros mecanismos de defensa maduros o de alto nivel. En cambio, las estructuras límite y psicóticas se encuentran en pacientes cuyas operaciones defensivas se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica o límite pero está gravemente deteriorada en la psicótica. Para conocer el tipo de organización de personalidad que presenta el paciente, Kernberg emplea la entrevista estructural, donde, a través de la clarificación, la confrontación y la interpretación, explora la integración de la identidad, los mecanismos de defensa predominantes y la capacidad para la prueba de realidad.

El síndrome de difusión de identidad es característico de la organización límite de personalidad, y se caracteriza por un concepto pobremente integrado de sí mismo y de los otros significativos, de manera que las representaciones buenas y malas de uno mismo y de los objetos quedan disociadas. Como consecuencia, las percepciones de sí mismo y de los demás son múltiples y contradictorias.

El modelo psicoterapéutico propuesto por Kernberg es la llamada Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (*Transference-Focused Psychotherapy*, TFP), y está diseñada principalmente

para el para pacientes con organización limítrofe de personalidad. Se basa en que, según la Teoría de las relaciones objetales, en estos pacientes predominan las relaciones internalizadas agresivas sobre las idealizadas, debido a una agresión grave temprana. En un esfuerzo por proteger el amor y la bondad de la contaminación por el odio y la maldad predominantes, estos pacientes quedan fijados a un nivel de escisión o *splitting*, disociando los aspectos buenos de los malos en uno mismo y en los demás. La escisión daría lugar a mecanismos de defensa primitivos, como la identificación proyectiva, la omnipotencia, la idealización y la devaluación. La TFP es un tratamiento estructurado centrado en la interacción inmediata entre el paciente y el terapeuta. La principal estrategia de este tratamiento consiste en facilitar, durante la entrevista con el paciente, la reactivación e interpretación de las relaciones objetales escindidas que han sido internalizadas, en la relación entre paciente y terapeuta. La TFP se desarrolla en sesiones cara a cara (sin una mesa que separe a paciente y terapeuta), con una frecuencia de entre dos y tres sesiones a la semana. El terapeuta identifica en el discurso del paciente relaciones objetales internalizadas que se reactivan en la transferencia, y las interpreta con el objetivo de ayudar al paciente a integrar las representaciones de sí mismo y de los demás y llegar a la resolución del síndrome de difusión de identidad.

Objetivos personales y justificación de la elección de esta rotación

Considero que los trastornos de la personalidad son una de las patologías de más difícil abordaje en nuestra profesión, ya que los pacientes que sufren la sufren ven gravemente afectadas un gran número de áreas que componen y condicionan su vida: relaciones interpersonales sociales y familiares, actividad laboral, emociones y afectos, relaciones sentimentales, etc... Por ello, cuando se nos presenta un paciente que sufre un trastorno de personalidad, nuestros objetivos terapéuticos suelen multiplicarse al tener que considerar varios focos de actuación.

Por la propia patología del paciente con trastorno de personalidad, las resistencias en el tratamiento suelen ser importantes y, la adherencia terapéutica, escasa. Además, la complejidad de estos cuadros clínicos suele expresarse con frecuencia en una reacción terapéutica negativa generando reacciones contratransferenciales en el equipo tratante. Estos factores son esenciales a tener en cuenta en el tratamiento, independientemente de la línea teórica y de la técnica terapéutica que se esté utilizando, ya que estos fenómenos ocurrirán necesariamente en la interacción terapéutica.

Pese a todo, creo que es fundamental la necesidad de poder realizar un tratamiento óptimo de los trastornos de la personalidad, por el gran sufrimiento que comporta en los pacientes que los padecen, así como en los que les rodean. Asimismo pueden ser causa de un importante deterioro en sus relaciones interpersonales y, en general, en su calidad de vida. Considero que se trata de trastornos tratables, adaptables e incluso parcialmente curables, dada la positiva evolución de las técnicas psicoterapéuticas existentes, y la aparición de tratamientos biológicos y farmacológicos que han demostrado su eficacia.

Considero los trastornos de personalidad como un interesante y vasto campo dentro de la psiquiatría, sobre el que, hoy en día, existe una gran información disponible en la literatura científica pero que, sin embargo, aún queda mucho por investigar y por conocer, en cuanto a etiopatogenia, fenomenología, diagnóstico y tratamiento. El *Personality Disorders Institute* dirigido por Otto F. Kernberg es un lugar de referencia a nivel mundial de investigación y tratamiento de estos trastornos. En él trabajan expertos de diferentes lugares y corrientes, con una orientación psicoterapéutica no dogmática. Por todo ello, consideré que aquí podría completar mi formación en psiquiatría de manera muy fructífera, obteniendo un amplio conocimiento de la técnica allí desarrollada y sentando algunas bases para mi futuro ejercicio profesional.

Planificación y desarrollo de la rotación y actividades realizadas

Durante el período de mi rotación externa, éramos 5 residentes tanto de psiquiatría como de psicología (*fellows*), procedentes de diferentes hospitales españoles, los que realizamos nuestra formación libre con Otto F. Kernberg. Los *fellows* tuvimos desde el comienzo un plan de actividades organizado, siempre acorde a la agenda del Dr. Kernberg, la cual se desarrolla en diferentes lugares durante la semana. El objetivo de la rotación que ofrece el *Personality Disorders Institute* a los *fellows* es fundamentalmente docente, mediante la participación en las siguientes actividades:

- Supervisión de casos complejos en el *Personality Studies Institute*: se trata de una institución situada en el centro de Manhattan (*Midtown*), dedicada al estudio, desarrollo y enseñanza de psicoterapia basada en la Teoría de las relaciones objetales y, específicamente, en la TFP. En este instituto trabajan profesionales de reconocido prestigio que realizan actividad clínica a nivel privado. Dos veces por semana se reúnen para comentar, discutir y supervisar casos clínicos que se encuentran en seguimiento por alguno de ellos. Unos 10 profesionales de este instituto acuden a la reunión de supervisión, de manera que el diálogo y las aportaciones de todos ellos ofrecen una visión muy completa del caso según las diferentes orientaciones de cada uno. Algunos de los terapeutas participantes con mayor renombre en el instituto son John F. Clarkin y Frank E. Yeomans, los cuales han contribuido ampliamente al desarrollo de la TFP y han realizado un gran número de publicaciones junto a Otto F. Kernberg.
- Supervisión de los residentes de Psiquiatría del New York-Presbyterian Hospital: El Dr. Kernberg se reunía todas las semanas con los residentes de psiquiatría de segundo año en el *Weill Cornell Medical Center* del *NY-Presbyterian Hospital*, situado en el Noreste de Manhattan (*Upper East Side*). Uno de los residentes presentaba un caso clínico a lo largo de varias sesiones, de manera que el Dr. Kernberg supervisaba el caso de manera muy docente, relacionando en todo momento las peculiaridades específicas del paciente con diferentes aspectos de su modelo teórico. Tanto los demás residentes como nosotros los *fellows* podíamos participar y plantearle dudas y aportaciones libremente.
- Asistencia a las sesiones clínicas o *Grand Rounds Presentations* que organiza el Servicio de psiquiatría del NY-Presbyterian Hospital, en el auditorio de dicho hospital. Los ponentes de estas sesiones acudían desde diferentes hospitales y centros de todo el país, y solían presentar diferentes hallazgos en líneas de investigación llevadas a cabo en sus respectivos centros. Tuve la oportunidad de asistir a una sesión impartida por el psicoanalista Glen O. Gabbard acerca de la eutanasia en el cine, que me resultó muy interesante.
- Reuniones de investigación en el Instituto de Trastornos de Personalidad del *Weill Medical College of Cornell University*. Otto F. Kernberg dirige este instituto, junto con el co-director John F. Clarkin. Forma parte del *NY-Presbyterian Hospital/ Westchester Division*, que está situado en White Plains, una localidad a unos 40 Km. de Manhattan. El equipo profesional de este instituto ha publicado múltiples artículos y libros acerca del modelo teórico de la TFP así como otras líneas de investigación en trastornos de personalidad y en la Teoría de las relaciones objetales. También participan en múltiples conferencias y simposium nacionales e internacionales donde ofrecen formación en el tratamiento de trastornos de personalidad. Cada semana se reunían en este instituto, junto con el Dr. Kernberg, profesionales como Frank E. Yeomans, Eve Caligor y John F. Clarkin, donde planteaban y debatían los últimos hallazgos y publicaciones relacionados con trastornos de personalidad, y también ponían en común sus aportaciones al próximo libro que el equipo va a publicar: *Handbook of Personality Pathology and Transference Focused Psychotherapy* (S. Doering, J.F. Clarkin y O.F. Kernberg).
- Entrevista del Dr. Kernberg en calidad de consultor a un paciente ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve del NY-Presbyterian Hospital/ Westchester Division. Un día a la semana, un residente de Psiquiatría de cuarto año del hospital presentaba al Dr. Kernberg

un paciente con patología caracterial que se encontraba ingresado en planta, y al cual el residente estaba tratando durante su rotación allí. Tras la presentación del caso clínico y de las dificultades del mismo por parte del residente y del resto del equipo profesional de la planta, el Dr. Kernberg entrevistaba al paciente durante una hora aproximadamente, de manera que el resto de profesionales y *fellows* podíamos ver la entrevista a través de un espejo unidireccional. Tras finalizar, el Dr. Kernberg se reunía de nuevo con todo el equipo y ofrecía un diagnóstico estructural del paciente, así como un posible plan de tratamiento óptimo para el mismo.

- Supervisión de casos y seminarios docentes en dos hospitales del Bronx: Montefiore y Bronx State. Un día a la semana acudíamos con el Dr. Kernberg a uno de estos dos hospitales, donde se reunía con los residentes de psiquiatría de allí para supervisar casos complejos, o bien para impartir seminarios centrados en su modelo teórico.

Comentarios y experiencia personal

A lo largo de estos tres meses he tenido la oportunidad de completar mi formación como residente con uno de los psicoanalistas de mayor renombre y prestigio a nivel mundial, Otto F. Kernberg. Considero que ha sido una experiencia enormemente enriquecedora y docente, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel personal y experiencial. Todo el equipo del *Personality Studies Institute* han mostrado un gran interés en la formación de los fellows, con una actitud cercana en todo momento para que pudiéramos participar en sus reuniones y plantear la dudas que nos surgieran. El Dr. Kernberg siempre ha tratado de hacernos partícipes de su actividad docente y clínica, y de fomentar nuestra formación teórica mediante la lectura de diversos artículos y libros publicados sobre su modelo teórico, que nos ha ido recomendando a lo largo de toda la rotación. La lectura de estas obras me ha sido de gran utilidad para profundizar en la formación recibida y para comprender mejor las diferentes cuestiones planteadas en las reuniones tanto de supervisión como de docencia e investigación. Asimismo, compartir este período formativo con los otros cuatro residentes rotantes ha sido una experiencia muy positiva, ya que con ellos he podido hablar y debatir sobre los aspectos teóricos y prácticos que íbamos aprendiendo. Me gustaría agradecer a la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Hospital 12 de Octubre por haberme brindado la oportunidad de realizar mi rotación libre en este centro, y específicamente a los profesionales que me ayudaron a tramitar la solicitud de rotación mediante cartas de recomendación. Por último, me gustaría resaltar el inmenso encanto de la ciudad de Nueva York. A pesar de haber vivido un duro invierno, he podido disfrutar de un sinnúmero de experiencias y momentos junto a los compañeros que he conocido aquí, que mantendré por siempre en mi memoria.

Bibliografía principal

- Akhtar S. Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1992.
- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2007.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg, OF. (2006). Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2006.
- Kernberg OF. Trastornos Graves de la Personalidad. México: Manual Moderno; 1987.
- Kernberg OF. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Barcelona: Paidós; 2012.
- Kernberg OF. Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica. México: Manual Moderno; 2005.
- Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: Overview and update. Int J Psychoanal. 2008; 89:601-620.
- Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. A Primer of Transference-focused psychotherapy for the borderline patient. Northvale, NJ: Jason Aronson; 2002.

ROTACION EXTERNA EN EL HOSPITAL VALL D'HEBRON: PROGRAMA DE SEXUALIDAD, CONSULTAS V.I.H. Y PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

*Daniel Anadón Mateo
MIR Psiquiatría - 4º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*



Mi objetivo con esta rotación era poder conocer el funcionamiento de unas consultas de salud sexual dentro del ámbito de la Salud Mental (psiquiatras y psicólogos) y en el marco de la Sanidad Pública, como sabía que existía en el Servicio de Psiquiatría de Enlace del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Mi tutor ha sido el Dr. José Antonio Navarro Sanchís, formado en Londres, donde realizó su especialización en Psiquiatría y formación posterior en Sexología y Terapia Sexual.

El Dr. Navarro sólo tiene consulta 2 días a la semana en el sector público, por lo que el resto de días, he elegido rotar en otras consultas de Psiquiatría de Enlace del Hospital. En concreto, Vall d'Hebron dispone de múltiples programas que sirven de apoyo para las consultas de Psiquiatría y Psicología Clínica así como para otros servicios: Programa TLP, programa TDAH adultos, acoso escolar, obesidad mórbida y cirugía bariátrica, psicósomática, sexualidad, programa de atención integral al personal médico (incluido recurso especializado de hospitalización psiquiátrica y de desintoxicación para médicos), psiquiatría transcultural, programa VIH...

Elegí poder rotar en las consultas de atención a pacientes VIH (también relacionado con el área de Salud Sexual) y en el programa de Psiquiatría Transcultural, que fue una gran suerte poder encontrar, dado mi formación actual en curso en Terapia Sistémica y mi interés por la Salud Mental en población inmigrante, impacto familiar, etc... A continuación, paso a describir el funcionamiento y lo que pude observar y practicar en mi estancia principalmente en estos tres tipos de consultas.

PROGRAMA DE SEXUALIDAD

En primer lugar pude aprender algunas peculiaridades del manejo de pacientes con disfunción sexual, que suelen acudir en muchas ocasiones avergonzados o nerviosos. Lo primordial es favorecer un ambiente de confianza y espontaneidad desde las primeras entrevistas.

En la recogida de la historia clínica, además de los datos que recogemos como psiquiatras habitualmente, debería constar un ítem sobre la historia psicosexual en la que se explique, si es necesario, historia de la masturbación, orientación sexual, parejas, primeras relaciones sexuales etc... en primer lugar, para describir la naturaleza de la disfunción en sí, y en segundo lugar: desde hace cuánto, en qué circunstancias (primaria, secundaria...), con qué frecuencia, métodos intentados, frecuencia de masturbación y relaciones, antes/después penetración, personalidad (manías, perfeccionismo, religiosidad, intro/extroversión, creencias...), extensión del problema (total, situacional...), impacto psicosocial y por supuesto, englobar toda esta recogida de información en una evaluación "comprehensiva": física, psíquica, sexual y de pareja.

En lo terapéutico, había que tener muchos factores en cuenta. Para mí, el pilar principal es la PSICOEDUCACIÓN. Después de esto, pienso que quedan abiertas todas las formas de abordaje eficaces, desde un autorregistro, hasta la prescripción de “viagra”.

El Dr. Navarro me informó sobre diversos cuestionarios que se pueden administrar a los pacientes para evaluar las disfunciones, así como autoinformes y otros.

Aparte del uso de la farmacología, el tratamiento fundamental va a ser el psicológico puesto que del somático se suelen encargar otros especialistas con los que nos coordinamos y que muchas veces, ellos mismos, nos derivan el paciente, y en este sentido, las técnicas más usuales serán las cognitivo conductuales elaboradas por muchos autores, algunas ya vigentes desde hace décadas (Masters y Johnson) y, como ya he dicho, psicoeducación. Asimismo, juegan un papel muy importante conocimientos sobre terapia sistémica y de pareja (relación de pareja, familia de origen, familia propia, relaciones interpersonales...), un punto sobre el cual he partido con ventaja gracias a las clases del máster que estoy realizando.

Seguidamente, voy a describir de forma breve las disfunciones que más demanda generan y de forma resumida, el abordaje por parte del profesional en Salud Mental en una de estas patologías. Nombraré solamente otras disfunciones vistas en estas consultas para no alargar demasiado la memoria, teniendo en cuenta que el plan terapéutico que se planificaba era fundamentalmente de carácter sexológico, lo que distingue a esta consulta de cualquier otra:

Disfunción eréctil: uno de los trastornos más frecuentes en las consultas de salud sexual en la población masculina, junto con la eyaculación precoz, sobre todo en la franja de edad a partir de los 40-45 años y en personas con enfermedades somáticas crónicas como DM, HTA y/o tomando tratamientos crónicos como antipsicóticos, antidepresivos u otros.

El abordaje consistía primero en asegurarse de que no existieran factores somáticos intercurrentes y, si así era, asegurarse de que estaban tratados y controlados y abordar el factor psicológico.

Familiarización con los fármacos que más suelen producir disfunción eréctil y con los fármacos disponibles en el mercado español para el tratamiento de la disfunción en si: inhibidores de la fosfodiesterasa, otros fármacos orales como la apomorfina, yohimbina (aunque menos estudiados), parches de nitroglicerina en disfunciones leves de origen vascular etc... (En España, no existen más fármacos comercializados o que hayan demostrado eficacia de forma contrastada). Como fármacos de segundo nivel, se podrían usar los intracavernosos (PGE sola o asociada a papaverina o fentolamina).

El Dr. Navarro también me ha ilustrado sobre los últimos estudios, artículos, investigaciones. Me informa sobre la investigación que se está llevando a cabo sobre nuevos fármacos como la “flivanserina”, un antidepresivo.

Conocimiento de las técnicas cognitivo conductuales empleadas en el tratamiento sexológico: Modelo terapéutico de Masters y Johnson o de Kaplan o Keith Hawton basados en una serie de ejercicios mantenidos durante varias semanas, de nivel menor a mayor centrados en la desfocalización sensorial, con focalización progresiva, pasando por un ejercicio, primero de prohibición del coito siguiendo por una potenciación de la sensualidad, erotización, “intimacy”, autoestimulación, autoestimulación en presencia de la pareja, caricias compartidas, entrada en escena de la genitalización de forma controlada, rozamiento, penetración inmóvil ... coito libre.

Otras disfunciones frecuentes: *Deseo sexual hipoactivo del hombre, eyaculación precoz, trastornos del orgasmo masculino, deseo sexual hipoactivo de la mujer, aversión al sexo y trastorno de la excitación sexual de la mujer, vaginismo y dispareunia / vulvodinia, anorgasmia femenina, sexualidad en enfermedad crónica, hipersexualidad egodistónica (“adicción al sexo?”), parafilias (en este caso, solo vi*

un caso de “voyeurismo” con graves implicaciones legales y repercusión afectiva consecuente en el paciente con riesgo autolítico importante, sin embargo, se están siguiendo paciente con riesgo de conductas pedofílicas por ejemplo)

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE PARA PACIENTES VIH + (Dra. M^a Dolores Braquehais)

Las consultas de Salud Mental para pacientes VIH estaban planteadas como forma de coordinación mediante el profesional de salud mental al resto de especialistas.

El objetivo primordial consistía en una gran flexibilidad a la situación del paciente, que muy frecuentemente, sobre todo en las primeras fases, no suele cumplir con la adherencia terapéutica a los fármacos antirretrovirales, las relaciones sexuales con protección etc.

Fomentar una relación de confianza y de alianza con el paciente aseguraba en un 90% el cumplimiento de la pauta de medicación y con ello también la posibilidad de tratar toda la comorbilidad psiquiátrica asociada frecuente (trastornos afectivos, adaptativos, ansiedad, del sueño, ideación autolesiva etc).

La experiencia del Hospital es que con un seguimiento de los pacientes VIH en consultas específicas de Salud Mental, el control médico, la calidad de vida y las expectativas de vida mejoran. Pude ver que el sector de población VIH + de los últimos 10 años ha cambiado mucho, viéndose cada vez menos, paciente adictos a tóxicos, marginales o con conductas de riesgo si no, de toda clase, orientación sexual, nivel educacional y en mayor proporción que los primeros.

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL (Dr. Francisco Collazos)

Atención y seguimiento de pacientes inmigrantes con o sin conocimiento de lengua castellana y/o catalana. En ocasiones, se usaba la que existe como figura del “mediador”. Personas de diversos países que ejercen, no sólo de traductores si no, de “interpretadores” de los constructos culturales y atribuciones que los pacientes hacen a su proceso en salud mental.

El Dr. Collazos me informó sobre diversos autores que trabajan actualmente con población inmigrante y que más han publicado al respecto (Dr. Dinesh Bhugra, Reino Unido). Pude aprender muchos aspectos muy interesantes sobre la atención al paciente inmigrante. Por ejemplo, mayor incidencia de medidas coercitivas a pacientes inmigrantes (por diversas causas, la probabilidad de “diagnosticar” a un paciente inmigrante en la Urgencia con un trastorno psicótico es mayor que en población no inmigrante).

Vi múltiples casos en los que la comprensión de las atribuciones psicológicas del paciente podían tener una explicación educacional y cultural.

Tuve la suerte de evaluar a muchos pacientes psicóticos inmigrantes en los que entender que para ellos por ejemplo, *“abortar varias veces seguidas era más fácil atribuirlo a que la exmujer de la pareja actual estuviera practicando magia negra antes que tuviera un posible problema de endometriosis”*. Validar estas atribuciones sin confrontar, favorecía una mayor colaboración del paciente inmigrante para la evaluación y tratamiento, que pasaba a confiar en la figura del “médico occidental” como nexo entre 2 culturas y como dador de salud aún con atribuciones distintas.

Estudí valores culturales más o menos homogéneos para las culturas de los sectores de población inmigrante más frecuente (China, Rumanía, Ecuador, Colombia, Marruecos...).

ROTACION EXTERNA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GENERO. HOSPITAL RAMON Y CAJAL

*Daniel Anadón Mateo
MIR Psiquiatría - 4º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*



ACTIVIDAD EN LA U.T.I.G.

La Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) de Madrid es una de las 3 que existen en el Estado Español junto con la del Hospital Clinic de Barcelona y la del Carlos Haya de Málaga.

Esta Unidad está concebida como un soporte y una prestación asistencial a pacientes con Disforia de Género en el ámbito de la Seguridad Social y su creación promocionada por la Asamblea de Madrid en el año 2007.

Actualmente, el número de pacientes atendidos es de alrededor de 950, de los cuales, casi 70, son menores de edad.

La Disforia de Género, es una realidad, desde siempre, y ahora más que nunca, una realidad visible. El nuevo DSM 5 elimina la categorización de Trastorno de Identidad de Género por Disforia de Género, despatologizando así la propia entidad que supone la no correlación entre la identidad de género psicológica de la persona con su sexo anatómico y fisiológico y pasa a ser patológico solamente el estrés derivado de esta incongruencia. Se está intentando el cambio del propio nombre de la Unidad.

El objetivo de la UTIG es el abordaje y la minimización mayor posible del grado de disforia que presentan los pacientes, para los cuales se personaliza en cada uno la intervención pero bajo un mismo protocolo.

El equipo consta de su coordinador, el Dr. Antonio Becerra, endocrinólogo, dos psicólogos clínicos (Nuria Asenjo), una gestora de pacientes y socióloga (María Jesús Lucio), una auxiliar de enfermería y una administrativa.

El proceso muy resumido es el siguiente: cuando el paciente llega a la Unidad, es evaluado por primera vez por el Coordinador, que le explica en qué consiste el dispositivo, cuáles son las directrices etc... Si el paciente está de acuerdo, pasa a ser evaluado por un Psicólogo Clínico, que debe evaluar el caso un mínimo de 6 meses aunque la mayor parte, superan el año. Si los psicólogos y una evaluación psiquiátrica, dan el visto bueno, y el paciente quiere pasar al nivel de hormonación, el endocrino inicia los trámites pertinentes para empezar la terapia hormonal.

El proceso de terapia hormonal dura un mínimo de 2 años. Tras estos 2 años, en España, se puede cambiar el género de los documentos legales (nombre, sexo...) y si se dan las condiciones, el paciente puede aspirar a entrar en lista de espera para CRS (cirugía de reasignación sexual), que abarca, en transexuales Hombre-Mujer mamoplastia y vaginoplastia y en transexuales MH, mastectomía,

histerectomía, anexectomía y faloplastia. Las CRS se llevan a cabo en La Paz. El servicio de ORL de Ramón y Cajal lleva a cabo algunas cirugías de voz, nuez etc...

La gestora de pacientes se encarga de la coordinación entre todos estos recursos humanos y materiales y el acompañamiento burocrático y social del paciente.

EXPERIENCIA PERSONAL

Estaba programada una sesión clínica de área en mi servicio para hablar sobre este tema y sobre esta Unidad en particular pero ha debido posponerse. Estaría encantado de poder hacer esta sesión porque el tema es amplísimo e interesantísimo. He de decir, que es una de las rotaciones más fascinantes que he hecho y estoy muy satisfecho de haberla escogido.

En el día de hoy, sigo en la rotación sin haber acabado el mes, y llevo del orden de 37 pacientes vistos, habiendo no acudido los días saliente de guardia, ha sido Semana Santa, etc... La demanda es altísima. He podido ver Transexuales HM y MH de todas las edades (desde 5 a 69 años), clases sociales, nacionalidades y en todas las fases del proceso posibles, así como personas no identificadas como "transexual" pero con algún grado de disforia de género ("*género queer*"), o simplemente período de gran confusión o simplemente otros "diagnósticos" o categorizaciones como travestismo fetichista.

La mayor parte de consultas son con la Psicóloga (Nuria Asenjo). Las primeras evaluaciones se rellenan unas historias estandarizadas a nivel de la Unidad y a semejanza de otras unidades mundiales que incluyen ítems adaptados y que valoren información relativa a la Identidad de género, la orientación sexual etc. El propósito fundamental de los 6 primeros meses, es conocer a la persona, conocer la historia de su identidad de género, comprobar que es constante y persistente, "genuina" y acompañar poniendo en práctica diversas intervenciones: *counseling*, ajuste de expectativas, redefiniciones, constructos cognitivos erróneos, psicoeducación, contención emocional... y por supuesto también aplicación de escalas de ansiedad, depresión, satisfacción general, vida real etc...

Una vez hecho esto, se intenta fomentar la "experiencia de vida real", donde no se obliga a nadie a que adopte uno u otro rol pero se invita a ajustar las expectativas a su demanda en el caso de que quiera recibir tratamiento hormonal y/o cirugía.

He visto desde pacientes muy jóvenes que aprovechan las vacaciones de verano para una experiencia de vida real, hasta padres de familia que lo hacen de un día para otro en su puesto de trabajo, familias que rechazan frontalmente el proceso, familias que de forma chocante no muestran ningún impacto emocional etc, etc, etc... La variabilidad y la heterogeneidad son mayores de lo que uno se puede llegar a plantear hasta que no lo ve.

Con el Dr. Becerra estoy en consulta algunos días, tanto para pacientes nuevos como para seguimientos. Se solicita una analítica basal en la primera consulta endocrinológica para conocer hormonas basales (se exige si ha habido hormonación clandestina, un mínimo de 2 meses sin hormonación y en caso de reincidencia, se sale del protocolo). Se piden otros parámetros analíticos y en ocasiones ecografía de órganos genitales internos vía abdominal. Si todo es correcto, se inicia tratamiento con testosterona IM cada 3 semanas/1 mes en Transexuales masculinos y antiandrógenos y/o estrógenos en pacientes transexuales femeninas, vía oral o transdérmica habitualmente.

El Dr Becerra controla los cambios que suceden progresivamente tras la hormonación.

Como ya he dicho, tras 2 años, algunos pacientes optan por cirugías.

Como dato de interés, destacaría que la mastectomía es ampliamente demandada por los T masculinos desde el principio. Así mismo, mamoplastia y vaginoplastia en femeninas. La anexectomía e

histerectomía son bastante demandadas. La cirugía menos demandada es la faloplastia por complicaciones y resultados limitados (no funcional, aspecto estético, etc)

En el momento actual existe un intenso debate en torno a las leyes que contemplan elementos transgénero y, sobre todo, en menores. Se está debatiendo la regularización o no de la supresión puberal. Tuve la oportunidad de reunirme con diputados de la Asamblea que vinieron a visitar la Unidad y a informarse de su funcionamiento, de entre los cuales, la conocida activista Carla Antonelli.

En otros países esta alternativa ya existe desde hace algunos años (EE.UU, Holanda...), con muy buenos resultados. Sin embargo, falta evidencia y experiencia, pues hay gente que argumenta en contra por posibles efectos perjudiciales para la salud.

El equipo de la Unidad UTIG de Madrid lleva a cabo estudios y publicaciones constantemente, además de incentivar a los residentes que pasamos por allí a participar, leer, opinar, hacer *feedback* de lo que vemos, etc... No son pocas las críticas que ha recibido la Unidad pero son muchísimas menos que el nivel de satisfacción de la mayoría de sus usuarios y familiares.

Existen grupos de pacientes, familiares, parejas, de diversa índole: educación sexual, leyes, expectativas...

Sé que los profesionales de la UTIG se coordinan con referentes a nivel mundial en Identidad de Género (De Vries y Peggy Cohen en Holanda, Zucker...). Mi satisfacción con esta rotación es máxima y estoy dispuesto a ampliar información para aquellos que estén interesados en conocerla mejor.



Javier Pérez

ROTACION EXTERNA: GRUPOS DE PSICOTERAPIA. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO “NIÑO JESUS” (MADRID)

*María Díaz Medina
MIR Psiquiatría - 3º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*



Breve descripción del dispositivo

El Hospital Infantil Universitario "Niño Jesús" de Madrid, es una institución pública del Servicio Madrileño de Salud. Presta servicios sanitarios especializados en Pediatría y sus Áreas Específicas, a pacientes entre 0 y 18 años. Es el centro pediátrico público de referencia en España.

Fue fundado en 1877 por María Hernández y Espinosa de los Monteros, I Duquesa de Santoña y I Marquesa de Manzanedo. Su iniciativa surgió debido a la alta mortalidad infantil de la época y como imitación de iniciativas puestas en marcha en otras capitales europeas. Entonces la pediatría no era una especialidad médica, por lo que la separación de los enfermos infantiles de los adultos fue una auténtica novedad. El proyecto fue apoyado por el Rey Alfonso XII y la Princesa de Asturias.

El lugar elegido para construir el hospital y asilo fue la calle Laurel, en el distrito de las Acacias. Este distrito contaba con un índice de mortalidad del 34% a finales del siglo XIX. El edificio contaba con 70 camas y se pusieron en marcha tres servicios: medicina, cirugía y oftalmología. El número de niños atendidos fue en aumento y pronto la Duquesa de Santoña tuvo que plantearse buscar una nueva ubicación. Se decidió construir un nuevo edificio en la calle Menéndez Pelayo, número 65. La obra se llevó a cabo a cargo del arquitecto Francisco Jareño y Alarcón, quien también es autor de la Biblioteca Nacional de Madrid. Se tardaron dos años en construirlo, siendo su inauguración en 1881. Este edificio, de estilo neo-mudéjar, continúa siendo la sede del hospital en la actualidad y ha sido premiado con medallas de oro en las exposiciones de Amberes, París, Londres, Viena y Barcelona.

Desde su inauguración hasta hoy, el personal sanitario del hospital ha contado con los mejores profesionales del país, destacando la figura de Mariano Benavente, el padre y fundador de la especialidad pediátrica española, quien fue director del hospital durante los primeros años de funcionamiento.

El Hospital U. Niño Jesús ha estado siempre al frente de la medicina pediátrica, tanto en aspectos clínicos como científicos. Ha promovido diferentes publicaciones como la *Revista de Enfermedades de los Niños*, fundada por el Dr. Benavente, o *La Pediatría Española*, revista mensual que informaba de los últimos descubrimientos médicos. En el año 2008 puso en marcha la Fundación para la Investigación Biomédica con el objetivo de afianzar esta labor de investigación.

En la actualidad, el hospital atiende a más de 1.900 pacientes al día y dispone de 180 camas y cunas. Consta de un Servicio de Urgencias, consultas externas de todas las especialidades médico-sanitarias y un hospital de día. El abordaje es multidisciplinar para garantizar el tratamiento integral de los pacientes pediátricos y sus familiares. Además, da una gran importancia a la normalización y desdramatización de los ingresos hospitalarios, lo cual logra a través de un ambiente acogedor en el que destacan las pinturas de las paredes de los pasillos, salas de espera y habitaciones, los espectáculos en el Teatro-Circo, las visitas de payasos y cuentacuentos y las

múltiples actividades, tanto culturales como de ocio, que se realizan a diario. También cuenta con un colegio integrado en el hospital.

La Sección de Psiquiatría y Psicología está dirigida por el Dr. Gonzalo Morandé y está formada por 7 psiquiatras, 5 psicólogos, 23 enfermeros, 6 celadores y 1 auxiliar administrativo.

Consta de los siguientes dispositivos:

- Hospital de Día para Trastornos Psiquiátricos Infantiles Graves de la primera infancia (0-6 años).
- Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario.
- Interconsulta.
- Atención Temprana.
- Psiquiatría de Urgencias.
- Consultas externas.
- Neuropsicología infantil.

Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario

Mi rotación se centró en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario, fundada en 1992. Esta unidad ofrece hospitalización, consultas externas, hospital de día en varios turnos, ingresos domiciliarios y terapia en módulos grupales con pacientes y padres.

Mi tarea y aprendizaje

Durante los tres meses de rotación en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario pude integrarme en el equipo terapéutico del Dr. Eduardo Paolini, psicólogo clínico, que dirige un módulo de terapia de grupo ambulatorio con adolescentes y padres desde hace años.

Los módulos grupales se dividen en varias fases durante toda la mañana:

- 1) Evaluación semanal del índice de masa corporal de las pacientes, junto con otras variables relevantes (ritmo intestinal, ciclo vigilia-sueño, menstruación, reposos, actividad física, ansiedad percibida en general y en relación con la comida, estado de ánimo, ideación anoréxica, presencia de atracones o purgas, entre otros).
- 2) Elaboración de un Plan de Vida semanal para cada paciente, en el que se especifican las pautas de alimentación a seguir (dieta, número de comidas/líquidos al día, suplementos alimenticios), los reposos tras las comidas, los horarios de sueño y estudio y la actividad física.
- 3) Terapias grupales con pacientes post-alta del hospital de día y pacientes en seguimiento. El objetivo de los grupos es ayudar a mantener un peso saludable, descubrir las causas psicológicas del trastorno y acompañar en el desarrollo hacia la vida adulta.
- 4) Grupos de apoyo para padres simultáneos a la terapia de grupo de las/los adolescentes.
- 5) Grupos multifamiliares.

Los grupos son abiertos y tienen la duración del año escolar. Aunque cada paciente tiene asignado un grupo, existe gran flexibilidad para acudir otro día en caso de imprevisto o para cambiar a otro grupo en caso de que se considere que dicho cambio favorece la cohesión e identificaciones grupales que permitan avanzar de forma más eficaz en la recuperación. La terapia es intensiva y requiere de compromiso y esfuerzo por parte de las pacientes y sus padres, que dedican una mañana entera a la semana al tratamiento. Los padres son involucrados en el tratamiento de sus hijas desde el primer momento, considerándolos un factor clave para la recuperación.

Existe una estrecha coordinación con Psiquiatría, Medicina del Adolescente, Cardiología, Nutrición y otras especialidades que participan en el tratamiento integral de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.

También he podido participar puntualmente en las supervisiones de los casos nuevos y observar las entrevistas de devolución llevadas a cabo por el Dr. Morandé, aprendiendo las características específicas de las entrevistas con pacientes con este tipo de trastornos y las escalas más utilizadas en la evaluación (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Test de Imagen Corporal, Escala de Observación de Conducta Anoréxica para Padres, Inventario de Conducta en Niños, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad Estado-Rasgo, Escala de Acontecimientos Vitales para Adolescentes, entre otros). También me he familiarizado con el diagnóstico de 7 ejes (tipo de TCA y comorbilidad psiquiátrica, personalidad/retraso mental, enfermedad física, factores vitales predisponentes y desencadenantes, escala de evaluación de la actividad global, antecedentes familiares y organización familiar y escolaridad).

Durante mi rotación también he acudido a seminarios y jornadas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria y la adolescencia, como son el curso “La Clínica en Salud Mental de la Adolescencia”, organizado en el propio hospital y las jornadas “Orientaciones psicoterapéuticas grupales en los trastornos de conducta alimentaria”, organizadas en el Hospital Santa Cristina.

Además, se me dio la oportunidad de observar uno de las terapias de grupo con adolescentes conflictivos y sus padres llevadas a cabo por el Dr. José Gimillo, psiquiatra coordinador de la Unidad de Adolescentes del Hospital Niño Jesús, con frecuencia semanal.

Por último, destaco el aprendizaje sobre la perspectiva psicodinámica de los trastornos de la conducta alimentaria, orientación desde la que se llevan a cabo todos los grupos a los que asistí y que me aportó un entendimiento más profundo de la psicopatología y el abordaje directo de la problemática subyacente al síntoma.

Valoración crítica

Esta rotación ha sido muy enriquecedora para mi formación, permitiéndome centrarme durante 3 meses en una patología concreta y familiarizarme con el abordaje específico de la misma. Además, he podido observar y participar de múltiples modalidades de terapia grupal, aprendiendo las diferencias en el manejo de cada tipo de grupo y desarrollando habilidades para práctica clínica.

Me gustaría agradecer a todos los profesionales del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Niño Jesús por haberme permitido formar parte de su trabajo diario y, en especial, al Dr. Paolini y todo su equipo, por su cálida acogida y confianza desde el primer día.

También agradezco al Hospital U. 12 de Octubre por las facilidades para la realización de esta rotación.

Bibliografía

Comunidad de Madrid. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, [en línea]. [31 de enero de 2014]. Disponible en la web: www.madrid.org/hospitalninojesus/

Paolini, E. Psicólogo Clínico, [en línea]. [20 de abril de 2014]. Disponible en la web: www.eduardopaolini.com

Apuntes de la rotación en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario (2013). Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

5. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

• Publicaciones

- Amodeo S. **De la teoría a la práctica en la superación del pánico. A propósito de un caso.** Clínica Contemporánea. 2013; 4, 3: 269-280.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n3a5.pdf>

- López Fuentetaja A. **Recesión del libro "Incognito. Las vidas secretas del cerebro" (2013), de David M. Eagleman.** Clínica Contemporánea. 2013; 4, 3: 281-282.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n3a6.pdf>

9. SESIONES CLINICAS DE AREA (miércoles 13.30 - 15 h.)

*Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil
en horario de 13.30 a 15.00 h.*

Cada viernes se carga en la web una reseña de la sesión clínica del miércoles siguiente

• Calendario Sesiones Clínicas de Area: Abril – Mayo 2014

ABRIL 2014

2 **Sesión del Residente MIR**

9 **Unidad Infanto-Juvenil**

23 *Sesión Extraordinaria:*

Emoción y regulación: del circuito cerebral al trastorno emocional.
Juan Ramos Cejudo. Dr. en Psicología. Prof. UCM.
Investigador. Director del Área de Investigación e Innovación
en Área Humana.

30 **Urgencias**

MAYO 2014

7 **Sesión del Residente PIR**

14 **UTH**

21 *Sesión Extraordinaria:*

¿Qué es y que aporta actualmente la investigación en
psicoterapia?. **Alejandro Ávila Espada.** Catedrático de
Personalidad, Evaluación y tratamientos psicológicos.
Facultad de Psicología. UCM

28 **Psicogeriatría**

PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE LA CONSCIENCIA PLENA

Francisco Gómez Holgado ⁹

1. Introducción

El cuerpo es algo más que la versión fisiológica del ser humano. Todas las funciones vitales, tales como la alimentación, la nutrición, la locomoción o la reproducción, por citar algunas, tienen como soporte el cuerpo. Una vez superada la falsa dicotomía de "mente" o "cuerpo", promulgada por el dualismo cartesiano, la tendencia científica actual pasa por la denominada óptica de la complejidad (Morin, 1977). "Psico" y "soma" dejan de constituirse como unidades separadas para formar algo unificado, redundando así en la interdependencia entre la mente y el cuerpo y despejando a este último de las connotaciones negativas de antaño (Onnis, 1996).

El cambio de la visión epistemológica no sólo conlleva el (re)descubrimiento de la comunión entre mente y cuerpo, sino que además una lectura más amable y menos técnica del cuerpo, como organismo. El cuerpo deja de ser el conglomerado de un sinnúmero de órganos y funciones fisiológicas para convertirse en el contenedor, actor y productor de todos aquellos eventos privados humanos. Es decir, pensamientos, emociones y sensaciones discurren por el cuerpo. El cerebro, como elemento físico, y la mente, como constructo filosófico-psicológico, pierde el monopolio de la generación y relación de los eventos privados humanos. La experiencia interna, la *conciencia*, tiene lugar, irreductiblemente, tanto en la mente como en el cuerpo, como unidad psicofísica.

El cuerpo, desgraciadamente, no es únicamente el escenario de la rica experiencia humana y del "milagro de la vida". También puede ser el portador del sufrimiento de la persona. En los denominados "trastornos psicósomáticos", por ejemplo, el cuerpo de un miembro de la familia puede comunicar, a través de manifestaciones patológicas, la estructura disfuncional de todo un sistema familiar (Onnis, 1990; Onnis, 1996), así como su visión rígida de la realidad (Stierlin y Weber, 1990). El cuerpo es, potencialmente, un arma de doble filo, al permitir tanto los mayores placeres como los peores sufrimientos. Una forma terrible de sufrimiento humano, por su cariz corporal, es el trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Los TCA configuran un grupo de trastornos psicopatológicos cuyo rasgo central supone la manipulación deliberada de la función alimenticia, con lamentables consecuencias para sus protagonistas. Los dos principales manuales de nosología psiquiátrica, esto es, el DSM-IV-TR (APA, 2005) y el CIE-10 (OMS, 1992), clasifican de manera particular a estos trastornos (tabla 1), notándose también diferencias en los criterios diagnósticos. Afortunadamente, son mayores las semejanzas que las diferencias, lo cual favorece el diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico.

Siguiendo la línea trazada por estos dos manuales, la anorexia nerviosa (AN) puede definirse como el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, un miedo intenso a ganar peso, una alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño corporales y la aparición de amenorrea en mujeres que ya han pasado la menarquía (APA, 2005). El índice de masa corporal (IMC) ha de ser igual o inferior a 17'5 Kg/m² para poder hacerse el diagnóstico (OMS, 1992). Epidemiológicamente, el 95% de los

⁹ Psicólogo Interno Residente 4º año – AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre. Escrito supervisado por el Dr. Diego Padilla Torres (psicólogo clínico AGCPSM y tutor de investigación UDMSM)

casos se aprecian en mujeres (Perpiñá, 1995), está muy extendido entre ciertas profesiones como, por ejemplo, gimnastas y modelos (Toro y Vilardell, 1987) y el trastorno se inicia entre los 13 y los 18 años, casi siempre asociado a un acontecimiento estresante. La prevalencia se sitúa en torno al 0'3 % (Berkamn et al., 2007). La mortalidad a largo plazo es de un 10% (APA, 2005).

DSM-IV-TR	CIE-10
<p><i>Trastornos de la conducta alimentaria:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia nerviosa. 2. Bulimia nerviosa. 3. TCA no especificado. 	<p><i>Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos de la conducta alimentaria:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia nerviosa. 2. Anorexia nerviosa atípica. 3. Bulimia nerviosa. 4. Bulimia nerviosa atípica. 5. Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos. 6. Vómitos asociados a otros factores psicológicos. 7. Otros trastornos de la conducta alimentaria. 8. Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

Tabla 1: Clasificación de los TCA por parte del DSM-IV-TR (APA, 2005) y el CIE-10 (OMS, 1992)

La bulimia nerviosa (BN) supondría, por su parte, la presencia de atracones y métodos compensatorios inadecuados para evitar la ganancia de peso. Al igual que en la AN, la autoevaluación está excesivamente influida por el peso y la formas corporales (APA, 2005). También es un trastorno fundamentalmente asociado al género femenino, la edad de inicio es mayor que en la AN y su distribución social es más homogénea (Perpiñá, 1995). La prevalencia oscila entre el 1% y el 2% en la población general (Wilson, 2005). La proporción de mortalidad es escasa, situándose por debajo del 1% (Keel y Mitchell, 1997; Steinhausen, 1999).

Dentro del apartado de TCA no especificado (TCANE) destaca el trastorno de sobreingesta compulsiva o trastorno por atracón (TA), un trastorno a caballo entre la obesidad y la BN (Saldaña, 1994), que suele presentarse en pacientes mayoritariamente con sobrepeso y que queda definido de la siguiente manera (Williamson, Davis, Duchmann y cols., 1990):

- Episodios recurrentes secretos de voracidad.
- Consumición de alimentos de alto contenido calórico durante estos atracones.
- Esfuerzos repetidos de seguir dieta y frecuentes fluctuaciones de peso.
- Reconocimiento de que los hábitos alimenticios son anormales y están fuera de control.
- Afecto negativo antes y/o después de un episodio de voracidad.
- Ausencia de métodos extremos para perder peso.
- Ausencia de temor exagerado a ganar peso.

Los TCA hacen acto de presencia fundamentalmente en sociedades industriales, probablemente por lo arraigado en este contexto sociocultural de la creencia de "*lo delgado es bello*", lo que pudiera funcionar como una condición necesaria pero no suficiente para la generación de los TCA (Selvini et al., 1998). Otros autores (Garfinkel y Garner, 1982; Toro y Vilardell, 1987) apuestan por la confluencia de una serie factores precipitantes, predisponentes y de mantenimiento. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se revela como el tratamiento psicológico que mayor respaldo empírico ha acumulado (APA, 2000; NICE, 2004). Sin embargo, esta forma de intervención psicoterapéutica presenta serias limitaciones, no

alcanzo el estatus de "tratamiento bien establecido" y quedándose sólo en la categoría de "tratamiento probablemente eficaz" o "tratamiento en fase experimental" (Saldaña, 2008).

Se antoja pues la necesidad de aportar una nueva mirada a la visión psicopatológica de los TCA. Una nueva perspectiva podría ser la ofertada por la llamada "tercera ola" de la terapia cognitivo-conductual. Esta "tercera ola" queda dibujada por aquellos tratamientos psicoterapéuticos basados en la atención plena y el contextual-funcionalismo. Una manera, por consiguiente, de aumentar significativamente la eficacia ofrecida por los tratamientos "clásicos" sería a través de estas terapias cognitivo-conductuales de tercera generación. En concreto, este trabajo versará sobre la posible utilidad de todos aquellos tratamientos psicológicos basados en el mindfulness. A continuación se procederá a presentar la "tercera ola" de la terapia cognitivo-conductual y, específicamente, los modelos explicativos de los TCA desde la óptica de la consciencia plena.

2. La tercera ola

La "tercera ola" de la terapia cognitivo-conductual, también conocida como "terapia cognitivo-conductuales de tercera generación" o "terapias contextuales", es el producto de la evolución natural que ha experimentado la terapia de conducta. Hayes (2004), en este sentido, ha diferenciado tres generaciones de terapia:

1º Generación: Supone la terapia de conducta clásica, sustentada sobre los paradigmas del Condicionamiento Clásico (Watson y Rayner, 1920) y del Condicionamiento Operante (Skinner, 1953). Defendía el cambio directo del comportamiento y su metodología de trabajo era el manejo de contingencias.

2º Generación: Representa la terapia cognitivo-conductual. El manejo de contingencias sigue vigente pero ahora se otorga un papel primordial a los eventos cognitivos (por ejemplo, los esquemas mentales). La terapia cognitiva de Beck (Beck et al., 1979), la terapia racional-emotiva de Ellis (1962) o el programa de autoinstrucciones de Mechinbaum (1977) son los principales exponentes de esta corriente.

3º Generación: Coincide con la llegada de la "tercera ola". Constituye el intento de superación de las limitaciones de las terapias de segunda generación (Luciano y Valdivia, 2006). La terapia cognitivo-conductual no ha sido capaz, por ejemplo, de explicar experimentalmente la formación, derivación y alteración de los eventos privados, ni las condiciones en las que se establecen y cambian las relaciones entre eventos cognitivos y conducta. La premisa básica de las terapias de segunda generación es que la conducta problema viene determinada por los pensamientos y las emociones, de modo que para cambiar la conducta habría que alterar aquellos eventos privados "molestos" o "indeseables". Esta causalidad lineal lleva implícito un tremendo esfuerzo por controlar el dolor y el malestar. Todo esto acaba cristalizando en una epistemología que presenta los siguientes rasgos (Dougher y Hayes, 2000; Luciano, 2001):

- **Contextualismo** versus mecanicismo → La metáfora del ser humano como máquina, propia del mecanicismo, deja paso a la metáfora de la actuación en curso del contexto, donde los eventos son interdependientes con sus contextos y no pueden ser entendidos por sí solos. Conducta y consecuencia están interrelacionados a través del concepto de contingencia, que actúa como unidad de análisis.

- Estructuralismo versus **funcionalismo** → Más que la apariencia o la forma de las conductas, es decir, la topografía, lo relevante es su propósito, esto es, su función. La clasificación descriptiva de los problemas psicológicos es sustituida por el análisis funcional de los mismos. En relación con la característica anterior, se estaría haciendo referencia más al contextualismo funcional que, por lo tanto, al contextualismo descriptivo.

· **Monismo** versus dualismo → Existe un marcado interés por los denominados eventos privados, es decir, por los sentimientos, emociones, pensamientos, sensaciones, recuerdos, etc. Desde esta óptica, y en términos de conducta, los problemas serían relaciones conducta-conducta (Hayes y Brownstein, 1986).

· **Mentalismo** versus no mentalismo → Los determinantes causales de la conducta colonizan los estados, procesos o constructos internos, no siendo coto privado de los eventos externos, observables, accesibles y manipulables, en contraposición con lo promulgado por los objetivos analíticos conductuales de predicción e influencia.

· Reduccionismo versus **no reduccionismo** → Un intento de explicación de la conducta humana reduccionista se ubica en un nivel más bajo de análisis de la misma. Por ejemplo, el hecho de apelar, única y exclusivamente, a los procesos fisiológicos. El análisis de la conducta realizado desde la tercera ola prefiere ubicarse en un nivel de relaciones ambiente-conducta.

· Nomotético versus **ideográfico** → Los métodos nomotéticos de la psicología experimental buscan inferencias comunes a toda la población humana o, cuanto menos, a poblaciones específicas. Por el contrario, el análisis de la conducta es netamente ideográfico, basados en estudios de casos únicos.

Finalmente, aquellas terapias de tercera generación o contextuales-funcionales son, actualmente, las siguientes (Hayes, 2004):

- Terapia Cognitivo-Conductual Dialéctica (Linehan, 1993).
- Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991).
- Terapia Integral de Pareja (Jacobsan, Christensen, Prince, Cordova y Elderidge, 2000).
- Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999).
- Terapia Cognitiva Basada en la Consciencia Plena (Segal, Teasdale y Williams, 2002).

Todas estas terapias incluyen elementos relacionados con el mindfulness. Algunas de ellas lo hacen de manera masiva y sistemática, como la Terapia Cognitiva Basada en la Consciencia Plena, mientras que la mayoría lo hacen de forma más puntual y esporádica. De forma sucinta, y antes de entrar en materia, conviene saber qué significa exactamente mindfulness.

3. ¿Qué es mindfulness?

Mindfulness es la traducción inglesa de la palabra *sati*, un vocablo de la lengua *pali*, que significa conciencia, atención y recuerdo (Siegel, Germer y Olendzki, 2011). Mindfulness no tiene una traducción estricta al castellano, utilizándose como sinónimos expresiones como "conciencia plena" o "atención plena". Una definición muy socorrida es la vertida por Jon Kabat-Zinn (1994):

"Mindfulness significa prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar"

Tiene un claro origen budista e implica siempre alguna forma de meditación. Siete preceptos conforman la actitud básica en la práctica de la atención plena (Kabat-Zinn, 2004):

- *No juzgar*. Ante la inercia natural de la mente a categorizar y etiquetar todo lo que se percibe, mindfulness propone una postura de testigo imparcial ante la propia experiencia. Incluso la llegada de pensamiento enjuiciadores no ha de criticarse.
- *Paciencia*. Al ser el momento presente el "mejor" momento posible, no hay necesidad de trabajar o de hacer en busca de la llegada de otros "mejores" momentos. La atención, por tanto, ha de centrarse en lo que pasa o se hace en el aquí y el ahora. Así pues, por ejemplo, no ha de meditarse para experimentar un cambio en la tensión arterial, en la función inmunológica o para relajarse. Estos cambios acaecerán por sí solos.
- *Mente principiante*. Supone la disposición de la mente para ver las cosas como si fuera por primera vez, para librarnos así de las exceptivas basadas en las experiencias previas. Este

contemplar las experiencias como si se tratara de un niño contribuye a cultivar una actitud de curiosidad muy positiva para la aceptación del presente.

- *Confianza*. Lo importante es la experiencia de la persona. Aprender a escuchar a la mente y al cuerpo fortalece el sentido del yo del individuo en cuestión, incrementándose así la probabilidad de traspasar los límites ya las barreras de antaño.

- *No esforzarse*. La meditación consiste en no hacer. No se camina en pos de una meta concreta. Si se está tenso, se presta atención a esa tensión; si algo duele, se observa el dolor. Del modo hacer, muy instrumental, se pasaría al modo ser, más contemplativo (véase apartado cinco).

- *Aceptación*. Es ver las cosas como son en el presente. La aceptación no quiere decir que se esté satisfecho con las cosas tal como son. Aceptación no es igual a resignación. De hecho, la aceptación se asocia más a la resolución de un problema que la resistencia o no aceptación.

- *Ceder*. Se representa como la falta de apego hacia determinados eventos privados. También constituye el no intentar librarse de ciertas experiencias internas construidas como aversivas. Supondría el respeto absoluto hacia el torrente natural de experiencias suministradas por la unidad cuerpo-mente.

Un modelo teórico que operativiza los procesos psicológicos implicados en la práctica del mindfulness es el aportado por Scott Bishop y colaboradores (2004). En el mismo se entiende al mindfulness como la autorregulación de la atención para mantenerla en la experiencia inmediata y una orientación particular hacia la experiencia en el momento presente. El primer punto (***autorregulación de la atención para mantenerla en la experiencia inmediata***) consiste en mantener la atención orientada al presente, "aparezca lo que aparezca" (Chah, 2004). Por ejemplo, se puede tratar de centrar la atención en la respiración, momento a momento. Más pronto que tarde, la atención se descentrará de la respiración y habrá visitado otros eventos privados, tales como pensamientos sobre la lista de la compra, emociones de aburrimiento ante el ejercicio contemplativo o sensaciones físicas como incomodidad en la espalda.

Y es aquí donde mindfulness hace su aportación más rica, ya que sencillamente le pide al practicante que se dé cuenta de que objeto (interno o externo) ha captado su atención y que devuelva ésta suavemente a la respiración. Esto es lo que constituye la "instrucción fundamental" de la práctica del mindfulness (Simón, 2012). La respiración, en este ejemplo, funcionaría como un "ancla atencional", es decir, aquel objeto sobre el cuál se debe prestar atención. Es el más recomendado, sobre todo al principio, debido a su presencia constante y a su papel intermediario entre mente y cuerpo, entre lo voluntario y lo involuntario (Simón, 2012).

El segundo punto (***orientación particular hacia la experiencia en el momento presente***) representa la actitud con la cual se presta atención, el aspecto más cualitativo del mindfulness. Es una actitud de aceptación, de vivir el presente en su plenitud y con todas las consecuencias. Y también es una actitud de apertura, de observar con curiosidad, interés y respeto todos los contenidos de la mente y el cuerpo, sean los que sean, e incluyendo, por supuesto, eventos privados dolorosos.

Finalmente, este apartado se cierra con el comentario de las dos consecuencias más relevantes de las prácticas del mindfulness: el desarrollo del testigo y la desidentificación (Simón, 2012). La práctica constante del mindfulness conduce a la génesis de un sentido de observador o de consciencia de los objetos de atención por parte de la mente. La persona ya no sólo es consciente de una serie de eventos privados sino que adquiere consciencia de su propia consciencia (metaconsciencia). En términos de la TMR (apartado 2) se hablaría de distinción entre un "yo contenido" y un "yo contexto" (Barnes-Holmes, Hayes y Dymond, 2001). La desidentificación, por su parte, viene dada por el distanciamiento (que no negación) del evento privado dado. Por ejemplo, si una persona es consciente de una emoción intensa la probabilidad de identificación con este contenido experiencial es alta, es decir, de dejarse llevar por el impulso al que invita esta emoción. La desidentificación supondría ser consciente de dicha emoción (por ejemplo, ira) y de su impulso (por ejemplo, romper algo), sin seguir dicho impulso. El estado mental no ha cambiado (es decir, se sigue sintiendo ira), pero la relación con el mismo, el contexto, sí (se puede

sentir ira sin llegar a romper nada). Este es el fundamento clínico no sólo de las terapias psicológicas basadas en el mindfulness, sino de todos los tratamientos psicológicos procedentes de la "tercera ola".

Parece ser que estos logros psicológicos están íntimamente correlacionados con la llamada neurobiología del mindfulness (Treadway y Lazar, 2011). Un entrenamiento en mindfulness de duración igual o superior a ocho semanas coincide con una mayor actividad en corteza prefrontal izquierda (Davidson et al., 2003). Parece ser que el mecanismo de acción del mindfulness, desde un punto de vista psicobiológico, tendría que ver con una mayor *experiencia de referencia del sí mismo* (Farb et al., 2007). Desde una óptica puramente clínica, se han observado varios correlatos muy interesantes: mayor tiempo "viviendo el tiempo presente" (Farb et al., 2007), mayor afecto positivo (Davidson et al., 2003; Barnhofer et al., 2007), menor reactividad al estrés (Goleman y Schwartz, 1976) y mejor vitalidad cognitiva (Lazar et al., 2005; Pagnoni y Cekic, 2007).

4. Formulación contextual de los TCA

Un constructo psicológico muy usado por las terapias de tercera generación para comprender la psicopatología humana es la "evitación experiencial", o más concretamente el Trastorno por Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). El TEE puede definirse como un patrón inflexible caracterizado por la necesidad de control y/o evitación de pensamientos, emociones y sensaciones que son construidos socioculturalmente como temidos. Operaría según una regla de control de "*si siento A que es malo, y hago X, entonces A desaparece, de modo que puedo controlarlo*" (Luciano, 2001).

A corto plazo se produciría un beneficio funcional, es decir, desaparecería el evento privado en cuestión con función aversiva, pero a medio y largo plazo se produciría un "efecto boomerang". O sea, el malestar vuelve a estar presente, a veces más intenso y extendido, mientras que el alivio es breve (Luciano y Valdivia, 2006). Estaríamos, por lo tanto, ante una solución que más disfuncional que el propio problema: "***si deliberadamente no lo quieres, lo tendrás***" (Luciano, 2001).

El TEE se considera entonces una dimensión funcional capaz de explicar múltiples entidades psicopatológicas, independientemente de su cariz descriptivo. Así pues, estaría presente en trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, drogodependencias, trastornos del control de impulsos, trastornos psicóticos, en el afrontamiento de enfermedades, en problemas de dolor crónico y, por supuesto, en los trastornos de la conducta alimentaria (Hayes, Masuda, Bisett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes et al., 1996). Desde la Teoría de los Marcos Relaciones (TMR) establecen cuatro contextos verbales que definen el TEE, los cuales dibujan el acrónimo de **FEAR** (FEER en castellano) (Hayes y Hayes, 1992; Hayes et al., 1996; Hayes et al., 1999; Luciano y Hayes, 2001; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson et al., 2001; Wilson y Luciano, 2002):

- **F:** Literalidad. Se produce una fusión entre la palabra y el referente, no distinguiéndose entre el pensamiento, el proceso de pensar y el contexto.
- **E:** Evaluación o valoración. No se distingue entre las propiedades intrínsecas de un evento (por ejemplo, "estoy triste") y sus propiedades arbitrarias establecidas socialmente (por ejemplo, "estar triste es malo").
- **A:** Evitación o control de eventos privados. Supone el control de las causas o el control, en definitiva, de los eventos privados no deseados y dolorosos. La evitación experiencial sería una conducta gobernada por reglas con resultados paradójicos.
- **R:** Dar razones. Supone la explicación y justificación de la conducta en relación a los eventos privados.

El TEE constituiría el primer gran intento de explicación de los TCA (así como de la práctica totalidad de la psicopatología) por parte de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación y en especial desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Pero, evidentemente, también existen

hipótesis explicativas de los TCA más próximas al concepto de mindfulness (Wolever y Best, 2011; Bayón y Bonan, 2012). Desde la óptica de la consciencia plena el déficit central de los TCA sería un intento no efectivo de autorregulación (p.e., Davis y Jamieson, 2005; Overton, Selway, Stongman y Houston, 2005; Whiteside et al., 2007). El acto de comer puede servir como estrategia de regulación del estrés, para reducir emociones como la ansiedad, la soledad, el aburrimiento, la sensación de vacío, la frustración, etc (Kabat-Zinn, 2004). Conductas como la restricción alimenticia, los atracones y las purgas pueden etiquetarse como intentos disfuncionales de regulación de eventos privados adversos. Lo pernicioso de esta estrategia de autorregulación emocional coloca al TCA al mismo nivel, por ejemplo, que la drogadicción (Kabat-Zinn, 2004). Dos serían los focos de autorregulación (Wolever y Best, 2011; Bayón y Bonan, 2012):

1. **Regulación de la emoción a través de la conducta:** El déficit de autorregulación emocional se manifiesta a partir de niveles significativos de alexitimia, esto es, dificultades para la identificación y descripción de la experiencia interna, asociadas a un estilo de pensamiento concreto y orientado externamente (Sifneos, 1996). El discernimiento, entonces, entre las emociones y los estados físicos (por ejemplo, entre hambre y cansancio) se convierte en una empresa ardua complicada. Congruentemente, la *conciencia interoceptiva* en estos pacientes es escasa (Fassino, Piero, Gramaglia y Abbate-Daga, 2004; Spoor, Bekker, Van Heck, Croon y Van Strien, 2005). En este estado de cosas el hambre, por ejemplo, puede confundirse con emociones "negativas" o simplemente ignorarse. También puede haber problemas en relación a otras sensaciones como la saciedad gástrica y la saciedad específica del gusto (Allen y Craighead, 1999; Hetherington y Rolls, 1988). La comida y más conductualmente el comer se acaban convirtiendo en actos de evitación experiencial, principalmente de estados mentales como el estrés, el dolor y los sentimientos negativos (Agras y Telch, 1998; Davis y Jamieson, 2005; Gluck, Geliebter, Hung y Yahav, 2004; Lynch, Everingham, Dubitzky, Hartman y Kasser, 2000; Stein et al., 2007). La atención, que evita ser centrada internamente, se vuelca externamente.
2. **Regulación entre conducta y cognición:** Los pacientes con TCA se caracterizan por un estilo de *rigidez cognitiva*, con perfeccionismo y fusión pensamiento-imagen corporal. El perfeccionismo da lugar a una baja tolerancia ante resultados no consistentes con el logro de estándares personales elevados de rendimiento y aspecto físico (Bardone-Conne et al., 2007). Esto provoca sentimientos de insatisfacción crónica en materia de alimentación, peso y aspecto corporal (Steele, Corsini y Wade, 2007) y asiduos sentimientos de culpa (Swan y Andrews, 2003; Lawson, Waller y Lockwood, 2007). La fusión pensamiento-forma, por su parte, hace referencia a la creencia de que el mero hecho de pensar en la alimentos "prohibidos" desembocaría en un aumento de la posibilidad de ganar peso, sentirse más pesado o equivale moralmente a consumir alimentos problemáticos (Shafran et al., 1999). Conductualmente, y en definitiva, los atracones, los vómitos y otros "síntomas" funcionarían como intentos de evitación experiencial; para evitar la rumiación, la intrusión de pensamientos críticos y negativos relacionados con el peso, la imagen corporal y de sí mismo y, fundamentalmente, como una manera de "quitarse la comida de la mente" (Bayón y Bonan, 2012).

5. Conclusiones

Desde la óptica de la consciencia plena el TCA se conceptualiza como un trastorno por evitación experiencial y, en concreto, como un déficit en la autorregulación emocional. A través del cuerpo y de la ingesta alimenticia se llevan a cabo estrategias disfuncionales de regulación de estrés, con relaciones

recíprocas entre cognición, emoción y conducta. La escasa conciencia interoceptiva, la rigidez cognitiva y la hiperactividad física serían la cúspide de este circuito de evitación de eventos privados temidos.

Este modelo explicativo de los TCA, puramente contextual-funcional, daría lugar a programas de intervención que se encuadrarían en las llamadas terapias de "tercera ola" o de terapias cognitivo-conductuales de tercera generación. Ejemplos de éstas, desde un punto de vista más general, serían el programa de reducción de estrés basado en la atención plena (MBRS; Kabat-Zinn, 2004) o la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT; Segal et al., 2002). Más específicamente, es decir, más centradas en la patología del TCA, se encuentran la práctica de una alimentación consciente basada en mindfulness (MB-EAT; Kristeller et al., 2006) y la mejora del mindfulness para la prevención de la recuperación del peso (EMPOWER; Wolever et al., 2007). Todas ellas enfatiza la aceptación de los eventos privados temidos en los TCA, la integración cuerpo-mente y la desidentificación de los impulsos alimentarios.



Javier Pérez

6. Bibliografía

- Agras, W.S. y Telch, C.F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29, 491-503.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Practice guideline for treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl. 1), 1-39.
- American Psychiatric Association (APA) (2005). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. Barcelona, Masson.
- Allen, H.N. y Craighead, L.W. (1999). Appetite monitoring in the treatment of binge eating disorder. *Behavior Therapy*, 30, 253-272.
- Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S. y Simonich, H. et al., (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 388-405.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S.C. y Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. En Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds), *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 119-140). New York, Kluwer Academic.

- Barnhofer, T., Duggan, T., Crane, C., Hepburn, S., Fenell, M.J. y Williams, J.M. (2007). Effects of meditation on frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals. *NeuroReport*, 18 (7), 709-812.
- Bayón, C. y Bonan, V. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness. En Miró, M.T. y Simón, V., *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 209-239). Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guilford Press.
- Berkman, N.D., Lohr, K.N. y Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293-309.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Chah, A. (2004). *A still forest pool*. Wheaton, IL, Quest Books.
- Davis, R. y Jamieson, J. (2005). Assessing the functional nature of binge eating disorders. *Eating Behaviors*, 6, 345-354.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., et al., (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65 (4), 563-570.
- Dougher, M.J. y Hayes, S.C. (2000). Clinical Behavior Analysis. En Dougher, M.J. (Ed), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-26). Reno, Context Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, Lyle Stuart.
- Farb, N.A.S., Segal, Z.V., Mayberg, H.M., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z. y Anderson, A.K. (2007). Attending to the present: mindfulness reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2 (4), 313-322.
- Fassino, S., Piero, A., Gramaglia, C. y Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37, 168-174.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York, Bruner-Mazel.
- Gluck, M.E., Geliebter, A., Hung, J. y Yahav, E. (2004). Cortisol, hunger and desire to binge eat following a cold stress test in obese women with binge eating disorder. *Psychosomatic Medicine*, 66, 876-881.
- Goleman, D.J. y Schwartz, G.E. (1976). Meditation is an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (3), 456-466.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., Cooper, I. y Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S.C. y Brownstein, A.J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and behavior analytic view of the purpose of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.
- Hayes, S.C. y Hayes, L.J. (1992). Some Clinical Implications of Contextualistic Behaviorism: The example of Cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero L.F. (2004). BDT, FAP and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hetherington, M. y Rolls, B. (1988). Sensory specific satiety and food intake in eating disorders. En Walsh, B. (Ed.), *Eating behaviors and eating disorders*. Washington, D.C., American Psychiatric Press.

- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, I. y Elderidge, K. (2000). Integrative behavioural couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York, Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona, Kairós.
- Keel, P.K. y Mitchell, J.E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York, Plenum Press.
- Kristeller, J.L., Baer, R.A. y Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. En Baer, R.A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches*. Oxford, U.K., Academic Press (Elsevier).
- Lawson, R., Waller, G. y Lockwood, R. (2007). Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. *Eating Behaviors*, 8 (3), 305-310.
- Lazar, S.W., Kerr, C., Wasserman, R.J., Gray, J.R., Greve, D., Treadway, M.T. et al., (2005). Meditation experience in associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16 (17), 1893-1897.
- Linehan, M.M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford.
- Luciano, M.C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia, Promolibro.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.
- Lynch, W.C., Everingham, A., Dubitzky, J., Hartman, M. y Kasser, T.J. (2000). Does binge eating play a role in the self-regulation of moods? *Integrative Physiological and Behavior Science*, 35, 298-313.
- Mechinbaum, D.B. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York, Plenum.
- Morin, E. (1977). *La Methode: I nature de la nature*. Paris, Seuil.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). *Guideline Eating Disorders*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales*. Madrid, OMS.
- Onnis, L. (1992). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Barcelona, Paidós.
- Onnis, L. (1996). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. Barcelona, Herder.
- Overton, A., Selways, S., Strongman, K. y Houston, M. (2005). Eating disorders: The regulation of positive as well as negative experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12, 39-56.
- Pagnoni, G. y Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*, 28 (10), 1623-1627.
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds), *Manual de Psicopatología, vol. 1* (pp. 531-558). Madrid, McGraw Hill.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Eds), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (Adultos)* (pp. 141-160). Madrid, Pirámide.

- Segal, Z.V., Williams, J.M. y Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York, Guilford.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1998). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona, Paidós.
- Shafran, R., Teachman, B.A., Kerry, S. y Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 167-179.
- Siegel, R.D., Germen, C.K. y Olendzki, A. (2011). Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió? En Didonna, F. (Ed), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 73-103). Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Skinner, B.F. (1953). Science and Human Behavior. New York: Macmillan.
- Simón, V. (2012). Formación en mindfulness para psicoterapeutas. En Miró, M.T. y Simón, V. (Eds), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 51-80). Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Spoor, S.T.P., Bekker, M.H.J., Van Heck, G.L., Croon, M.A. y Van Strien, T. (2005). Inner body and outward appearance: The relationship between appearance orientation, eating disorder symptoms and internal body awareness. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 13, 479-490.
- Steele, A., Corsini, N. y Wade, T.D. (2007). The interaction of perfectionism, perceived weight status and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of "benign" perfectionism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1647-1655.
- Stein, R.I., Kenardy, J., Wiseman, C.V., Zoler Douchis, J., Arnow, B.A. y Wilfley, D.E. (2007). What´s driving the binge in binge eating disorder? A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 195-203.
- Steinhausen, H.C. (1999). Eating disorders. En Steinhausen, H.C. y Verhulst, F. (Eds.), *Risk and outcome in developmental psychopathology* (pp. 210-230). Oxford, UK, Oxford University Press.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?: Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa. Barcelona, Gedisa.
- Swan, S. y Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 367-378.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Barcelona, Martínez Roca.
- Treadway, M.T. y Lazar, S.W. (2011). Neurobiología del mindfulness. En Didonna, F. (Ed.), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 117-138). Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), pp. 1-14.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162-169.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, E. G., Mckenzie, S. M. y Watkins, P. C. (1990). Assessment of eating disorder: Obesity, anorexia, and bulimic nervosa. New Cork, Pergamon Press.
- Wilson, G.T. y Roberts, M. (2002). Core principles in acceptance and commitment therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.
- Wilson, K.G., Hayes, S.C., Gregg, J. y Zettle, R. (2001). Psychopathology and Psychotherapy. En Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds), *Relational frame theory* (pp. 211-238). New York, Kluwer Academia.
- Wolever, R.Q. y Best, J.L. (2011). Abordajes basados en mindfulness para trastornos de la conducta alimentaria. En Didonna, F. (Ed), *Manual clínico de mindfulness* (pp. 443-490). Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Wolever, R.Q., Ladden, L., Davis, J., Best, J., Greeson, J. y Baime, M. (2007). EMPOWER: Mindful Maintenance Therapist Manual. Manual de tratamiento inédito para becas 5U01 AT004159 y 5 U01 AT004158 de NIH. Duke University and University of Pennsylvania.

**Entre varios compañeros hemos construido este número.
Os animamos a enriquecer los siguientes
con vuestro trabajo y creatividad**



11

Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el AGC de Psiquiatría y Salud Mental del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSM del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados

Periodicidad: según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones

Metodología de elaboración: Santiago Vega (santiago.vega@salud.madrid.org) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a su Correo las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del Boletín (u otras que a alguien se le ocurra)

Distribución: descargable desde <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>

¹¹ Autor de las ilustraciones de este Boletín: **Javier Pérez**, artista ecuatoriano. Javier Pérez, el artista que utiliza objetos del día a día para hacer arte en instagram *Pasearte por el perfil de instagram del director de arte ecuatoriano Javier Pérez es viajar a un lugar donde todo tiene otro significado. una explosión de nuevas formas de mirar el mundo. aunque parezca sencillo, el trabajo de Javier es muy complejo. estamos tan acostumbrados a ver (o simplemente a utilizar) los objetos de nuestro día a día, que no nos paramos a pensar qué otras cosas podríamos hacer con ellos o si –incluso– podrían tener vida propia. mirar, buscar, conceptualizar, ilustrar y fotografiar son cinco pasos nada fáciles de combinar. un viejo disket llevando de la mano a una moderna tarjeta sd, unas uvas que en realidad son globos, una pila que le da oxígeno a un buzo y hasta un clip convertido en trompeta. ¿no es genial? :-)* - See more at: <http://www.misgafasdepasta.com/javier-perez-el-artista-que-utiliza-objetos-del-dia-a-dia-para-hacer-arte-en-instagram/#sthash.a61OgRnk.dpuf>