

EDITORIAL

El congreso de Sevilla

Así hemos querido titular este Editorial en *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* pues es el primer Congreso de nuestra querida **Sociedad Española de Medicina Psicosomática** que se celebra en esta ciudad. Aunque ya se apuntó a esa sede, en varias ocasiones, a lo largo de los últimos 25 años, tampoco se ha celebrado en ninguna de las restantes ciudades andaluzas desde aquel memorable año cuando el Prof. Vicente Salvatierra (q. e. p. d.) lo convocó en Granada, con ciertos altercados gubernamentales atribuibles a la óptica política del momento, como bien recuerdan los supervivientes.

Afortunadamente este **Congreso nacional conjunto de las Sociedades Española y Andaluza de Medicina Psicosomática - XLVI Congreso SEMP y VII Congreso SAMP (Sevilla, del 18 al 20 de Febrero de 2016)** - ha resultado bien exitoso en cuanto a la amplitud y profundidad de los temas, a la altura de los conferenciantes y ponentes, a la fluidez organizativa, al número e interés de los congresistas procedentes de toda la geografía nacional e internacional y de la completa gama cronológica, desde los 20 a los 90 años, ¡y con muy buen entendimiento en todas las dimensiones y sentidos!

La sabia progresista psicossomática llegó desde New York, traída por el **Dr. Manuel Trujillo** -Psiquiatra. Director del programa de Psiquiatría Pública y Global de la Universidad de Nueva York. Presidente de la Sociedad Americana de Psiquiatría Hispana. Ex-Director del Bellevue Hospital. Nueva York.- *“El reto actual de la Psiquiatría está en el mejor aprovechamiento clínico de la Neuroimagen”* afirmaba. Sus trabajos con el SPEC realizado con alta resolución de imagen permiten orientar con gran precisión y buenos resultados el abordaje terapéutico de la depresión, de los trastornos del espectro bipolar, del TDAH, de las demencias y otros procesos psiquiátricos.

Un segundo mensaje del Dr. Trujillo –uno de los primeros titulados USA en la reciente subespecialidad de Medicina Psicosomática- ha sido la utilidad de la Psicosomática en el abordaje de tantas patologías actuales en las que se imbrica la cuestión genética con la epigenética, de tal modo que aparecen como cuadros complejos, tanto en su clínica como en su etiopatogenia, necesitándose la pronta discriminación de su naturaleza y prevalencia patogenética para determinar el tratamiento específico en su abordaje. *“Es la perspectiva psicossomática, con su paradigma, la que ha de alumbrar el quehacer de la Psiquiatría y de la Medicina Interna (con las diversas Especialidades en su compañía) de modo que lleven a la práctica una acertada Medicina Integrativa”* concluyó Manuel Trujillo.

Desde las raíces de la Psicosomática clásica partió la *Conferencia Magistral de inicio congresual* del **Dr. Luis Chiozza** -Médico. Miembro fundador del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. Director del Centro Weizsaecker y del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires.- para transmitir *“por qué y cómo enfermamos”*, cómo se expresan los órganos con su lenguaje peculiar, de qué manera hemos de entender a la persona que enferma y cuál es el camino de retorno a la salud. El Dr. Chiozza compartió su experiencia de larga trayectoria profesional desde la Medicina Psicosomática, e hizo referencia a sus raíces invitando a los allí presentes a considerar cada uno de nuestros órganos como “participantes” del alma y del cuerpo, como un puente que va de lo psico a lo somático y viceversa -*“el cuerpo es la parte del alma que sentimos”*-.

“La enfermedad del desamor” o quizá mejor *“La epidemia actual del desamor”* permitió al **Prof. Enrique Rojas** - Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Director del Instituto Español de Investigaciones Psiquiátricas. Presidente de la Fundación Rojas-Estapé. Madrid.- analizar una dinámica y una conducta que son, hoy en día, causa o consecuencia de multitud de psicopatologías con tan elevado coste general y de una manera especial de sufrimiento humano. Con estilo cercano y atrayente esquematizó abordajes preventivos y curativos.

En las páginas que siguen a este editorial encontrarán textos que **resumen las cerca de 70 ponencias y los más de 90 trabajos presentados**. También en ellas seguiremos resaltando la magnitud de este encuentro de disciplinas tan diversas y complementarias a la

par que son portadoras de ese común denominador que define al ser y al quehacer psicosomático.

Es necesario que todos cuidemos de este “*marco matemático*” de la persona, considerada en su unidad esencial, constitutiva y trascendente, con numerador diversísimo y a la par con el mismo denominador que aúna en el “*paradigma bio-psico-socio-eco-espiritual*” y que permite abordar la salud y la enfermedad de la persona capaz de libertad puesta o no al servicio de la propia salud. Este añadido final al paradigma psicosomático resulta de gran valor en la clínica y cuenta sobremanera en el efecto terapéutico.

Los **premios otorgados**, en reñida lid, entre los trabajos presentados, junto al Premio al mejor Caso Clínico- 3ª Edición (publicado entre julio 2013 hasta septiembre 2015 en Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace) apuntan hacia el elevado interés de la Psicosomática en las nuevas generaciones.

El notable eco en los medios de comunicación desvelan, a nuestro juicio, **el interés de la sociedad, médica o general, por la cuestión psicosomática**. Y otro exponente en este sentido es el elevado número de “Convenios de colaboración” firmados entre diversas Sociedades científicas y la SEMP. Es nuestro deseo que duren y crezcan en contenido.

En sesión especial fueron presentados una decena de libros, de corte psicosomático, escritos por miembros de nuestras Sociedades Española y Andaluza de Medicina Psicosomática.

Y en un debate vivo y actual se desarrolló el **Foro ¿Hacia dónde va la Medicina Psicosomática?, en su IIIª Fase**, analizando la Encuestas recibidas, cumplimentadas por socios de la SEMP y eficazmente clasificadas por la ya veterana psicóloga sevillana, Ana Moreno.

Los **cauces docentes que en la actualidad enseñan Psicosomática** en las Universidades, Reales Academias, Colegios de Médicos, Sociedades Científicas o Servicios clínicos fueron expuestos por el intensivista Dr. Esteban Fernández Hinojosa y como marco antropológico el Prof. José Manuel González Infante analizó el itinerario histórico de la Psicosomática de Arquetipo a Paradigma, así como su contemplación a modo de Mito a Logos.

Pensamos que este Foro está llamado a ser un **camino histórico-científico con vocación de continuidad** en las actividades de la SEMP para vivenciar aquello de que “quien no conoce su propia historia, está llamado a repetir su errores”.

Hasta aquí una perspectiva fenomenológica de la Psicosomática actual en nuestro medio, y para finalizar este editorial señalo algunos rasgos que definiríamos como “de presente a futuro”:

- Nuestra mirada común se dirige al **XLVII Congreso de la SEMP, a celebrar en Barcelona del 28 de junio al 1 de julio 2017, junto al 5th Annual Scientific Conference of the EAPM 2017**. Ahí, ¡todos a una!
- En el ambiente plural de la psicosomática española se aprecia la exigencia de una unidad y armonía que aúne esfuerzos y genere amistad y eficacia. Es cuestión de sensibilidad para secundar una actividad renacida y renovada.
- Merece la pena prestar atención al equilibrado desarrollo de la psicosomática clínica, investigadora, docente, histórica y filosófica. Cada una donde alcance.
- Destacamos la centralidad de la Persona como sujeto en torno al cual gira la atención Psicosomática. Su aplicación diversa desde diferentes campos propicia el que los profesionales con conciencia, actitudes y prácticas psicosomáticas, puedan ejercerla, a veces, sin saberlo.

Desde la SEMP proponemos que tomen conciencia de tal riqueza, la gocen y sirvan de un mejor modo con su mismo trabajo.

- La comunicación entre escuelas, tendencias, regiones y grupos así como una cordial colaboración entre Sociedades propiciarán ese buen trabajo que la actual psicosomática nos pide.

Con la alegría de lo vivido en estos dos años de presidencia, tratando de servir, recordando las **I Jornadas SEMP “Psicosomática y Psicoterapia” (Madrid, 27 y 28 de**

febrero de 2015) y teniendo plena confianza en la nueva Presidencia y Junta Directiva, emanadas en este Congreso que da contenido a este número extraordinario de “Cuadernos”, os saludo a todos muy afectuosamente,

Manuel Álvarez Romero

Presidente del XLVI Congreso SEMP y VII Congreso SAMP

(Sevilla, 18 al 20 de Febrero de 2016)

Introducción a Mindfulness

Javier García Campayo y Mayte Navarro Gil
Master de Mindfulness. Universidad de Zaragoza

Mindfulness (o atención plena) es una cualidad de la mente, descrita en todas las culturas y tradiciones religiosas, que consiste en estar en el momento presente, con atención y con aceptación (sin juzgar, sin rechazar ni apegarse a lo que esta ocurriendo). Mindfulness es también la técnica que permiten desarrollar este estado que, básicamente, consiste en la meditación.

Mindfulness se considera una terapia de tercera generación cuya base son las tradiciones meditativas orientales, a las que se ha eliminado cualquier reminiscencia religiosa o cultural, por lo que puede ser practicado por todo el mundo, y que posee una amplia evidencia científica. De hecho es una de las áreas de las neurociencias en las que más se esta investigando.

Este taller pretende enseñar las bases teóricas de Mindfulness, los mecanismos de acción y sus indicaciones, además de resumir la eficacia en el tratamiento de patologías psiquiátricas y médicas, así como su utilidad para aumentar el bienestar psicológico. En este último sentido se está empleando en el campo de la salud, pero también en la educación, en la empresa y en el deporte. También incluirá varias prácticas de Mindfulness de forma que los asistentes puedan hacerse una idea de en qué consiste la práctica.

Postura, movimiento y fluidez: nuevos retos terapéuticos

Leonardo Fabre Galisteo

Fisioterapeuta y osteópata. Consulta privada. Sevilla.

Cada vez son más los terapeutas que relacionan el factor psíquico con el componente estructural o mecánico, de tal forma que hoy en día está plenamente asumido que una alteración emocional puede afectar al sistema visceral y/o musculoesquelético. Desde la Fisioterapia proponemos un abordaje somato-psíquico con la premisa de que si mejoramos el componente físico, mejoramos el factor emocional.

Desde los diferentes organismos de la Fisioterapia y en los últimos años, se han ido dando pasos hacia un modelo conceptual de salud integral, promoviendo el desarrollo teórico y práctico de diferentes técnicas que abordan la salud en sus tres pilares fundamentales; estructural, bioquímico y emocional.

La Fisioterapia actúa ajustando el organismo en diferentes niveles:

- Somatosensorial, actuando sobre la ATP (actividad tónica postural) mejorando la conciencia del esquema corporal.
- Biomecánico, ajustando las líneas de fuerza equilibrando el centro de gravedad y liberando bloqueos y tensiones en la estructura corporal.
- Motriz, reprogramando los circuitos motores alterados.
- Nervioso, modificando la entrada sensorial cambiamos la percepción, el procesamiento y la respuesta motora.
- Visceral, actuando sobre el sistema nervioso autónomo.

Todo ello comporta tener una mayor conciencia de sí mismo y del espacio que le rodea, más fluidez en el movimiento, sensación de equilibrio y bienestar, mayor flexibilidad estática y dinámica.

Un cuerpo con el centro de gravedad bien equilibrado y que se mueve con fluidez tiene una mayor capacidad de adaptación al medio que le rodea. Un cuerpo flexible alberga una mente flexible.

Ejercicio terapéutico: de la gimnasia corporal a la consciencia y reencuentro con uno mismo

Sara Cruz Sicilia

Fisioterapeuta. Profesora del método Pilates. Consulta privada. Sevilla.

Los nuevos enfoques terapéuticos derivados de los avances de la neurociencia de los últimos años también han trascendido a la Fisioterapia. Estos avances han permitido comprender que la biología, la psicología y la sociedad son elementos indisociables de toda vivencia traumática, del dolor que acompaña a una enfermedad y de cualquier experiencia vital. De ahí la necesidad de utilizar modelos terapéuticos que partan del enfoque biopsicosocial.

Teniendo en cuenta este nuevo paradigma, en este taller se presenta un abordaje SomatoPsíquico, con el que el fisioterapeuta ayuda al paciente trascendiendo el plano meramente físico. Se proponen varios ejercicios de Pilates Fisioterapéutico, matizados con conceptos de movilización neuromeningea, del concepto cráneo-sacro y del entrenamiento neuromuscular y estabilización articular. La atención y concentración son necesarias para sentir dónde se enraízan el movimiento, la expresión y la emoción. Partiendo de la posición neutra de cada articulación, la respiración se convierte en el elemento conector de la melodía cinética, utilizando el *Powerhouse* o *Core* como pivote central de un movimiento controlado, preciso y fluido. La visualización, la elongación axial, los deslizamientos neuromeningeos y el reconocimiento y modificación de los movimientos compensatorios son utilizados para el reaprendizaje motor. El entrenamiento de la propiocepción, la disociación segmental, la coordinación intra e intermuscular y la autoconciencia corporal permiten acceder a un reconocimiento profundo de sí mismo.

Como consecuencia, se dibuja una herramienta terapéutica con la que el fisioterapeuta ayuda al paciente a modificar sus neuroetiquetas teniendo en cuenta el procesamiento cognitivo, emocional y sensoriomotriz del motivo de consulta.

Lo que todo médico ha de saber sobre el paciente con adicciones

Juan Francisco Ramírez López

Psiquiatra. Coordinador del Área Asistencial del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva.

La adicción es una enfermedad compleja, caracterizada por el deseo vehemente, la búsqueda y el consumo compulsivo y en ocasiones incontrolable de drogas, que persisten a pesar de las consecuencias extremadamente negativas.

Los términos toxicomanías y drogodependencias utilizados en el siglo pasado ha sido sustituidos actualmente por el del adicción y trastornos adictivos, los cuales implican un menor estigma e incluye no solo a las adicciones mediadas por sustancias sino también a las adicciones conductuales o comportamentales.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de EEUU, ha sido pionero en el estudio de la adicción y considera a esta, como una auténtica enfermedad del cerebro de carácter crónico, que suele presentar recidivas y cuya verdadera esencia es la búsqueda compulsiva y el uso constante del objeto adictivo, incluso cuando es obvio que esta actividad está provocando consecuencias muy negativas para la salud y las relaciones sociales de una persona.

Para la mayoría de los pacientes, los tratamientos farmacológicos constituyen el elemento fundamental del tratamiento, pero estos son mucho más eficaces cuando se combinan con otros tratamientos psicológicos, ya que como promulga la Medicina Psicosomática, toda patología tiene una vertiente psíquica y otra somática en perpetua interacción y en el centro de su intervención se encuentra el hombre con su historia individual, familiar y social y no la enfermedad.

LOS GRUPOS BALINT HOY

Moderador: José Cobo de la Cruz

El Dr. Michael Balint (1896-1970), médico y psiquiatra, se interesó por el psicoanálisis a partir de la lectura de *Tótem y tabú* y por la influencia de su futura mujer Alice; ambos fueron psicoanalizados por Sandor Ferenczi en Budapest y después en Berlín por Abraham. Fue el creador de los Grupos Balint, siguiendo la trayectoria de la escuela de Budapest (carta de Ferenczi a Freud el 18 Abril 1929, comunicando la importancia para el médico general el tener cierta formación en psicoanálisis para el ejercicio profesional).

Su actividad psicoanalítica se desarrolló en el ámbito de la prestigiosa Clínica Tavistock (Londres), y de su experiencia con grupos de terapia psicoanalítica, nacieron los primeros grupos con médicos general que culminó con la publicación de la obra: *El médico, su paciente, y la enfermedad*. En él se recoge aspectos importantes de la relación médico y paciente, como la consideración del médico como fármaco y también su inherente potencial de efectos secundarios o iatrogenos.

Escribió numerosos artículos de trascendencia psicoanalítica, fue ponente invitado en universidades europeas y americanas. *La falta básica*, ha sido considerada su obra más importante, dado su gran interés teórico y clínico en paciente con perturbaciones graves.

La primera Sociedad Médica Balint nace en París (Mayo 1967) y se formalizan unos estatutos. En Octubre de 1974 se funda la Federación Internacional Balint en Bruselas con la participación de las sociedades inglesa, francesa, italiana y belga.

Marco teórico

Rafael Casquero Ruiz.

Médico de Familia. Psiquiatra. Madrid. Presidente de SEMERGEN-Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Psicopatología y Medicina de Familia de la SEMP.

Los "Grupos Balint" consisten en grupos de médicos, coordinados por un profesional de la salud mental, reflexionando sobre la experiencia de la subjetividad en su tarea cotidiana. Fueron ideados y desarrollados por Michael Balint en su libro "El médico, su paciente y la enfermedad". Los grupos Balint consideran la labor psicoterapéutica del médico siendo un modelo de la aplicación del psicoanálisis en el ámbito de la consulta médica. Los grupos Balint permiten estudiar los fenómenos contratransferenciales del médico: prejuicios, teorías, expectativas, y la aparición de resistencias y defensas en la relación interpersonal con el paciente.

Si bien los grupos Balint se usaron los primeros años de la puesta en funcionamiento de los Centros de Salud en los centros docentes, hay varias causas que justifican su abandono en la Atención Primaria: la excesiva presión asistencial y falta de tiempo con la consiguiente reducción de las actividades de docencia, la primacía del enfoque organicista sobre la visión holística biopsicosocial, el progresivo desarrollo científico-técnico y preponderancia de los registros, de los protocolos y el abuso del ordenador en la consulta, la reducción de la evaluación de resultados a datos cuantitativos, la preponderancia del mercado de consumo en el ámbito de la salud y la escasa adaptabilidad de los conductores y de la metodología Balint en el funcionamiento actual de los Centros de Salud.

Recomendaciones: Los grupos Balint deberían formar parte del ámbito de consultoría entre A.P. y Salud Mental. Serán conducidos por un profesional experto en psicoterapia grupal psicoanalítica con conocimiento del ámbito de actuación en A.P., que tenga un enfoque holístico biopsicosocial. El conductor buscará la seguridad y confort en el grupo y el adecuado manejo de las transferencias sin entrar en planteamientos íntimos. Los grupos serán semicerrados o abiertos, basados en la regularidad, motivación y compromiso. Lo ideal es que el número de miembros oscilara entre 6 y 12. Duran unos 60 minutos, una vez por semana y sin plazo de finalización. Están formados por médicos, enfermeros, trabajador social, y residentes si el centro fuera docente. Al inicio del grupo debe explicarse a sus componentes que se trata de un grupo de reflexión de la práctica.

Funcionamiento: un miembro del grupo presenta un caso que le haya ocasionado preocupación con ansiedad. Es bueno que todos aporten casos de modo rotatorio priorizando los casos de interés relevante. Tras la presentación se reflexiona en grupo. El grupo devuelve, pregunta y aconseja. En la actualidad el grupo Balint debe incorporar los nuevos aspectos de enfoque interdisciplinar y del trabajo en equipo. Tras la presentación del caso y la reflexión conjunta con el grupo, sólo si los participantes lo solicitan, pueden proponerse estrategias para afrontar un conflicto. Para evitar el cansancio asistencial, el director será más activo, sin mantenerse mucho tiempo en atención flotante. El humor puede ayudar a entrar en el plano psicológico en un ambiente y clima grupal más distendido. Al final un observador externo incorpora aportaciones que son comentadas en el grupo.

CONFERENCIA DE PRESENTACIÓN

Mi experiencia desde la Medicina Psicosomática

Luis Chiozza

Médico. Miembro fundador del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. Director del Centro Weizsaecker y del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza. Buenos Aires.

Llamamos “somático”, “material”, o “físico” a lo que posee la cualidad de hacerse presente (mediante signos) a la percepción sensorial, incrementada, o no, mediante aparatos como el microscopio o indicadores que trazan huellas perceptibles de objetos imperceptibles. Llamamos “psíquico” (o “historia”) a lo que posee como cualidad la significación. Para que haya significación debe haber un psiquismo (que, cuando se perturba, se manifiesta en síntomas y signos). El psiquismo “crea” la significación, que nace siempre con una determinada importancia (significancia). A la significación se accede “leyendo” signos y símbolos. Mientras que los signos indican (revelan o expresan) una presencia, los símbolos aluden (o re-presentan) una particular ausencia (física) que, por ser particular, es “específica”. Llamamos “espíritu” a lo que mancomuna a las almas (sea de un pueblo, de un equipo deportivo o de una “colonia”) que conviven en una existencia colectiva.

Pensar que existen trastornos que son únicamente somáticos, únicamente psíquicos o únicamente “personales”, es un planteo inadecuado, que no puede ser comprobado, ya que siempre nos quedará una duda con respecto a la capacidad de nuestros métodos de indagación. Pensar que todos los trastornos son (como el ser humano) psicosomáticos y “transpersonales”, independientemente de cuál sea la capacidad actual de nuestra consciencia para percibir un cambio físico o “leer”, en ese proceso una significación particular o universal, conduce, en cambio, a una actitud fructífera, que consiste en buscar el significado “propio” (inherente, y al mismo tiempo “típico y universal”) de cada alteración física y, también, en cada mutación del ánimo individual o colectivo, un proceso físico específico.

Podemos decir, además, que así como la lectura no altera, físicamente, al texto que leemos, la interpretación no “convierte” lo somático en psíquico (ni lo personal en “social”) aunque, como es obvio, cuando, frente al escritor, leemos en voz alta lo que ha escrito, es posible que él lo altere, como sucede cuando la interpretación transforma un estado “psicofísico” y “convivencial”, en otro estado “psicofísico” y “convivencial” que puede ser mejor. La teoría que subyace a la indagación psicoanalítica (acerca de los significados inconscientes) no lleva consigo, necesariamente, a la postulación de una relación causal como la que se sostiene en los conceptos de “psicogénesis”, “somatogénesis”, o “sociogénesis”, que restringen innecesariamente el campo epistemológico de la relación entre cuerpo, alma y espíritu.

Una vez que se adquiere conciencia de que el conocimiento surge del encuentro entre lo dado y la consciencia, la física como “more geométrico”, recupera el carácter de metáfora (dentro del cual, por ejemplo, fue construida, deliberadamente, por Newton) y el “more lingüístico” adquiere, en cuanto trato “científico” de los objetos, la legitimidad epistemológica que le corresponde. Por esto señala C. Turbayne: “...trataré los sucesos de la naturaleza como si constituyeran un lenguaje, convencido de que el mundo puede ser ejemplificado de igual manera, si no es que mejor, suponiendo que es un lenguaje universal en lugar de una gigantesca maquinaria de reloj; específicamente, usando el metalenguaje común, consistente en ‘signos’, ‘cosas significadas’, ‘reglas de gramática’, etc., en lugar del vocabulario propio de las máquinas, consistente en ‘partes’, ‘efectos’, ‘causas’, ‘leyes de operación’, etc., para describirlo”.

La relación “psicosomática” fundamental consiste en que, así como el lenguaje es un órgano natural que se desarrolla en un contexto cultural que lo acota pero no lo crea (N. Chomsky) de una manera semejante a la forma en que un esbozo embrionario se realiza en un campo

epigenético (C. Waddington), todo órgano natural posee al lado de la subsistencia física de, por ejemplo, un ojo o una mano particular, una subsistencia semántica (R. Ruyer) inherente y específica, que constituye al ojo y a la mano como entidades dotadas de un significado propio. Estas entidades (que coinciden con lo que el psicoanálisis denomina fantasías inconscientes) “pertenecen” a la existencia física del ojo y de la mano de un modo semejante a como, de acuerdo con la teoría psicoanalítica de las zonas erógenas, las fantasías orales “pertenecen” al órgano “boca”. Al mismo tiempo tales fantasías inconscientes (del ojo y de la mano) trascienden la existencia física particular de un ojo y una mano en su capacidad de materializar la misma “idea” en otro ojo y otra mano, los cuales, a pesar de ser otros, son sin embargo semejantes. Por eso podemos decir junto con G. Bateson que “la anatomía debe contener una analogía de la gramática, porque toda anatomía es una transformación de un mensaje material, el cual debe ser contextualmente formado... la formación contextual es sólo otro término para la gramática” y, también, que “la embriología debe ser algo hecho con la sustancia de las historias”.

La secuencia intencional, el sentido que constituye una “historia”, vincula al pseudopodio amebiano, generado para cada ocasión, con la subsistencia semántica de la mano que apresa y, del mismo modo, a cada una de las fantasías inconscientes “corporales” con la capacidad que posee el hombre cerebral para exteriorizar “herramientas” tales como la pinza, el avión, la rueda o, también, una bandera o un emblema, sin comprometer irreversiblemente la estructura de sus órganos. Gran parte de esta capacidad generativa, que es a un mismo tiempo instrumental, comunicativa y simbólica, exige sin embargo un “compromiso”, no siempre reversible, que se ejerce muchas veces más allá de la función normal, configurando lo que denominamos “trastorno”.

MESA 1: PSICOSOMÁTICA Y MEDICINA DE FAMILIA

Presentación

Enrique Arrieta Antón

Médico de Familia. Segovia. Miembro de Grupos de Trabajo de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Psicología y Medicina de Familia

En las I Jornadas de la SEMP tuvimos una mesa titulada “Medicina Psicosomática y Medicina de Familia: Dos caras de la misma moneda”. Allí comprobamos cómo el lema para el día de la Atención Primaria de 2015, “Me dedico a las personas” es compartido por todos los que no parcelamos al paciente en órganos o aparatos, y pretendemos hacer un abordaje integral, teniendo en cuenta la realidad biológica de la persona, pero también la emocional, su manera de afrontar el estrés, su entorno y los apoyos que puede ofrecerle, etc.

En este XLVI Congreso vamos a continuar avanzando en esa línea, acercándonos a las diferentes actividades que desarrollamos en Atención Primaria, como a la manera en que los profesionales nos enfrentamos al acto médico.

Una de las características que define la Atención Primaria es la longitudinalidad, tanto en el tratamiento de las personas a lo largo de su ciclo vital, como en cuanto a los procesos, para los que contemplamos actividades preventivas, actividades curativas y actividades rehabilitadoras. En esta Mesa se va a hablar de “Detección Precoz”, el paradigma de la prevención secundaria (Dra. M^a Reyes Díaz Ostos), pero también de Prevención Primaria, “salud mental (Dra. Raquel Ramírez Parrondo).

El acto médico comprende clásicamente tres momentos: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Dependiendo de la manera en que nos aproximemos al paciente el proceso y los resultados del acto médico pueden ser muy diferentes, y pueden ser satisfactorios o frustrantes para el profesional o el paciente. Por ello en esta mesa se van a abordar “Los condicionantes del Médico de Familia en la consulta” (Dr. Rafael Casquero Ruiz) y “Lo que se esconde detrás de la clínica” (Dr. José Ángel Alcalá Partera).

Detección precoz en Atención Primaria

M. Reyes Díaz Osto

Médico de Familia. Sevilla. Grupo de Comunicación de SEMERGEN.

La atención primaria es el suministro de servicios integrales y accesibles de atención de salud por médicos clínicos que son responsables de lidiar con una gran mayoría de las necesidades personales de atención de salud, estableciendo una alianza constante con los pacientes y ejerciendo en el contexto de la familia y la comunidad”

En el manejo de estos pacientes es fundamental la empatía para crear una relación terapéutica, la escucha activa y manejar los principios del Counseling, en el que el profesional es un acompañante en el proceso de enfermedad y el paciente se responsabiliza de su salud. Se consensuan los objetivos de tratamiento y las opciones terapéuticas.

Son trastornos muy frecuentes en Atención Primaria, con los que el médico de familia debe de estar familiarizado.

El DSM-5 no utiliza el término de somatización y ha eliminado algunos de los trastornos descritos en el DSM-IV-TR y CIE-10. En el DSM-5, la categoría de síntomas somáticos y trastornos relacionados incluye trastornos que se caracterizan por importantes síntomas somáticos así como considerable angustia o deterioro psicosocial:

- Trastorno de síntoma somático
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno de conversión funcional neurológico
- Factores psicológicos que afectan a otro trastorno
- Trastorno facticio de condiciones médicas

Se puede sospechar comorbilidad psiquiátrica en pacientes que presentan quejas somáticas cuando aumenta el número de síntomas, si el dolor permanece inexplicado tras un amplio reconocimiento médico, si se producen frecuentes visitas al sistema sanitario, si se consumen muchos recursos de salud, cuando detectamos factores de riesgos biopsicosociales que favorecen la vulnerabilidad. El cuestionario PHQ-15 puede facilitar la detección precoz.

Más vale prevenir ... también en Salud Mental

Raquel Ramírez Parrondo

Médico de Familia. Psicoterapeuta. Clínica Universitaria de Navarra, sede en Madrid. Miembro de Grupos de Trabajo de SEMERGEN. Coordinadora del Grupo de Trabajo “Psicosomática y Medicina de Familia” de la SEMP.

El diccionario de la Real Academia de Medicina define el término prevención como “conjunto de medidas y actividades sanitarias tendentes a preservar a los individuos o a la sociedad de las enfermedades”.

El Médico de Familia además de tratar enfermedades y hacer un seguimiento de las enfermedades crónicas, es capaz de realizar intervenciones preventivas y de promoción de la salud efectivas en diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo,... , pero apenas lo realiza en el campo de la Salud Mental.

Un número importante de personas en el mundo sufren situaciones que viven con estrés mantenido en el tiempo que tiene repercusión física y mental. La Organización Mundial de la Salud afirma que el estrés es una “epidemia mundial”. Está claro que hay un campo que hay que desarrollar desde Atención Primaria que es el de la prevención y promoción de la Salud Mental.

La Salud Mental es más que la ausencia de enfermedad mental. Conviene que el Médico de Familia desarrolle actividades para prevenir una enfermedad mental en un paciente que ya la ha sufrido y casi diría que aún es más importante, que promueva en sus consultas diarias la promoción de la Salud Mental en los pacientes que vienen a la consulta por una enfermedad puntual y están pasando por una situación estresante y en aquellos que acuden a consulta por síntomas físicos inespecíficos que en el fondo es una manifestación física del estrés que están sufriendo y que más que un tratamiento farmacológico sintomático lo que necesitan es un abordaje biopsicosocial.

Condicionantes del Médico de Familia en la consulta. Su subjetividad

Rafael Casquero Ruiz

Médico de Familia. Psiquiatra. Madrid. Presidente de SEMERGEN-Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Psicopatología y Medicina de Familia de la SEMP.

La conveniente objetividad que el profesional sanitario debe adoptar en la consulta se ve amenazada por múltiples factores que van a condicionar el vínculo interpersonal con el paciente y van a modular el desarrollo de la relación y la evolución del seguimiento terapéutico a lo largo del proceso asistencial.

El médico está condicionado por su carga genética y por la experiencia previa tanto a nivel personal como profesional a lo largo de su evolución vital. Las situaciones de trauma infantil, tanto violencia física como abuso sexual, pueden marcar determinadas actuaciones posteriores. Los estresores ambientales del hogar y entorno residencial, así como las propias condiciones de trabajo son factores actuales que se añaden a los posibles acontecimientos vitales estresantes a la hora de influir en el ánimo y disposición del profesional. Las propias actitudes personales frente a un conflicto, ya sea inhibición, huida o afrontamiento, y los hábitos y actitudes diversas (dieta, tabaco, alcohol y otras drogas, ejercicio físico...) permitirán una posible mejor identificación o rechazo del paciente.

Un médico formado en un enfoque organicista ya durante su carrera otorgará menos importancia de la necesaria al componente psicosocial de cada paciente. Dicho profesional estará menos inclinado a realizar actividades de autoconocimiento y a practicar técnicas como Mindfulness o grupos Balint en su periodo de formación y posteriormente en su etapa de ejercicio profesional. Y mantendrá un paradigma de la enfermedad como un proceso básicamente orgánico, generalmente unicasal, con frecuencia poco reversible, en donde la actitud suele ser predominantemente intervencionista, otorgando poco protagonista al usuario y a su entorno vital.

Por el contrario, el médico que ha participado en su autoanálisis puede conocer y aplicar con más consciencia su inteligencia emocional y su empatía, es más ecuánime y conoce el componente terapéutico de su actitud compasiva, trabaja en el refuerzo del vínculo terapéutico, conoce y controla los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia, está más protegido frente al Burn-Out y suele tener menos conflictos con sus pacientes.

Hay distintos tipos de médicos que pueden ser disfuncionales e introducir aspectos subjetivos inconvenientes: los médicos autoritarios y paternalistas infravaloran el componente de autonomía y autogestión del paciente, los médicos amigos contaminan con su afecto la relación que se vuelve menos objetiva, los médicos técnicos desconocen infravaloran la importancia del componente afectivo y anímico en la génesis de la salud y de las enfermedades.

Las barreras en la comunicación pueden aumentar la visión subjetiva del médico: las interferencias cognitivas (prejuicios), emocionales (estados de ánimo que distorsionan la interpretación de lo observado y escuchado) y socioculturales (generadores de discriminación de clase social, orientación de género, xenofobia) y sesgan el desarrollo de la consulta. El conocimiento de las técnicas de comunicación desmonta las barreras comunicacionales y permite además aplicar la inteligencia racional y la utilización de la asertividad para centrarse en relaciones más objetivas.

Lo que se esconde detrás de la clínica

José Ángel Alcalá Partera

Médico de Familia. Psiquiatra. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Miembro de Grupos de Trabajo de SEMERGEN.

Existe la percepción ampliamente generalizada de que la conducta de manifestar una enfermedad de forma más intensa podía ser la expresión de un rasgo de personalidad subyacente o de una tendencia aumentada para adoptar el rol de enfermo. Se ha hipotetizado que estos sujetos tienen su umbral más alterado para el reconocimiento o la percepción del daño.

De manera general detrás de la existencia de una enfermedad física o mental, podemos detectar la presencia de una ganancia primaria que supone la evitación de responsabilidades y obtención de privilegios, una ganancia secundaria como puede ser el logro de un tipo especial de interacción social donde predomine la expresión de simpatía o cuidados por parte de los demás e incluso una ganancia terciaria relacionada con el entorno y donde algunos trastornos permiten mantener el equilibrio o las reglas de una familia como sistema.

Por lo tanto el autoconocimiento del problema clínico por parte del paciente, sus creencias y expectativas, el entorno sociolaboral y familiar, así como los acontecimientos vitales junto a su historia biográfica personal son factores que influyen de manera notable en las manifestaciones de su enfermedad.

Finalmente debemos volver a reflexionar sobre el hecho de que se ha instalado cada vez más fuerte la creencia, especialmente en las sociedades más desarrolladas, de que la medicina va a poder solucionar cualquier problema (ya sea vital o social). Este proceso que podemos llamar “medicalización” puede llegar a llamar enfermedad a cualquier situación de la vida que pueda suponer limitación, dolor o simplemente insatisfacción. Además puede llegar a equiparar factor de riesgo con patología y aumentar su prevalencia e incidencia.

MESA 2: AVANCES EN PATOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD Y SALUD MENTAL

Disfunciones más frecuentes en hombres consumidores habituales de pornografía

Pedro Villegas Suárez

Médico y Sexólogo. Hospital Nisa y Ginemed, Sevilla.

El Instituto Nacional de Estadística dice del 2014: el 74,4% de los hogares españoles (11,9 millones) disponía de conexión a Internet. Entre los menores (de 10 a 15 años) el 92% utiliza Internet.

La conducta humana de la sexualidad, necesita de un aprendizaje, en el que cognición de lo percibido resulta determinante en la posterior vivencia de la misma. Durante el proceso de crecimiento, niños y adolescentes van adquiriendo de forma gradual conocimientos, desarrollan modelos, valores, actitudes y habilidades relacionadas con el cuerpo humano, las relaciones de pareja y la sexualidad. Dada la falta de educación sexual formal o estandarizada en la escuela, este proceso se extiende más allá de la juventud y en consulta encuentro ya con hombres y mujeres de entre 30-40 años, con una absoluta falta de educación sexual. Pero no es este el problema, sino que a pesar del poco interés de los gobiernos por la educación sí hay quien se preocupa por vender sexo y esta es la industria pornográfica.

La pornografía está dictando valores y modos de entender la sexualidad y está generando más problemas que beneficios, entre ellos nuevas causas de disfunción relacionadas con la insatisfacción que muchos percibimos. Así un aumento considerable de DSI en hombres y en mujeres, más jóvenes convencidos de que son portadores de una eyaculación precoz y que por temor no se relacionan con nadie, un aumento considerable de los casos de eyaculación retardada, aparición de nuevas fobias y ascos, falta absoluta de habilidades sensuales y de erótica y de conocimientos sobre el otro sexo, lo que en más de una ocasión genera depresiones, ansiedades, rupturas de parejas, y un nuevo factor generador de estrés.

Abordaje práctico del vaginismo

Valme Vera Rincón. Psicóloga. Sexóloga. Centro Amara. Sevilla

QUÉ ES EL VAGINISMO

Consiste en la contracción o espasmo de la musculatura que rodea la vagina, se produce de forma refleja y sin control voluntario de la mujer, unido a elementos fóbico asociados al coito (HS Kaplan). Las mujeres que lo sufren manifiestan un dolor intenso en la entrada de la vagina cuando intentan practicar el coito.

Si ocurren varios intentos se llega a la evitación del intento de coito durante las relaciones sexuales, ya que cualquier intento evoca ansiedad, tensión y rabia.

Suele ocurrir desde el primer intento de coito por lo que la mayoría de las mujeres nunca han logrado el mismo. Se clasifica en VAGINISMO PRIMARIO Aquéllas mujeres que nunca han podido mantener relaciones coitales, ya que existe una historia de fracasos reiterativos. Renuncia de relaciones coitales hasta que aparece el deseo de un embarazo. Y VAGINISMO SECUNDARIO que se desarrolla después de un período de coitos adecuados. Puede ser debido a causas específicas o inmediatas:

- Complicación posterior a una dispareunia.
- Secuelas de una intervención médico – quirúrgica.
- Agresión sexual
- Crisis de ansiedad
- Bloqueos emocionales.

Para el **DIAGNÓSTICO** tenemos que obtener información a través de la entrevista de:

- Historia PsicoSexual
- Relaciones sexuales: calidad, satisfacción...
- Conocimientos de anatomía y fisiología.
- Descripción cronológica de la dificultad.
- Si ha sido tratada por algún otro/a especialista.
- Si ha existido algún tipo de contacto ginecológico traumatizante.
- Motivaciones que le llevan a cambiar de conducta sexual.

Sólo se puede establecer un diagnóstico definitivo tras un EXAMEN PÉLVICO, si se detecta espasmo involuntario de la musculatura de la vagina, o si la exploración es imposible.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA TERAPIA

El tratamiento consiste en una serie de técnicas y sugerencias que ayuden a la mujer a comprender mejor el funcionamiento de su cuerpo y de su sexualidad.

Tras una primera fase donde la mujer se tranquiliza y se le anima a la autoexploración, comienzan los pasos sucesivos para la penetración en diferentes fases, empezando con el dedo, primero como exploración, luego como caricia y luego como placer y en esta experiencia participa la pareja para compartir los avances y los logros conseguidos.

Una vez terminada esta fase se pasaría a la penetración con la pareja siguiendo los mismos pasos. Este proceso va acompañado de técnicas de relajación y ejercicios de kegel.

1º FASE: Desangustiar

Confianza en la respuesta del cuerpo. Concepto de egoísmo sexual. Poder sexual a la mujer. Prohibición de coito: no va ocurrir nada sin que ella no quiera.

2º FASE: Reconocimiento del orificio vaginal

Introducción de su dedo en su vagina: Facilitadores: cremas lubricantes

3º FASE Desensibilización en vivo

Progresiva introducción de elementos con un diámetro cada vez mayor.

4º FASE En pareja Placereado I

Entre la adicción al sexo y el deseo sexual hipoactivo: retos en la clínica

María Contreras Chicote

Psicóloga. Sexóloga. Coordinadora del Grupo de Trabajo, Estudio e Investigación en Sexualidad. Consulta Dr. Carlos Chiclana, Madrid-Sevilla.

El deseo sexual hipoactivo es un trastorno sexual frecuente, sobre todo en mujeres, que presenta dificultades diagnósticas y terapéuticas por el gran número de variables psicosomáticas que lo facilitan.

Existe una disminución o ausencia, de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. Su prevalencia no está bien definida, aunque está en aumento y es necesario un diagnóstico diferencial exhaustivo entre discrepancia sexual, trastorno de excitabilidad, aversión sexual y situaciones que disminuyen la frecuencia sexual.

En el otro extremo está el trastorno hipersexual, caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías relacionadas con el sexo, excitación recurrente, impulsos y actividad sexual no parafilica.

Con graves consecuencias, está presente en un 7% de la población general, más en varones, con sintomatología compulsiva, impulsiva, adictiva o aprendida, con alta comorbilidad con patología del Eje I.

La falta de formación sexual, los “modelos sexuales” propuestos en los medios de comunicación, las limitaciones personales, las constricciones sociales y los equívocos culturales, entran en juego con las patologías clásicas de la sexualidad, los múltiples factores médicos, el consumo de tóxicos y fármacos, elaboraciones y mitos respecto a la sexualidad, estados psicológicos y las dinámicas de pareja.

Así, la evaluación, diagnóstico y tratamiento de estas “nuevas demandas extremas” nos interpelan para realizar un abordaje plurifactorial con una alta dosis de medicina psicosomática. No basta con un estimulador o un castrador químico, es a la persona a quien queremos tratar

La perspectiva integradora en el abordaje de patología sexual

Carlos Chiclana Actis

Psiquiatra. Departamento de Psicología. Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo. Madrid.

Para realizar una atención médica de calidad de un problema sexual, puede ayudar mucho una perspectiva integradora. Nos dará una mayor capacidad de intervención al disponer de más variables para activar la recuperación, incluirá al paciente y su pareja en la recuperación, facilitará la integración cuerpo-mente, y no perderá de vista que la sexualidad es mucho más que el funcionamiento del aparato genitourinario.

La medicina psicosomática, con su entender al paciente como un ser humano dotado de biología, psicología y espiritualidad, en una dinámica relacional en un determinado marco social y cultural, es un modo de hacer sexología elegante y con buenos resultados clínicos.

El profesional entra a formar parte de esa reciprocidad relacional en un momento histórico determinado en que el paciente solicita ayuda. Así, la escucha y el tiempo dedicados con atención esmerada a realizar una excelente historia clínica, son los primeros elementos que activan la esperanza de la sanación, no ya de ese problema concreto, sino de ese anhelo de integración personal que busca el ser humano.

Esta apertura sin prejuicios ni juicios, permitirá que incluyamos las múltiples variables que pueden incidir en una patología tan psicosomática como la que se expresa a través de la sexualidad.

Fármacos, tóxicos, patologías médicas, patología psiquiátrica, la formación sexual recibida, la relación de pareja, aprendizajes previos, eventos traumáticos sufridos, mitos, imaginarios y miedos, expectativas, factores sociales, culturales y familiares. Todos ellos pueden ser obstáculo y también elemento de apoyo al tratamiento.

MESA 3: EMOCIONES, SALUD Y ENFERMEDAD

De la adicción a la autonomía, Dispositivo en travesía para el abordaje de las adicciones

Andrés M. Joison

Psicólogo especialista en psicósomática y adicciones.

El abordaje terapéutico consiste en el trabajo sobre el funcionamiento dependiente y sus raíces y en la difícil tarea de construcción de la identidad del paciente, y no únicamente en el abandono del consumo de la sustancia. Para ello contamos con recursos terapéuticos como: El vínculo terapéutico, la empatía, el contrato terapéutico, la lectura y el resumen de libros, el trabajo con la familia y en la familia, el trabajo inconsciente con los sueños y las producciones creativas realizadas en talleres a través de la T.I.M.D (terapéutica de la imaginación material y dinámica), creada por Susana Rotbard. Un adicto es alguien que depende de algún tipo de droga (tabaco, alcohol, sustancia), vínculo (pareja, amistades, hijos etc.) u objetos (trabajo, dispositivos móviles, deporte, comida etc.).

El primer marco epistemológico del dispositivo en travesía es la teoría de los paradigmas de Thomas Khun. La travesía terapéutica consiste en que el dependiente acompañado por su familia atraviese el paradigma de LA DEPENDENCIA mientras construye su propia identidad. La travesía terapéutica compromete el pasaje de la adicción (etimológicamente esclavo, proviene de additus) a una dependencia transitoria y necesaria para la curación. Esta crisis que pone en jaque todo el funcionamiento dependiente será el pasaporte a un nuevo paradigma basado en la autonomía. Para hacer posible la construcción de la identidad, la ampliación de la vida afectiva e imaginativa el paciente debe atravesar diferentes fases:

- 1) Toma de conciencia y construcción del vínculo terapéutico: Mientras construye el vínculo terapéutico el dependiente toma conciencia de su esclavitud, de su enfermedad, de su funcionamiento vincular y de cómo funciona su cerebro adicto.
- 2) Momento de negación e idealización de la adicción: El paciente niega el problema pretendiendo vivir como antes de manera omnipotente y creyendo que lo puede todo.
- 3) La caída libre: En esta etapa se resquebraja la coraza o armadura, el falso sostén que el adicto mantenía con la droga. Comienza la deconstrucción de la identidad artificial del consumidor.
- 4) Descubrimiento de sentimientos y emociones: El paciente comienza a recordar sus sueños y a explorar diferentes sensaciones. Se producen cortocircuitos afectivos, necesarios para desprogramar el programa de consumo.
- 5) Reconstrucción y construcción de la identidad: El paciente construye su propio espacio íntimo desde el cual siente mayor seguridad para no tener que continuar dependiendo de la droga. Esta es la base sobre la cual se cimentarán la creatividad y los afectos del sujeto.

El segundo marco epistemológico del dispositivo es la dialéctica de Hegel del amo y el esclavo. En todo consumo subyace una violencia que compromete un funcionamiento tóxico vincular, centrado en el poder y la sumisión. La patología de las adicciones es una patología del objeto único por la existencia de una sustancia, vínculo u objeto que regula artificialmente y de manera exógena el ritmo psico-biológico del dependiente.

La existencia de lo que denomino "abuso estructurante fundacional de la dependencia instaura desde la temprana infancia un modo vincular de abusos que se manifestara en futuras relaciones, de manera activa, abusando (drogas, alcohol, vínculos, etc.) y/ o de manera pasiva, siendo abusado (como tapón de los vacíos familiares, amistad, pareja etc.). En este sentido tanto la ausencia de la función paterna (padre ausente o autoritario), como la utilización del niño/a como relleno o tapadera del vacío de la madre, dan lugar a este abuso fundacional.

Más adelante se produce un segundo abuso –abuso estructurado-. El consumidor consume y a su vez continua siendo consumido por el sistema familiar que utiliza de manera no consciente al adicto como vertedero tóxico de los vacíos y secretos familiares. Es frecuente escuchar un doble discurso de las familias adictas. Por un lado “nos preocupa mucho que consuma” pero por otro lado con sus actitudes y comportamientos transmiten otro mensaje “pero más aun nos preocupa que deje de consumir y de ser consumido”.

El descubrimiento de este funcionamiento adictivo-patológico involucra lo que conceptualizo como “Mono familiar”. Ya no hablaremos solamente del mono del adicto sino también “del consumo familiar, del adicto por parte de la familia, de manera inconsciente”.

Para sortear este difícil obstáculo el trabajo se realiza “con la familia y en la familia”. Esta estructuración diferente del espacio terapéutico no será irrelevante, ya que el trabajo en la familia (y no solo con la familia) implica la labor del paciente, incluido en la entrevista familiar, para que pueda gestarse de manera activa su territorio vincular o espacio íntimo. Este espacio es el primer pilar en la construcción y reconstrucción de una identidad, libre de influencias vinculares tóxicas.

La palabra travesía, entendida como distancia entre dos puntos por mar y por tierra se plantea como un viaje en el que tanto el terapeuta como la familia acompañan al paciente. Este dependerá del terapeuta solamente durante el trayecto, en un viaje cuya duración será en función de la adversidad de las condiciones ambientales-familiares y de la buena planificación del recorrido.

La terapia de la imaginación material y dinámica (T.I.M.D.) en la patología psicósomática

Susana Rotbard

Psicóloga. Docente. Investigadora. Directora del Centro de Psicósomática, Creatividad Relacional y T.I.M.D. (CEPCRE-T.I.M.D.) en Sevilla.

El aporte de la Terapéutica de la Imaginación Material-Dinámica creada por Susana Rotbard es particularmente relevante en patologías psicósomáticas y en trastornos de identidad, en especial en aquellos pacientes que padecen alexitimia.

El abordaje de la identidad abarca la memoria afectiva interconectada con la memoria orgánica cuyos componentes inmunológicos y neurológicos influyen en el sistema endocrino. Todas las memorias coinciden en el mismo sujeto.

El trabajo con imágenes creadas por el propio paciente favorece la aparición y la conciencia de afectos no cualificados a partir del descubrimiento de sus componentes perceptivo-motrices.

En las imágenes se proyectan: -ritmos espaciales (dimensiones, volúmenes, etc.), ritmos táctiles de presión (blando-duro, rugoso-liso, etc.), ritmos cromáticos (rojo-cálido, azul-frío)... que coinciden con ritmos de la emoción:

- el ritmo relámpago de la cólera, del miedo, de la sorpresa
- el ritmo ondulatorio de la tristeza, del bienestar-malestar
- el ritmo de lo intersensorial y lo propioceptivo presente en lo postural-motriz, en la tonicidad corporal, en el equilibrio

La interconexión de los ritmos de la memoria afectiva y de la orgánica facilita que la conciencia afectiva actúe sobre la información electromagnética del cerebro, del sistema nervioso-vegetativo, músculo-esquelético por vía de la médula espinal y el cerebelo como conector.

Los afectos que no acceden a la conciencia por no haber sido pensados o expresados verbalmente, el paciente los descubre en el ritmo de los gestos que intervinieron en la creación de las imágenes y por la vía de la intervención de la vista, el tacto, el olfato, la audición y el gusto.

La creación de imágenes activa la memoria afectiva y el potencial creativo del paciente. Los procesos psicósomáticos patológicos y los creativos son realizaciones diferentes del ser. La enfermedad es transgresora del orden orgánico, afecta a la supervivencia y el bienestar. La creación es liberadora del orden orgánico, potenciando la salud del paciente. Gracias a la liberación afectiva y la expansión de la subjetividad. La presentación se acompaña de imágenes creadas por los pacientes.

Visión homeopática de la salud y la enfermedad

Francisco de Asís Moya Hiniesta

Médico. Homeópata. Dtor General de Cultura del RICOMS. Presidente de la Escuela Hispanoamericana de Homeopatía “Samuel Hahneman

El concepto de salud de la O.M.S, definido en su carta magna de la salud, constituye un acierto y es uno de los ejes principales para la concepción de salud en la Medicina Homeopática. Es indudable que esta definición de salud se logró cuando ya la Psicopatología había marcado su admirable huella de presencia en los tratados de medicina.

Dentro de la Homeopatía decimos que la salud puede definirse como el equilibrio de la fuerza vital. El bienestar del cuerpo nos mantiene libres de la conciencia y de la percepción obligada de las funciones. Esto sólo ocurre cuando todas las funciones se realizan dentro del correcto equilibrio.

La mente del hombre lo define, lo sitúa y lo proyecta. Y la psique en equilibrio percibirá adecuadamente todo lo que le rodea y proyectará lo mejor de sí hacia los demás.

Entendemos la salud como el equilibrio entre la voluntad y el entendimiento.

La salud como ecuanimidad, que nos dará la paz interior que se traduce en el más cierto bienestar y que produce la verdadera disposición para amar y para ser amado/a.

La enfermedad, dentro de la Homeopatía, es el desequilibrio de la fuerza vital. La naturaleza tiende a reequilibrar al organismo cuando se desordena, tiende a curarlo cuando se enferma, lo impulsa volver al orden cuando se ha desarmonizado.

La enfermedad es un modo de ser del organismo vivo, es un estado de existencia tan fisiológico y tan completo como el estado de salud. Este estado de existencia está constituido, por una serie de fenómenos defensivos que la naturaleza produce con la tendencia al reequilibrio. Por eso los síntomas serán la expresión del desequilibrio de la fuerza vital y constituyen una serie de mecanismos defensivos del organismo, ante la acción de las causas morbosas o artificiales.

La acción del medicamento homeopático ayuda a la naturaleza del organismo en sus esfuerzos curativos permitiendo restablecer la salud en los enfermos de manera rápida, suave y permanente quitando la enfermedad por el camino más corto, más seguro y menos perjudicial.

Regulación de Emociones y el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Domingo García-Villamizar

Unidad docente de Psicopatología. Departamento de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid.

Palabras clave: regulación de las emociones; trastorno de ansiedad generalizada.

Diversos trastornos mentales y psicosomáticos aparecen asociados a ciertos déficits en la regulación de las emociones. En esta ponencia exponemos los hallazgos más recientes con respecto a la regulación de las emociones en el contexto del trastorno de la ansiedad generalizada (TAG). El TAG es objeto de un especial interés en la clínica por elevada prevalencia tanto en atención primaria como en la consulta psiquiátrica. En la ponencia, expondremos los aspectos clave del TAG vinculados a las dificultades para regular las emociones. A continuación, se establecerá una distinción entre emoción y regulación de la emoción y se discutirá un modelo de regulación emocional aplicable a la terapia. Finalmente, se presentarán sugerencias de cara a la investigación y el tratamiento de la regulación de las emociones en el TAG.

MESA 4: ALEXITIMIA Y DEPRESIÓN

¿Psicofármacos en la Alexitimia?

Manuel Álvarez Romero

Médico Internista. Presidente de las Sociedades Española y Andaluza de Medicina Psicosomática. Director del Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

Iñaki de Arancibia

Médico de Familia y Comunitaria. Medicina Psicosomática. Médico de Drogodependencias y otras adicciones.

El neologismo “Alexitimia” se cita por primera vez en 1972 por Sifneos, significa ausencia de palabras para expresar sentimientos o emociones. Los conflictos psíquicos no expresados verbalmente son descargados a través de canales somáticos.

Encontramos un perfil característico de los pacientes alexitímicos, tienen incapacidad para identificar y reconocer las emociones y los sentimientos, con una pobreza para expresarlos verbalmente. Presentan un pensamiento pragmático y concreto.

La alexitimia es una variable de riesgo, predisponente, determinante y precipitante para el enfermar psíquico o físico por medio de la somatización de las expresiones, por el predominio de la experiencia emocional elemental negativa, tipo hostilidad, por la mala calidad de vida y por la degradación de las experiencias interaccionadas con los otros.

La clave neurobiológica de la alexitimia reside en una conexión funcional insuficiente entre ambos hemisferios, por un fallo del cuerpo caloso. La separación orgánica o funcional de los dos hemisferios imposibilita que las emociones registradas en el hemisferio derecho (en las personas diestras) puedan tomar una expresión verbal localizada en el izquierdo. También se cree que pueda existir una desconexión entre el sistema límbico y el neocortex.

Lo que hace que el tratamiento más adecuado sea una psicoterapia interpersonal o el análisis introspectivo, pueden ayudar también terapias de expresión corporal o de relajación.

Los psicofármacos buscan activar los sentimientos positivos, reducir la hostilidad que puede ser cubierto por un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, como la venlafaxina o la duloxetina. Otros objetivos como disminuir la impulsividad y amortiguar las somatizaciones por medio de lamotrigina, topiramato, gabapentina o la pregabalina.

No hemos encontrado trabajos con un mínimo de fiabilidad en nuestras búsquedas.

Hipocondría y secuestro emocional

M^a del Carmen Moyano Rojas

Psicóloga. Madrid. Fundadora de Anagnor Psicólogos, S.L.P.

La denominación de Hipocondría hoy desaparece para denominarse Trastorno por ansiedad a la enfermedad (DSM V). La experiencia en clínica y los múltiples estudios nacionales y extranjeros nos indican que entre un tercio y un cuarto de los síntomas físicos que son causa de consulta médica corresponderían a somatización. La ansiedad por enfermedad podía -y puede- ser confundida con cualquier otra enfermedad porque imita prácticamente todo. Por ello, debe ser distinguida ante todo de la simulación.

La experiencia en nuestra clínica con estos pacientes basándonos en la cognición y, la emoción. A día de hoy entre los pacientes que nos llegan siguen coexistiendo síntomas asociados al secuestro emocional, y a la somatización, anulando o minimizando la capacidad de autocontrol del paciente.

La Técnica que acompañamos a este trabajo es el E.M.D.R., método descubierto y desarrollado desde 1987 por la Dra. Francine Shapiro. Consistente en usar estimulación bilateral en un protocolo de ocho fases relacionadas con las situaciones traumáticas que desencadenan la desensibilización y el consecuente reproceso de las mismas, acompañado de la desaparición de la sintomatología. Este método basado neurofisiológicamente, en las funciones del sistema nervioso central permitiendo cambiar la información del trauma, archivada de manera disfuncional, a una información adaptativa y realista del mismo. Como consecuencia, cambia la creencia negativa formada por el trauma y generando un cambio en la conducta de los sujetos.

Estudios recientes apuntan a que el EMDR funciona reintegrando la información de una manera análoga a los mecanismos neurofisiológicos de la fase REM (Rapid Eye Movement) del sueño. Más de 20 estudios randomizados han demostrado los efectos positivos de este tratamiento, y se ha elegido como tratamiento del trauma por numerosas organizaciones de todo el mundo, incluyendo la A.P.A. En el 84% de nuestros pacientes nos da un resultado altamente satisfactorio.

El rescate de la emoción

Ángel Álvarez Fernández

Médico Internista. Centro Médico de Oviedo.

*“Guerreaste en mar sedoso,
te hiciste, te rehiciste,
te creciste en el acoso,
y, al luchar, te malheriste.
¿Y, luego, qué es lo que queda?*

...”

CARLOS BOUSOÑO₁

Una paciente, un poeta y un filósofo, seguramente los tres con las tres condiciones entremezcladas, van a confluír en este ensayo, cada uno con la afirmación incompleta de la verdad, de su verdad, con sus ladridos en la noche. Y quizá se puedan identificar en esta exposición dos voces más: la del narrador, que humildemente les habla, con sus propias fantasías (y sus autores psicosomáticos de culto); y también la del eco que el oído y el corazón de ustedes devuelvan al viento.

MARÍA ZAMBRANO, en su Filosofía y Poesía₂, venía a descubrirnos cómo pensamiento y poesía se han enfrentado siempre, palabra de la razón contra palabra irracional: “¿De cuál de ellas será la victoria?... Desde que el pensamiento filosófico [y científico] consumió su toma de poder, la poesía quedó a vivir en los arrabales, arisca y desgarrada... La filosofía [parece que] ha vencido... mas, cuando parece ya agotado el camino de la dialéctica, y como un más allá de las razones, irrumpe el mito poético...”. Pues la realidad es demasiado inagotable para la precisión y la violenta seguridad que persigue la filosofía: “El filósofo quiere poseer la palabra, convertirse en su dueño; el poeta es su esclavo, se consagra y se consume en ella”.

Con ambos, de la mano de un poeta, CARLOS BOUSOÑO (Boal-Asturias, 1923, y fallecido en 2015), y de la de un filósofo de nuestros días, BYUNG-CHUL HAN (Seúl-Corea del Sur, 1959), con la razón poética y la razón filosófica, y, cuando sus palabras aun no lleguen, con el simple estar respetuoso en el silencio, vamos a iniciar un viaje al rescate de la emoción, transaléxítimico, sin saber del todo qué nos encontraremos, en amorosa atención a las cosas pequeñas.

*“...Pongamos
más allá de nosotros, a salvo de la corrupción de la vida,
nuestro lenguaje, nuestros usos, nuestros vestidos,
la corneta del niño, el delicado juego sonoro,
la muñeca, el trompo, la casa...
Pongámoslo todo a salvo. Entreguemos
pronto nuestro lenguaje a ese niño,
enseñémosle a decir “vida”, “humanidad”, “esperemos”.
Enseñémosle a hacer una casa, una carretera, un camino.
Salvémoslo todo, queda poco tiempo...”*

CARLOS BOUSOÑO₃

K viene a la consulta, acompañada de su madre. Tiene 14 años, y, desde un año antes, hacia el verano de 2009, presenta un Síndrome anoréxico, con un marcado adelgazamiento —desde 64 kg/IMC 23 a los 42 kg/IMC 15,6 actuales—, gran dificultad para la ingesta alimenticia regular, sin vómitos, con un bache amenorreico en los últimos 6 meses, y, por momentos, con un ánimo muy triste y depresivo, manteniendo un alto rendimiento escolar. Tiene un tono

comunicativo muy dulce y cariñoso en la expresión verbal y paraverbal, y enseguida se torna llorosa.

Nos escribe: “Hoy, 21 de abril, siento el mundo completamente sobre mí, pero lo peor es que no noto la fuerza necesaria para vencerlo yo a él... mi enfermedad se ha plantado delante... no sé cómo explicar su poder de dominación, la seguridad de sus palabras, la claridad de sus desprecios... K la gordita... miles de máquinas se dirigen a aplastarme, con la sensación de que de un momento a otro pueda verme el triple de barriga, con el grito de que mi duro esfuerzo del día a día es en balde... Siento cómo poco a poco me voy convirtiendo en un ser pequeño, insignificante para el mundo, en medio de un gran lugar desértico, en el que sólo se escuchan palabras para empequeñecerme.”

“Hoy —escribe BYUNG-CHUL HAN— todo se hace numerable, para poder transformarlo en el lenguaje del rendimiento y la eficiencia. Así, hoy deja de ser todo lo que no puede contarse numéricamente”⁴. También en las personas, en la nueva sociedad de la transparencia⁵, donde todo debe ser mensurable, digitalizable, para decir que existe, hasta caer en el infierno de lo igual, al fin operacionable y manipulable, todo dentro de la dimensión del precio.

*“...Que están contados los latidos de tu corazón...
...contadas en la oscuridad
y sonadas contra la losa, en minuciosa comprobación,
las monedas de tu vivir, una a una...
...por la mano del mercader astuto...
Y escuchas que alguien cuenta lentamente tus horas...
no des un paso más, pues contados están cuántos
dieres...
...Contempla a barlovento las gaviotas. Vuelan
alrededor de ti. Pero no mires. Piensa
que tus miradas, una a una,
han sido numeradas
también. No gastes más palabras. Todos
los vocablos están sabidos...
...Cierra los ojos fuerte-
mente. No llores, pues tus lágrimas,
una a una, contadas
han de estar...”*

CARLOS BOUSOÑO⁶

Continúa la reflexión de BYUNG-CHUL HAN: “El sujeto del rendimiento, como empresario de sí mismo, sin duda es libre en cuanto que no está sometido a ningún otro que le mande y le explote; pero no es realmente libre, pues se explota a sí mismo... El explotador es el explotado”⁷. Es la coacción sutil, pero masiva, del ¡tú puedes!, en la que “quien fracasa es, además, culpable y lleva consigo esta culpa donde quiera que vaya... [sin] nadie a quien pueda hacer responsable de su fracaso... [y sin] posibilidad alguna de excusa y expiación... La imposibilidad del desendeudamiento y de la expiación es responsable también de la depresión del sujeto de rendimiento”.

K resumía así su vivencia anoréxica: “Sensación de culpa por vivir... ver[me] que no sirvo para nada... asquerosa, fea, horrible, gorda, imbécil... [ante] el enfrentamiento con el espejo no puedo resistir bajar la cabeza por pura pena y tristeza”⁴.

*“Llovía mucho sobre la ciudad, pero tan sólo ibas,
abriendo paso de tu soledad,
con tu penar, cual muerto que anduviese
hacia la tumba.*

*Caladas por un agua de nieve,
las gentes iban y venían. Tú,
en medio del chubasco o la cellisca,
ibas también, venías
por tu dolor, aún más que por la calle...
Tú, en cambio, padecías
más allá de las aceras mojadas...
...Estabas en una avenida
de tilos, y llovía o nevaba y decías a alguien:
“hace frío”, “es ya tarde”;
pero residías definitivamente en unos muros
desconchados, emparedadamente cierta, sola,
sudando de esforzarte en subir hasta
alguna imposible claraboya, una gatera mísera...”*

CARLOS BOUSOÑO₈

Estremecedora descripción de la soledad, en este “Sola” de CARLOS BOUSOÑO, poesía “lanzada a decir lo indecible... arrastrada a expresar lo inefable” (MARIA ZAMBRANO). Nuestra paciente K lo expresaba así en una de sus cartas: “¡Ah, pero si ya está bien!; y NO, NO, NO y NO, ¡ojalá estuviera bien!; ¿qué creen, que a mí me gusta estar así?”, diríamos ¡tan sola! JOSÉ BERGAMÍN₉ nos dejó esta coplilla:

*“Estar solo es estar muerto.
Los muertos siempre están solos.
Los solos siempre están muertos.”*

“El cansancio de la sociedad del rendimiento —dice BYUNG-CHUL HAN— es un cansancio a solas, que aísla, que divide”¹⁰, que ejerce violencia porque destruye toda comunidad, toda cercanía, en un yo narcisista-depresivo incapaz de conocer al otro, de reconstruir un nosotros fascinante.

Pasan los meses, y K renace. Va recuperando poco a poco el peso, está más alegre cada día, no sin nostalgia pero intentando aceptarse, prosigue sus estudios, y se van distanciando las consultas. “Me llamas”, “ya quedamos un día”... pero vamos sabiendo, por su familia, que va bien. Y en junio-2014, cuatro años después de aquel “hueco atroz de las sombras”,

*“... Dame
la mano, álzame...
Tú, mi compañero,
triste de acontecer...
dame la mano y no me dejes caer,
como tú mismo,
como yo mismo,
en el hueco atroz de las sombras”*

CARLOS BOUSOÑO₁₁,

termina su Bachillerato, con una clara vocación a los estudios de Magisterio. Deudora, como tantos, de Goytisolo, recuerda sus “Palabras para Julia”:

*“Otros esperan que resistas
que les ayude tu alegría*

tu canción entre sus canciones...”

JOSÉ AGUSTÍN GOYTISOLO¹²

La palabra le vuelve a nacer, sin esfuerzo, con naturalidad, hecha canción, hecha poema, música. La emoción amorosa queda plasmada en su poema “Mi melodía”, con el que gana el premio de Poesía de su Instituto “Dr. Fleming”:

“...
*En armonía, tu sonrisa.
Tus ojos, al compás...
Mis manos, que temen pero te arropan.
Nos hemos ido haciendo...
Mientras, afuera, el mundo se empeña en decidir
si serás suma o resta...”*

He aquí la emoción rescatada por la palabra amorosa, el desbloqueo de la alexitimia, irrefutable creencia de que la luz y la salida desde aquel “hueco atroz de las sombras” existen, en la confianza:

*“Aunque de noche, dulce me es tu gesto.
Aunque en la sombra, dulce me es tu fe.
Toca leve mi carne, y di qué es esto,
uña, mejilla, pie.
Toca leve mi carne, toca, encumbra
mi ser o tu presencia ante mí pon,
porque a tu lado a noche se acostumbra
mi corazón...”*

CARLOS BOUSOÑO¹³

Peregrina del sentido, vendría otra dificultad, muy pronto. “Amaneces y amenazas...”, escribió. Radiante con su fin de curso, con su premio, con su vocación, con su amor, con la casi aceptación, le brotan unos bultitos en los brazos y las piernas. Nos llama su madre: “¡Con lo contenta y lo acelerada que está...!”. “Pasaos por la consulta, seguramente no es nada...”, le digo. Son unos nódulos subcutáneos duros, de hasta 1-2 cm de diámetro, múltiples... Una Paniculitis nodular atípica, cuya biopsia —he aquí el mazazo— es diagnóstica de un Linfoma cutáneo primario T, con reordenación clonal gamma-delta (Dra. Amalia Fernández, Dr. José Ramón Méndez).

CLAUDE SMADJA, en su obra “La vida operatoria” nos habla de la paradoja psicósomática¹⁴: “Encontramos numerosos pacientes en los que la aparición de una somatización entraña una modificación positiva de su humor. Hemos llamado paradoja psicósomática a este fenómeno... [Algunos] pacientes me revelaron con precaución cómo se sentían aliviados desde que se sabían enfermos, ya se tratase de un primer anuncio de cáncer o de una recidiva... como si tuvieran la seguridad de que la vía de la enfermedad constituyera una solución a la indefensión depresiva esencial”. Apoyado en las nociones de fijación-regresión acuñadas por la Escuela Psicósomática de París, en la profunda concepción de *Le mouvements individuels de vie et de mort* de PIERRE MARTY, la coyuntura de la paradoja psicósomática puede ayudar a esclarecer cómo es posible “el hecho de que la enfermedad psicósomática pueda servir a la conservación del individuo y a su restauración”, y también lo que para nosotros —aprendices de terapeutas— es esencial, en la parte maternal de nuestra vocación médica: “la investidura particular de su persona en tanto que sujeto enfermo... [nos hace decirle] que vamos a ocuparnos de usted, [que] vamos a cuidarle”.

Y así llegó la Poliquimioterapia (Dr. César Morante), con su alopecia, y luego el duro ingreso en aislamiento para el Trasplante autólogo-TASPE (Dra. Ana Pilar González), en aquel

diciembre de 2014, ahora ya pasado más de un año, con la actual remisión desde el punto de vista clínico y radioquímico/PET-TAC (Dra. Julia Rodríguez), todo con una extraordinaria fortaleza psicoanímica, una calma psicoafectiva increíble unos años atrás.

PIERRE MARTY siempre insistió en que “la aproximación psicósomática [aunque siempre autorizada] supone el respeto fundamental del hecho biológico... el psicósomatólogo no pone jamás en entredicho las positividads y la solidez de los hechos biológicos científicamente establecidos”¹⁵. Es el morbus ultraverbum de los clásicos. Y, en este sentido, K contaba entre sus antecedentes familiares con una enfermedad linfomatosa de su abuela materna y de su madre. Pero la lectura específica que la Psicósomática pueda realizar de la enfermedad humana no desequilibra, sino que aun puede reduplicar el papel de las terapéuticas médico-quirúrgicas clásicas, pues “en el largo plazo no se puede contar con la eficacia de tales procedimientos terapéuticos clásicos sin la desaparición natural de la depresión del paciente”¹⁶.

Quizá se pueda entender ahora, en trans-anorexia, aquel texto de K, a sus 14 años, intra-anorexia: “Hay veces que... sé perfectamente que debo ir a la luz, hacia la vida... donde están mi familia y todos esos amigos y personas que de verdad muestran interés en mi recuperación... pero hay veces que me siento como si estuviera sola en el mundo, y dos cuerdas muy fuertes para agarrarme: una para ascender y recuperar la salud; y otra que solamente puede llevarte a un destino, la muerte”. *Mouvements individuels de vie et de mort...* “En todo caso —escribió MARTY—, las enfermedades somáticas expresan seguramente una necesidad —¿tal vez un deseo?— de comunicación (como las depresiones que las preceden), aunque a menudo a espaldas de su portador. Una necesidad relacional de reencuentros con el objeto perdido”¹⁷.

“Una necesidad relacional de reencuentros” (MARTY), que supere aquella “soledad.../resaca polvorienta de utensilios/inútiles, que el mar embravecido de la vida/traía.../y se llevaba luego...” (BOUSOÑO), en una “cordialidad del Ser que permita sentir el aroma del tiempo, pasado (=consideración) / presente(=atención) / y futuro (=intención)..., y del mundo, con sus cosas [y las personas] entrelazadas, comunicándose unas con otras, proximidad en la distancia” (BYUNG-CHUL HAN18).

Termina este narrador su viaje, no sin antes agradecer al moderador de esta mesa sobre “Alexitimia y Depresión”, mi amigo y maestro Manuel Álvarez, y a mis otros compañeros ponentes, esta oportunidad de poder comunicar experiencias con nuestros pacientes que puedan ser de utilidad para futuras tareas terapéuticas. Casi por milagro encontré este poemilla de José María López Sánchez en su “Poesía secreta”, que, a mi juicio, encierra la clave para el rescate de la emoción, para vencer la alexitimia:

*“Todos los habitantes,
toda la herrumbre, las barcazas
hundidas, todas las lúcidas
historias y todas
las metálicas muecas,
todas las ínfimas heridas
y todos los recuerdos, todo
bronce y cuchillo, toda
la bruma y toda la esperanza
salgan del corazón y digan
sus nombres, y el corazón
sea una población
libre
y recobre su verdadera condición
de paloma”*

Gracias.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

duque

1. CARLOS BOUSOÑO. Del poema “El canto de la salvación”, en el libro *El ojo de la aguja*. Ed. Tusquets, 1993, pág. 119.
2. MARÍA ZAMBRANO. *Filosofía y Poesía*, 1939. Ed. Fondo de cultura económica, 1993, págs. 14, 18 y 42.
3. CARLOS BOUSOÑO. Del poema “Salvación de la vida”, en el libro *Invasión de la realidad*, 1962. Poesías completas, Ed. Tusquets, 1998, pág. 348.
4. BYUNG-CHUL HAN. *En el enjambre*. Ed. Herder, 2014, pág. 60.
5. BYUNG-CHUL HAN. *La sociedad de la transparencia*. Ed. Herder, 2013, pág. 12.
6. CARLOS BOUSOÑO. Del poema “Las monedas contra la losa”, 1973, en el libro *Oda en la ceniza. Las monedas contra la losa*. Ed. Losada, 1975, pág. 69.
7. BYUNG-CHUL HAN. *La agonía del eros*. Ed. Herder, 2014, pág. 19-22.
8. CARLOS BOUSOÑO. Del poema “Sola”, 1973, en el libro *Oda en la ceniza. Las monedas contra la losa*. Ed. Losada, 1975, pág. 104.
9. JOSÉ BERGAMÍN. *Dolor y claridad de España. Cartas a María Zambrano*. Edición de Nigel Dennis. Ed. Renacimiento, 2004, pág. 34.
10. BYUNG-CHUL HAN. *La sociedad del cansancio*. Ed. Herder, 2012, pág. 72.
11. CARLOS BOUSOÑO. Del poema “Oda en la ceniza”, 1967, en el libro *Oda en la ceniza. Las monedas contra la losa*. Ed. Losada, 1975, pág. 12.
12. JOSÉ AGUSTÍN GOYTISOLO. *Palabras para Julia*. Ed. Lumen, 1992, pág. 15.
13. CARLOS BOUSOÑO. Del poema “La confianza”, en el libro *Noche del sentido*, 1957. Poesías completas, Ed. Tusquets, 1998, pág. 177.
14. CLAUDE SMADJA. *La vida operatoria. Estudios psicoanalíticos*. Ed. Biblioteca Nueva, 2005, págs. 87-102.
15. PIERRE MARTY (y otros). Las cuestiones teóricas en Psicósomática. *Enciclopedia Médico- Quirúrgica Francesa*. Psiquiatría. Vol. II, 1990.
16. PIERRE MARTY. *La Psicósomática del adulto*. Ed. Amorrortu editores, 1995, pág. 68.
17. PIERRE MARTY. “Psicósomática y Psicoanálisis. La desligadura psicósomática”, en el libro *Pierre Marty y la Psicósomática*, Marta T. de Calatroni, compiladora. Ed. Amorrortu editores, 1998, pág. 154.
18. BYUNG-CHUL HAN. *El aroma del tiempo*. Ed. Herder, 2015, págs. 73 y 119.
19. JOSÉ MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ. Poema “Todos los habitantes”, en el libro *Poesía secreta. Lírica contra la alexitimia*. Ed. Ariel editores, Lichtung Libro, 2007, pág. 204.

MESA 5: PSICOSOMÁTICA Y VIH. NUEVOS RETOS EN EL MANEJO DE LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Presentación

Carlos Mur De Víu Bernad

Psiquiatra. Director Gerente Hospital Universitario de Fuenlabrada. Coordinador Científico de la Estrategia en Salud Mental del SNS. Ministerio de Sanidad.

El VIH-SIDA sigue siendo un problema epidémico? En 2014, habían 36.9 millones de infectados, 2 millones de nuevas infecciones y 1.2 millones de fallecimientos ligados al SIDA. Tras 35 años de estudio y abordaje de la infección por VIH-SIDA se han obtenido avances relevantes en el abordaje farmacológico y prevención de complicaciones somáticas. No obstante, siguen apareciendo nuevos retos en el manejo de la salud mental de las personas infectadas, máxime si se da la co-infección con el VHC. Un aspecto básico sigue siendo el diagnóstico diferencial y abordaje del síndrome de inflamación crónica sistémica de bajo grado. Asimismo, el tratamiento precoz con TAR y la búsqueda de una vacuna, además de trabajar la conciencia de riesgo son de plena actualidad. Dentro de los distintos diagnósticos asociados a la infección por VIH la depresión y sus distintas formas de presentación sigue siendo de gran prevalencia. Su diagnóstico diferencial, con la comprobada utilidad de algunos instrumentos de cribaje, sigue siendo de gran utilidad clínica. Los varones VIH+ tienen cuatro veces más probabilidad de padecer depresión mayor o distimia que la población general. Este diagnóstico se ha asociado a menor supervivencia (el doble de mortalidad) y peor adherencia al TAR, y a mayor estancia media hospitalaria. Por su etiología es difícil diferenciar entre depresión reactiva, depresión mayor y depresión debida a reacción infecciosa o causa médica (hipotiroidismo, hipogonadismo, linfomas). Algunos antirretrovirales producen reacciones depresivas como efectos secundarios, como la zidovudina o el efavirenz. El insomnio es muy frecuente también en los pacientes VIH+, está presente hasta en el 73% de los casos. Para resolver el problema de los criterios diagnósticos de depresión en el VIH+ se recomienda utilizar solo los ítems de los síntomas no somáticos, utilizar criterios sustitutivos como los de Endicott (llanto, pesimismo, sobrepreocupación, aislamiento social, falta de reactividad) o usar un abordaje etiológico. Pruebas complementarias útiles en el diagnóstico de depresión son los niveles de TSH-T4, testosterona, nivel de vitamina B12 y de la función renal. Los test de cribaje más útiles para la depresión en el VIH+ son el inventario de Beck, la escala de Hamilton, el Patient Health Questionnaire, y la Hospital Anxiety and Depression Scale.

Por otra parte, es innegable la importancia del alcohol y otras sustancias de abuso en la evolución del paciente seropositivo. La prevalencia del abuso o dependencia de sustancias en esta población es mayor que la media, provocando interacciones farmacológicas, abandonos del TAR y anomalías en el ECG como la prolongación del QT. El alcohol incrementa las conductas sexuales de riesgo, la co-infección con VHC, la neurotoxicidad y la replicación del virus. El tabaco multiplica por 5 el riesgo de muerte en los seropositivos. El cannabis aumenta el riesgo de EPOC, cáncer de pulmón y de alteraciones cognitivas. El consumo de psicoestimulantes añade complicaciones cardiovasculares. El tratamiento mediante reducción de daños con tratamiento sustitutivo (p. Ej: metadona) y fármacos como la naltrexona y disulfiram, además de las estrategias para mejorar la adherencia son claves. Estos pacientes se benefician de tratamientos directamente observados, cuidados integrados que aborden la patología adictiva, la psiquiátrica, las necesidades sociales y la comorbilidad médica. Por último, a la hora de planificar las psicoterapias regladas en los pacientes seropositivos es especialmente preciso en los adolescentes y adultos jóvenes, en especial aquellos casos infectados por transmisión vertical.

Impacto del consumo de alcohol y otras sustancias de abuso en la evolución de los pacientes con SIDA.

Francina Fonseca Casals

Psiquiatra. Referente del Proceso de Atención a las Adicciones. INAD - Parc de Salut Mar. Barcelona

El consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa, todavía es una fuente significativa de contagio del VIH. Sin embargo, la introducción y la alta disponibilidad de tratamientos sustitutivos con opiáceos y centros de reducción de daños se han relacionado con una disminución importante de nuevos casos en este grupo de pacientes. En diferentes estudios, no se ha demostrado que los pacientes consumidores por vía endovenosa presenten una peor evolución natural de la infección por VIH, pero si se han publicado estudios con una peor respuesta al tratamiento; aunque, los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol concomitante sí presentan mayor grado de alteraciones cognitivas. Los factores asociados con estas diferencias en los diferentes estudios son: retraso en el inicio del tratamiento en pacientes consumidores por vía endovenosa, la presencia de comorbilidad somática, mayor gravedad psicosocial y peor adherencia al tratamiento (entre el 28% y el 78% según los estudios).

En las guías actuales de tratamiento el consumo de alcohol y otras drogas no se considera una contraindicación para iniciar el tratamiento; al contrario, el tratamiento simultáneo en servicios integrados con equipos multidisciplinares ha mostrado relación con mejores tasas de respuesta en estos pacientes.

En la presentación se mostrarán datos en cuanto a la prevalencia de la infección VIH en pacientes con consumo de alcohol y otras sustancias, diferencias en la evolución clínica de estos pacientes, la presencia de interrupciones de tratamiento y posibles complicaciones (derivadas de las interacciones terapéuticas) y finalmente, como mejorar la adherencia al tratamiento antiretroviral en este grupo de pacientes.

MESA 6: PSICOSOMÁTICA Y FISIOTERAPIA

Evolución histórica de la fisioterapia y enfoque biopsicosocial

Miguel Villafaina Muñoz

Fisioterapeuta. Presidente del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía.

La participación de la Fisioterapia, junto a otras disciplinas sanitarias, en la aplicación del modelo biopsicosocial es una realidad dentro de la asistencia de esta disciplina porque siempre ha tenido en cuenta el enfoque holístico que se debe aplicar en todos los tratamientos fisioterapéuticos.

La ley de las profesiones sanitarias (LOPS) reserva para los fisioterapeutas competencias como *“la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas y su prevención”* En el contacto con nuestros discapacitados durante prolongados periodos de tratamientos podemos observar como el impacto sobre los sistemas corporales influyen en las esferas psicológicas y social impidiendo aspectos que se refieren a las actividades de la vida diaria, el trabajo y el empleo, la vida económica y la vida comunitaria, entre otras restricción en la participación y que, además, se ven acompañadas de determinados “desajustes psicológicos” representado por preocupación, estrés, ansiedad, depresión, etc. que variara dependiente de su personalidad. Entendiendo al individuo como un ser biopsicosocial nuestro enfoque terapéutico debe estar orientado a participar en la consecución de equilibrar a la persona en su totalidad buscando siempre una mirada integradora.

Fisioterapia y Formación Universitaria. Capacitación profesional del fisioterapeuta en psicósomática

M^a Dolores Cortés Vega

Doctora en Fisioterapia. Profesora del Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla.

Desde que los primeros estudios universitarios en Fisioterapia comenzaran en la Universidad de Sevilla (1989) hasta el actual Título de Grado, los planes de estudio han ido evolucionando y a través de ellos se puede ir observando como el modelo biopsicosocial se ha ido incorporando a los diferentes programas curriculares y tomando más relevancia en el desarrollo de las asignaturas. Si bien es cierto que las primeras asignaturas donde se comenzó a trabajar en este sentido eran optativas, poco a poco este concepto se está extendiendo a las asignaturas obligatorias.

Por otro lado, desde el Departamento de Fisioterapia se está potenciando que los alumnos de cuarto curso de grado puedan llevar a la práctica estos contenidos de acción global sobre los pacientes. Para tal fin estos estudiantes participan en la Escuela de Espalda (2012). Esta es una asistencia que presta el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales junto con la colaboración del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Sevilla a toda la comunidad universitaria y donde el estudiante participa en las labores asistenciales que se llevan a cabo siguiendo este modelo de atención.

Concluimos en este sentido que la incorporación de este enfoque en la formación universitaria del fisioterapeuta está repercutiendo paulatinamente en la práctica clínica de esta Disciplina en constante evolución. Nuevas técnicas y herramientas de trabajo de carácter holístico se incorporan cada día a nuestra Área de Conocimiento. En este sentido, existen diferentes estudios de posgrado que ofrecen ese soporte y tienen como objetivo el atender y entender al paciente.

Experimentar las emociones desde el cuerpo; Terapia Manual y respiración.

Agustín Luceño Mardones

Fisioterapeuta especialista en Osteopatía. Diplomado en Terapia Gestalt (AETG). Consulta privada. Cáceres.

Palabras clave: Psicósomática, Liberación Torácico-Emocional, respiración, esguince, escoliosis, vértigo.

El cuerpo da acceso a la vida emocional.

Muchas terapias corporales tienen un claro componente somato-psíquico; en Terapia Manual: Masaje Metamórfico, Liberación Somato-Emocional, etc. Ser tocados hace referencia a cómo lo hemos sido desde el nacimiento. Investigaciones relacionan la graduación del dolor con los efectos placebo y nocebo.

Observaciones clínicas:

En cientos de casos de esguince de tobillo que he tratado con Terapia Manual, siempre pregunto: “¿Estás en una época de cambio difícil? Sea laboral, familiar...” Casi todos reconocen que sí; sea un cambio deseado o impuesto, les es difícil. Simbólicamente, en el camino de la vida, el pie apoya en una dirección y la cabeza (y el resto del cuerpo) tiran hacia otra... y se produce el esguince.

La mayoría de las adolescentes con escoliosis son de las mejores alumnas de su clase: mucha autoexigencia, que genera tensión neuro-muscular.

Los vértigos suelen relacionarse con personalidades controladoras.

En los últimos años he desarrollado la “Liberación Torácico-Emocional” (LTE): es un método terapéutico somato-psíquico, consistente en la compresión manual espiratoria de la zona más tensa del tórax del paciente, manteniendo la presión durante la apnea espiratoria, hasta que inspira libremente; seguido de un diálogo analítico pormenorizado de lo sucedido y lo sentido por el paciente y el terapeuta, como símil del comportamiento de aquel en situaciones críticas opresivas; obteniéndose una liberación física y emocional, y una comprensión de sus patrones emocionales en dichas situaciones.

Coherencia Cardíaca y Dolor Crónico: eficacia y posibilidades terapéuticas.

Enrique Díaz Sánchez. Fisioterapeuta. Sevilla.

La fisioterapia es una disciplina sanitaria de primer orden y ha evolucionado con el paso de los años gracias a los avances en neurociencia y en dispositivos de diagnóstico, terapia y biofeedback. Esta disciplina científica basa su razón de ser en el movimiento y en la función, sobre todo del aparato locomotor.

Son cada vez más los fisioterapeutas que en su práctica clínica tienen un enfoque más global, atendiendo a los planos físico, psíquico, emocional y social del paciente.

El dolor, sobre todo crónico, es uno de los motivos principales de consulta médica y de fisioterapia. Asociado a este síntoma subjetivo se encuentran el estrés, la ansiedad y la depresión. Debemos tener muy en cuenta esto, pues forma parte importante del problema y, por consiguiente, de su solución.

Existe una técnica: la Coherencia Cardíaca, que puede dar solución a esta problemática. Esta técnica se basa en el estudio de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (HRV). Las aceleraciones y desaceleraciones de la HRV con respecto al tiempo son suaves y ordenadas en una situación de coherencia. Se ha comprobado que unos cambios bruscos en estos parámetros están asociados a estados de estrés. Utilizada como biofeedback con la ayuda de un PC y como complemento a otras técnicas, fundamentalmente de meditación o relajación se consigue objetivar, controlar y mejorar los niveles de estrés o de activación de nuestros pacientes, de ahí que los resultados de la terapia sean más satisfactorios, además de conseguir que los pacientes se vuelvan más auto-eficaces en salud.

CONFERENCIA DE APERTURA

Aportación de la Psicopatología a la Medicina del Siglo XXI

Dr. Manuel Trujillo Pérez-Lanzac

Psiquiatra. Director del programa de Psiquiatría Pública y Global de la Universidad de Nueva York. Presidente de la Sociedad Americana de Psiquiatría Hispana. Exdirector del Bellevue Hospital. Nueva York.

Ha habido dos motores en mi vida profesional. Uno es hacer todo lo posible por ayudar a la persona que tengo delante, al paciente y el segundo es buscar el modelo que permita el desarrollo del máximo número de personas con la mayor profundidad posible, esto es, mejorar la asistencia psiquiátrica. Esto realmente es una tarea pendiente en todo el mundo: enseñar a nuestros pacientes a pensar médicamente de tal manera que ellos sean los directores de su tratamiento.

¿Cuáles son las virtudes de la medicina psicopatológica? Es una depositaria del saber futuro de la medicina, que se inclina por un movimiento integrador de lo biológico, psicológico y social. Por ello, todo enfermo, es un enfermo psicopatológico. La medicina psicopatológica es el médico corriendo detrás del paciente a ver si puede entenderlo en su totalidad.

A la vez, creo que la asignatura pendiente de la medicina psicopatológica y por tanto de la psiquiatría es el cerebro. El psiquiatra es el único médico que no quiere ver el órgano que produce su cojera. Eso no significa que de ningún modo ahora nos convirtamos en biologicistas, en absoluto, en este momento el cerebro pertenece a la biología, a la psicología y a lo social: ahí está el arte de la ciencia psiquiátrica.

Dentro de las diferentes técnicas que nos aporta la neuroimagen, el SPECT nos da una información única pues permite ver si el cerebro está hiperactivo, o poco activo, o tiene un coágulo que le ha ocasionado el trauma. Por ejemplo, hay ocasiones en las que la misma depresión fenomenológica puede acompañarse de un cerebro con hiperactividad pasiva u otro donde parece que no hay actividad cerebral. Por eso yo, antes de darle el antidepresivo a una persona con depresión grave, con algún indicio bipolar, le hago un SPECT y veo si hay hiperactividad, en cuyo caso, no le doy más medicina.

También tras el fenómeno de TDAH existen muchas configuraciones cerebrales diferentes (con disfunción del lóbulo temporal, con excesiva actividad neuronal...) Todas ellas actúan como un freno sobre el lóbulo frontal e impiden prestar atención. Así, mientras que durante el reposo el paciente se muestra bastante hiperactivo, cuando se le pone una tarea de concentración, esta hiperactividad se ve muy reducida. Uno de mis primeros pacientes en este sentido, fue tratado con un implante y pudimos concluir en unas cuantas sesiones el proceso que llevaba en él estancado durante meses.

Sobre el fundamento del obsesivo compulsivo, se demostró el proceso del cambio neurobiológico en la reducción de hostilidad en los núcleos caudados antes y después de utilizar medicación, junto con tratamientos de terapias cognitivas y del comportamiento. Así, vemos que no se trata ya de separar sino de ver qué efectos tiene cada intervención en las estructuras biológicas subyacentes a esta enfermedad. Pues aquí hay otra tarea inconclusa: ordenar la realidad viendo en la morfología qué sistemas cerebrales subyacen a la taxonomía del cerebro del paciente.

Como veis, esto de la neuroimagen abre la ventana a toda la medicina, pues nos descubre incluso casos en los que la causa de la afección cerebral es por intoxicación, infecciones, envenenamiento, hipotiroidismo... La biología psicopatológica tiene esa sensibilidad para administrar las relaciones del síntoma y del sufrimiento psicológico con todas las vertientes en que la medicina esta presente y articularla en un lenguaje manifestado en todo tipo de terapias.

¹ "Affectiv". Deprivation and Early Institutional Placement. En *Neurology and Psychiatry in Childhood* (1954)

MESA 7: EL IMPACTO PSICOLÓGICO Y EXISTENCIAL DEL CÁNCER

Apoyo grupal en pacientes oncológicos

Montserrat Alcañiz Rodríguez

Psicóloga Clínica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

En los pacientes oncológicos, el tratamiento psicoterapéutico grupal tiene una serie de ventajas frente a la terapia individual:

- La información aportada al grupo por otros pacientes resulta valiosísima. Los pacientes no sólo obtienen información del terapeuta sino que consiguen identificarse con las experiencias, sentimientos y emociones de otras personas que han vivido situaciones similares. Esto ayuda a que el paciente se siente comprendido. Además, los pacientes que han pasado por experiencias parecidas pueden servir de modelo para imitar aquellos comportamientos que han sido eficaces. Esto aumenta la capacidad individual para resolver y afrontar los problemas.
- El paciente siente que está haciendo algo por sí mismo y por los otros, siente que ayuda y es ayudado. Cada miembro del grupo es a la vez paciente y terapeuta.
- Aquellos pacientes que se encuentran solos, empieza a estar más acompañado en su proceso de enfermedad.
- Economía de recursos.

En las terapias grupales se trabajan transversalmente una serie de aspectos fundamentales, como son:

- aceptación de la enfermedad;
- ayuda en la búsqueda de apoyos, tanto a nivel familiar como social e institucional;
- mecanismos de afrontamiento del estrés;
- potenciación de la capacidad para ventilar las emociones negativas;
- elaboración de los miedos y fantasías de la enfermedad;
- reducción de mitos sobre el cáncer;
- aumento de la sensación de control y asunción de responsabilidades sobre la enfermedad;
- entrenamiento en habilidades de comunicación;
- entrenamiento en técnicas de relajación y control del estrés.

Cáncer, angustia existencial y esperanza

Antonio Duque Amusco

Médico Oncólogo. ExJefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen de Macarena. Sevilla.

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) estima que en el año 2020 se diagnosticarán en España 250.000 nuevos casos de cáncer, 150.000 en hombres y 100.000 en mujeres.

Por localización, en hombres el más frecuente seguirá siendo el cáncer de pulmón, seguido por el cáncer de próstata y cáncer colorrectal.

En la mujer, el cáncer de mama ocupará, como hasta ahora, el primer lugar; a continuación el colorrectal y el tercero el de pulmón, fruto del aumento significativo de mujeres fumadoras que se han incorporado al consumo del tabaco mucho después de los hombres; éstos han dejado de fumar en un número significativo mientras que el de mujeres se ha incrementado.

Sin embargo, y a pesar de la disminución de la mortalidad en algunos casos, el cáncer sigue teniendo muy mala prensa en todos los sentidos y se considera la peor de las enfermedades posibles.

Desde que se han desarrollado de manera efectiva los principios bioéticos de autonomía y beneficencia, la llamada angustia existencial ha pasado a ocupar un lugar poco prominente. Cuando a los enfermos no se les decía la verdad del diagnóstico y eran los familiares quienes poseían la información real y, junto con el médico se inventaban todo tipo de mentiras para que el enfermo no supiera la realidad de su enfermedad, la angustia estaba presente, esencialmente, en los familiares y allegados que no podían errar en sus consideraciones. El paciente era un ser que no tenía opinión, que mansamente seguía las indicaciones de los médicos, y todo ello porque era lo que se aconsejaba. Sirva como ejemplo el artículo que en los años 50/60 escribiera el Dr. Marañón sobre “La mentira piadosa” que, por su brevedad, leeré.

La palabra “cáncer”, que hoy se utiliza con naturalidad se obviaba en todos los casos y se hablaba de “algo malo” como si muchas otras enfermedades no podían calificarse de la misma manera. Cuando el diagnóstico, con sus implicaciones terapéuticas y evolutivas es conocido por el enfermo y la familia, se ha acabado en la mayoría de los casos con el problema de la angustia.

Situaciones clínicas como la de la muerte de la madre de Simone de Beauvoir que comentaremos, no son deseables ni aceptables. El encarnizamiento terapéutico era habitual y señal de buena práctica clínica porque el médico “hacía lo que debía hacer”.

Las inmensas posibilidades terapéuticas del cáncer, no solo la quimioterapia y la radioterapia, sino la inmunoterapia, los fármacos que actúan sobre mutaciones celulares... configuran en muchos casos la cronificación de los procesos oncológicos con buena calidad de vida. Paulatinamente, a medida que prosiga la investigación, los resultados de la misma dotarán a la enfermedad de nuevas posibilidades y la esperanza de curación o cronificación será una realidad, lo que era casi una utopía hace “pocos años”.

Tratamiento psicofarmacológico en pacientes oncológicos

Eduardo García-Camba de la Muela

Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. H. U. de la Princesa. Madrid.

En el paciente oncológico la comorbilidad psiquiátrica es relativamente frecuente (Reacciones de adaptación, estados de ansiedad, depresión, delirium...), por lo que además del apoyo emocional /psicoterapia, en muchos casos va a ser necesario un manejo farmacológico.

A parte de la indicación primariamente psiquiátrica, los psicofármacos también pueden utilizarse en el tratamiento coadyuvante de situaciones frecuentes en estos pacientes, como son los trastornos del sueño, el dolor neuropático, las náuseas y la fatiga. Dada la posibilidad de interacción del psicofármaco con el tratamiento médico-oncológico, la consideración sobre las posibles interacciones farmacológicas, es un asunto de gran importancia. Ello obliga a que psiquiatras, oncólogos y médicos de cuidados paliativos trabajen como miembros de un equipo multidisciplinario, en aras a una mayor efectividad y con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida para el paciente. En esta comunicación se hace una revisión y una puesta al día de todos estos aspectos.

Evaluación psicológica del impacto de la enfermedad en el paciente oncológico.

María del Mar Aires González

Psicooncóloga. Profesora Colaboradora. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

Hace décadas que el cáncer viene considerándose una patología de carácter biopsicosocial donde son numerosas las variables a tener en cuenta que inciden directa o indirectamente sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

En este sentido la evaluación psicológica del impacto de la enfermedad no puede considerarse una acción aislada sino un proceso complejo, continuo en el tiempo y con múltiples funciones. Así, dicha evaluación implica desde concretar y delimitar los problemas del paciente oncológico y su entorno, para poder identificar correctamente los factores causales del problema/s y que ello permita un adecuado planteamiento de los objetivos de la intervención posterior en caso de que sea necesaria, hasta valorar la eficacia de las intervenciones o participar en los procesos de consejo genético.

El presente trabajo tiene por objeto hacer una revisión detallada de las variables implicadas en el impacto de la enfermedad (variables sociodemográficas y médicas, información médica, estado mental, vulnerabilidad psicológica y variables psicoemocionales, problemas relacionados con la enfermedad, sus tratamientos y los síntomas físicos, impacto psicosocial del cáncer, relaciones sociofamiliares, necesidades espirituales, etc.), así como las técnicas e instrumentos específicos desarrollados para su evaluación.

No hay que olvidar que las claves de una adecuada evaluación psicológica en los pacientes con cáncer radican en la selección de variables de estudio pertinentes, correctamente encuadradas en los contextos implicados. Igualmente, la evaluación psicológica del paciente con cáncer debe ser tratada con todos los recursos posibles y, en la medida de lo posible, desde el principio del proceso.

El médico enfermo desde la perspectiva psicosomática.

José Carlos Mingote Adán

Psiquiatra. Ex Director del PAIPSE. Madrid.

Según la evidencia disponible, uno de cada diez médicos puede sufrir durante su vida profesional algún episodio relacionado con trastornos mentales o conductas adictivas. Los médicos, en su condición de humanos, son tan vulnerables a la enfermedad como lo son sus pacientes y, por consiguiente padecen los mismos problemas de salud que la población general, aunque si no se tratan adecuadamente puede deteriorarse además su actividad profesional. La bata blanca y la experiencia no protegen al médico de los riesgos psicosociales inherentes a su actividad profesional, como son el estrés de la actividad clínica (complejidad, incertidumbre, angustia de muerte), el síndrome de desgaste profesional (*burnout*), los conflictos asistenciales y la pérdida de la autonomía profesional en las modernas instituciones sanitarias, cuyo icono es el hospital general. Estas deben ser organizaciones saludables y seguras, tanto para los usuarios de sus servicios, como para los profesionales sanitarios que les atienden a lo largo de su ciclo vital: atracción, reclutamiento y selección, integración, interacciones cotidianas, feedback 360 grados, gestión del talento, implicación del profesional, desarrollo y gestión de equipos, y desarrollo de liderazgo (Salanova, 2008; Page y cols., 2008).

Desde la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud es posible efectuar intervenciones psicoeducativas grupales orientadas a la promoción del bienestar y la salud del médico, a través del aprendizaje de competencias psicosociales que han demostrado su eficacia a nivel individual como del rendimiento empresarial. El bienestar laboral y la productividad son resultantes claramente complementarias y mutuamente dependientes de una profesión saludable. La gestión eficaz de los recursos humanos dentro de la organización sanitaria determina mayor satisfacción del profesional y del usuario, así como una mayor efectividad y sostenibilidad de la organización.

Se destacan por su eficacia y utilidad los programas de desarrollo de la personalidad resistente (Khoshaba y Maddi, 1999) y los programas para la potenciación de los recursos psicológicos (Amorós, Remor y Carroble, 2006), como ejemplo de intervenciones desde una Psicología Positiva aplicada (Vázquez, Hervás, 2008).

Repercusión del estrés laboral sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida.

Carmen Muñoz Ruipérez

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Responsable del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Resumen:

Esta presentación forma parte de un proyecto de investigación realizado en médicos internos residentes que comienzan su formación médica especializada en el Hospital Universitario 12 de octubre.

Introducción: El inicio de la formación médica especializada conlleva un considerable cambio en su estilo de vida. Muchos estudios relacionan el inicio de la formación asistencial del Médico Interno Residente (MIR) con el desarrollo de estrés y éste se ha relacionado con mayores niveles de ansiedad, depresión y deterioro en la calidad de vida.

Objetivos: Establecer la correlación entre el estrés y las alteraciones en el trabajo en las variables afectivas: Ansiedad, depresión y calidad de vida de los médicos que comienzan la formación médica especializada.

Metodología: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte. Después del período de seguimiento, se identificaron los casos frente a los controles, comparando y analizando la magnitud del riesgo para el desarrollo del estrés laboral. Se midieron las variables afectivas cuando se firmaron los contratos y seis meses después del inicio de la formación médica especializada. Para el análisis de correlación, se utilizó el coeficiente de rho de Spearman.

Resultados: Todas las variables afectivas se correlacionan con el estrés en el trabajo, las variables que mejor correlacionaron fueron la depresión, $r = 0,694$ ($p < 0,001$), y el "estado de ansiedad", $r = 0,604$ ($p < 0,001$).

Conclusiones: El estrés es un buen predictor de la depresión (predice en el 48% de los casos la depresión) de la ansiedad (estrés predice en un 36% de los casos el estado de ansiedad). Con respecto a las variables de calidad de vida, todas correlacionan de forma inversa y todas presentan un "moderada correlación" con el estrés laboral, a excepción de la calidad con el tiempo libre.

Repercusiones del trabajo sobre la salud mental del trabajador y de la salud mental sobre el trabajo. Programas de intervención.

M^a Teresa del Campo Balsa

Jefa de Servicio de Salud Laboral y Prevención. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

La relación entre el trabajo y la salud mental del trabajador es bidireccional. Así en la propia definición de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud considera que es un estado de bienestar en el cual la persona desarrolla sus propias capacidades, se adapta a las situaciones estresantes normales de la vida, trabaja productivamente y contribuye a su comunidad. Es decir el desarrollar un trabajo forma parte de la salud mental de la persona. Aunque ciertos factores de la organización del trabajo (como la falta de control del propio trabajo) tienen la consideración de ser factores de riesgo de ciertas alteraciones de la salud mental.

Por otra parte las alteraciones de la salud mental pueden aparecer de una forma indirecta a través de distintas manifestaciones clínicas. Así se ha descrito una relación entre ciertas alteraciones de salud mental como la ansiedad, la depresión y el estrés, y los trastornos músculoesqueléticos. Dichas alteraciones de la salud mental pueden ser de origen laboral o no, pero en todo caso repercuten sobre la salud y el trabajo de las personas que las sufren.

Existen posibilidades de intervención al respecto que debemos considerar. Como ejemplos citamos dos revisiones sistemáticas recientes en las que se recoge que: algunos estudios de intervención sobre la ansiedad y la depresión han evidenciado ciertos resultados positivos respecto a la prevención de los trastornos músculoesqueléticos (1); y la segunda revisión que considera estudios realizados en organizaciones sanitarias y describe que las relaciones interpersonales del grupo de trabajo, el liderazgo, la comunicación y la participación tienen un efecto positivo en la prevención de la salud mental de los trabajadores (2).

1. Kent P et al. Manual Therapy 2012.

2. Bronkhorst B et al. Health Care Manage Rev 2014.

El afecto como agente positivo de cambio epigenético.

Francisco Martínez López

Médico Internista. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Podríamos definir epigenética como “el espacio en el que tiene lugar el acabado genético del ser humano”. Acabado que conlleva la definición de funciones vitales, tales como inmunológica, endocrina, circadiana, neurológica. Espacio que se inicia con el alumbramiento y desarrolla, básicamente, sus funciones de acabado en el período de crianza.

Los términos de “Medio Ambiente” definen el agente externo al que se le atribuyen los estímulos necesarios para el susodicho acabado.

La “vaguedad” del término hace que, el Prof. Rof Carballo, aúne, en la década de mediados del pasado siglo, cuanto acerca del “otro” es referido por filósofos- Ortega y Zubiri, entre otros-, etólogos- Konrad Lorenz y Tinbergen-, genetistas- Mirsky, Kemp-, antropólogos- Waddington, Laín Entralgo-, psicoanalistas- Freud, Melanie Klein, J. Bowlby, J. Franklin Robinson¹, etc.-, médicos- Viven Weiz, Säcker, Binswanger, Christian-, etc. De su conjunción, siempre como referente el “otro”, como representante preferente del “medio ambiente”, Rof implementa el concepto de Urdimbre. Dado el carácter de acabado que conlleva la interrelación entre el recién nacido y el “otro” Rof califica el proceso como “Urdimbre Constitutiva”.

Si bien, al dar, dentro del medio ambiente, una atribución preferente al “otro” como agente constructor del acabado, Rof intentará dar un paso más hacia la especificidad. Dado que en la fase constituyente el “otro” deviene representado fundamentalmente por la figura materna, Rof, seguidor de los estudios, al respecto, de Bolwby, Robinson, Spitz, etc, quiere saber cómo se lleva a cabo la transmisión – transaccionalidad- entre la figura materna e hijo, en su función constituyente.

Influencia de los hábitos vitales en la inmunidad

Diego Cebrián Novella

Médico Internista. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Se entiende por Epigenética al “estudio de cambios heredables en la función de los genes que ocurren sin un cambio en la secuencia del ADN” En realidad es el proceso que afecta a la expresión del gen independientemente de la secuencia de ADN. Lo trascendente es que este proceso está vinculado a la interacción con el medioambiente. Tras el proyecto del genoma humano, en 2015 se presentó a nivel mundial el proyecto del mapa epigenómico(NIH Epigenomic Project). El estudio de la regulación epigenética (metilación del DNA, modificación de las histonas y remodelado de la cromatina) abre un amplio campo de investigación y un modelo explicativo, desde la psiconeuroinmunología (PNI) la cual busca el entendimiento del impacto de los estímulos medioambientales, especialmente estímulos psicosociales, sobre la conducta, las emociones, la respuesta neuroendocrina al estrés y la función inmune. Existen evidencias emergentes sobre la respuesta epigenética a las señales medioambientales lo que traduce la relación entre el mundo psicosocial y el biológico. Este análisis ofrece un nuevo acercamiento sobre los mecanismos moleculares de los procesos adaptativos y desadaptativos en relación a los estímulos medioambientales. Las modificaciones epigenéticas pueden ser reversibles, lo que abre un camino a intervenciones terapéuticas específicas. En la actualidad hay una línea de investigación que demuestra la influencia epigenética sobre la diferenciación de los linfocitos B y T y la función y destino de las poblaciones de células inmunes, lo que apunta a que ciertas enfermedades del sistema inmune en parte están mediadas por la modificación epigenética.

El cansancio como expresión psicósomática en la consulta diaria

Celso Pareja-Obregón López-Pazo

Médico Internista. Sevilla.

La frecuencia con la que los pacientes acuden a la consulta de Medicina Interna, refiriendo “cansancio” como el síntoma principal o recurrente de su cuadro clínico es el motivo de mi estudio.

Una vez descartados el cansancio fisiológico o natural y descartado con pruebas médicas el cansancio patológico o secundario a enfermedades orgánicas o síndromes metabólicos, infecciosos, etcétera, debemos realizar una anamnesis y exploración dirigida a encuadrar este cansancio como de origen psicósomático.

Este cansancio de semanas o meses de duración no es más que la punta del iceberg de un cuadro clínico de pacientes que tienen una historia con características similares. Vida monótona y aburrida, abulia, falta de iniciativa, desidia, ánimo decaído y melancólico, a veces preocupación excesiva por “falta de salud”, otras veces angustia inexplicable, trastornos del sueño... pero sin cumplir los criterios clínicos de Depresión ni de Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM-IV).

Una vez hecho el diagnóstico de “cansancio psicósomático” explicamos al paciente las características particulares de este diagnóstico y las posibilidades terapéuticas: dieta adecuada, cambios en el estilo de vida, necesidad de realizar actividades físicas aeróbicas, pilates, yoga, mindfulness, terapia psicológica. Muy buen resultado a medio plazo.

El tratamiento con benzodiacepinas tan solo en los casos de angustia puntuales o para inducir el sueño en los insomnios. Los inhibidores de recaptación de serotonina a dosis bajas (yo uso Escitalopram en gotas para ir viendo la respuesta) consiguen hacer desaparecer los síntomas de cansancio y mejoran el estado general de los pacientes a largo plazo.

MESA 10: LA CONCIENCIA DE MUERTE EN MEDICINA Y PSICOLOGÍA: ANTROPOTANATOLOGÍA

Interés por la antropotanatología. Relevancia de la muerte en la vida psíquica

José Manuel González Infante

Catedrático de Psiquiatría. Cádiz.

Se parte de una doble concienciación de la muerte: La de una conciencia objetiva que comporta la convicción de la “mortalidad” y se experimenta como una cognición –“la muerte del otro”- y/o, como una vivencia –“la muerte del tú”-; y, la de una conciencia subjetiva que conduce a imaginar “una vida más allá de la muerte” y que, en tanto que “mi muerte”, solo puede ser comprendida psicológicamente como una representación.

Superado el reduccionismo científico-técnico que considera exclusivamente la vertiente física del morir –que constriñe su abordaje desde la razón, limita su captación por la conciencia y, oculta sectores de la realidad que trascienden la mera aprehensión inmediata de ésta- se pueden activar formas de pensar -pensamiento mitopoiético- que nos muestren otras realidades; se pueden movilizar formas subliminarias de conciencia que amplíen el campo de la conciencia vigil permitiéndonos acceder a sectores de la realidad habitualmente ocultos – “realidad velada” de D’Espagnat-.

El pluralismo propio de estas tres entidades –razón, conciencia y realidad- nos permite arrojar algo de luz sobre la intuición “vida más allá de la muerte”.

Mediante un abordaje más específicamente psicológico, nos es dado considerar la experiencia frente a la muerte constituida por dos tipos de sentimientos: Un sentimiento de pérdida, desde la percepción alopsíquica, frente a la vivencia de la “muerte del tú”, que genera tristeza (duelo) y, un sentimiento de amenaza desde la percepción autopsíquica, frente a la muerte propia –“mi muerte”-.

La representación mental de “mi muerte” se estructura mediante la movilización de los contenidos propios del mundo de mis representaciones, sector del espectro perceptivo individual, fruto de las experiencias del sujeto –concretamente, en este caso- de la muerte del otro y del tú, en definitiva de la “mortalidad”. El sentimiento de amenaza se sustenta sobre la representación mental de la muerte como amenaza a la vida en tanto entidad real, organización consciente y familiaridad. Estos tres rasgos consustanciales con la vida, se tornan en representaciones amenazantes para el sujeto, tales como: la muerte como la “nada”, la muerte como “la desintegración del yo” y la muerte como entrada en “lo desconocido”, fuentes de angustia a través de otras tantas dimensiones antropológicas de la muerte: “La muerte como *antivida*”, “la muerte como destructora del psiquismo” y “la muerte como escisión del cuerpo y el alma”.

Se abordan finalmente, otras formas simbólicas de la muerte concluyéndose con una referencia a la muerte desde la perspectiva psicopatológica.

¿Qué aporta la muerte a la vida?

Rafael Alvira Domínguez

Catedrático de Filosofía. Director del Instituto de Empresa y Humanismo de la Universidad de Navarra. Madrid.

Prolegómenos

Desde la California del progreso acelerado, y en el contexto de una cultura marcada cada vez más por el estilo futurista y optimista estadounidense –si bien el día a día no lo es tanto– llegan voces que auguran todo tipo de revoluciones científico-técnicas fabulosas que están a punto de acaecer, entre las cuales no es la menor el que quizás en el 2030, o lo más tardar el 2045, la muerte biológica quedará sólo para los que la quieran sufrir, pero la ciencia habrá vencido a la muerte.

No es posible en este escrito entrar en la discusión de si tal pronóstico está o no suficientemente justificado desde el punto de vista estrictamente científico-biológico. Lo que aquí se pretende es llevar a cabo algunas reflexiones de orden meramente conceptual acerca de tan apasionante tema, que es nuevo en su planteamiento científico, pero no en cuanto tal.

Algunos recientes defensores de la tesis de la cercana inmortalidad temporal humana afirman que no existe Dios, y en consecuencia toman una posición materialista. Intentaré mostrar en este escrito, que por el contrario, sus diferencias respecto a las ideas tanto filosóficas clásicas como cristianas son muy pequeñas, sólo que en esos detalles pequeños se juega todo.

La tesis que se va a mantener a continuación se despliega en dos partes. En la primera, el intento es mostrar las dificultades que la presunta desaparición de la muerte presenta; en la segunda, se busca poner de relieve las ventajas que la muerte tiene para la vida.

Dificultades que plantea la “desaparición” de la muerte

La primera consiste en la propia duda acerca de si realmente no hay muerte. Un ser cuyo organismo está dispuesto para morir –después de envejecer, si no hay previo accidente– y que es transformado “celularmente” en orden a que no muera, ¿se puede realmente decir que no ha muerto? ¿Es exactamente el mismo ser antes y después? ¿No ha sufrido el primero –que era mortal– una cierta muerte, puesto que ha dejado de existir en cuanto mortal? Se puede observar que no hay tanta diferencia entre la tesis de la inmortalidad “biológica” y la clásicamente mantenida por las llamadas religiones monoteístas. Estas sostienen que la muerte es un término de la vida temporal que da paso a la vida eterna, mientras que la nueva tesis introduce sólo un matiz –si bien relevante–, a saber, que la muerte del ser mortal abre el paso a la vida permanente temporal.

Quienes creen en la vida eterna tras la muerte no pueden imaginar cómo será esa nueva vida; pero quienes creen –por el momento sigue siendo una creencia– en una vida temporal sin término, tampoco pueden imaginar bien esa nueva vida, con el problema añadido de las dificultades lógicas que plantea, que no se presentan en la idea de vida eterna.

Una dificultad está en la armonía entre el nuevo cerebro y el cuerpo. Parece que la clave del cambio de la mortalidad a la inmortalidad está sobre todo en la transformación del cerebro. ¿Nacerá con el nuevo cerebro un cuerpo adaptado a él? ¿Generaremos monstruos inmortales en el laboratorio?

Otra dificultad está en la armonía entre el nuevo ser y el entorno. ¿Cómo encontrar sitio para tantos inmortales? ¿Deberemos suprimir todos los nacimientos por escasez de sitio? ¿O bien los nuevos humanos superinteligentes, gracias a su cerebro potenciado, encontrarán rápidamente la manera de poblar todas las galaxias?

No se puede excluir a priori el peligro de que los humanos de nueva factura sean una especie de “dinosaurios” o de “mamuts”, que desaparecieron por imposibilidad de adaptarse a un ambiente que se les quedaba pequeño o les era inapropiado.

Pero además, lo que más mueve al ser humano es el descubrimiento de la novedad. Si, arrastrados por ese deseo, los nuevos inmortales generan descendencia, el sitio se va haciendo escaso. A su vez, ¿haría falta educar a seres tan inteligentes? Si no es preciso, la paternidad-

maternidad adquiere también matices de un cierto aburrimiento. Y este es un problema crucial, como ya fue visto en la Antigüedad Clásica.

En efecto, en ella se planteó ya la hipótesis de una inmortalidad temporal, y la preocupación que surgió de modo inmediato fue: el aburrimiento. Una vida temporal sin término deja de presentar alicientes de sorpresa alguna y se convierte en insufrible. Van pasando los millones de años, y se van acabando las sorpresas. El aburrimiento consiste precisamente en eso: pasa un tiempo en el que no pasa nada, nada nuevo, ninguna sorpresa, nada interesante, sólo pasa tiempo.

Se presenta también la cuestión del crecimiento. Una vida que no envejece está en toda su plenitud, pero pertenece a la esencia de la vida el crecer. Mientras el crecimiento sea interior, cultural y espiritual, no se plantea problema, pero si se consigue una vida física inmortal, ¿seguirá el hombre creciendo físicamente? ¿Porqué dejará de crecer nuestro cuerpo? Pudiera ser que, al lograr la inmortalidad biológica en el laboratorio, estemos jugando el papel del aprendiz de brujo, quien, puesto en marcha el ensalmo, es incapaz después de detener sus consecuencias.

De otra parte, juega un papel central en esta nueva tesis, como ya queda dicho, la potenciación del cerebro. Y se trata de una idea paradójica, pues es sostenida por quienes afirman la verdad del materialismo. Ahora bien, no se entiende cómo un cerebro puede arreglarse y mejorarse a sí mismo si no es porque está por encima de sí mismo. Es decir, que sólo porque en el ser humano hay algo que trasciende su materialidad, es posible que se le ocurra mejorarse.

De otra parte, se encuentra la muy antigua “costumbre” humana de “divinizar” sus productos, sus “creaciones”. La capacidad humana de “dar a luz” algo nuevo despierta en él una profunda conmoción interior que se refleja en dos actitudes aparentemente contradictorias. De un lado, un creador es un dios, y aparece entonces lo que los educadores y psicólogos actuales llamarían el crecimiento de la autoestima; pero, de otro, es tal la emoción que produce ese nuevo objeto que consideramos que, aunque ha salido de nuestra mente y nuestras manos, en realidad va más allá de nosotros y nos supera. Surge entonces esa forma clásica de idolatría consistente en divinizar alguna de nuestras creaciones, una actitud que en la época actual de la “ausencia de Dios” se convierte en una veneración de los inventos técnicos unida al miedo que nos genera su posible superioridad. Nuestros productos nos dominarán, y la única salvación que se entrevé es que nos autoproduzcamos como los seres más poderosos.

Se podría decir que hoy ciertos científicos y tecnólogos repiten, quizás sin saberlo, la tesis sostenida por el filósofo Baruch Spinoza a finales del siglo XVII: Dios es “causa sui”, Dios se causa a sí mismo, y en eso consiste principalmente su carácter divino. Ahora el ser humano se va a causar a sí mismo como ser inmortal, o sea divino, y divino tanto por ser inmortal como por haberse causado a sí mismo.

La pregunta que surge aquí es cómo alguien que no se ha causado en cuanto mortal –pues nos “descubrimos” viviendo–, puede, sin embargo, causarse en cuanto inmortal. Y la respuesta no puede ser más que una: en nuestra condición mortal estaba ya “escondida”, latente, la inmortalidad. De hecho, es la existencia en nosotros de células presuntamente inmortales lo que sostiene sobre todo la tesis actual.

Y aquí la pregunta es cómo pudo nacer la primera célula inmortal, de las que nacerían las siguientes. Si se dice que no nació, entonces existe desde siempre, pero entonces se presenta el problema de que a un tiempo infinito no le “ha dado tiempo” de llegar hasta nuestro momento. En otros términos: la noción de tiempo infinito, por más que fuera aceptada por el mismo Aristóteles, es inconsistente. La inmortalidad no puede nacer de la nada, pero si la inmortalidad es temporal y no nace, entonces no le ha podido dar tiempo a llegar hasta nosotros. Dicho de otro modo: la idea de inmortalidad temporal es contradictoria, y su realidad imposible. Por eso, si ahora somos capaces de “producir” un ser humano inmortal, su existencia ya no puede ser temporal en el sentido en que hoy existe la temporalidad, y eso significa que hemos de morir a nuestra condición actual para abrirnos a la definitiva.

Tampoco en este punto se encuentra, por tanto, mucha diferencia con respecto a las tesis clásicas y cristianas, pues ellas consideraban que por debajo de todo lo mortal se encontraba la divina inmortalidad, a la que precisamente lo mortal podía aspirar. La “pequeña” diferencia

consiste solamente en que la inmortalidad es ahora material y con una rara temporalidad que ya no puede ser igual que la presente, mientras que en la tesis clásica se daba sólo en el más allá eterno. Pero incluso aquí habría que añadir algún matiz. En efecto, la inmortalidad “eterna” era considerada como plenitud de lo real, plenitud que no consistía en que el ser existiera en forma abstracta o vaga, sino en que era aun más real que lo material-mortal, y algo parecido afirman también las nuevas teorías, al sostener que el “hombre nuevo” inmortal no será como el mortal antiguo.

No parece haber apenas diferencias entre unas y otras teorías: se decía que hay algo con potencia de inmortalidad (y a lo *inmortal* se le llama *divino*), que está *decaído* –ahora se dice que la vejez y la muerte son una *enfermedad*–, pero que es capaz de *realzarse* hacia su pura divinidad. Si en lugar de *decaído* o *enfermo* se dice *virtual* nos acercamos un poco a Hegel, pues este autor rechaza –más en el estilo actual– la idea de un Dios Creador que haya podido hacer unos seres inmortales –los humanos– desde la nada, en el sentido de que *empezaran a existir*.

Pero la clave de la diferencia está, como es claro, en esos pequeños detalles que son enormes. ¿Puede realmente ser un Dios alguien que se autoconstruye, es decir, que llega tarde con respecto a sí mismo? ¿Puede un ser inmortal salir de la nada? Tanto la idea de *autoconstrucción en el principio* como la de *surgimiento de la nada sin fuerza creadora* carecen de toda lógica. Lo cual no implica que la idea de *autoconstrucción* o la de *nada* –a pesar de los esfuerzos de Bergson por anularla– carezcan de sentido.

Por el contrario, la idea de autoconstrucción es pensable siempre que no sea en el principio, y la de nada es pensable en cuanto condición de lo creado. Ambas ideas implican la de muerte, por razón de lo cual es posible considerar el carácter positivo de ella.

*Ventajas de la muerte para la vida**

Parece ilógico, y también inadecuado desde el punto de vista de las ideas religiosas arraigadas en una cierta tradición cristiana, atribuir una carácter positivo a la muerte. En el plano lógico, la muerte es terminación de vida y –como tal– ha de significar negatividad. Si la vida humana, de otro lado, encierra en sí el *deseo de seguir* es porque no percibe su término como natural o armónico con su propio ser: la vida como el placer –diría Nietzsche– pide eternidad; la muerte viene, por tanto, a “aguarnos la fiesta” y se ha de entender desde el punto de vista religioso como un castigo y desde el científico-positivo como una enfermedad.

Una enfermedad es una *astenia*, una estrechez o debilidad que es y existe. El científico no puede por tanto dejarla de lado sin más, pues la ciencia consiste precisamente en la explicación de lo que nos encontramos al investigar. ¿Desaparecerá definitivamente la debilidad humana al ser vencida la muerte? Si es así, hemos de explicar varias cosas: cómo pudo surgir la debilidad, porqué no podrá volver a surgir, y porqué no es una pérdida el que desaparezca la capacidad humana de vencer la debilidad. En realidad, si ya no queda enfermedad habremos perdido un poder, a saber, el de curarnos. Quizás también nos aburriremos al dejar de tener una meta de superación. Es más: ¿qué sentido tiene la superación sin la idea y la realidad de una relativa debilidad que deseamos vencer?

Dicho en otros términos, la *vida temporal* humana es ininteligible e imposible sin su núcleo constitutivo que es el *deseo*, por lo cual deseo y tiempo –como ha puesto bien de manifiesto Nicolás Grimaldi– son dos caras de la misma moneda, pero todo deseo temporal se instituye y surge porque *falta* lo deseado y, por consiguiente, sobre una cierta negatividad. Para seguir viviendo en forma verdaderamente humana en este mundo hace falta desear de modo *consciente* seguir viviendo, pero ello implica aceptar a la vez la “muerte” de que no me queda más remedio que inclinar la cabeza ante mi condición de perpetuo insatisfecho. Como bien vio Schopenhauer, eso es tragedia. Si vivir temporalmente es desear, desear es estar insatisfecho, y el deseo es permanente e interminable, la vida es tragedia. Y la vida inmortal, absoluta tragedia: merece más la pena el morir.

El único modo de esquivar esta conclusión sería alcanzar el estatuto de quien está saciado en lo esencial, y cuyo deseo ya no es falta, sino despliegue y sobreabundancia de la vida plena. Ahora bien, eso es posible sólo en la manera de la *eternidad*, porque en ella los *momentos* del tiempo están integrados: pasado y futuro están perfectamente integrados en el presente. Esa es la idea clásica y cristiana de eternidad. Por eso, ya desde Platón, lo que llamamos tiempo es, por el contrario, una *eternidad desintegrada* en la que pasado y futuro se suceden desde “lo que ya no es” hacia “lo que todavía no es”, y cuyo problema es la tremenda precariedad de un *presente* acotado por dos “nadas” y que él mismo es “nada”, pues en una existencia meramente temporal el presente es un *punto* matemático y, en términos de realidad real, nada. Y, sin embargo, lo temporal debe ser “algo”. De ahí la obsesión bergsoniana por los conceptos de conciencia y duración. Conciencia porque ella es la que *hace presente*; duración porque “lo que pasa” *dura* al pasar, y si no fuera así la presencia sería exclusivamente mental. En efecto, sin conciencia no hay presencialidad, no hay presente –incluso el tiempo mismo considerado como “algo” sólo existe en la conciencia, como ya señaló Aristóteles- y ello significa que en el ser humano la conciencia es “algo” que trasciende el tiempo. No es, por tanto, material. La materialidad es sólo la condición y base de su existencia en el tiempo, pero ella misma no *es* tiempo.

La conciencia humana se da cuenta –se hace presente a sí misma, por tanto- que se “despierta” en un mundo temporal y ese despertar sólo es posible si ella no está *rodeada* por la *nada* –como sucede con el presente temporal llamado *instante*- sino porque *lleva la nada dentro de sí*. Una conciencia plena no hubiera podido “dormirse”. Si “te haces consciente” es porque “estabas dormido y te despiertas”, o sea, eres y no eres a la vez conciencia plena. Nadie ha superado en este aspecto el punto de vista socrático-platónico.

¿Qué puede significar esto? Una media conciencia no es una conciencia; y una conciencia plena no puede dormirse. La única explicación es que la conciencia es plenamente al no serlo plenamente, y esa paradoja, esa aparente contradicción, es sin embargo fácil de experimentar: sólo en la conciencia de mi no ser encuentro mi ser, mi verdad.

Eso se da en el tiempo, pero no es temporalismo pues “caer en la cuenta” no es un proceso, sino que se da en el instante, ni semitemporalismo, o sea, dialéctica, porque esta sostiene que la presencia real de la negación “muerte” lo real y genera necesariamente el movimiento hacia su contrario. Pero la conciencia de mi nada no me mueve hacia nada contrario, sino que *me pone de manifiesto mi propio ser*.

Ese *propio ser* no puede ser una *nada en general*, por supuesto, sino que es la conciencia de que *mi* (mi yo) *ser* es *nada en sí*, y por tanto sólo *es en el otro*, que *es el ser*.

La expresión más adecuada para *ser en otro* es *existir* (ec-sistere, “ser fuera de sí”). Quien quiere ser sólo *en sí*, no alcanza la existencia, y –al no relacionarse con otro- el contenido de su ser se queda en su propia nada. Es la tragedia del ser humano: si no te relacionas con la realidad circundante estás *vacío*: si no te relacionas con otros seres semejantes a ti, estás *solo*. El vacío y la soledad son tragedia porque suponen la tremenda paradoja existencial de *ser nada*.

El único modo de evitarla es negar, rechazar, el constituirme *en si* (en mi), y afirmar, por contra, *mi nada ante el ser*. A esto se le ha denominado clásicamente “morir a si mismo”, o, dicho de otra manera, “amar en verdad”. De ahí que carezca de sentido negar tu *ser en sí* –tu nada- ante *otro* que no es realmente, en verdad, ser.

Traducido a la experiencia humana diaria, esto significa que quedarse encerrado, vacío y solo, por incapacidad de amar en verdad ningún ser, es *trágico*; pero poner el amor en lo que *no es en verdad*, en lo aparente, genera la *decepción*, la desilusión, que es menos dura, pero también menos “grandiosa” que la tragedia. Acercándose la muerte física, la mayor parte de las personas mueren hoy en la decepción. Ni se atrevieron a vivir un amor verdadero –una muerte al *en si mismo*- ni a romper totalmente con otro –cuya realidad es sólo aparente-.

Así pues, para el ser que es y no es, al mismo tiempo, o sea, para el ser humano, la muerte le es necesaria para vivir. Eso quizá es lo que hace comprensible que –según el antiguo relato del Génesis- un Ser bueno –*el Ser*- dispusiese la muerte de los humanos: no había otro modo, después de que no habían querido morir a su propia voluntad obedeciendo a Dios, de hacerles comprender más claramente que la muerte nos es necesaria para la vida.

La muerte física nos permite también sintetizar pasado y futuro –ya que no se puede sintetizar en el infinito- y de ese modo, hacernos dueños y señores del tiempo. Por ello es una cuestión bien problemática cómo estaría por encima del tiempo aquel que no puede sintetizarlo. Y si no estamos por encima del tiempo, no nos diferenciamos esencialmente de los “animales superiores”. La paradoja de la inmortalidad física del ser humano será entonces que habiéndonos elevado cerebralmente en forma impresionante, dejaremos, sin embargo, de diferenciarnos de los animales.

No son pocas, en resumen, las preguntas que quedan abiertas ante la presunta nueva inmortalidad.

* Para este epígrafe, ver también mi escrito: “Sobre las ventajas de la muerte para la vida”. En *Themata*, nº 21, Sevilla 1999, pp. 221-226.

Pensar en la propia muerte, Una muestra de la consulta diaria.

Ana Moreno Gómez.

Psicóloga Sanitaria. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

En el presente estudio se detallaron los resultados hallados en una muestra real de pacientes del Centro Médico Psicosomático de Sevilla, con diagnósticos englobados dentro de las categorías de Ansiedad y Depresión, comparados con un grupo control carente de diagnóstico. Se valoró el miedo ante la muerte a través de la escala Collet-Lester, compuesta de cuatro subescalas que valoran tanto la postura ante la propia muerte como ante la muerte de otros.

La muestra estuvo compuesta por 37 personas con edades comprendidas entre los 18 y 80 años, siendo 20 hombres y 17 mujeres. Respecto a la distribución en grupos, 9 conformaron el grupo de Ansiedad, 10 el de Depresión y 18 el de Control.

Las hipótesis de trabajo giraron en torno a valorar diferencias en la postura ante la muerte en función del diagnóstico, el sexo y la edad, habiendo distribuido en tres grupos de edades en este último caso.

Los resultados hallados no ofrecieron datos significativos al comparar los grupos de manera independiente en función del diagnóstico. Se procedió entonces a organizar la muestra en dos grupos, Presencia versus Ausencia de diagnóstico, obteniendo en este caso resultados significativos. Fue mayor la puntuación en la escala Collet- LESTER en el grupo con presencia de diagnóstico. Esto podría enfocarse en la utilización de dicha escala en pacientes con diagnósticos de este tipo que se encuentran en procesos terapéuticos de duelos ante la muerte propia o de allegados.

Finalmente, no se hallaron diferencias significativas respecto a las variables sexo y edad.

La muerte en los niños

Ana M. Álvarez Silván

Médico Oncóloga. Ex-Jefa de la Unidad Oncología Pediátrica del H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. Fundadora de ANDEX.

Cuando los niños ven de cerca el final de la vida, el miedo les envuelve como una cortina que potencia su sufrimiento aunque aún no la consideren irreversible. Es hacia los nueve años, cuando ya la ven sin retorno. Los preadolescentes la viven como algo inevitable. Y los adolescentes la ven como el final de su vida, con la amarga percepción de fracaso por no tener tiempo para conseguir sus proyectos e ilusiones. Queremos y debemos ayudarles. Pero ¿Cómo? A profesionales, y familiares nos abruma, ver los limitados que somos porque no estamos preparados para asumirla. Es éste un arte que se debe “aprender” para no ser “francotiradores inspirados”. Tener la humildad de aprender de adaptarnos al lenguaje, y al grado de madurez del pequeño y su familia. Aprender a preguntarles lo que necesitan. Aprender a dejarles hablar al ritmo que ellos quieran para que puedan expresar sus sentimientos de confusión, pena o angustia.

Aprender también a decirles con sencillez, la verdad tolerable y progresiva. Aprender a decirles cuando nos pregunta “tienes una enfermedad importante, necesitas más cuidados, etc”. y después darle un giro rápido a la conversación con habilidad: y hablarles de algo que le guste. Aprender a acompañarles en silencio, a decirles palabras de cariño para que perciban que les queremos, A expresar nuestro cariño con una mirada, una caricia, un beso, Aprender a decirles que nos pueden pedir con confianza todo lo que necesitan.

En los momentos finales es vital el apoyo médico y psicoemocional y espiritual del niño y de su familia. Lo ideal sería mediante unidades de dolor y hospitalización domiciliaria. No es un privilegio preparar para la muerte a los niños, a sus padres y familiares. Es un derecho a que tengan una asistencia humanizada, que debe integrarse en la Civilización del Amor

El afrontamiento de la muerte en el paciente de UCI

Esteban Fernández Hinojosa

Médico Intensivista. Servicio de Cuidados Críticos del H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

La vivencia de acompañar a otro ser humano en su lecho de muerte, es la fuente de experiencia más enriquecedora de cuantas he vivido.

Si bien los clínicos no hablamos de ello, -no deja de ser una experiencia íntima-, se requiere, un enorme valor para escuchar al enfermo como maestro. Ellos expresan sin escrúpulos sus insatisfacciones respecto de las atenciones recibidas, de las faltas de comprensión, o empatía, que los clínicos mostramos, tan azacaneados con los datos crudos y los signos. La tecnociencia les resulta un impedimento para contacto humano a pie de cama.

El moribundo tiene una enorme necesidad de expresarse. Sabe que va morir y, de pronto, siente como si su vida tuviera una finalidad para seguir vivo hasta el último aliento: descubre que puede contribuir con aquel que lo escucha. Todos coinciden en una advertencia: “ten cuidado cuando mires atrás, no sea que te lamente por haber desperdiciado tu vida. Es frecuente que expresen dos grandes motivos de sufrimiento:

1 No haber resuelto sus querellas con los allegados.

2 No haber logrado liberarse de la amargura que implica el cotidiano vivir.

Hablan de lo que podrían haber hecho, de lo que deberían haber hecho y de lo que no hicieron hasta que fue tarde o estaban demasiado débiles.

Por último, he tenido el privilegio, así mismo, de acompañar a seres con un elevado sentido del “yo”, que han investigado con profundidad cuestiones como: ¿quién soy yo? Y han logrado afrontar la muerte con calma y gratitud.

MESA 11: DERMATOLOGÍA Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA: ACTUALIZACIONES EN PSICODERMATOLOGÍA

Puesta al día en el delirio de infestación: un trastorno entre la Dermatología y la Psiquiatría

Carmen Rodríguez Cerdeira

Dermatóloga. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y Universidad de Vigo. Coordinadora del Grupo Psicodermatología del CILAD.

Palabras clave: Delirio de infestación, síndrome de Ekbom, Dermatología, psicosis monosintomática.

Objetivos

Revisión sistemática de los factores asociados, clínica y tratamiento de los pacientes con delirio de infestación (DI).

Método

Revisión bibliográfica extensa y aportación de nuestra propia experiencia de pacientes con DI.

El diagnóstico se realizó mediante una historia clínica exhaustiva y las pruebas complementarias necesarias para descartar una enfermedad orgánica asociada. Todos los pacientes se siguieron en la consulta de dermatología a los tres, seis y doce meses después del tratamiento. Hemos recogido las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, pareja afectada, antecedentes dermatológicos y psiquiátricos, tratamiento, seguimiento y evolución.

Resultados

En contraste con los datos encontrados en la literatura, nosotros hemos tenido más hombres que mujeres, y nuestros pacientes tenían una media del tiempo de evolución de la enfermedad de sólo seis meses, de ahí la buena respuesta de los pacientes.

Conclusiones

En todos los resultados de esta revisión, los pacientes tenían la sensación de insectos bajo la piel, picazón y lesiones debidas a tratar de eliminar los insectos. El delirio se mantuvo en los pacientes incluso después de que los facultativos afirmasen que no existía ningún tipo de infestación en la piel. Algunos eran ayudados en su delirio por miembros de la familia (folie à deux).

En cuanto al tratamiento, la pimozina fue utilizada en todos los pacientes. La dosis fue de 1-5 mg/día. Una vez conseguida la remisión completa comenzó a reducirse. Las dosis de risperidona fueron de 1-3 mg/día. La adición de 5 mg/día de olanzapina ayudó a la recuperación de otros pacientes.

Detección de posibles casos de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné

Alberto Miranda Sivelo

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. Miembro del Grupo Español de Dermatología Psiquiátrica.

Palabras clave: acné, TDC, screening.

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno mental difícil de diagnosticar, que causa mucho sufrimiento, y cuyo tratamiento supone un reto. El TDC suele aparecer durante la adolescencia, sin embargo, estos pacientes suelen ser diagnosticados tras muchos años de evolución. La prevalencia del TDC en las consultas dermatológicas está entre un 9% y 12%. Plantear preguntas específicas sobre éste trastorno, podría ayudar a detectar posibles casos no diagnosticados previamente.

El objetivo general de este estudio es la detección de posibles casos de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné.

Se trata de un estudio transversal y multicéntrico en el que se van a incluir 403 pacientes consecutivos diagnosticados de acné en el ámbito territorial de los centros participantes, en edades comprendidas entre 16 y 30 años. Los procedimientos del estudio se llevarán a cabo en una visita única en la que se realizara la firma del documento de consentimiento informado, diagnóstico clínico de acné por parte del dermatólogo e identificación de la gravedad del acné mediante la escala de Leeds. Se cumplimentará un cuaderno de recogida de datos con los datos socio-demográficos y clínicos, y se aplicará el cuestionario de screening para detección de TDC de Phillips adaptado al DSM-5. El Presente es el primer proyecto de Investigación cooperativo que realiza el GEDEPSI. El periodo de inclusión de pacientes será de cuatro meses a partir de la autorización de los respectivos CEIC de los diferentes centros participantes.

En esta ponencia se presentan los resultados preliminares de dicho estudio.

Investigación en Psicodermatología

Joaquín Calap Calatayud

Dermatólogo. Catedrático emérito de Dermatología. Universidad de Cádiz. Miembro del Grupo de Dermatología y Psiquiatría de la AEDV.

Se hace hincapié en los procesos dermatológicos con una etiología psicosomática.

Se comentan casos personales de alopecia areata desencadenadas por un psicotrauma.

Se propone que el denominado por MEADOW síndrome de MUNCHHAUSEN BY PROXI se denomine internacionalmente como síndrome de MEADOW ya que en el síndrome de MUNCHHAUSEN es el propio enfermo el que se produce las lesiones mientras que en el síndrome de MEADOW lo llevan a cabo personas convivientes con el enfermo. El primer caso descrito fue la propia madre la que produjo las lesiones .

Se plantea una hipótesis de como actúa la psicoterapia para la desaparición de las verrugas. Los distintos métodos utilizados a lo largo del tiempo estimularían el hipotálamo que daría lugar a una sustancia que hemos denominado ANTIVIRON y que tendría un efecto sobre el papovavirus.

Se comenta el síndrome de DORIAN GRAY y el paralelismo del personaje de la novela de OSCAR WILDE con dicho síndrome de DISMORFOFOBIA.

SE COMENTA LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LOS PROESOS DERMATOLOGICOS CON UNA BASE PSICOSOMATICA PARA UN MEJOR TRATAMIENTO DE DICHOS ENFERMOS.

Actualización en Tricotilomanía

Roberto Arenas Guzmán

Dermatólogo y Micólogo. Servicio de Dermatología. Hospital Manuel Gea González. Presidente Electo de la Sociedad Mexicana de Dermatología. Miembro de Honor del Grupo de Psicodermatología del CILAD. México DF.

La tricotilomanía o alopecia neuromecánica es la urgencia irresistible de arrancarse el pelo, y se define como el arrancamiento repetitivo del cabello que provoca zonas de alopecia. La palabra etimológicamente proviene de thris, ‘pelo’, tillo, ‘tirar’, y el sufijo “manía”, que implica importantes alteraciones psicopatológicas. La tricotilomanía es un autoarrancamiento repetitivo del cabello que provoca zonas de alopecia. Se considera parte de los trastornos del control de impulsos y aún es motivo de controversia si debe incluirse dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos. Se caracteriza por placas irregulares pseudoalopécicas con pelos de distintas longitudes que predominan en piel cabelluda cejas y pestañas. Es más frecuente en niños y tienen mejor pronóstico que en adultos. En estos últimos predomina en mujeres, suele ser secundario a alteraciones psiquiátricas subyacentes y tiene un peor pronóstico. Antes de realizar un tratamiento farmacológico se debe intentar algún programa psicológico de modificación del comportamiento. Es difícil la remisión al psiquiatra, por lo que en ocasiones es imprescindible recurrir al tratamiento psicofarmacológico prescrito por el dermatólogo. El tratamiento implica determinar la causa, terapia de reversión de hábitos y antidepresivos.

MESA 12: DOLOR Y SUFRIMIENTO EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Dolor: Diagnóstico y abordaje en Atención Primaria.

Ana Navarro Siguero

Médico de Familia. Centro de Salud Puerta del Ángel. Miembro del Grupo de Dolor de SEMERGEN. Madrid.

El dolor es el motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria. La prevalencia de dolor crónico en población general se estima entre el 20-30% según diferentes estudios. El que más habitualmente atendemos en los centros de salud es el dolor crónico no oncológico (DCNO), fundamentalmente de origen musculoesquelético; pero no debemos olvidar otros (oncológico, neuropático...).

Abordaremos el dolor con una buena historia clínica que nos determine su duración, intensidad, localización, irradiación, características y posibles agravantes/atenuantes.

El médico de Atención Primaria (MAP) conoce al paciente de una manera integral, sus patologías físicas y psíquicas y su situación familiar, laboral y social. Cuando abordamos a un paciente con dolor debemos de valorar siempre la posible existencia de comorbilidades (ansiedad, depresión y trastornos del sueño) y en el caso de que aparezcan, tratarlas si queremos que el paciente mejore de su dolor.

El objetivo prioritario del tratamiento será la disminución de la intensidad del dolor, pero también el aumento de su funcionalidad para que mejore su calidad de vida. Debemos ser realistas y explicar al paciente la situación y la mejora que esperamos obtener, evitando que se cree falsas expectativas.

El MAP debe conocer bien la escalera analgésica de la OMS. Debe prestar especial atención a los pacientes pluripatológicos y polimedcados (especialmente ancianos) por el alto riesgo de interacciones medicamentosas.

Derivaremos a Atención Especializada cuando no sepamos la causa o tipo de dolor que tiene el paciente, no consigamos aliviarle, precise un tratamiento multimodal o el paciente haya perdido su confianza en nosotros.

Dolor: La visión desde una consulta especializada

María Auxiliadora Cormane Bornacelly

Médico Adjunto de la Clínica del Dolor, UGC de Anestesiología y Reanimación del H.U.

Virgen del Rocío de Sevilla

El dolor es el motivo más frecuente de atención médica debido a que es el síntoma más precoz y común por el que las personas juzgan que tienen una enfermedad.

La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) define el dolor como una experiencia perceptiva sensitivo-emocional subjetiva displacentera asociada a una lesión tisular real o posible.

La importancia del dolor no está solo en la respuesta emocional (ansiedad, depresión) y conductual (huida, evitación, protección), sino en la hipótesis del dolor, los mecanismos de control de él, y el tratamiento aplicado para resolverlo.

El enfoque de estos pacientes debe ser multifactorial y multidisciplinario, haciendo énfasis no solo en el componente nociceptivo, sino también en el afectivo – emocional y conductual.

Nuestra tarea en la consulta especializada es doble:

-Diagnosticar y tratar la causa del dolor

- Tratar el dolor en sí mismo, independiente de que la causa sea tratable, con el fin de aliviarlo y reducir el sufrimiento causado por él.

En las unidades de dolor se deben atender los casos de pacientes con dolor crónico, aquel dolor que persiste durante más de 3 a 6 meses, y que se muestra resistente a la terapéutica médica convencional, desde la atención primaria y diversas interconsultas especializadas. Nuestro tratamiento sin excluir la prescripción farmacológica, se basa fundamentalmente en la aplicación de técnicas intervencionistas que han mostrado eficacia según evidencia científica en las distintas patologías medicoquirúrgicas que configuran nuestra cartera de pacientes. Ello no implica la importancia de el enfoque sicosomático en estos pacientes, con el único objetivo de aliviar el dolor y al mismo tiempo mejorar el funcionamiento general del individuo.

Retos terapéuticos actuales frente al dolor

Antonio Pajuelo Gallego

Coordinador de la Clínica de Dolor. UGC de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

El objetivo de la mayoría de especialistas del dolor debería ser, en la actualidad, el centrar sus actividades asistenciales y científicas en la constatación de las modalidades más eficaces y eficientes de tratamiento de los cuadros de dolor crónico grave.

Para ello, al igual que en otras áreas de la ciencia médica se deben utilizar herramientas de evaluación de resultados basadas en la “evidencia científica”. Nuestras Unidades deben prestar su asistencia en base a estas premisas y para ello deben establecer, “**algoritmos asistenciales**”, revisables, para cada cuadro.

En cada patología, se comprobará un diagnóstico, se realizará una historia clínica y examen físico pormenorizado, unos test adicionales si se cree conveniente, y un diagnóstico diferencial.

En estas Unidades, el tratamiento “especializado”, que será fundamentalmente “intervencionista”, podrá, y deberá, simultanearse con el tratamiento rehabilitador y médico convencional previo del paciente, teniendo en cuenta el manejo de las posibles complicaciones y por supuesto no olvidando la necesaria valoración y tratamiento psicológico.

Todo ello en el marco de la evidencia del manejo intervencionista en cada cuadro clínico que produce el dolor crónico grave, estableciendo unas premisas básicas para la aplicación de las terapias, en función de:

- Su seguridad:
 - 1.- seguros
 - 2.- no seguros o con posibles efectos secundarios importantes.
 - 0.- Sin suficientes datos sobre su seguridad y eficacia
- Su grado de evidencia:
 - A.- Basada en suficientes RCTs
 - B.- Basada en escasos RCTs
 - C.- Basada en opinión de expertos
- Su grado de recomendación
 - + Recomendada
 - +/- Recomendación en función de cada caso y en centros especializados
 - – No recomendada

El establecimiento de este nuevo marco asistencial permitirá, por un lado manejar un mismo lenguaje interprofesional, y extraer resultados “validables” de la aplicación de las distintas terapias (especialmente intervencionistas) en nuestras Unidades.

Sentido del dolor y el sufrimiento en los Cuidados Paliativos

Manuel J. Mejías Estévez

Médico de Familia y C.P.UGC Oncología Hospital de Jerez. Profesor de la Universidad Pablo Olavide. Sevilla.

INTRODUCCION

Una persona que tiene un cáncer y dolor, nos hace pensar sobre, ¿desde que ámbito conceptual partimos?.

Nos encontramos a una persona, individuo de la especie humana, que como cualquier ser vivo, padecerá dolor en algún momento de su vida. Son situaciones molestas y aflitivas de una parte del cuerpo (causa interna o externa), que provoca un sentimiento de pena y congoja. Para los profesionales sanitarios se trata de “ *Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño*”.

Ese concepto de dolor se confunde y entremezcla con el sufrimiento, padecimiento y pena, que para ciertas personas se convierte en una conformidad y tolerancia con algo con lo que se sufre.

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Puede ser importante señalar, que según el lugar de atención sanitaria, un mismo problema sanitario, como el dolor, puede verse de forma diferente e incompleta. Por ello a continuación mostramos un resumen de las características que pueden ser interesantes recordar para las actuaciones de cualquier profesional en el ámbito de la salud.

	DOMICILIO	CONSULTA	RESIDENCIA	HOSPITAL
Cuidados	Familia		Auxiliar de enfermería	Enfermería
Protagonismo en la toma de decisiones	Familia/Paciente	Paciente/Familia	Profesional/ Representante	Paciente - Profesional
Dificultad del enfermo en la toma de decisiones	+	+	+++	++
Familiaridad con el Entorno	++++	+ / ++	+++	+
Control sobre el entorno	Familia/paciente	Profesionales sanitarios		
Control del enfermo sobre entorno	++++	++	+	++
Recursos sanitarios	+	+++	++	++++
Proximidad de la Familia	+++++	++	+	++
Adherencia a tratamientos	++	+++	++++	++++

¿POR QUÉ SUFRE UNA PERSONA CON CANCER Y DOLOR?. ¿PARA QUÉ?.

Una parte importante de ese sufrimiento surge o se alimenta de lo que significa tener cáncer. Esta palabra tiene un tinte social claramente negativo, aunque se trate de un tumor benigno curable, dado que se asocia más a tumor maligno no curable (posteriormente concretaremos algo más sobre este aspecto).

Un cáncer no es solamente una enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células que proliferan de manera anormal e incontrolada. Significa para la persona que lo padece y su entorno mucho más: miedo, sufrimiento, dolor, negación, ira, negociación, aceptación del mismo... Y aunque padezca esta enfermedad, también influye en toda su salud y en todas sus enfermedades previas.

Si además, este cáncer es una enfermedad terminal, todo este universo se complica.

Una enfermedad terminal se caracteriza por los siguientes criterios:

- 1) Enfermedad **avanzada, incurable y progresiva**, sin posibilidades razonables de respuesta a su tratamiento específico, y con un **pronóstico de vida limitado**.
- 2) Presencia de **síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes**, que suelen ser muy frecuentes y de muchos tipos.
 - Por orden, los más frecuentes son: pérdida de peso, dolor, trastornos de la mucosa oral, pérdida de apetito, tos, estreñimiento, debilidad...
 - Según la enfermedad, la frecuencia puede variar (por ejemplo, el dolor es el más frecuente en cáncer y en la insuficiencia cardiaca terminal es la disnea o dificultad para respirar).
- 3) **Gran impacto emocional** en **paciente, familiares y profesionales**, lo que genera una gran demanda de atención.

APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: PERSONA CON ENFERMEDAD TERMINAL

Los Cuidados Paliativos serían necesarios en una persona con cáncer en situación terminal, que sufre y que probablemente tenga dolor en algún momento de la enfermedad.

Si estuviésemos ante una enfermedad terminal no oncológica, el pronóstico vital sería más difícil de determinar, por lo que la necesidad de cuidados paliativos, vendría determinada por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible, con sufrimiento no aliviado.

Por lo tanto, podemos concluir que los CP son el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados a una enfermedad mortal (en la fase final de la vida o **FFV**), mediante la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz y la valoración y tratamientos impecables del dolor y otros problemas **físicos, psíquicos, sociales y espirituales**. Los objetivos primordiales son:

- Asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinario cuando la expectativa no es la curación (**ENFERMEDAD TERMINAL**).
- La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y a su familia, sin intentar alargar la supervivencia ni acortarla específicamente, atendiendo las necesidades **físicas, psicológicas, sociales y espirituales** del **PACIENTE Y SU FAMILIA**, incluyendo el apoyo en el proceso de duelo.

DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO

El dolor en el cáncer es crónico y es uno de los síntomas más frecuentes y más importantes para el paciente. Este dolor también es conocido como dolor maligno, entre otros motivos, porque supone un importante deterioro en la calidad de vida de la persona que lo sufre.

Es muy frecuente, llegando a estar presente en hasta el 80% de los pacientes con cáncer avanzado. El dolor suele originarse en más de un lugar en el cuerpo, y el origen de los mismos suele ser el propio tumor (2/3 de los casos) o por sus tratamientos específicos (cirugía, quimioterapia...).

Esta situación se complica porque en una gran parte de los casos se asocia un tipo de dolor específico denominado Dolor Irruptivo Oncológico (DIO), que son crisis transitorias de dolor agudo muy intensos y que aunque duran relativamente poco, requieren un tipo de abordaje farmacológico específico.

Además, cualquier dolor no canceroso en este contexto, tenderá a agravarse.

SUFRIMIENTO

Ya hemos comentado parte de su significado, pero cuando hablamos más en profundidad desde la perspectiva de los CP, encontramos más de 56 definiciones posibles, donde se pone en común el sufrimiento existencial y la profunda angustia personal que aparecen en la FFV, sobre todo en el último año de vida, especialmente en la situación de últimos días.

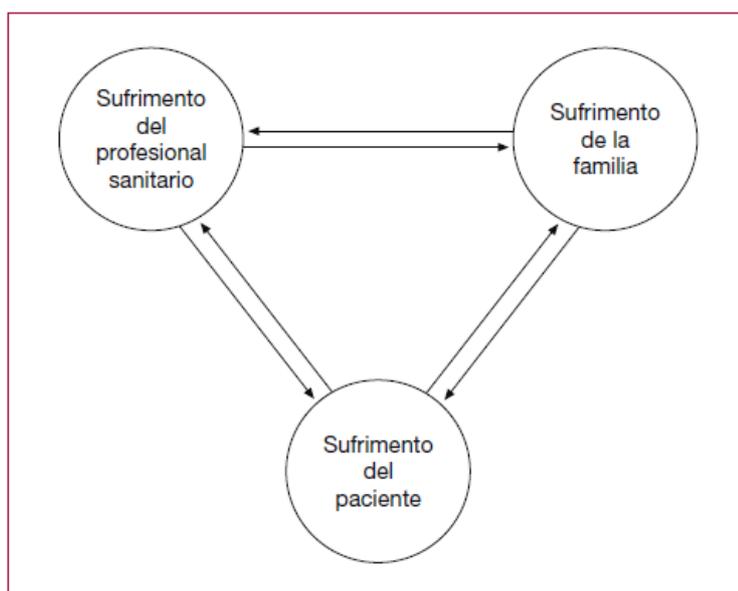
Igualmente podemos imaginar, que el origen de este sufrimiento es múltiple, donde el dolor, disnea, delirium, depresión o la incontinencia de esfínteres, son algunas de las más importantes.

Este sufrimiento intenso, que suele ser continuado, menoscaba todas las esferas de la persona (biológica, psicológica, espiritual y social), con mayor intensidad cuando el enfermo desconoce su propia enfermedad y su pronóstico de vida. Por ello la personalidad del propio individuo y su familia son factores fundamentales tanto en su génesis como en su abordaje.

En ocasiones, este sufrimiento conlleva a desear acelerar la muerte (propia o de la persona cercana), sin poder aceptar la muerte inminente y natural.

Ello conforma que no sólo el enfermo sufra, sino también su familia y los profesionales sanitarios. Es lo que se conoce como el modelo triangular de sufrimiento (tomado del Grupo de Trabajo, 2006).

Figura 2. Modelo triangular del sufrimiento



¿CÓMO PODEMOS ALIVIAR EL DOLOR?

Esta pregunta lleva implícita la respuesta para aliviar el sufrimiento. De forma operativa y resumida, podemos decir que lo primero es realizar una conciliación del tratamiento basándonos en el uso racional de los medicamentos; esto es, que el paciente tome el menor número de medicamentos posibles buscando la mayor eficacia con el menor número de efectos indeseables.

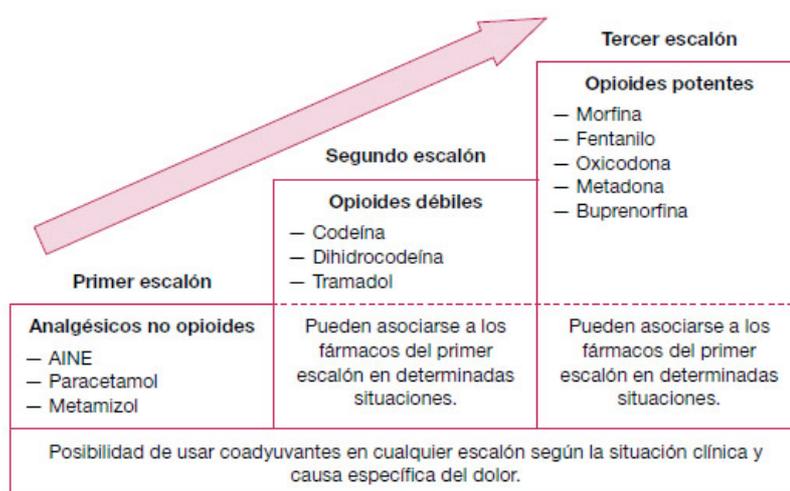
Para ello, los tratamientos que vayamos a introducir proceden de la escala analgésica de la OMS.

El tratamiento del dolor en general se basa en la Escalera o Escala Analgésica del dolor propuesta por la OMS desde 1986, a la que posteriormente se han añadido algunas aportaciones.

Así, el dolor leve corresponde al primer escalón, el moderado al segundo escalón, y el intenso para el tercer escalón. El cuarto escalón para dolor moderado-severo subsidiario de técnicas invasivas como tratamiento de última línea (fracaso de los tres escalones y otros coadyuvantes) y como tratamiento asociado a los otros escalones (cada vez más esta indicación es más frecuente). Los coadyuvantes constituyen un numeroso grupo de medicamentos diferentes no analgésicos, que cuando se asocian a los analgésicos en situaciones específicas, mejoran la respuesta terapéutica de los analgésicos, ayudando a optimizar la analgesia basal y disminuir su toxicidad.

En Cuidados Paliativos además de lo indicado se suelen representar otros elementos en esta escalera como son: la radioterapia (su alfombra), la atención familiar (incluido la comunicación y el soporte emocional, simbolizados como la barandilla de la escalera) y el ascensor que ejemplifica que podemos pasar de un escalón a otro de forma directa sin tener que pasar de forma obligatoria por los predecesores (ejemplificado en dolor oncológico el uso de terapias invasivas junto a coadyuvantes y opioides de tercer escalón).

A continuación representada según el Grupo de Trabajo, 2006.

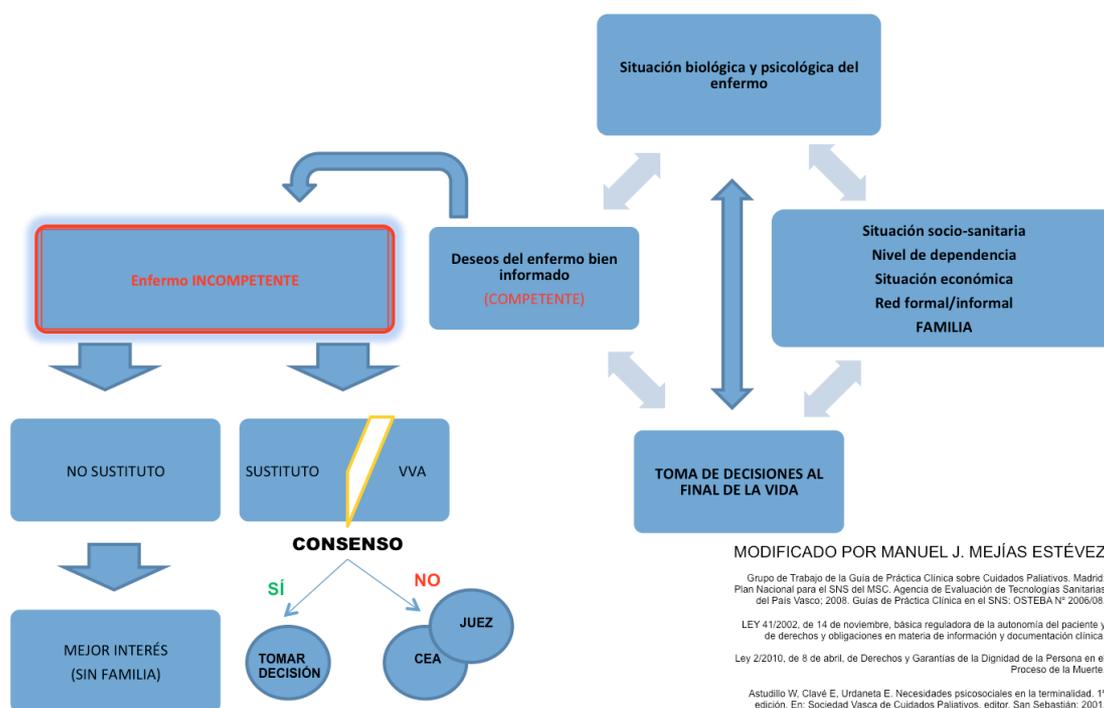


Por lo tanto, tras indicar el nuevo tratamiento, el siguiente paso será seguir y reevaluar al enfermo todo lo necesario, dado que es la forma de identificar tratamientos no efectivos y cambios evolutivos que requieran cambios de abordaje.

ALIVIO DEL SUFRIMIENTO

El paciente si es competente, es el que debe tomar las decisiones sobre su salud, su sufrimiento, su vida... Si no es competente, las decisiones tendrían que ser tomada por su representante. A continuación, esquema propio de la toma de decisiones, especialmente aplicable en la FFV.

TOMA DE DECISIONES



Por lo tanto y añadido a todo lo anterior, la mejor manera de ayudar a esta persona con cáncer terminal y dolor, es que pueda tomar decisiones en las mejores condiciones (bien informado a través de un proceso, con tiempo suficiente, aceptando el proceso, etc.). Para ello, es fundamental un equipo sanitario de referencia que este presente cuando sea preciso, de forma respetuosa, activa, según los tiempos del enfermo y familia, aplicándose en cada caso y en cada momento las terapias psicológicas específicas.

CONCLUSIONES

- El desarrollo tecnológico está haciendo cambiar la definición de muerte como proceso natural capaz de ser controlado por el hombre.
- “Dar vida a los días, no días a la vida”.
- Los CP atienden los problemas físicos, espirituales, psíquicos o emocionales y sociales.
- Tanto éstos como los síntomas son intensos y dinámicos.
- Si el profesional sanitario asume que es tan importante cuidar como curar, admite la muerte como un hecho natural.
- Todos tenemos fecha de caducidad. Cada uno elige en la medida de sus posibilidades como quiere que sea su «código de barras».
- No todo dolor en paciente oncológico es por el cáncer o sus tratamientos.

- No es aceptable que “*el hombre moderno del nuevo milenio*” tenga dolor.
- Existe hoy en día un arsenal terapéutico eficaz para aliviar el dolor.
- Cualquier dolor puede generar mucho sufrimiento.
- La presencia “activa” es un gran co-analgésico.

BIBLIOGRAFIA Y RECURSOS DESTACADOS

Batiz J. Responsabilidad deontológica de aliviar el dolor. Revista OMC. 2007 Sep- Oct: 3: 42.

Breivik H et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patients attitudes. Annals of Oncology. 2009; 20: 1420–1433.

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. Journal of Pain and Symptom Management. 2016;41(3):604–618.

Byock I et al. Promoting Excellence in End-of-Life Care: A report on Innovative Models of Palliative Care. Journal of Palliative Medicine 2006;Volume 9: 137-151.

Caraceni A et al. The Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an expert working group of the European Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage 2002;23:239-255.

Davies A et al. Breakthrough cancer pain: an observational study of 1000 European oncology patients. J Pain Symptom Manage. 2013 Nov;46(5):619-28.

European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care, 1998. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html> (access date: 22.02.2008).

Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Dulce Fontanals M. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. Medicina Paliativa. 2012;19 (3): 85-86.

González J, Stablé M. Cuidados paliativos: recomendaciones terapéuticas para Atención Primaria. Editorial Panamericana. 2014.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.

Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid. Mayo 2012.

Mejías MJ, Calle LF, Domínguez R. Programa de formación médica continuada: Abordaje integral del paciente en situación terminal. Cuidados Paliativos. ISBN 978-84-938592. Febrero 2011. 4,6 créditos.

Mejías MJ. Manejo de los síntomas más frecuentes: Dolor. Definición. Clasificación. Evaluación. Dolor Oncológico. Dolor irruptivo oncológico. Opioides. En: Guía de manejo del paciente oncológico en Atención primaria y Atención domiciliaria. Biblioteca Pierre Fabre de A.P. Madrid. Febrero 2014.p.7-33.

Porta J, Gómez X, Tuca A et col. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català d'Oncologia. Enfoque Editorial S.C. 3ª Edición. 2013.

Real Academia Española. <http://www.rae.es>

Romero J, Gálvez R, Ruiz S. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS?. Rev. Soc. Esp. Dolor 1: 1-4; 2008.

Sanidad 2014, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Plan de Implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Madrid. 2014.

Torralba A, Miquel A, Darba A. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Rev Soc Esp Dolor 2014; 21(1): 16-22.

Virizuela JA, Escobar Y, Casinello J, Borrega P. Treatment of cancer pain: Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) recommendations for clinical practice. Clin Transl Oncol 2012Jul;14(7):499-504.

FORO: ¿HACIA DÓNDE VA LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA? 3ª FASE RESCATE DE LA LITERATURA PSICOSOMÁTICA A TRAVÉS DE SUS MAESTROS

Historia de la psicología: De Mito a Logos

José Manuel González Infante

Catedrático de Psiquiatría. Cádiz.

Teniendo en cuenta que, en esta 3ª Fase del FORO ¿Hacia dónde va la Medicina Psicosomática?, el interés de éste se centra en la Transmisión y Docencia de los saberes psicossomáticos, se consideró que, podría resultar pertinente una breve revisión historiográfica de la evolución seguida por los mismos, tanto en sus períodos pre y proto-científicos, como propiamente científico.

Se ha intentado conocer la validez que en cada época histórica han tenido los conocimientos psicossomáticos, con independencia de su estructura lógico-racional o su validez científica, interpretadas desde la perspectiva actual.

Es así como se analiza la *Psicología Pre-científica* como un conocimiento esencialmente intuitivo que se transmitió, en ocasiones, mediante el relato mítico. Este saber esencial, arquetípico, imprimió carácter a la clínica médica emanada de la escuela griega de COS, representada por HIPÓCRATES y, más tarde, a los fundamentos, de mayor especificidad psico-antropológica, de la escuela Alejandrina, debidos al gran médico griego ERASÍSTRATO.

De éste primitivo saber arquetípico psicossomático surgió, gracias a la metodología experimental propia de disciplinas científicas diversas, el saber multidisciplinar conformador del actual *Paradigma Psicossomático*, basamento médico-antropológico y sustento de la *Medicina Humanística o Medicina Psicossomática* propiamente dicha de nuestros días.

Entre el *Mito* y el *Logos* lo que existe es un período de tiempo que configura la Historia misma de la Medicina Psicossomática, que se remonta, como mínimo, a hace 2.500 años. El *Mito* es la envoltura bajo la que se nos transmiten las intuiciones primigenias psicossomáticas. Por su parte, el *Logos*, constituye el salto evolutivo experimentado por el arquetipo psicossomático bajo el influjo del pensamiento lógico-racional y su verificación experimental. Es así, como los términos arquetipo y paradigma constituyen el alfa y el omega de la Historia de la Medicina Psicossomática que conocemos.

Resultados de la encuesta realizada en SAMP y SEMP 2015.

Ana Moreno Gómez.

Psicóloga Sanitaria. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

La citada encuesta fue aplicada tanto a miembros de la SAMP y SEMP como a profesionales de áreas relacionadas con Ciencias de la Salud.

Se trató de indagar autores, obras, escuelas, vías de difusión y medios orientados a rescatar las bases de la Medicina Psicosomática.

Respecto a los autores más citados, destacan Laín Entralgo, Rof Carballo y López Ibor, principalmente. Otros muy nombrados fueron Pierre Martí, Ortega Beviá, Freud, Víctor Frankl, Luis Chiozza, Jasper y Manuel Álvarez, entre otros.

En cuanto a obras destacadas, se cita principalmente numerosa bibliografía escrita por estos mismos autores, además de algunos manuales sobre Medicina Psicosomática.

Las escuelas más nombradas como base de la Medicina Psicosomática fueron el Psicoanálisis, Humanismo Antropológico, Conductismo, Psicoterapia Sistémica, Fenomenología y Meditación, principalmente.

Como medio tanto para el rescate de textos como para la difusión de los mismos, destacaron las propuestas de asignaturas universitarias, másteres, actividades de sociedades y academias de medicina y trabajos de autores representativos.

Otras recomendaciones destacadas en los formatos a usar para la difusión fueron el uso de boletines, tanto ya existentes como propuesta de nueva creación de ellos para la difusión entre componentes de las sociedades. También el empleo de revistas existentes sobre el tema y creación de nuevas de ellas orientadas a la Psicosomática y de carácter científico. Otra opción citada fue el uso de internet en la difusión, orientado a las webs sobre Psicosomática, el uso de redes sociales y la publicación de e-books sobre el tema. Finalmente, el promover el encuentro entre miembros.

MESA 13: PSICOSOMÁTICA DE LAS ADICCIONES

Factores que intervienen en la adicción y su mantenimiento

Jesús Fernández Ochoa

Médico. Psicoterapeuta. Sevilla. Presidente de SOMAPA.

El consumo de sustancias, tiene considerables implicaciones sociales y personales, constituye un problema de salud pública y genera gran preocupación social, destinándose grandes esfuerzos a su identificación y prevención

Una parte importante del trabajo de prevención, tiene que ver con averiguar los factores que favorecen o propician el consumo.

Inicialmente los planteamientos fueron unicausales, en la actualidad consideramos que dichos factores de riesgo y protección son multicausales.

Pudiendo ser intrapersonales, interpersonales y del contexto familiar, escolar y comunitario o social

Tradicionalmente las diferentes perspectivas teóricas adoptadas en el ámbito de las drogodependencias han sido formuladas como modelos genéricos explicativos en un sentido amplio del fenómeno del consumo de sustancias, tales modelos ofrecen un conjunto de supuestos plausibles acerca de la génesis del problema, a partir de los cuales se configuran y formulan diversas conceptualizaciones acerca de su naturaleza y acerca del consumidor individual.

Sobre estos fundamentos se postulan dimensiones y conjuntos de variables implicadas en el origen, mantenimiento y desarrollo, se articulan objetivos genéricos de prevención y tratamiento que, a su vez, sugieren soluciones viables y sirven de guía para el diseño e implementación de conjuntos específicos de políticas, medidas, estrategias, acciones concretas y programas de intervención.

Planteo que el consumo de drogas tiene un origen, o es un problema multifactorial, siendo la cuestión fundamental, precisar cómo interactúan dichos factores y determinar en qué medida una variable puede incidir sobre las demás desencadenando el proceso adictivo, siendo este uno de los problemas más espinosos con que nos encontramos

De todos los posibles análisis que el conflictivo mundo de las drogas ofrece, el más alarmante es, sin lugar a dudas, el referido al consumo de tales sustancias en la niñez y en la adolescencia, los principales problemas ocasionados por las drogas se agravan considerablemente en estas edades, etapas claves del desarrollo integral del individuo, que pueden verse alteradas e incluso interrumpidas por el uso sistemático de las mismas

Sin lugar a dudas, existe una imperiosa necesidad de conocer cómo se desencadena el proceso adictivo, un estudio minucioso de los principales factores que inciden en la iniciación y mantenimiento de estas conductas, es un requisito previo a la elaboración de programas preventivos y asistenciales. La literatura sobre el inicio del consumo de drogas, destaca que la prueba de dichas sustancias, ocurre, normalmente durante la adolescencia, como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento, y depende de la combinación de múltiples factores

Distinguimos entre variables individuales y sociales, dividiendo el entorno social en dos niveles: el macrosocial, que agrupa las influencias que operan en un entorno más amplio, y el microsociales, que hace referencia al entorno más inmediato del individuo.

TDAH y trastornos adictivos

Juan Francisco Ramírez López

Médico. Psicoterapeuta. Sevilla. Presidente de SOMAPA.

El trastorno de hiperactividad y déficit de atención (TDAH) es común entre los pacientes adultos con un trastorno por uso de sustancias, sin embargo, a menudo no se detecta.

A pesar de la disponibilidad de las directrices aprobada para el reconocimiento y el tratamiento de adultos con TDAH en pacientes con un trastorno por consumo de sustancias, el subdiagnóstico y el tratamiento inadecuado aún persisten. Al igual que en el tratamiento general de consumo de sustancias, los medicamentos sólo desempeñan un papel de apoyo en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias con TDAH. Un enfoque integrado y nuevas mejoras en la competencia de los profesionales pueden ayudar a reducir la resistencia a diagnosticar el TDAH en los centros de tratamiento de uso de sustancias. Los profesionales que se especializan en medicina de la adicción y los terapeutas sin formación médica suelen ver el problema desde diferentes perspectivas, por lo que cada grupo necesita información y formación específica. Las intervenciones específicas se deben desarrollar para mantener a estos pacientes en el tratamiento.

El diagnóstico de TDAH se debe basar en la observación clínica y la historia clínica, incluyendo los datos de los informantes. Se recomienda el tratamiento integrado del TDAH y SUD, incluyendo la farmacoterapia, psicoeducación, entrenamiento y terapia cognitivo-conductual (TCC).

La cárcel como complicación del paciente TDAH diagnosticado y no tratado

Juan Antonio Arance Maldonado

Médico. Sanidad Penitenciaria. Granada.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, que se inicia en la infancia, y se mantiene en la edad adulta en un 60% de los pacientes. En la libre evolución del trastorno cuando no ha sido diagnosticado o si lo ha sido pero no ha sido tratado, tenemos que se nos va aparecer a lo largo de la vida del paciente las siguientes complicaciones. Trastorno del aprendizaje, y/o fracaso escolar. Problema en las relaciones personales (deficiente habilidades sociales con rasgos impulsivos) problemas legales como son accidentes de tráfico, multas de tráfico, accidentes domésticos, problemas de consumo de tóxicos, Discontinuidad laboral y fracaso familiar o de pareja. El perfil de estas complicaciones que se pueden dar en el adulto con tdah no tratado, nos recuerda al perfil del interno existente en nuestras prisiones, con fracaso escolar, discontinuidad laboral, accidentes domésticos laborales, consumo de drogas etc. Esta similitud no es una casualidad, ya que está confirmada por una mayor frecuencia de internos en centros penitenciarios con tdah. El origen de este fenómeno podemos encontrarlo en las comorbilidades que se asocian en el tdah, especialmente cuando no es tratado. Entre las comorbilidades no encontramos trastorno del aprendizaje, trastorno de la conducta (Trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial de la personalidad) trastorno del ánimo, tanto distinta o depresión como ansiedad, y trastorno del consumo de tóxicos. Revisando las publicaciones y estudios científicos podemos comprobar que los trastornos de conducta y trastorno de uso de sustancias son los factores determinantes que aumentan en riesgo en un futuro de ingreso en prisión en los pacientes con tdah no tratados.

Prevención Primaria en Adolescentes.

Damián Martín Rubio

Médico de Atención Primaria. Psicoterapeuta. Sevilla.

Hablar de prevención en adicciones y consumo de alcohol es hablar de la posibilidad de inducir cambios a nivel de la actitud y la conducta. Y por tanto de cambios en la relación con la familia, el tiempo de ocio, los amigos, el trabajo. Una actuación, por tanto, muy psicósomática.

Por una parte se programaron charlas con alumnos de entre 13 y 16 años y, por otra, reuniones con sus padres. A los chicos se les pasó un cuestionario anónimo, dos días antes de la exposición y sin conocimiento de que posteriormente se les hablaría sobre alcohol, en el que se preguntaba acerca de sus hábitos de estudio, diversión, tipo y funcionamiento de la familia, participación en redes sociales, creencias, expectativas, concepto acerca de sus padres, etc. A los dos días de la charla respondían a otro cuestionario en el que se apreciaba si se había producido algún cambio en la manera de enfocar el consumo de alcohol.

En paralelo se mantenía una reunión con los padres en la que se les explicaba el tipo de intervención que se proponía y se les animaba a efectuar cambios a nivel personal y familiar.

Se detecta un gran desconocimiento por parte de los padres en cuanto a mantener una bebida prudente, y una percepción inadecuada por parte de los hijos en cuanto al consumo de sus padres.

MESA 14: AVANCES EN FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA PSICOSOMÁTICA

Asociación de Fármacos y Psicoterapias

José Pérez García

Psiquiatra. Psicoterapeuta familiar. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

Los fármacos y la psicoterapia se han planteado como opciones para el tratamiento de los trastornos mentales, durante mucho tiempo se ha hecho con mutuas acusaciones; como la de tener un efecto encubridor o la de carecer de base científica.

Esta situación se ha visto alterada por la propia práctica: allí donde los casos no pueden ser seleccionados, los tratamientos integrados son la norma y se ha visto afectada por el paradigma de *medicina basada en la evidencia* y las *guías de práctica clínica*.

La psicoterapia ha sido un criterio de exclusión de los ensayos con los que se ha pretendido demostrar la eficacia de los fármacos, y por parte de los psicoterapeutas, la administración simultánea de psicofármacos ha sido vista como un factor que dificultaba el *insight*, encubría los problemas, Interfería en la relación transferencial.

Los psicoterapeutas integradores a principios de 1990: Manning y Frances, 1990 ,Karasu, 1990 Beitman y Klerman, 1991, Hall y Woodward, 1992

Aportan las entonces incipientes pruebas de la superior eficacia de la combinación frente a las dos modalidades de tratamiento exclusivo con una de ellas,

CONCLUSIONES

- Modelo de combinación suele ser lo habitual en contextos donde no pueden seleccionar los pacientes. Dan mejores resultados, que modelos aislados.
- Requiere mejoras metodológicas :
 1. Tamaño de muestras
 2. Número de grupos comparados
 3. Criterios de inclusión exclusión diferentes a ICD Y DSM.
 4. Herramientas estadísticas específicas
 5. Modelos teóricos explicativos para comprender los procesos de adicción
 6. Consideración de efectos comunes a las intervenciones basadas en modelos teóricos diferentes y el efecto placebo.
 7. Análisis de costes que calcule la eficiencia de dichos modelos

El origen emocional de la enfermedad

Marian Rojas Estapé

Psiquiatra. Instituto Español de Investigaciones Psiquiátricas. Miembro de la Fundación Rojas-Estapé.; y Médico de Familia.

La ciencia intenta desde hace años averiguar si existe una relación entre los factores relacionados con el estrés y las emociones y la evolución de ciertas enfermedades físicas. Se sabe que padecer síntomas ansioso-depresivos empeora la evolución y curación de ciertas enfermedades. Según los datos publicados por la Universidad de Harvard, entre el 60 a 80% de las consultas médicas en Occidente provienen de emociones tóxicas y tienen clara relación con el estrés. Esto significaría, que los acontecimientos traumáticos tendrían una repercusión en nuestra salud física.

¿Existe un significado de las enfermedades? ¿En que medida se puede atajar una enfermedad del cuerpo trabajando desde las emociones? Trataremos de comprender, según los datos actuales, como combatir las enfermedades del cuerpo desde las emociones y el entendimiento de la persona.

Cuando la receta se queda en placebo o llega a ser yatrógena

Francisco J. Atienza Martín

Médico de Familia. Doctor en Ciencias de la Salud Universidad de Huelva. Director UGC Virgen de África (DSAP Sevilla).

La utilización de medicamentos forma parte de las intervenciones que realizan los médicos para conseguir la curación o el alivio de la enfermedad y, también, la prevención de la aparición de la misma.

Paradójicamente, la búsqueda de una vida más larga y sana lleva a que más personas sean etiquetadas como enfermas dando lugar al sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

El concepto de sobrediagnóstico consiste en detectar una anomalía asintomática que nunca progresará o que puede llegar a desaparecer o bien su progreso es tan lento que el paciente suele fallecer por otras causas antes de que produzca síntomas.

En la raíz del sobrediagnóstico está una falsa creencia en el ámbito de la medicina que consiste en creer que la estrategia más correcta es detectar y tratar las enfermedades antes de que produzcan problemas. Esta creencia tiene su traducción social en el refrán “*más vale prevenir que curar*”.

Paralelamente se produce el sobretratamiento que consiste en utilizar tratamientos médicos para una enfermedad asintomática o bien tratamientos intensivos cuando podrían usarse tratamientos muy limitados o incluso ninguno.

Frente a estos problemas debemos plantearnos la prevención cuaternaria es el conjunto de medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de sobremedicalización, para protegerlo del sobre diagnóstico y el sobretratamiento.

Mindfulness y trastornos del sueño

Georgina Botebol

Neurofisióloga. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Mindfulness es observar, contemplar y examinar como científicos, con una visión desapasionada de la realidad. La práctica de Mindfulness aumenta el estado de bienestar y disminuye los síntomas de estrés.

Esta disciplina es aplicable para el afrontamiento de cualquier patología, incluida los trastornos de sueño. Estos trastornos se categorizan según la clasificación internacional de los trastornos de sueños de la Academia Americana de Medicina del Sueño de 2014 en:

- Insomnio
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración
 - Trastornos de hipersomnolencia central
 - Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia
 - Parasomnias
- Trastornos del sueño relacionados con el movimiento

Mindfulness se utiliza muy especialmente en el insomnio y actualmente existen ya estudios que avalan sus beneficiosos efectos sobre éste.

El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente con grandes repercusiones sanitarias y sociales. En el DSM-V se define como dificultad en iniciar o mantener el sueño, tener un sueño poco reparador, a pesar de tener la adecuada oportunidad para dormir, junto a afectación en el funcionamiento durante el día. Estos síntomas deben estar presentes al menos durante 4 semanas. Actualmente no se considera insomnio el tener ciertas quejas acerca del sueño sin repercusión en la actividad diurna.

El paciente cuando acude a la consulta especializada lleva años padeciendo el insomnio, al menos en nuestra zona. Presenta síntomas de hiperarousal y creencias y actitudes disfuncionales con respecto al sueño que podríamos resumir en estrés, tensión física, ansiedad, miedos, pensamientos irreales. Mindfulness trabaja en estos aspectos, disminuye el estrés y la ansiedad, regula el estado de ánimo y practica la no evaluación y/o enjuiciamiento de los acontecimientos lo que permite al paciente afrontar la noche de una forma más saludable.

En un ensayo controlado aleatorio sobre el impacto de la meditación Mindfulness en el insomnio crónico, publicado en la revista Sleep en 2014, se muestra que, tras la práctica durante 8 semanas del programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR, por sus siglas en inglés), los pacientes redujeron el tiempo en vigilia en cama en 47m, bajaron 7 puntos en la escala de arousal pre-sueño (PSAS) y 5 puntos en el Índice de Gravedad del Insomnio (ISI; que puntúa de esta forma 0-7= ausencia de insomnio clínico, 8-14= insomnio subclínico; 15-21 = insomnio clínico (moderado) y 22-28 = insomnio clínico (grave). Esta mejoría se mantuvo a los 3 meses y 6 meses de la intervención.

MESA 15: TERAPIA DE FAMILIA: ÁMBITO FAMILIAR Y EPIGENÉTICA

La repercusión psicosomática del Duelo y su abordaje

José Ignacio del Pino Montesinos

Psiquiatra. Psicoterapeuta. Sevilla. Vocal de la Asociación de Terapia Familiar y de Sistemas (SYFA). Director General de Salud Mental del RIC

A mediados del siglo pasado el psiquiatra y fenomenólogo Eugène Minkowsky en su libro *La esquizofrenia* advertía: “Nada exacto sabemos todavía sobre las verdaderas causas eficientes de la mayoría de los trastornos mentales. Ni sabemos dónde buscarlas”. Desde entonces mucho se ha avanzado sobre el cómo se produce la enfermedad y, ¡afortunadamente!, ya sabemos dónde investigar el por qué.

El *Modelo Bio-Psico-Social* del neoyorquino George L. Engels aún en el siglo XX y los avances en el campo de la *Epigenética* ya del siglo XXI han permitido superar la estéril dicotomía sobre naturaleza o ambiente como origen del trastorno: ambos aspectos no son contrapuestos sino complementarios.

El Duelo, hecho natural de la vida, conlleva inevitables consecuencias que el *Psicoanálisis* mostró mediante las investigaciones del psicólogo británico John Bowlby sobre el *Apego*, o los trabajos del psiquiatra René Spitz sobre la *Depresión Anaclítica* infantil. Además, los datos estadísticos de enfermedades en el cónyuge superviviente durante el periodo inmediatamente posterior a la pérdida de la pareja confirman la repercusión psicosomática que un *Duelo* mal elaborado tiene en la salud de las personas. Por ello, resulta imprescindible abordarlo de manera que pueda superarse la crisis de manera adecuada sin aparición de patología clínica ni disfunciones familiares.

Desde la *Perspectiva Sistémica*, que destaca la influencia del ámbito relacional en la génesis del trastorno mental, el *Duelo* puede favorecer el sano crecimiento personal y un mejor ajuste sistémico a la nueva situación familiar derivada de la pérdida.

Educación en libertad y salud familiar

Ignacio Guajardo-Fajardo

Psiquiatra. Psicoterapeuta. Sevilla.

Con respecto a la educación se habla de distintos aspectos de la misma. Se habla de la educación en los afectos, educación en valores, educación en democracia, educación en inteligencia, etc.

En nuestra exposición, nos vamos a fijar en un aspecto de la educación, referida a la familia y en lo que respecta a la educación en libertad. Para lo cual, nos tenemos que plantear: ¿Que es educar? ¿Qué es la libertad? Y ¿qué es educar en la libertad?

El convertirse en persona precisa de un proceso y ese proceso que es de mejora personal y siempre está en evolución, es lo que llamamos educación. Es preparar, en el caso de la familia, al hijo, para la vida y el futuro, y capacitarlo para asumir sus propias opciones y responsabilidades. Educación equivale a desarrollar la personalidad y desarrollarla es una tarea de la libertad humana. Desde ambas perspectiva se llega a lo mismo: a la libertad y a la educación.

Inmanuel Kant expresó “*Únicamente por la educación el hombre llega a ser hombre*”

Desarrollar la propia libertad es fruto de una conquista personal y el resultado final es la madurez humana. Iniciando el proceso de libertad en la capacidad de elección, se continúa en la decisión y en la realización de lo decidido. Por eso es tan importante enseñar a decidir, acostumbrando a decidir y a conseguir la alternativa elegida.

La libertad se conquista ejerciéndola. Educar la libertad supone crecer o ayudar a crecer en libertad.

Crisis de la adolescencia, familia, violencia y Psicósomática

Francisco Ortega Beviá

Psiquiatra. Psicoterapeuta. Sevilla. Director del Master de Terapia Familiar y de Sistemas. Universidad de Sevilla. Presidente de SYFA.

En la adolescencia se construye el *sí mismo* personal en contrapunto entre la propia apreciación, la elaboración de las relaciones familiares y la implicación con los otros. Este proceso provoca una gran turbulencia (*Knobel*), su comportamiento toma aspectos diversos y debe conducir a “Ser el mismo, mutual, y gestor de su destino”.

Pero este proceso puede desviarse dando lugar a la aparición de Psicosis, Psicopatías, Patología Psicósomática (Anorexia, Trastornos Alimentarios, etc.). La agresividad, la rebeldía y la violencia en el joven son un gravísimo problema que se despliega en distintos ámbitos para la sociedad, la comunidad, las instituciones, la familia, incluso especialmente para el propio joven.

Cuando en el seno de una familia las circunstancias o las demandas de algún miembro (p. ej. un hijo) producen una tensión que no puede resolverse con los recursos habituales, se configura una crisis que representa la necesidad de introducir cambios en la sistemática de las relaciones de los miembros de la familia. Particularmente se ven implicados el posicionamiento y las reglas de relación que afectan a la vinculación del adolescente con ésta. Podrá sucumbir a los peligros de la crisis y quedar *ajenado*, haciéndose indistinguible del estereotipo de cierta masa de adolescentes; o, por el contrario, se dejará absorber y simbiotizar en el magma familiar quedando *indiferenciado*. La secuencia que conduce a la autonomía del joven debe garantizar que lazos y normas de relación resultantes protejan a ambas generaciones: padres e hijos ya desvinculados funcionalmente del medio familiar origen.

El ambiente familiar como base de la plenitud del ser personal y del rendimiento humano

Manuel Guillén Benítez

Psiquiatra. Psicoterapeuta. Sevilla. Vocal de la Asociación de Terapia Familiar y de Sistemas (SYFA).

Trataremos de aquellas condiciones que se dan en el grupo primario por excelencia que es la familia, la cual tomamos como condición necesaria para el desarrollo de cada individuo en la sociedad.

Existe una lucha entre los dos polos del desarrollo humano: por una parte individual y por otra social. Esta disociación (no real sino más bien teórica) estará presente en cada ser humano y a lo largo de toda la vida.

El ambiente familiar es el primer sitio de interacción social externo al individuo al que este se enfrenta. En el momento que el individuo nace, comienza a interactuar con los otros miembros de la familia. Es el primer espacio donde se empieza a aprender. Nacemos con potencial genético interactivo ya determinado pero luego sobre el terreno (ambiente) esto va cuajando en un individuo que madurará y se independizará para, a su vez, formar otra familia, cerrando el ciclo vital humano..

Lo que hay en el ambiente familiar es lo que se ha venido transmitiendo, a veces, de generación en generación. Las relaciones establecidas con la familia en la que uno nace son las más importantes de la vida y representan la base del comportamiento del futuro.

Las experiencias vividas con las figuras significativas del mundo familiar se van gravando en el individuo. Esas experiencias incluyen la cultura, la moral, y los valores de las generaciones anteriores, van influyendo, sin que el individuo lo perciba, en sus decisiones y elecciones afectivas, sexuales y profesionales.

CONFERENCIA: LA ENFERMEDAD DEL DESAMOR ¿FÍSICA, PSICOLÓGICA O PSICOSOMÁTICA?

Enrique Rojas

Catedrático de Psiquiatría. Director del Instituto Español de Investigaciones Psiquiátricas.

Han cambiado las epidemias en Occidente, ya el SIDA o las drogas o el estrés no son la primera epidemia, sino las rupturas de parejas.

Hace unos años nos encontrábamos en *La Era de Estrés*, poco después asomó *La Era de la Depresión* enmarcada por la melancolía por telón de fondo. Recientemente ha ido apareciendo *La Era del Desamor*: una pareja rota detrás de otra. Son los tiempos que corren.

El Dr. Rojas distribuirá su exposición en dos partes:

- *7 avisos para navegantes*: 7 sugerencias para los que se embarcan en el amor, observaciones de uso para manejar lo que es el mundo de los sentimientos.
- *7 consejos para mantener el amor elegido*: son sugerencias nacidas de la observación clínica de muchas crisis conyugales vistas durante muchos años. Haciendo un resumen estadístico de las principales pautas positivas que consiguen que un amor no tenga fecha de caducidad.

La influencia de variables psicológicas transdiagnósticas en afecciones médicas: consideraciones para la intervención terapéutica.

Perea Pérez, R; Bonillo Díaz, M; Giménez Páez, M; Serrano Cantos, J B.

Ámbito privado: Centro Área Humana, Madrid.

Perea Pérez, R; Bonillo Díaz, M; Giménez Páez, M; Serrano Cantos, J B. Ámbito privado: Centro Área Humana, Madrid. Resumen:

La perspectiva transdiagnóstica es un enfoque novedoso en psicología clínica que se basa en la convergencia factores psicológicos comunes presentes en distintos diagnósticos o grupos de diagnósticos, lo que permite una visión dimensional (versus categorial) y un tratamiento más integrado y holístico de los trastornos mentales. Su aportación al terreno de la medicina psicosomática viene subrayada por la conocida participación de diversos factores emocionales en la génesis, mantenimiento y pronóstico de enfermedades muy frecuentes en la población general, como son por ejemplo, la patología cardiovascular coronaria, el asma bronquial, el síndrome de intestino irritable, la enfermedad inflamatoria intestinal y los procesos de dolor crónico como fibromialgia o migrañas.

Tras realizar una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PsycInfo y PubMed) de variables transdiagnósticas que pudieran estar implicadas en la ansiedad por la enfermedad y/o la salud en pacientes con enfermedades médicas, nuestro grupo pretende destacar la importancia de algunas de ellas (como la intolerancia a la incertidumbre, la rumiación y la ansiedad por la salud, entre otras), y la forma en que pueden influir en estos pacientes. Contar con estrategias para identificar estas variables psicológicas, resulta de gran interés para incrementar la eficacia y efectividad de los tratamientos y las intervenciones médicas desde una perspectiva multidisciplinar. Se sugieren algunas herramientas para tal fin, con el objeto de contribuir al manejo de la relación médico-paciente en estos casos.

Palabras clave: perspectiva transdiagnóstica; ansiedad por la salud; intolerancia a la incertidumbre; rumiación; patología cardiovascular; asma; síndrome de intestino irritable; dolor crónico; migraña.

Keywords: Transdiagnostic; health anxiety; intolerance of uncertainty; rumination; cardiovascular disease; asthma; irritable bowel syndrome; chronic pain; migraine.

Técnicas para mejorar la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) en una unidad de Rehabilitación cardíaca

Salvador Blázquez, A (1). Martín López, C. (2) Márquez Navarro, J.(3) Gómez Salgado, J. (4)

- (1) FEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de Jerez de la Frontera. Área de gestión sanitaria norte de Cádiz.
- (2) FEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de RíoTinto. Área de gestión sanitaria norte de Huelva
- (3) FEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de RíoTinto. Área de gestión sanitaria norte de Huelva
- (4) Enfermero de atención primaria. Centro de salud de Mairena del aljarafe. Distrito sur de Sevilla. Profesor asociado de la Universidad de Huelva.

Objetivo:

Ofrecer una revisión breve sobre las asociaciones entre VFC y estado salud, aportando al paciente las técnicas y opciones de las que se disponen para una prevención y mejora de la VFC.

Material y método:

Búsqueda Bibliográfica en los principales buscadores de Medicina Basada en la Evidencia. Límites: 10 años, inglés/español, humanos

Resultado: Aspectos básicos: mantenerse relajado y desarrollar conscientemente una actitud positiva y de apreciación de la vida. Mantener la felicidad, sentimiento de pertenencia social. Escoger las técnicas que más se adecuen a nosotros. Cumplimientos de buenas medidas de prevención: dejar de fumar, mantener peso corporal saludable, control colesterol, dieta rica en ácidos grasos omega 3 (antiinflamatoria), ejercicio regular y moderado bajo supervisión. Mantener estado mental sano: conservar relaciones sociales o establecer unas nuevas, familia organizaciones sociales. Ayuda profesional si ansiedad o depresión. Técnicas de relajación. Respiración lenta y profunda, meditación, oración, escribir un diario, biofeedback, imágenes dirigidas. Tratamientos médicos y suplementos: B-bloqueantes, antiarrítmicos en caso necesario, antidepresivos (no tricíclicos). Enseñar a los pacientes sencillas técnicas de respiración profunda

Conclusión:

La VFC es un indicador de la salud que informa del riesgo de padecer cardiopatías, predice la morbilidad y mortalidad relacionadas con el corazón. Está ampliamente relacionada con los trastornos psicológicos, la depresión o la neuropatía diabética. Es muy importante para médicos y pacientes saber lo que pueden hacer para mejorar este aspecto de la salud.

Palabras clave: heart rate variability and health and cardiovascular risk OR healthy

Recomendaciones para pacientes con dolor cervical crónico de origen musculoesquelético no traumático en una consulta de Rehabilitación

Salvador Blázquez, A (1). Martín López, C. (2) Marquez Navarro, J.(3) Gómez Salgado, J. (4)

1. FEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de Jerez de la Frontera. Área de gestión sanitaria norte de Cádiz.
2. FEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de RíoTinto. Área de gestión sanitaria norte de Huelva
3. FEA Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de RíoTinto. Área de gestión sanitaria norte de Huelva
4. Enfermero de atención primaria. Centro de salud de Mairena del aljarafe. Distrito sur de Sevilla. Profesor asociado de la Universidad de Huelva.

Objetivo: Establecer recomendaciones para pacientes con cervicalgia crónica basada en la mejor evidencia disponible.

Material y método:

- Revisión bibliográfica de la literatura publicada al respecto, en español e inglés, en los últimos 10 años.
- Principales bases datos: Medline, Cochrane, National Guideline Clearing House.
- Establecer estrategias preventivas y terapéuticas.
- Elaboración de recomendaciones para pacientes.

Resultado:

- Estrategias preventivas: evitar tóxicos, peso saludable, ejercicio regular cervical, mantener la curva normal cervical al dormir, medidas laborales (elevación de objetos de forma segura, control estrés, satisfacción laboral), atención a la postura (al leer, usando ordenador, auriculares en lugar de teléfono), alimentación antiinflamatoria (omega 3, frutas, verduras, no grasas saturadas) red de apoyo social, disminuir estrés (meditación, relajación)
- Modificaciones del estilo de vida: ejercicio, terapia postural (Alexander, Feldenkrais, Pilates), conservar curva lordótica durante el sueño (almohadas). Nutrición: omega 3, frutos secos, verduras hoja verde, antioxidantes, frutas, disminuir grasas transaturadas y omega 6. Técnicas cuerpo-mente: abordaje emocional, registro mediante diario, autohipnosis, bioretroalimentación en imágenes guiadas, reducir el estrés crónico e identificar causas psicológicas como depresión y ansiedad. Terapias bioenergéticas: acupuntura. Tratamientos biomecánicos: terapia manual, osteopatía, técnica de tensión-contratensión. Intervenciones bioquímicas: 1- 4 gramos al día de omega 3. Fármacos: antidepresivo tricíclico (amitriptilina) o ISRS (fluoxetina), relajante muscular y AINES en crisis. Plantas medicinales

Conclusión:

Patología altamente prevalente y recidivante, muy influida por factores externos psicológicos y estilo de vida. Es necesario un abordaje integrativo del tratamiento con implicación del paciente

Palabras clave: cervicalgia, tratamiento, chronic neck pain, treatment.

Un abordaje psicosomático del paciente odontológico

Rodríguez Díaz, Esther

Psicóloga. Centro Médico Psicosomático. Sevilla

Palabras clave: Psicosomática, Odontología, Ansiedad, Miedo.

Key words: Psychosomatic, Odontology, Anxiety, Apprehension.

Introducción: En relación a la salud bucal es necesario conocer la variedad de factores de riesgo y fenómenos psicológicos que ocurren en el paciente, tales como: la comunicación, la percepción, las emociones, actitudes y comportamientos que explican la participación de las funciones psíquicas como intermediarios principales en la comprensión de la sintomatología, el diagnóstico y la aplicación del plan de tratamiento.

Objetivo: El abordaje psicosomático en la problemática del miedo y la ansiedad del paciente odontológico.

Metodología: Revisión bibliográfica de artículos sobre psicodontología.

Resultados: Un paciente ansioso, temeroso o con cualquier alteración suele dificultar el tratamiento, amplifica síntomas, aumenta las sensaciones de dolor, no coopera y como consecuencia, tanto el dentista como el paciente se sienten estresados con un resultado insatisfactorio. Se recomienda una atención y comunicación más humanista, un cribado de antecedentes ansiógenos y una puesta en marcha de medidas preventivas para fortalecer los efectos en la salud bucal.

Conclusiones: Se estima que entre el 5 y 20% de la población manifiesta algún tipo de miedo odontológico. Berggren (2008) afirmó que la ansiedad dental crea su propio círculo vicioso, en el que la evasión del tratamiento dental logra un deterioro de la dentición y origina sentimientos de culpa e inferioridad en el paciente. Este “conflicto social” resulta en una nueva evasión, que conllevará al detrimento de la salud oral del individuo a partir de la pérdida de órganos dentarios, así como de la inconformidad estética y funcional, determinando el estilo de vida de la persona y comprometiendo su bienestar biopsicosocial.

La neurología de las emociones

Peggy Arne, BS, DC, FACRN
peggyarne@gmail.com

Consulta Quiropráctica Puig
C/ Bartolome de Medina 12A
41004. Sevilla

www.quiropacticapuig.com

El cuerpo es el subconsciente de la mente. Cada célula tiene una memoria de todas nuestras creencias, pensamientos y emociones así como cuantas veces han sido activadas. La membrana celular es tan sofisticada como el sistema nervioso mismo, contiene receptores proteínicos que actúan como pequeñas antenas vibratorias que atraen moléculas y nutrientes hacia adentro de la célula. Todo las reacciones químicas del cuerpo ocurren dentro de la célula.

Todos los pensamientos producen una reacción química y eléctrica. Nuestro sistemas de creencias se aprenden desde el nacimiento y forman patrones automáticos de pensamientos. Las **moléculas de emociones** como son los neurotransmisores, hormonas, proteínas inmunológicas y enzimas tienen un efecto químico en las células, las cuales están constantemente interactivas y pueden responder a un evento o un simple pensamiento.

La **frecuencia membrana** celular tiene que ser compatible con la frecuencia de la molécula para que puedan interactuar. Las frecuencias determinan nuestro estado general tanto del cuerpo como la mente.

La frecuencia más primitiva que tenemos es la **activación del sistema simpático**, y sus mecanismos de sobrevivencia. Se activa igualmente con situaciones de vida o muerte o con pensamientos de miedo, odio o culpabilidad.

Neurogénesis es un nuevo concepto que se aplica a la regeneración de las células nerviosas. Neuroplasticidad es la creación de nuevos circuitos y de interconexiones neuronales.

El modelo holístico de salud y sus distintas modalidades han cambiado en la última década poniendo gran énfasis en los tratamientos que promueven la neurogénesis y neuroplasticidad en la sanación de cuerpo mente.

La Liberación Torácica Descompresiva: una técnica somato-psíquica

Luceño Mardones A y Luceño Rodríguez I

La Liberación Torácica Descompresiva (LTD) es una técnica terapéutica somato-psíquica, consistente en la compresión manual espiratoria de la zona más tensa del tórax del paciente, manteniendo la presión durante la apnea espiratoria, hasta que inspira libremente, momento en el que el terapeuta retira su mano rápidamente, descomprimiéndose el tórax.

La LTD, enfocada en la liberación tisular de la caja torácica y su contenido, además suele disminuir o eliminar la sensación de opresión torácica, angustia y/o ansiedad; a corto y a medio plazo.

La maniobra se puede repetir varias veces consecutivas o en distintas sesiones, hasta obtener una mayor elasticidad torácica y/o una disminución de sus síntomas psicológicos (ansiedad, angustia, depresión...)

La posición del paciente suele ser en decúbito supino, si hay camilla; si no, en sedestación.

La elección del lugar de contacto manual, en la zona palpada más tensa del tórax, suele ser esternal (alta, media o baja) o paraesternal (derecha o izquierda).

La presión es progresiva y cuidadosa, según la elasticidad del tórax y la condición física del paciente, teniendo en cuenta su constitución, edad y factores de riesgo. Especialmente tendremos cuidado con las mujeres post-menopáusicas y los ancianos, por el riesgo de fractura osteoporótica; y en las patologías reumáticas.

Contraindicaciones: neumotórax espontáneo previo, esternotomía por cirugía reciente, fragilidad osteoporótica, osteocondritis paraesternal (síndrome de Lie), luxación condrocostal del ángulo de Luys, aneurisma aórtico, infarto reciente.

PALABRAS CLAVE: Somato-psíquico, Terapia Manual, Fisioterapia Respiratoria, Osteopatía, Liberación Torácica Descompresiva, respiración.

KEYWORDS: Somato-psychic, Manual Therapy, Respiratory Physiotherapy, Osteopathy, Decompressive Thoracic Release, breathing.

La Liberación Torácico-Emocional: nuevo método más allá de la Liberación Torácica Descompresiva

Luceño Mardones A y Luceño Rodríguez I

Resumen:

La “Liberación Torácico-Emocional” (LTE) es un método terapéutico somato-psíquico, consistente en la compresión manual espiratoria de la zona más tensa del tórax del paciente, manteniendo la presión durante la apnea espiratoria, hasta que inspira libremente, momento en el que el terapeuta retira su mano rápidamente, descomprimiéndose el tórax (Liberación Torácica Descompresiva); seguido de un diálogo analítico pormenorizado de lo sucedido y lo sentido por el paciente y el terapeuta, como símil del comportamiento de aquel en situaciones críticas opresivas; obteniéndose una liberación física y emocional, y una comprensión de sus patrones emocionales en dichas situaciones.

La LTE consta de tres etapas principales:

1ª) Explicación de la técnica propuesta.

2ª) Liberación Torácica Descompresiva (enfocada en la liberación tisular de la caja torácica y su contenido, además suele disminuir la sensación de opresión, angustia y/o ansiedad), introduciendo verbalmente lo emocional: “Echa todo el aire, las tensiones, los agobios... échalo todo... más”.

3ª) Análisis pormenorizado de lo sucedido y sentido en cada etapa, tanto por el paciente como por el terapeuta (opresor simbólico en la segunda etapa, representante), con enfoque gestáltico. Durante 15 a 60 minutos se analiza todo, relacionándolo con sus patrones de comportamiento y emocionales en situaciones biográficas de crisis u opresión, desvelándolos para la toma de consciencia, sin juzgarlos.

En algunos casos de respiración muy dificultosa se puede plantear la repetición del proceso, como método de reeducación respiratoria y emocional.

PALABRAS CLAVE: Psicósomática, Gestalt, Osteopatía, Terapia Manual, Liberación Torácico-Emocional, respiración.

KEYWORDS: Psychosomatic, Gestalt, Osteopathy, Manual Therapy, Thoracic-Emotional Release, breathing.

La alopecia infantil como síntoma psicossomático

Miguel Romero González; Almudena Blanco González; Ana Ma Rico de la Cruz; Carmen Batz Colvée; Marta López Narbona.

Palabras clave: Psicossomática, alopecia, infancia, familia. **Keywords:** Psychosomatic, alopecia, childhood, family.

Actualmente no existe un acuerdo sobre lo que constituyen los Trastornos Somatoformes en la infancia. Las clasificaciones los definen como trastornos en los que la característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de ella, por los efectos de una sustancia o por otro trastorno mental.

El síntoma alopécico ha sido escasamente estudiado desde modelos psicológicos o psicossomáticos. En este trabajo, trataremos de conceptualizar la alopecia infantil como un síntoma psicossomático, apoyándonos en la revisión de la bibliografía existente al respecto, así como en nuestra experiencia con una serie de casos de niños alopécicos atendidos en la Unidad de Salud mental infanto-juvenil (USMI-J) del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). En todos ellos, la somatización supone un mecanismo defensivo de supervivencia ante la angustia producida por un conflicto psíquico, que tiene como resultado un trasvase de lo psíquico a lo somático. La caída del cabello adquiere un valor simbólico asociada a las pérdidas o despedidas transgeneracionales no deseadas y a la regresión al origen (como un bebé). Desde un enfoque sistémico, el síntoma corpóreo del paciente solo es comprensible a través del lenguaje del cuerpo familiar, por lo que el trabajo con las pérdidas y duelos transgeneracionales irresueltos suponen elementos comunes de estos casos de niños con síntomas alopécicos.

Trastornos de expresión dermatológica en la adolescencia. Trastorno por excoriación (TE)

Ángela de la Hoz Martínez

Psicóloga Clínica

Programa de Interconsulta y Enlace para la Atención a Niños y Adolescentes

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental HUPA. Madrid

Resumen

El Trastorno por Excoriación descrito hace más de cien años como excoriación neurótica, ha adquirido en las últimas décadas, una mayor importancia a nivel clínico y de investigación. Inicialmente fue clasificado dentro de los trastornos del control de impulsos. Recientemente (2014) ante evidencias fenomenológicas, de validez diagnóstica y utilidad clínica (APA) se ha incluido en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos.

Existen problemas en el tratamiento debido a las dificultades en esclarecer la etiopatogenia de estas conductas y la frecuente existencia de comorbilidad psiquiátrica; frecuentemente infradiagnosticada e infratratada. Dada la diversidad clínica resultante de la complejidad de los factores intervinientes genéticos, fisiológicos, neuroinmunológicos, neurocutáneos, ... y psicológicos, se requiere un abordaje interdisciplinario. Los escasos estudios de tratamiento proponen la utilización de antidepresivos, principalmente ISRSs y Terapia Cognitivo-Conductual.

El tratamiento de adolescentes con TE requiere un abordaje psicoterapéutico específico. Se plantea la utilidad clínica de un enfoque psicossomático con bases conceptuales de la Escuela de Psicossomática de París. Se consideran aportaciones de distintos autores y su utilidad clínica para el tratamiento del TE.

Claude Smađja y Gerad Szewc a partir de las investigaciones de Michael Fain y de las observaciones de determinadas enfermedades en adultos, identificaron un tipo particular de defensa para controlar un estado de tensión interna cuando los medios psíquicos de ligazón de la destructividad interna no funcionan: "procedimientos autocalmantes del Yo" que están asociados a ciertos estados de desamparo, traumáticos y alteración del sentimiento de autoestima.

Palabras clave:

Trastorno por excoriación. Rascado cutáneo. Procedimientos autocalmantes. Compulsión a la repetición. Dermatilomanía o Dermatotilomanía. Adolescentes

Key words:

Excoriation (Skin-Picking) Disorder. Skin picking. Self-soothing procederes.

Obsessive-Compulsive Disorder. Dermatotillomania: *compulsive skin-picking*" (CSP). Adolescents

Identificación del dolor en personas adultas con autismo y discapacidad intelectual asociada: Correlatos psicopatológicos.

Marta García-Martínez (Enfermera en Atención Primaria). Domingo García- Villamizar (Unidad docente de Psicopatología. Universidad Complutense de Madrid);

Resumen Objetivo: El objetivo de este póster es presentar los resultados de la versión española del cuestionario Non-Communicating Adult Pain Checklist (NCAPC; Lotan et al., 2009) aplicado a una muestra de personas adultas con autismo y discapacidad intelectual. Se expondrán sus propiedades psicométricas y los correlatos psicopatológicos asociados al dolor

Método: Un grupo de terapeutas evaluaron retrospectivamente la respuesta al dolor de un grupo de personas con autismo, a través de la versión española del NCAPC. También se aplicaron los cuestionarios para el diagnóstico del autismo y psicopatología asociada de Matson et al., 2006.

Resultado: Los resultados pusieron de relieve que un porcentaje importante de las personas adultas con autismo experimentan con frecuencia un dolor intenso y lo manifiestan de forma no verbal. La puntuación total del dolor correlaciona de forma significativa y positiva con el Índice global de comorbilidad, la disfunción ejecutiva y el nivel de sintomatología del autismo.

Conclusiones: Los resultados apoyan el uso del NCAPC para identificar el dolor en personas adultas con autismo y discapacidad intelectual no verbales. También ponen de relieve la importancia de la disfunción ejecutiva y la psicopatología comórbida como variables moduladoras de la intensidad del dolor en esta población.

Palabras clave: Dolor, discapacidad, autismo, comunicación no verbal. Pain, disability, autism, no verbal communication.

El abordaje de trastornos psicosomáticos a través de la técnica de “Caja de arena” (Sandplay)

María Victoria Sánchez López*, Ángel Fernández Sánchez* y Claudia López de Huhn**. *GrupoLaberinto Psicoterapia para la Salud. Madrid ** El Núcleo Psicología. Madrid

Introducción: Desde los trabajos de Dora Kalff y Margaret Lowenfeld con la técnica de caja de arena en los años 50 en población infantil, se ha ido ampliando el rango de problemática en donde la técnica tiene utilidad terapéutica. Es una técnica proyectiva vivencial que facilita la expresión y comprensión de los estados emocionales: la persona conecta con su contenido mental de manera sutil y es capaz de plasmarlo representando una escena en una caja con arena, donde se añaden elementos que representan diferentes personajes y contextos.

Objetivo: Revisar la utilidad de la técnica en psicopatología infantil y adulta incluyendo trastornos psicosomáticos, duelo y trauma.

Metodología: Revisión bibliográfica de artículos que describan el trabajo terapéutico con la técnica de la caja de arena.

Resultados: La técnica facilita la construcción simbólica de la realidad, permite a los pacientes conocer su mundo intrapsíquico y abordar situaciones de bloqueo emocional facilitando el insight y la comprensión de aspectos nucleares de su vida de los cuales no era consciente la persona.

Conclusiones: La técnica de caja de arena, ha resultado ser de gran utilidad terapéutica en pacientes con trauma, trastornos psicosomáticos y duelo ya que posibilita la expresión emocional a través de un vehículo diferente de lo verbal y facilita la integración de las partes disociadas.

Incidencia del estrés en los tics y otros síntomas psicósomáticos en el síndrome de Tourette
Diana Vasermanas Brower, Alejandra Frega Vasermanas, Esther Rodríguez Díaz y Salud Jurado Chacón. **ASTTA** - Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados

El Síndrome de Tourette (ST), es un **trastorno neurológico- conductual crónico** de origen genético, de inicio en infancia y adolescencia.

Estudiado desde 1895, sus criterios diagnósticos figuran en **DSM-V** y **CIE10**.

Está reconocido como **causa de Discapacidad** y considerado **Enfermedad Rara**.

Su principal característica es la emisión de **múltiples y variables tics motores y fónicos**, de distinto tipo y complejidad

Los tics suelen cursar con síntomas de Trastornos Asociados como: déficit atencional, hiperactividad, impulsividad, TOC, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, la alimentación, adictivos, etc.

Junto a **factores orgánicos etiológicos (alteraciones en neurotransmisión y ganglios basales)**, las investigaciones confirman la **relevancia del estrés psicosocial** en la aparición y agravamiento de tics y otros síntomas asociados.

El desconocimiento sobre el ST conlleva **demoras y errores en la emisión y comunicación del diagnóstico**, considerado un suceso estresante mayor para paciente y familiares, así como **dificultades para implementar tratamientos y apoyos adecuados**.

La intolerancia y prejuicios hacia los tics generan burlas, acoso y penalizaciones en diferentes entornos, aumentando el **riesgo de fracaso escolar y exclusión socio-laboral**, aunque **el ST no afecta la capacidad intelectual**.

El estrés causado por estas y otras situaciones cotidianas, y por la **supresión de tics para evitar consecuencias aversivas**, **exacerba síntomas y limitaciones**.

Por su complejidad, por la **inexistencia de medicamentos para los tics**, y por los efectos secundarios de los psicofármacos empleados en su tratamiento, **el ST requiere un enfoque interdisciplinar, que incluya el abordaje de los factores psicósomáticos vinculados a su espectro**, a lo largo del ciclo vital.

Palabras Clave: Tourette, tics, síntomas psicósomáticos, estrés, diagnóstico

La musicoterapia en la alexitima

Epifanio Lupion

La Musicoterapia es una de las terapias fundamentales de la alexitimia. Es decir, el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía, etc.) para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la interrelación y la expresión de las emociones. Determinadas zonas cerebrales, estudiadas cada día con más detalle, se ven influenciadas por la música. Todas las investigaciones realizadas al respecto, destacan la alta conexión entre la música y las emociones; y sus efectos sobre el comportamiento han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. En especial en el aspecto de la sedación y alivio de la ansiedad, y se muestra como un excelente recurso para expresar aquello que es difícil de verbalizar. Su uso como terapia ayuda a dirigir los afectos, ideas y pensamientos, ya que abre canales de comunicación, dando paso a lo que, muchas veces, al paciente le es muy difícil expresar y verbalizar. Se puede trabajar con cantos, individuales o grupales, ejecución instrumental, en la que se le puede iniciar incluso al paciente, etc. Realmente, desde muy temprana edad se debería usar la Musicoterapia como medida preventiva, favoreciendo la enseñanza musical, aunque sea elemental y lúdica, y el acceso a la misma de forma no gravosa económicamente; ya que, como se viene comprobando, en el caso del alexitímico, éste ha ido encontrando en la Musicoterapia la ayuda necesaria para ir solucionando, en lo posible, ese déficit expresivo de sus propias emociones.

La enfermedad: Aspectos positivos

Juan Llor Baños.

Adjunto Medicina Interna. Hospital Universitario de León (España).

Keywords: disease, positive viewpoints.

Palabras clave: enfermedad, aspectos positivos.

En la historia de cada hombre ningún capítulo es tan inexorable, constante y cierto, como el de su enfermedad. Ese aspecto necesariamente de su biografía no debe ser una página oscura, sino que puede contribuir a dar especial realce y relieve a la personalidad.

Hay verdadera interrelación entre la esfera psíquica y la física orgánica, en donde es muy difícil deslindar lo que pertenece a lo puramente psíquico o es puramente físico.

Ciertamente puede haber una lectura de aspectos positivos a los que lleva la enfermedad. Hay que considerar que la naturaleza del hombre no se encuentra totalmente identificada con su estado de salud. El paciente, como persona, puede seguir realizándose y madurar durante la enfermedad, y a través de ella adquirir hábitos que difícilmente arraigarían en él si no fuese con esa experiencia.

La felicidad es un estado que va experimentando el hombre en la medida en que va ganando cualidades como persona y es cada vez más capaz de alcanzar metas hasta entonces no adquiridas. La adquisición de esas cualidades va unida a una mayor realización de su proyecto como de persona.

El enfermo al aceptar la realidad de su nueva condición, experimenta que el mismo sacrificio en el que se ve envuelto le facilita explicitar nuevos aspectos nobles su persona. La enfermedad puede servir como "medicina" al permitir alcanzar cualidades hasta el momento no sospechadas.

Manifestaciones cutáneas de los trastornos de la conducta alimentaria

Carmen Rodríguez Cedeira

Dermatóloga. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y Universidad de Vigo. Coordinadora del Grupo Psicodermatología del CILAD. Vigo

Objetivos

Estudiar las lesiones cutáneas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) para ayudar a un diagnóstico precoz de este trastorno.

Método

Revisión bibliográfica extensa y aportación de nuestra propia experiencia de pacientes con TCA.

Resultados

Los TCA son cuadros psiquiátricos con un elevado índice de morbi-mortalidad en jóvenes. Entre los TCA habitualmente se incluyen la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Aunque podemos encontrar formas puras, es muy frecuente encontrar cuadros mixtos, que presentan simultáneamente características de ambas, e incluso a lo largo del tiempo un paciente puede evolucionar de una a otra. Las manifestaciones dermatológicas incluyen:

- Palidez facial con aspecto triste y demacrado.
- Resaltes óseos marcados.
- Atrofia muscular
- Piel agrietada, seca, pigmentada.
- Extremidades frías y cianóticas.
- Palmas y plantas amarillentas.
- Lanugo, vello axilar y púbico conservado.
- Caída de pelo.
- Atrofia mamaria
- Alteraciones dentarias
- Edemas, etc.

Conclusiones

Las lesiones cutáneas en los trastornos de la conducta alimentaria son signos tempranos que alertan sobre la existencia de problemas psíquicos. Son los dermatólogos los primeros en detectar los casos de BN o AN, lo que, de esta forma, permite el diagnóstico precoz de dichas patologías o sus recaídas, y, consecuentemente, se mejora su pronóstico al posibilitar el tratamiento antes de que aparezcan complicaciones orgánicas más graves e irreversibles en el paciente, que pueden incluso comprometer su vida y conducirlo a la muerte.

Palabras clave: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria, manifestaciones cutáneas.

Key words: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, cutaneous manifestations.

La relevancia del diagnóstico precoz desde atención primaria del amplio espectro del trastorno afectivo bipolar

Baquero Leyva, M.; Cocho Santalla, C.; Álvarez-Arenas Alcami, J.; Del Álamo Jiménez, C.

Palabras clave: Diagnóstico precoz, Prevención, Trastorno Afectivo Bipolar, Atención Primaria

Key words: Early Diagnostic, Prevention, Bipolar Disorder, Primary Care

La Atención Primaria resulta clave para la detección precoz del TAB, siendo depositaria de la amplia demanda de tratamiento de estas afecciones por parte de un porcentaje importante de la población. En esta revisión pretendemos poner de relieve la importancia de una concepción de la patología afectiva como un amplio espectro dentro del cual las nuevas clasificaciones distinguen múltiples subtipos con el fin de afinar el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Resulta llamativo hasta qué punto la demanda de atención médica por depresión unipolar es indiscutible, incluso por la manía de perfil disfórico, mientras que es poco frecuente la alerta del paciente o de su entorno en la hipomanía. Juega aquí un papel fundamental la utilidad de este estado afectivo para las exigencias de nuestra sociedad. La no detección de subtipos en los que impera el polo depresivo y en los que, sin una exploración detallada, es frecuente su abordaje con antidepresivos, aumentan el riesgo de viraje a un estado maniaco y la conversión del paciente en ciclador rápido, lo cual empeora el curso de la enfermedad.

En un intento por obtener un diagnóstico precoz, surge la concepción de un espectro de patología afectiva con una base común y múltiples manifestaciones fenotípicas. Muestra de ello son las clasificaciones de Akiskal en las cuales se distinguen un total de 10 subtipos capaces de abarcar el amplio registro de TAB mejorando la detección de pacientes afectos y su tratamiento adecuado, repercutiendo directamente en el pronóstico de la enfermedad.

Vaginismo como hallazgo casual

Adrián Beltrán Martínez, María del Carmen Sánchez García, María Teresa Castillo.

Palabras clave: Vaginismo, Vaginismus, Women's Health, Salud Femenina, Abuso sexual, Sexual abuse.

Mujer de 32 años que consulta por escaso sangrado vaginal intermitente.

Niega antecedentes personales de interés.

Enfermedad Actual: Sangrado vaginal escaso sin relación con el ciclo menstrual de 1 semana de evolución sin otros síntomas acompañantes. No tiene pareja actual, no método anticonceptivo y no mantiene relaciones sexuales desde hace tiempo. No tiene citologías realizadas desde los 26 años.

Se explica que se ha de proceder a explorar la zona genital y toma de citología, pero esta se niega. Se le pregunta el motivo y esta explica que se pone muy nerviosa y no quiere realizarse la exploración por parte nuestra o Ginecología. Al final de la consulta se convence a la paciente de la necesidad de realizarle una exploración para descartar alguna patología grave.

A la exploración se encuentra muy nerviosa y no consigue relajarse. Se intenta introducir el espéculo pero la paciente contrae los músculos perivaginales. Se calma a la paciente y al introducir mínimamente el espéculo, la paciente comienza a gritar y a llorar por dolor vaginal y se suspende la exploración.

Se intenta tranquilizar a la paciente y al volver a preguntar el motivo nos cuenta que su expareja abusó sexualmente de ella una vez, y tiene miedo a mantener relaciones sexuales. Refiere haberlo intentando en una ocasión recientemente pero fue imposible por miedo e intenso dolor.

Juicio clínico: Vaginismo.

Tratamiento: Se derivó a Salud Mental y Ginecología que mediante terapia física, educación, y ejercicios de Kegel, mejoraron la calidad de vida de la paciente.

Un caso de dermatitis atópica resistente

Clara Cocho Santalla, Miriam Baquero Leyva, Livia Rezende Borges, Cristina del Álamo Jiménez.

Palabras clave: Dermatitis atópica, Ansiedad, Depresión, Somatización.

Key words: Atopic dermatitis, Anxiety, Depression, Somatization.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un varón de 29 años, sin antecedentes previos, con dermatitis atópica mal controlada resistente a tratamiento dermatológico y con grado de descamación llamativo que interfería en su vida diaria. Paralelamente, acudió a salud mental por ansiedad reactiva a pérdida de trabajo, iniciándose terapia ansiolítica y antidepresiva. Requirió ingreso en UHB donde se pudieron apreciar y trabajar dinámicas familiares disfuncionales con alta emoción expresada. Al alta, mantuvo mejoría cutánea franca con del abordaje integrado desde psiquiatría y dermatología.

La dermatitis atópica es una enfermedad caracterizada por lesiones pruriginosas recurrentes, asociadas a intensa sequedad. Se estima que afecta al 5-15% de la población general, iniciándose habitualmente en la infancia. Algunos de los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados son la ansiedad y depresión. Su curso natural implica periodos de mejoría y de reagudización, siendo clara la relación entre éstos y acontecimientos estresantes. Funcionan como mediadores de la respuesta inflamatoria en la dermatitis atópica y exacerbaban la sintomatología cutánea perpetuándola.

Partimos del concepto de que la salud integra lo psíquico y lo somático. Clásicamente se ha entendido el acontecimiento somático como una defensa frente a un dolor psíquico difícil de sobrellevar. Dicha “descarga somática” es expresada mediante vías reflejas biológicas comunes a todo ser humano, expresándose de forma idéntica en diferentes personas. Mientras el acontecimiento somático está presente, el sujeto lo vivencia como un elemento externo a su aparato psíquico, estableciéndose así la escisión mente-cuerpo. Una intervención psicológica integrada sería una vía de tratamiento coadyuvante al tratamiento médico habitual.

Trastorno de conversión en la práctica clínica: a propósito de un caso de pseudocrisis

Pérez-Polo, I., González-Rueda, S., Serrano-Marugán, L., Jiménez, M. y Sánchez-González, M.A.

Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Las pseudocrisis son episodios convulsivos con manifestaciones similares a las crisis epilépticas sin las alteraciones electroencefalográficas propias de esta enfermedad. En las pseudocrisis no existe actividad epileptiforme en la corteza cerebral pero sí manifestaciones motoras convulsivas. Se cree que hasta el 12% de las crisis que clínicamente se diagnostican de epilépticas son en realidad pseudocrisis (Elliot y Charyton, 2014). Un porcentaje elevado de pacientes con epilepsia presenta pseudocrisis en algún momento de su evolución.

Presentamos el caso de una mujer de 23 años que acude a urgencias en mayo de 2015 por crisis convulsivas sin recuperación del nivel de conciencia entre las mismas, que no ceden con dosis elevadas de antiepilépticos. El TAC y el EEG no arrojan alteraciones. Poco después sufre dos episodios similares a pesar del tratamiento con dos antiepilépticos (Vimpat y Keppra), que precisan ingreso en UVI. Durante el ingreso en julio en la Unidad de Epilepsia sufre dos episodios de pseudocrisis inducidos por hiperventilación, y no presenta crisis epilépticas a pesar de ser sometida a privación de sueño. Tras el alta no se producen nuevos episodios. En noviembre ingresa de nuevo y tampoco sufre ningún episodio convulsivo tras la retirada de la medicación. Un año antes la paciente había presentado hipertonía muscular en relación a probable luxación mandibular, valorada por Cirugía Maxilo-Facial, donde sugerían la posible existencia de un componente de somatización.

La paciente es diagnosticada de trastorno de conversión y derivada al servicio de psiquiatría donde es tratada con psicoterapia.

Palabras clave: trastorno de conversión, pseudocrisis, somatización, crisis epiléptica, crisis convulsiva.

Keywords: conversion disorder, non epileptic seizures, somatization, epileptic seizures, convulsive seizure.

Síndrome de Münchhausen: un reto al saber médico

Balcells-Oliveró, Mercè, Maside Oliete Belén, Guzmán Cortez Pablo, Pasini, Ornela Yanina. Unidad de Conductas Adictivas. Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

RESUMEN:

El Trastorno Facticio Impuesto en uno mismo (Síndrome de Munchausen) se caracteriza por la producción de síntomas y signos por el paciente con el objetivo de actuar el rol de enfermo, lo que conlleva riesgo de iatrogenia y aumento de gastos asistenciales por realización de tratamientos y pruebas innecesarias. Está clasificado como trastorno facticio en el DSM-V. Se expone mediante un póster el caso clínico de una paciente de 45 años que ingresó de forma programada a una sala de hospitalización de psiquiatría adultos con el objetivo de desintoxicación de opioides pautados por dolor secundario a síndrome de fatiga crónica. Destacó al ingreso una dermatitis artefacta facial frontal junto con anemia severa secundaria a úlcera gástrica por AINES. Se propuso realizar el retiro de la medicación y el cambio conductual en base a la entrevista motivacional (E.M), logrando al alta que la paciente aceptase suspender AINES y Benzodiacepinas, pasando de 6 a 3 psicofármacos. Se observó así mismo epitelización de la lesión cutánea por evitación de las conductas autolesivas. Se realizó seguimiento bajo modalidad Hospital de Día por dos meses logrando al fin del período mantener suspendido los opioides con conciencia parcial de enfermedad. Consideramos que la E.M. puede ser útil en el abordaje de los trastornos facticios dada la importancia que en esta tiene la vinculación con el paciente y la actitud de no confrontación, lo que favorecería la adherencia al seguimiento psiquiátrico y psicológico, disminuyendo la iatrogenia y evitando la “peregrinación” por las especialidades médico-quirúrgicas.

Síndrome de boca ardiente y trastorno psicossomático. A propósito de un caso.

Sanchez García, M.C. (1); Bejarano Avila, G. (2); Reyes Gilabert, E. (2); Luque Romero, L. G.(3).

Medica de Familia, Distrito Sanitario Sevilla Sur, Servicio Andaluz de Salud (1). Odontologa, Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud (2). Medico de Familia, Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud (3).

Palabras clave: “Síndrome de boca ardiente”, “glosodinia”, “trastorno psicossomáticos”, “trastorno somatomorfo”.

Key words: “Burning mouth syndrome”, “glossodynia”, “psychosomatic disorders”, “somatoform disorder”.

Introducción: El síndrome de boca ardiente (SBA) se caracteriza por sensación de ardor en la mucosa oral en ausencia de cualquier signo clínico de la mucosa. La fisiopatología del SBA es desconocida, en numerosos estudios se relaciona la ansiedad y la depresión como comorbilidades comunes en el SBA. Psiquiátricamente, puede ser considerado como "trastorno somatomorfo".

Objetivo: Describir el trastorno psicossomático de los pacientes con Síndrome Boca Ardiente.

Metodología: Caso clínico. Mujer de 67 años remitida por médico de familia que acude a la consulta de odontología de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud. Anamnesis: Hipertensión y dislipemia, tratamiento con enalapril, simvastatina y nifedipino. Motivo de consulta: Sensación de boca seca, gusto desagradable, entumecimiento y ardor en la cavidad bucal sobre todo en la lengua. La paciente se muestra ansiosa y refiere angustia con pérdida de peso.

Resultados:

Identificación de posibles factores causales. Juicio clínico: síndrome de boca ardiente Tratamiento de hiposalivación, evitar alcohol, tabaco y el consumo de alimentos ácidos. Se realiza escala de depresión geriátrica de Yesavage con puntuación de 10 (depresión) y la escala de ansiedad de Hamilton con puntuación de 43 (ansiedad muy severa). Relación con psicólogo y médico de familia de atención primaria para valorar tratamiento psicológico y farmacológico.

Conclusiones:

Los aspectos fisiológicos y psicológicos del SBA deben ser investigados de forma activa por los médicos para gestionar con éxito estos pacientes. Los aspectos fisiológicos y psicológicos no son mutuamente excluyentes. La terapia conductual y la psicoterapia, puede ayudar a eliminar los síntomas.

Prevención desde Medicina de Familia del Neumotorax Espontáneo Primario

Ramírez Parrondo, R.; Casquero Ruiz, R.; López Chamón, S.; Arrieta Antón E.; Arbesú Prieto J.

La incidencia de neumotorax es de 7,4/100.000/año en hombres y de 1,2/100.000/año en mujeres. Debuta en jóvenes, delgados, altos y fumadores, sin patología pulmonar previa. Hay estudios que lo relacionan con el comportamiento tipo A o con situaciones de ansiedad.

Aportamos dos casos clínicos de pacientes no fumadores, sin antecedentes familiares ni personales significativos:

Un joven de 20 años de edad que presentó dos neumotórax espontáneos el año pasado con una personalidad de alta autoexigencia. Los dos neumotórax ocurrieron cuando la familia sufría una situación económica difícil e intentaban levantar el negocio familiar entre todos. Los dos neumotórax coincidieron con los momentos en los que parecían fracasar sus esfuerzos y el paciente no se permitía descanso.

Y una mujer de 25 años de edad, cuya personalidad se caracteriza por rumiación del pensamiento con visión negativa, hizo dos neumotórax. Ambos coincidieron con un problema familiar reiterado. Con ayuda relacionó el problema médico con su manejo del estrés y mejoró al modificar el afrontamiento.

El Médico de Familia es vital para promocionar la salud y prevenir la enfermedad. Consigue atención integral al ayudar a los pacientes a afrontar su vida y sus relaciones sociales de una forma saludable.

Bibliografía

Martín Martín M, Cuesta Serrahima L, Rami Porta R, Soler Insa P, Mateu Navarro M. Study of the personality of patients with spontaneous pneumothorax. Arch Bronconeumol. 2001;37(10):424-8.

Sang-Hyuk Lee, Ho Choi, Seoyoung Kim, Tae Kyou Choi, Sungsoo Lee, et al. Association between anger and first-onset primary spontaneous pneumothorax. General Hospital Psychiatry. 2008;30:331-336.

No puedo más

Rocío Alonso Díaz; Carmen González Macías; Natalia Garrido Torres; y Lourdes Hernández González.

Complejo Hospitalaria Juan Ramón Jiménez (Huelva)

RESUMEN

La somatización fue definida por Steckel, a principios del siglo XX como el proceso en que una neurosis “profundamente asentada” producía trastornos corporales.

Según Félix Deutsch (1933) “toda enfermedad orgánica está acompañada por una pequeña neurosis, donde, las energías instintivas derivadas del inconsciente forman la base para el curso de una enfermedad orgánica”.

En la evaluación de los trastornos psicósomáticos es necesario realizar un análisis funcional y revisar la historia clínica del paciente para realizar un despistaje somático.

Entre los puntos de evaluación tendrían que estar presentes los estresores identificados así como las estrategias de afrontamiento utilizadas y la presencia de trastornos emocionales asociados.

Presentamos el caso de una mujer de 21 años de edad que acude a urgencias hospitalarias de forma reiterada, refiriendo un intenso dolor de cabeza que no cede con ningún tipo de medicación, demandando atención médica y exploraciones diagnósticas repetidas, siendo derivada a varios especialistas, sin resultados que justifiquen la sintomatología referida por la misma. Su Médico de Atención Primaria la derivada al Equipo de Salud Mental Comunitario correspondiente para valoración y tratamiento.

Los trastornos psicósomáticos, son problemas en el que los factores psicológicos son considerados importantes, es decir, cuando existen factores psicológicos que contribuyen a la iniciación o a la exacerbación de una enfermedad física; los cuales generan en el individuo un malestar y un sufrimiento importante que se manifiestan en el campo físico; por tanto en el tratamiento es muy importante realizar un abordaje multidisciplinar.

Nadie me escucha

Fashho Rodríguez, E.¹, Mata Sáenz, B.², Casas Barquero, N.¹

1 FEA Psiquiatría Unidad Hospitalización H.U.V.Macarena

2 FEA Psiquiatría H. General Universitario de Ciudad Real

Resumen:

Describimos la somatización como "la expresión del estrés personal y social en un idioma de síntomas corporales con requerimiento de ayuda médica".

El duelo ha sido definido como una experiencia de fragmentación de la identidad producida por la ruptura de un vínculo afectivo que afecta a nuestro cuerpo físico y a nuestras emociones, relaciones, cogniciones y creencias.

Planteamos el caso de una paciente de 50 años con antecedentes de Neoplasia Mieloproliferativa y de episodio depresivo similar al actual con 17 años.

Tras la muerte de su padre, la paciente refiere sintomatología de corte depresivo. Comienza a acudir a su centro de Salud recurrentemente solicitando atención médica por distintos síntomas somáticos. En la última consulta manifiesta ideación delirante hipocondriaca e interpretaciones delirantes: "la comida de los intestinos va al esófago donde tengo un agujero y sale por ahí, no puedo comer porque cada vez que lo hago más me duele y más comida sale".

Se realiza estudio orgánico que se encuentra dentro de la normalidad y se descarta patología somática, orientándose como Episodio Depresivo con síntomas psicóticos y somáticos.

Estos cuadros requieren un adecuado diagnóstico para realizar un tratamiento específicamente orientado, con un enfrentamiento flexible, evitando un modelo dualista, con un manejo integral por un médico de atención primaria y un adecuado abordaje de los aspectos psicosociales con apoyo de Salud Mental. A través de un planteamiento apropiado, se pretende lograr la comprensión del papel de los síntomas somáticos como parte de la expresión emocional e integrando ambos aspectos.

Palabras clave: duelo, trastorno somatomorfo, psicosis// bereavement, somatoform disorder, psychosis.

Mujer con mareo y vértigo

Casquero Ruiz, R.; Ramírez Parrondo, R.; López Chamón, S.; Arrieta Antón E.; Arbesú Prieto J.

Datos sociales y antecedentes personales de interés:

Mujer de 35 años, trabaja, vive con sus padres. Madre de un adolescente.

Tabaquismo, astenia.

Tratamiento médico actual:

Paracetamol, omeprazol, diazepam 5 al acostarse.

Historia actual

Inestabilidad ocasional desde 2014. En julio de 2015 leve vértigo tratado con sulpiride, betahistina y extracción de cerumen. Persistieron los mareos como vahídos.

En consulta programada trasmite ansiedad, mareos, llanto y miedo a salir de casa. Tras entrevista clínica extensa, habla del intenso miedo y angustia que presenta desde el mes de julio, cuando a su padre le dio un síncope y se quedó inconsciente, estaba sola con él.

Este explayarse tuvo valor catártico, comenta haberse liberado de un peso ya que creía que su padre se iba a morir y “¿qué iba a hacer ella sola con su padre allí tumbado?”.

El estudio ORL, cardiaco y neurológico es normal. Se pauta escitalopram 10 mg, seguimiento psicológico y baja laboral.

En octubre en consulta se induce la reminiscencia de la escena traumática y asocia que hace 5 años, tras un parto, tuvo fobia al metro y autobús.

Al mes, por mejoría clínica, se da el alta. Ha comprendido que su vértigo tiene que ver con una tensión anímica previa.

Reflexiones

En casos refractarios, reforzar anamnesis y exploración.

Posible ambivalencia intensa afectiva de la hija con su padre, se planteó la hipótesis de frustración-agresión-culpa-castigo.

Se aplica la Técnica de Reatribución de Goldberg con resultado satisfactorio.

Mindfulness en el tratamiento de la psoriasis

M^a del Pilar de la Iglesia Mellado.

Psicólogo Interno Residente H.U. Virgen del Rocío.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel de origen autoinmune, que produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas y sensación de quemazón. Frecuentemente aparecen en brazos, piernas, espalda y cara/cuello. Su curso, severidad y frecuencia de los brotes se ha asociado a factores psicológicos.

El mindfulness es una terapia de tercera generación basada en el budismo-zen, que Jon Kabat-Zinn popularizó en el ámbito de la medicina. Se ha implementando con éxito en los trastornos psicossomáticos y en la psoriasis.

Se presenta el caso de una paciente de cincuenta años afectada por psoriasis. El primer brote aparece a los veintiún años. Desde entonces la paciente se siente limitada y se queja de baja autoestima secundaria a la aparición de las placas en diversas partes de su cuerpo que vivencia con intenso malestar.

Tras ocho sesiones de mindfulness las placas no desaparecen. No obstante, el malestar físico y emocional de la paciente disminuyen considerablemente, mejorando su autoestima y dejando de ocultar las zonas afectadas. Además, la paciente refiere una mejoría en su capacidad de afrontamiento al estrés y aumento del bienestar general.

En conclusión, la técnica se demuestra eficaz para aliviar la sintomatología física y emocional en ocho sesiones. Por último, los beneficios se extienden a otros ámbitos de la vida de la paciente.

Las alteraciones de conducta en pacientes con retraso mental: Implicaciones orgánicas y psiquiátricas

Mata Saenz B¹, Lopez Lavela E², Morales Sáenz I², García Lázaro F², Rodríguez Cano T¹

¹FEA Psiquiatría Hospital General Universitario de Ciudad Real

²MIR Psiquiatría Hospital General Universitario de Ciudad Real

Resumen:

La incidencia de hipotiroidismo congénito en niños con síndrome de Down es mayor que en la población general. Su tratamiento produce efectos beneficiosos en el crecimiento y el desarrollo y reduce la probabilidad de agravamiento.

Planteamos el caso de una mujer de 50 años afecta de síndrome de Down, diabetes e hipotiroidismo con tratamiento farmacológico corrector y fauquetomizada; institucionalizada y dependiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. No cuenta con antecedentes de atención psiquiátrica especializada. Desde hace un tiempo que no saben precisar, la paciente presenta insomnio y se encuentra más nerviosa de lo habitual. Se han prescrito ansiolíticos benzodiazepínicos (con reacción paradójica) y haloperidol (con sedación excesiva).

Se realiza inicialmente tratamiento con paliperidona oral, dados los antecedentes somáticos de la paciente que desaconsejan otros antipsicóticos atípicos y las reacciones adversas previas. Solicitamos también control analítico del perfil tiroideo. Inicialmente se inicia tratamiento con 3 mg de paliperidona, aumentando desde la residencia a 6 mg por falta de respuesta. Al realizarse la analítica, se identifica una TSH <0,01 mcU/ml (0,35-5,35) por lo que se inicia reajuste de la levotiroxina reduciéndose las necesidades de paliperidona y desapareciendo a los 6 meses al normalizarse la TSH.

El estudio y estabilización orgánicos son esenciales en paciente que presentan alteraciones psiquiátricas y en especial en las alteraciones de conducta. No realizar este ajuste y estudio, nos lleva al uso de fármacos innecesariamente y a un mal manejo de los pacientes por lo que hace imprescindible este abordaje.

Palabras clave: Enfermedad tiroidea autoinmune, retraso mental, alteraciones psiquiátricas// Autoimmune thyroid disease, mental retardation, psychiatric disorder.

El síntoma: Incontinencia urinaria

López Chamón, S.; Ramírez Parrondo, R.; Casquero Ruiz, R.; Arrieta Antón E.; Arbesú Prieto J.

Datos sociales y filiación

Mujer de 30 años. Vive en casa de acogida tutelada por su padre.

Tiene novio, no relaciones sexuales.

Antecedentes personales médicos de interés y tratamiento:

- Trastorno límite de personalidad, retraso mental.

- Dos episodios de neuritis óptica atendidos en urgencias, recuperación completa sin objetivar lesión.

- Incontinencia urinaria, estudio urológico negativo Utiliza bragas absorbentes.

- Tratamiento: vesicare y anticonceptivos

Historia actual:

Citada en consulta concertada médica para una revisión general (petición análisis de sangre y orina, citología y valoración de adherencia terapéutica) nos aparecen algunas dudas:

- No teniendo relaciones sexuales por qué utiliza anticonceptivos hormonales

- No tiene citologías previas, no tiene relaciones sexuales, es virgen?

La entrevista clínica no resulta fácil, la mediadora es la madre y actúa como un potente filtro. Sólo cuando se crea clima de confianza, nos refiere que cuando la paciente era adolescente la violaron dos menores de edad.

Sospechamos que esta situación crea un importante conflicto familiar no superado. Transmiten sentimientos de culpabilidad, sobreprotección, pactos de silencio y chantajes afectivos.

Ofrecemos ayuda psicológica y abordar las implicaciones médicas y sociales. Rechazan toda intervención salvo los controles médicos rutinarios.

El caso queda abierto y pendiente de seguimiento:

- Estamos ante una paciente somatizadora: incontinencia urinaria y neuritis óptica.

- Paciente compleja que rechaza ayuda y con presencia de conflictos psíquicos no resueltos.

Para sucesivas visitas se requiere escucha activa, intensificar alertas, ofrecer confianza, reiterar ayuda y vencer nuestras resistencias para aceptar el rechazo.

Episodio psicótico con sintomatología productiva en relación a la identidad de género en paciente transexual

Gutiérrez Francisco, MJ; Blanco Cañas, M; Pérez Arrieta, K; Alonso Cecilia, M; García-Camba de la Muela, E.

Palabras clave: psicosis, identidad de género, unidad de identidad de género (UIG)

Se presenta el caso de un paciente de 32 años, sexo biológico masculino. Mantuvo consumo de tóxicos entre los años 2002 y 2006. Dos consultas en 2007 por sintomatología ansiosodepresiva. Consulta en mayo 2014, al regreso de una estancia en Inglaterra, por ansiedad en relación a su identidad de género. En la exploración psicopatológica aparece sintomatología psicótica presente desde 2013: autorreferencialidad, percepción delirante de vigilancia, fenómenos de lectura de pensamiento, vivencias de posesión por una mujer, interpretaciones delirantes de señales que le apuntaban hacia cambiar de sexo, así como sintomatología depresiva. Se diagnostica T. mixto ansioso depresivo, episodio psicótico no tóxico a filiar y trastorno de identidad de género, pautándose escitalopram 10 mg, risperidona 3 mg y diazepam 15mgs –día. En julio 2014 contacta con la UIG, la historia biográfica revela un sentimiento de pertenencia al otro género del suyo biológico asignado desde la infancia y conductas de género femenino mantenidas desde la adolescencia, confirmándose el diagnóstico de TIG. Durante el seguimiento, remite la sintomatología psicótica poniéndose de manifiesto rasgos de inestabilidad emocional de la personalidad que hace pertinente asegurar la estabilidad psicopatológica previo abordaje endocrinológico-quirúrgico.

Una de las labores de la UIG consiste en descartar que el TIG sea debido a otro trastorno psiquiátrico. Exponemos el caso de un cuadro psicótico de origen psicógeno en relación a un conflicto de identidad de género.

Dolor facial y otros síndromes asociados a factores psicológicos. A propósito de un caso.

Sánchez García, M.C. (1); Bejarano Ávila, G. (2); Reyes Gilabert, E. (2); Luque Romero, L.G. (3).

Médica de Familia, Distrito Sanitario Sevilla Sur, Servicio Andaluz de Salud (1). Odontóloga, Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud (2). Médico de Familia, Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Servicio Andaluz de Salud (3).

Palabras clave: “dolor facial”, “síndrome dolor miofascial”, “cefaleas”, “ansiedad”, “depresión”, “síndrome colon irritable”.

Mesh: “facial pain”, “miofascial pain syndromes”, “headache disorders”, “anxiety”, “depression”, “irritable bowel syndrome”.

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos sensitivos dolorosos en el área orofacial muchas veces refleja la presencia de alteraciones sistémicas y somatizaciones psicológicas que pueden influir en la calidad de vida de un paciente.

OBJETIVOS:

Ilustrar un caso clínico del manejo médico y odontológico de una paciente con dolor orofacial y otros síndromes asociados.

MÉTODO:

Mujer de 77 años que acude a la consulta de odontología del Servicio Andaluz de Salud con sensación de ardor bucal, xerostomía, disgeusia e intolerancia a la prótesis parcial removible maxilar. Desde la muerte de una hija padece fibromialgia, síndrome de colon irritable, síndrome dolor miofascial y cefaleas y toma antidepresivos tricíclicos, inhibidor de la bomba de protones y antihistamínicos. En la analítica reciente presenta niveles bajos de vitamina B12 y hemoglobina. A la exploración intraoral observamos la lengua roja depapilada y manchas rojas y blancas en la mucosa palatina. Solicitamos un cultivo del raspado de las lesiones y realizamos un test de ansiedad de Hamilton, de depresión de Yesavage y de calidad de vida Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Su médico le solicitó un electrocardiograma.

RESULTADOS:

Candidiasis protésica y eritematosa en lengua. Trastorno ansioso-depresivo y mala percepción su calidad de vida oral. Se sustituyeron antidepresivos por inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (menos xerostomizantes); se prescribió nistatina, probióticos, vitamina B12, hierro y se reemplazaron dientes por prótesis completa removible.

CONCLUSIONES: Un adecuado diagnóstico y tratamiento de los factores psicológicos asociados a síndromes crónicos produjo una mejora sustancial en la salud local y general así como de la calidad de vida del paciente.

Dermatitis facticia en un caso de trastorno de ideas delirantes

Casas Barquero N¹, Mata Saenz B², Fashho Rodríguez E¹

¹FEA Psiquiatría H.U.V. Macarena, ²FEA Psiquiatría H.G.U. Ciudad Real

Se define la dermatitis facticia como las condiciones dermatológicas que cursan con lesiones en la piel provocadas por el propio paciente, que niega su participación en el proceso. La búsqueda del rol de enfermo es el que lleva en muchos casos al paciente a provocarse las lesiones, siendo en ocasiones este deseo de alguna forma desconocido para él mismo.

Exponemos el caso de una mujer de 53 años con antecedentes de seguimiento psiquiátrico por trastorno de ideas delirantes aunque no cumple el tratamiento antipsicótico. En los últimos meses ha empeorado de forma progresiva, con alteraciones de conducta en vía pública y domicilio y en el sueño y la alimentación. Expresa continuas referencias en su discurso a ideas de perjuicio y autorreferenciales de tipo delirante y a creencias religiosas que anteriormente no tenía. Refiere tener miedo a padecer tumores y hace referencia a haber tenido muchos anteriormente sin existir estos antecedentes.

Durante el ingreso refiere lesiones en la mama izquierda, que atribuye a cánceres de mama. Estudiadas por Dermatología, se atribuyen estas lesiones a una dermatitis facticia.

El diagnóstico de esta patología es complejo. Suelen estar localizadas en áreas del cuerpo al alcance de la persona y tener formas anguladas o geométricas. El tratamiento precisa un trabajo conjunto de Dermatología y de Psiquiatría. La empatía y la no culpabilización son esenciales en el abordaje desde Dermatología, estableciendo una relación empática con el paciente y con apoyo por parte de psiquiatría.

Palabras clave: trastorno de ideas delirantes, dermatitis facticia, trastorno depresivo/delusional disorder, dermatitis artefacta, depressive disorder

Delirios melancólicos. El síndrome de Cotard

Florido Puerto A.I. (*), Guillén Guillén E. (**), Romero Guillena S.L. (***), Guillén Benítez M. (***)

*M.I.R.2 Psiquiatría UGC Hospital Virgen Macarena.

**Psicóloga Clínica Área de Justicia Juvenil de Córdoba.

***Psiquiatra UGC Hospital Virgen Macarena

En 1882 Jules Cotard describió el delirio nihilista o delirio de negación, caracterizado por contenidos de negación o inexistencia referentes al cuerpo. Posteriormente tras el análisis de distintos casos, se realizaron clasificaciones clínicas en varios subtipos, según sintomatología predominante. Un primer tipo incluye una forma de depresión psicótica, el cual engloba una serie de cuadros psicopatológicos que, teniendo como base una forma de sintomatología depresiva “endógena” (melancolía) presentaban la particularidad de manifestar sintomatología psicótica (p.ej. idea delirante de negar tener órganos, de estar vacío por dentro). Un segundo tipo, descrito como el **síndrome de Cotard tipo I**, fue asociado con delirios hipocondríacos y nihilistas, y ausencia de episodios depresivos. El tercer grupo fue el **síndrome de Cotard tipo II**, que incluía sintomatología ansiosa, depresiva, alucinaciones auditivas, delirios de inmortalidad, delirios nihilistas y comportamiento suicida, como características destacadas.

En la actualidad el término ha caído en desuso y los pacientes que antes eran incluidos en este diagnóstico, hoy, con las clasificaciones internacionales al uso, se incluirían dentro de los “Episodios depresivos graves con síntomas psicóticos (F32.3 según cie10)”. También pueden incluirse dentro de los trastornos delirantes (F22.0).

Aportamos el caso de una paciente que comienza con un aparente episodio depresivo de corte reactivo, al que se añade sintomatología de características psicósomáticas (molestias abdominales) que la paciente vive de una forma delirante.

Palabras clave: Síndrome de Cotard, delirio melancólico, delirio de negación, delirio hipocondríaco, delirio nihilista.

Keywords: Cotard’s syndrome, delusion of melancholia, delusion of negation, hypochondriacal delusion, nihilistic delusion.

Cefalea tensional crónica e hipocondría: fachadas de una realidad silenciosa

Bello Pombo, I.; Alonso Vilar, C.; Aniorte Martínez, D., Murcia Liarte, J.B.; Raposo Hernández, M.R.

RESUMEN: Introducción: Se presenta el caso de una mujer magrebí de 36 años, casada con un hombre también magrebí y con dos hijos de 4 y 7 años que trabaja desde hace años en un almacén. Reside en España desde hace más de diez años y presenta patología hipocondríaca y cefaleas tensionales diarias además de ligeros síntomas de ansiedad presentes de manera subclínica. Aunque es multifrecuentadora del Servicio de Urgencias, de la consulta del médico de Atención Primaria y consume abusivamente fármacos para aliviar dichos síntomas, presenta un funcionamiento adecuado. Método: Es derivada a Psicología Clínica, presente en ese momento en el propio Centro de Salud de la paciente, por su médico de atención primaria para abordar la problemática. Resultados: Tras pocas sesiones disminuyen dolores y preocupaciones hipocondríacas, las consultas, tanto a su médico como al hospital, y el consumo de fármacos es ocasional. Dicha mejoría es consecuencia del poder analizar y expresar en un entorno seguro su gran malestar marital, malestar que desconoce el resto de su entorno, y poder abordar sus preocupaciones con respecto a su futuro de manera realista y encuadrada en su verdadera preocupación vital. Conclusiones: Es importante tener en cuenta los problemas relacionales en casos donde lo somático toma un papel relevante pero inespecífico.

PALABRAS CLAVE: cefalea, hipocondría, psicología

KEYWORDS: headache, hypochondria, psychology

A propósito de un caso de mareos en atención primaria

Sánchez García, M.C. (1); Dominguez Castillo, M. (1); Beltrán Martínez A. (1); Castro Aragón, J.L. (1).

Médico de Familia, Distrito Sanitario Sevilla Sur, Servicio Andaluz de Salud (1).

Palabras clave: “vértigo”, “depresión”, “ansiedad”, “mareos”.

Keywords: “vertigo”, “depression”, “anxiety”, “dizzines”.

INTRODUCCIÓN:

El vértigo es una causa común de consulta en la atención primaria. Se trata de un padecimiento discapacitante, que afecta a la realización de las actividades cotidianas y al estado emocional y social de quien lo padece.

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial para filiar el origen del mismo.

OBJETIVOS:

Ilustrar un caso clínico del manejo médico del vértigo psicógeno.

MÉTODO:

Paciente mujer de 45 años que acude a consulta de atención primaria por cuadro de mareos y vértigos de varias semanas de evolución, en los meses anteriores consultas

frecuentes por cervicalgias, parestesias en miembros superiores, astenia, palpitaciones, disnea y náuseas. Refiere que le vienen pasando desde que falleció su marido hace un año.

Sin antecedentes personales de interés.

RESULTADOS:

La exploración física es anodina. Alterada exclusivamente la exploración psíquica, test de depresión de Beck 30 puntos (depresión moderada) y test de ansiedad de Hamilton 44 (ansiedad muy severa).

Pruebas complementarias: analítica completa, electrocardiograma y radiografía de columna cervical.

Se realiza diagnóstico diferencial del vértigo descartándose organicidad.

Juicio clínico: trastorno de adaptación mixto, con ansiedad y depresión (DSM-IV).

Plan de actuación se inicia tratamiento con lorazepam (3 semanas) y escitalopram, citando para revisión en un mes, refiriendo en la nueva visita mejoría del estado de animo.

CONCLUSIONES:

El vértigo psicógeno sus causas suelen estar relacionadas con estrés, tensión emocional, ansiedad y depresión. Es importante realizar desde atención primaria un abordaje integral del paciente ante dicha sintomatología.

“No quiero dejar de ser un niño”. Caso clínico de un trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

Alonso Vilar, C. y Bello Pombo, I.

Introducción:

El diagnóstico de trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos describe a personas cuyos síntomas no coinciden con los criterios para el diagnóstico de trastornos alimentarios tradicionales (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa), pero que, sin embargo, experimentan problemas clínicamente significativos con el comer o ser alimentados.

Material y método:

Estudio de caso.

Resultados:

Paciente varón de 12 años y 7 meses de edad, que ingresa en Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil por síndrome general, astenia, dolor epigástrico, pérdida ponderal (IMC= 12,15) y alteraciones conductuales en relación con la alimentación. Las exhaustivas exploraciones orgánicas realizadas son negativas en hallazgos que puedan justificar que su ingesta sea tan escasa. Desde la infancia presenta dificultades para la ingesta de múltiples alimentos, con dieta restrictiva y selectiva, manteniendo hasta la actualidad dieta poco equilibrada y necesidad de suplementación oral para mantener estado nutricional. Unido a este cuadro clínico el paciente presenta una actitud regresiva en el seno familiar así como deseo muy intenso de no crecer y dejar de ser niño, provocando interferencia en el funcionamiento psicosocial del paciente. No existe distorsión de la imagen corporal ni temor a la recuperación ponderal. Se ha pautado tratamiento psiquiátrico así como se han realizado intervenciones psicológicas individuales y grupales.

Conclusiones:

La adopción del rol de “enfermo”, la inadaptación previa a su entorno social, con un deseo muy intenso que expresa de no crecer, y con posible ganancia secundaria relacionada, orienta a una etiología predominantemente psicógena de su trastorno alimentario, en concreto, cumple criterios para el diagnóstico de Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

Palabras clave

Restricción, Evitación, Alimentación, Trastorno.

Keywords: Restriction, Avoidant, Feeding, Disorder.

Coordinación entre Atención Primaria y la USM en Trastorno Mental

López Lavela, E*; Mata Saenz, B**; Morales Sainz, I*; Rodríguez Cano. T**

*MIR Psiquiatría Hospital General Universitario Ciudad Real **FEA Psiquiatría. Hospital General Universitario Ciudad Real

La prevalencia de los Trastornos Mentales entre las personas atendidas en Atención Primaria se sitúa en torno al 30%. La atención primaria no es un mero filtro hacia los servicios especializados, sino una figura clave para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estos pacientes. Presentamos el caso clínico de una paciente de 30 años con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I que acudió a la Unidad de Salud Mental para revisión. Tiene como tratamiento habitual Acido Valproico, Asenapina y Rivotril, estabilizada desde hace meses sin ajustes de dosis.

En la analítica de control se observa descenso de los niveles de Valproato en sangre, descenso de TSH y aumento de T4 y de Anticuerpos antitiroideos. Estas semanas se había encontrado más deprimida, con tendencia al aislamiento. Tanto ella como su marido confirman que toma el tratamiento adecuadamente.

Estableciendo una buena coordinación entre el servicio de salud mental y atención primaria, se decide el ajuste farmacológico de forma conjunta y la derivación endocrinología. Se pauta Tiamazol para control del tiroides y se aumenta temporalmente el Valproato, ya que evidenciamos que el aumento de metabolismo causado por el hipertiroidismo reciente podría provocar el consumo del fármaco.

En la siguiente revisión la paciente se encontraba estabilizada anímicamente. Está en seguimiento por endocrinología que ha mantenido el tratamiento. Debemos favorecer la mejor atención y la continuidad asistencial desde un abordaje integral a las personas con trastorno mental, estableciendo para ello, los mecanismos de relación adecuados entre los equipos funcionales.

Urgencia urinaria: A propósito de un caso

Daniel Aniorte Martínez*, Inés Bello Pombo**

*Psicólogo Clínico del Servicio Murciano de Salud. ** Psicóloga Interna Residente del Servicio Murciano de Salud.

Palabras clave: Urgencia urinaria. Terapia conductual. Ansiedad.

Keywords: Urinary Urgency. Conductual Therapy. Anxiety

La urgencia urinaria es un síntoma ansioso de nido como la necesidad imperiosa de ir al aseo a orinar sin que la micción sea necesaria o no exista una necesidad fisiológica real, en ausencia de una causa orgánica que lo justifique. Esta necesidad de orinar se ve incrementada en situaciones en donde el acceso a un aseo está restringido.

Objetivo: Llevar a cabo una intervención conductual para probar su eficacia.

Método: Se aplicará un Estudio de Caso Único AB. Las escalas usadas son: “Índice de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger” (STAI); “Inventario de Discapacidad de Sheehan” y registro de frecuencia de ir al aseo. El tratamiento aplicado consta de psicoeducación y exposición a situaciones ansiógenas con prevención de respuesta.

Caso: Mujer de 36 años derivada por médico de Atención Primaria por ansiedad con urgencia urinaria como principal síntoma. Descartado origen orgánico. Interferencia en su día a día con insomnio de conciliación en donde llega a levantarse a ir al aseo entre 5 y 6 veces antes de dormir y problemas en las relaciones laborales dada la alta frecuencia con la que se ausenta de su puesto para ir al servicio. Conciencia de origen ansioso.

Resultados: La urgencia urinaria se resolvió en 16 sesiones, normalizando la micción y verbalizando ausencia de problema tal como se muestra en las pruebas posttest.

Conclusiones: La Terapia Conductual se mostró eficaz. Son escasos los estudios sobre este tipo de problemática por lo que los resultados indican un campo de investigación prometedor hacia la búsqueda de tratamientos eficaces.

Un caso de dolor vulvar crónico

Sanchez Blanco E¹, Sanchez Blanco B²

Profesora de Educación secundaria y postdoctoral investigadora de la universidad de Vigo¹.
Servicio de Urgencias EOXI². Vigo

OBJETIVOS

Diagnóstico de vulvodinia en pacientes con dolor vulvar crónico.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación

Paciente de 46 años, con cuadro de cinco años de evolución con dolor crónico en región perineal, disestesia y alodinia al roce cutáneo.

Vista por reumatología, neurología, coloproctología, ginecología y urología y remitida a dermatología para descartar una posible ITS.

Antecedentes

Diabetes mellitus tipo II de 2 años de evolución y sobrepeso.

Intervenida quirúrgicamente de pendentomía, hemorroidectomía y 4 cesáreas, con posterior histerectomía completa.

Exploración física

Desde el 2004, presenta episodios de tenesmo, disuria y poliaquiuria diurna y nocturna, además de dolor pelviano más intenso del lado izquierdo con cierto alivio al orinar que se acompaña de urgencia urinaria.

RESULTADOS

Pruebas complementarias

Leucocituria y hematuria con presencia abundante de mucina.

Urocultivos negativos.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico inicial de síndrome de adherencias, consecuencia de las múltiples cirugías pélvicas.

Tratamiento

Tratada con heparina intravesical, musculotropos, antidepresivos y dieta específica.

CONCLUSIÓN

La vulvodinia, enfermedad multifactorial de etiología desconocida, definida como "malestar crónico vulvar, caracterizado por ardor, picazón, irritación o sensación de "carne viva" (ISSVD), en ausencia de hallazgos visibles, clínicamente identificables, patología neurológica o infección de la piel" de más de tres meses de evolución, es frecuentemente diagnosticada como alteraciones emocionales o trastornos psicológicos, al no encontrar una causa clínica asociada a la misma. Los objetivos del tratamiento son fundamentalmente reducir el dolor, mejorar la calidad de vida así como la función sexual.

Palabras clave: vulvodinia, dolor vulvar crónico, ansiedad y disfunción sexual.

Key words: Vulvodynia, chronic vulvar pain, anxiety, sexual dysfunction.

Un caso de Abordaje Integral en Atención de Salud

Manuel José Mejías Estévez, Víctor Rivas Jiménez, José Luis Herrero Burgos

Resumen:

Varón de 42 años. Musulmán. Veterinario con alto nivel cultural. Es Saharaui aunque vive desde hace años en España, actualmente en casa de su prima. Su familia, esposa y dos hijos de 5 y 8 años, viven desde en el campamento Tinduf saharai a los que no ve desde hace 2 años. Tiene escasos recursos económicos y carencia de tejido social.

Su historia de salud comienza en octubre de 2009 cuando es diagnosticado de un Adenocarcinoma de recto inferior, tratado con cirugía y quimioterapia coadyuvante a lo largo de varios meses. En diciembre de 2011, se detecta extensión de enfermedad en próstata, por lo cual le es extirpada la misma, acompañado de nuevos ciclos de quimioterapia. En abril 2012, se detecta extensión como nódulos pulmonares. En agosto, complicaciones renales y de asas intestinales obligan de nuevo a operar en 2 ocasiones. Dos meses después se tiene que reintervenir con drenaje bilateral por fracaso renal de ambos riñones, así como sondaje vesical permanente. Tras su paso por numerosos especialistas y unidades, a finales de 2012, empieza a ser valorado por Cuidados Paliativos debido a la complejidad del caso, entre muchos motivos, por difícil control del dolor, problemática de índole social y sufrimiento psicológico-espiritual. En esos momentos, él conocía que padecía cáncer y que no era curable, pero no tenía claro su mal pronóstico a corto plazo.

Problemas detectados y plan de actuación asociado:

- Dimensión biológica:
 - Astenia secundaria a anemia. Transfusiones.
 - Infecciones frecuentes (sobre todo urinarias). Antibioterapia.
 - Fístula entero-vesical. Octeótride (desestimada cirugía).
 - Hematuria y fecaluria. Lavados continuos con recambios periódicos de sonda.
 - Dolor neuropático difícil. Metadona (tras múltiples intentos con otras alternativas terapéuticas).
- Dimensión Social:
 - Escasez de recursos económicos. Medicación por AECC. Vivienda por prima.
 - Planificación del viaje al campamento Saharaui. Policía Nacional. Embajada de Argelia. Asociación Andaluza Saharaui. Farmacia y dirección médica del Hospital de Jerez. Iberia.
- Dimensión Psicológica y espiritual:
 - Sufrimiento. Aceptación y apoyo a través de sus creencias religiosas. Información gradual y adaptada. Reforzamiento. Confrontación de malas noticias. Posibilidad de despedida de su familia tras estabilización clínica y preparación del viaje.

Este caso resume:

1. El abordaje multiprofesional donde enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, enfermeras gestoras de casos, cirujanos, urólogos,... han trabajado de forma coordinada como equipo.
2. La atención a paciente y familia como unidad a tratar.
3. El abordaje multidimensional sin centrarse únicamente en el apartado físico que requería un alto conocimiento científico como es el tratamiento de infecciones complicadas o una rotación de opiáceos a metadona (fármaco prácticamente en desuso) sino también de las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales

Síntomas psiquiátricos en la Enfermedad de Huntington

Autores: Morales Sáenz I. (1); Mata Sáenz, B.(2); López Lavela, E.(1); Leal Sánchez C.(2)

(1) Residente de psiquiatría del Hospital General de Ciudad Real

(2) FEA del servicio de psiquiatría del Hospital General de Ciudad Real.

RESUMEN:

En ocasiones nos encontramos con barreras complicadas en el diagnóstico de enfermedades que cursan o debutan con síntomas psiquiátricos. Es el caso de la Enfermedad de Huntington, que se presenta como una enfermedad de herencia autosómica dominante, con alteraciones motoras, psiquiátricas y deterioro cognitivo, que actualmente carece de tratamiento eficaz y pone sobre la mesa problemas éticos en cuanto a la decisión del paciente de no realizar el estudio de la enfermedad, dificultando de ese modo también un correcto abordaje sanitario.

Presentamos el caso de un paciente de 40 años con antecedentes de síntomas depresivos sin seguimiento ni tratamiento. Retoma contacto con Salud Mental tras un problema legal con su familia por amenazas, presentando clínica delirante de prejuicio. Requiere altas dosis de tratamiento antipsicótico sin remisión total de los síntomas, impresionando de cierto primitivismo y escasos recursos intelectuales. Durante el estudio, el paciente rechaza la realización de pruebas complementarias cuya finalidad fuera descartar la enfermedad de Huntington. Ingresa nuevamente meses después, habiendo abandonado en varias ocasiones el tratamiento, con empeoramiento de los síntomas comportamentales, conductas infantiles y empeoramiento del estado cognitivo, realizándose finalmente el diagnóstico de Corea de Huntington tras el estudio.

El diagnóstico se vio retrasado por la negativa del paciente. Al ser estudiado y diagnosticado de una enfermedad ya conocida en su familia, presenta una mejor aceptación de la situación por ellos, a pesar de no poder ofertar alternativas terapéuticas curativas.

Palabras clave: Enfermedad Huntington, síntomas psiquiátricos, problemas éticos al diagnóstico, retraso en el diagnóstico.

Keywords: Huntington disease, psychiatric symptoms, ethical issues in diagnosis, delayed diagnosis.

Las alteraciones de conducta en pacientes con retraso mental: implicaciones orgánicas y psiquiátricas

Mata Saenz B¹, Lopez Lavela E², Morales Sáenz I², García Lázaro F², Rodríguez Cano T¹

¹FEA Psiquiatría Hospital General Universitario de Ciudad Real

²MIR Psiquiatría Hospital General Universitario de Ciudad Real

La incidencia de hipotiroidismo congénito en niños con síndrome de Down es mayor que en la población general. Su tratamiento produce efectos beneficiosos en el crecimiento y el desarrollo y reduce la probabilidad de agravamiento.

Planteamos el caso de una mujer de 50 años afecta de síndrome de Down, diabetes e hipotiroidismo con tratamiento farmacológico corrector y fauquetomizada; institucionalizada y dependiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. No cuenta con antecedentes de atención psiquiátrica especializada. Desde hace un tiempo que no saben precisar, la paciente presenta insomnio y se encuentra más nerviosa de lo habitual. Se han prescrito ansiolíticos benzodiazepínicos (con reacción paradójica) y haloperidol (con sedación excesiva).

Se realiza inicialmente tratamiento con paliperidona oral, dados los antecedentes somáticos de la paciente que desaconsejan otros antipsicóticos atípicos y las reacciones adversas previas. Solicitamos también control analítico del perfil tiroideo. Inicialmente se inicia tratamiento con 3 mg de paliperidona, aumentando desde la residencia a 6 mg por falta de respuesta. Al realizarse la analítica, se identifica una TSH <0,01 mcU/ml (0,35-5,35) por lo que se inicia reajuste de la levotiroxina reduciéndose las necesidades de paliperidona y desapareciendo a los 6 meses al normalizarse la TSH.

El estudio y estabilización orgánicos son esenciales en paciente que presentan alteraciones psiquiátricas y en especial en las alteraciones de conducta. No realizar este ajuste y estudio, nos lleva al uso de fármacos innecesariamente y a un mal manejo de los pacientes por lo que hace imprescindible este abordaje.

Palabras clave: Enfermedad tiroidea autoinmune, retraso mental, alteraciones psiquiátricas//
Autoimmune thyroid disease, mental retardation, psychiatric disorder.

La identidad de la fibromialgia en una paciente con trastorno de personalidad.

Palabras clave: Fibromialgia, Trastorno de personalidad, Histeria, Somatización

Key words: Fibromyalgia, Personality Disorder, Hysteria, Somatization

Autores: Baquero Leyva, M.; Cocho Santalla, C.; Blanco Martos, A.; Rezende Borges, L.; Alvarez-Arenas Alcami, J.

El caso clínico que presentamos es una paciente de 42 años con diagnóstico de fibromialgia y que adquiere una fuerte identidad de enferma fibromiálgica hablando de sus propios síntomas como colectivo. A su vez, inicia seguimiento por salud mental con síndrome ansioso-depresivo tras situación vital complicada. Realizó un seguimiento irregular, con múltiples urgencias por gesto autolítico, apreciándose rasgos caracteriales disfuncionales con actitud demandante, externalizadora, regresiva y pitíatica. Se aprecia en ella una clara relación entre sus síntomas somáticos y su situación psicopatológica.

La fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por dolor crónico difuso de más de 3 meses de evolución y sensibilidad aumentada a la palpación en los denominados “puntos gatillo”. En la FM resulta esencial el valor simbólico y comunicacional de la queja, validando al paciente en la misma. El abordaje psicossomático la consideraría una expresión a través del cuerpo de conflictos psicógenos y diferentes grados de estrés no expresados. Desde esta concepción se buscaría una reconstrucción de la narrativa del paciente formando una nueva identidad en la que enfermedad y dolor no sean los únicos protagonistas.

Así mismo se debe valorar que la sociedad crea en torno a esta enfermedad una alarma con crecientes demandas a favor de los aspectos más pasivos, regresivos e infantiles de los pacientes. Se crea así, una red de atención a este colectivo con múltiples intereses desde diferentes ámbitos. Se debe apreciar que esta patología encaja perfectamente con una sociedad de intolerancia a la frustración, el esfuerzo y el displacer.

El síntoma: Incontinencia urinaria

López Chamón, S.; Ramírez Parrondo, R.; Casquero Ruiz, R.; Arrieta Antón E.; Arbesú Prieto J.

Datos sociales y filiación

Mujer de 30 años. Vive en casa de acogida tutelada por su padre.

Tiene novio, no relaciones sexuales.

Antecedentes personales médicos de interés y tratamiento:

- Trastorno límite de personalidad, retraso mental.

- Dos episodios de neuritis óptica atendidos en urgencias, recuperación completa sin objetivar lesión.

- Incontinencia urinaria, estudio urológico negativo Utiliza bragas absorbentes.

- Tratamiento: vesicare y anticonceptivos

Historia actual:

Citada en consulta concertada médica para una revisión general (petición análisis de sangre y orina, citología y valoración de adherencia terapéutica) nos aparecen algunas dudas:

- No teniendo relaciones sexuales por qué utiliza anticonceptivos hormonales

- No tiene citologías previas, no tiene relaciones sexuales, es virgen?

La entrevista clínica no resulta fácil, la mediadora es la madre y actúa como un potente filtro. Sólo cuando se crea clima de confianza, nos refiere que cuando la paciente era adolescente la violaron dos menores de edad.

Sospechamos que esta situación crea un importante conflicto familiar no superado. Transmiten sentimientos de culpabilidad, sobreprotección, pactos de silencio y chantajes afectivos.

Ofrecemos ayuda psicológica y abordar las implicaciones médicas y sociales. Rechazan toda intervención salvo los controles médicos rutinarios.

El caso queda abierto y pendiente de seguimiento:

- Estamos ante una paciente somatizadora: incontinencia urinaria y neuritis óptica.

- Paciente compleja que rechaza ayuda y con presencia de conflictos psíquicos no resueltos.

Para sucesivas visitas se requiere escucha activa, intensificar alertas, ofrecer confianza, reiterar ayuda y vencer nuestras resistencias para aceptar el rechazo.

El reto de Sensibilidad Química Múltiple (SQM), ¿más allá de la comorbilidad psiquiátrica?

A -S Viedma Martín, N Garrido Torres, C Fabre Bernal, A Gómez Rebollo, D Peral Pacheco

Palabras clave:

SQM (sensibilidad química múltiple), psicosis, alucinaciones Multiple chemical sensitivity, Psychosis, hallucinations

Introducción

En los últimos tiempos, en las consultas estamos encontrando síntomas quizás fuera del contexto de la patología orgánica y posiblemente más allá de la patología psicosomática.

Partiendo de estas premisas, presentamos un conjunto de dolencias poco conocidas e incomprendidas desde la sociedad e incluso mayoritariamente también desde el mundo médico. Si bien, resultan determinantes en el desarrollo vital del individuo pues llevan inherente gran carga estigmatizante de incompreensión social.

Objetivos

Presentar una revisión actual del tema. Alejarnos de visiones reduccionistas y aspirar a acercarnos a una concepción integral y liberada del estigma que sufre esta patología. Profundizar en la hipótesis de que el SQM y la psiquiatría comparten más que comorbilidad.

Caso

Mujer de 45 años, soltera, licenciada en ingeniería agrícola. En su persona coexisten el diagnóstico de SQM junto a un probable diagnóstico de esquizofrenia. Describe una realidad que ha sido invisible para diferentes profesionales que la han atendido previamente, hasta cristalizar en el diagnóstico del padecimiento del SQM en el año 2008. Ha sido valorada por Salud Mental de forma transversal en diferentes momentos de su trayectoria,

requiriendo ingreso hospitalario “*por sospecha de clínica psicótica*” en junio de 2015 con fecha de alta veintidós días después.

Discusión

Muchas veces el sustrato de las alteraciones orgánicas se encuentra en el mundo mental, sin embargo, en otras ocasiones resulta ser a la inversa. En esta línea nos movemos entre la química artificial y la bioquímica, entendidas como desencadenantes del padecimiento.

¿El cuerpo lo primero? A propósito de un caso

Carmen Batz Colvée; Miguel Romero González; Almudena Blanco González; Ana Rico de la Cruz

Mujer de 41 años que acude a su médico de cabecera por presentar una importante pérdida de peso (de unos 21 kg en un año), sensación de cansancio constante, quejas de fallo de memoria y ánimo bajo que refiere secundario a estos síntomas. El malestar se inicia hace un año y medio, coincidiendo con el postparto de su segundo hijo. Las pruebas médicas realizadas descartan un proceso orgánico, y posteriormente, de forma consensuada con la paciente, se procede a su derivación a Salud Mental. En la entrevista de evaluación inicial en el servicio de Salud Mental aparecen como conductas problema anhedonia, apatía, irritabilidad, bajo ánimo y ansiedad. Además, presenta una gran preocupación por su situación y las implicaciones en su familia, acompañados de fuertes sentimientos de culpa y autodesvalorización. En posteriores entrevistas se descarta patología de corte alimentario y se constata la sintomatología ansioso-depresiva mediante pruebas psicométricas. Se consensuan con la paciente como objetivos terapéuticos la mejora del estado de ánimo y de las relaciones en el núcleo familiar. Se optó por la aplicación de un tratamiento de corte cognitivo-conductual, aplicando técnicas variadas: activación conductual y potenciación de actividades agradables y de ocio, práctica de relajación, uso de narrativas, autoregistros y trabajo sobre distorsiones cognitivas. En total fueron 8 sesiones de 45 minutos y frecuencia quincenal inicialmente, realizando dos sesiones más de seguimiento y valoración de logros al mes y medio y a los tres meses. La escala de BDI mostró una mejoría significativa en su estado de ánimo, coincidente con la percepción subjetiva de mejoría de la propia paciente al final de la terapia. Tras la última sesión de seguimiento se evaluó el grado de consecución de objetivos logrados y del estado general actual, procediendo al alta por mejoría tras ocho meses desde el inicio del tratamiento.

Disfagia nerviosa asociada a alergia alimentaria

Daniel Aniorte Martínez*, Inés Bello Pombo**

*Psicólogo Clínico del Servicio Murciano de Salud. ** Psicóloga Interna Residente del Servicio Murciano de Salud.

Palabras clave: Disfagia nerviosa. Alergia. Terapia conductual. Aceptación. **Keywords:** Nervous Dysphagia. Allergy. Conductual Therapy. Acceptance.

La disfagia nerviosa suele describirse como una moles a o picazón en la garganta que impide la deglución. Es normal que esta problemática demande atención psicológica tras descartar origen orgánico con las pruebas médica pertinentes. Se presenta un caso de un niño de 13 años que acude derivado de su pediatra por una disfagia nerviosa secundaria a episodios de alergia alimentaria.

Objetivo: Probar el efecto de una intervención psicológica basada en la técnicas de exposición y aceptación en el abordaje de la disfagia nerviosa

Método: Estudio de Caso Único AB. Evaluación pretest-postest mediante establecimiento de línea base. Medidas de la ansiedad subjetiva experimentada y la aceptación. El tratamiento consta de relajación, mindfulness centrado en la comida, jerarquía de situaciones y alimentos ansiógenos, exposición en imaginación y en vivo.

Caso: Niño de 13 años. Acude por incomodidad en la garganta en forma de picor que no le deja tragar. Historia previa de episodio agudo de alergia con frutos secos donde preciso hospitalización. Los últimos dos meses ha reducido el consumo de alimentos sólidos llegando a perder 4 kilos.

Resultados: Se observó un cambio en la conducta alimentaria comparando con la línea base establecida. Reducción de la ansiedad ante la comida. Normalización de hábitos alimentarios. Continuaba re riendo sensación de picor, de manera menos intensa y sin una conducta evita va contingente.

Conclusiones: La terapia conductual con técnicas de aceptación se mostró e caz en un caso de disfagia nerviosa mostrando el origen psicológico del problema y arrojando una línea de tratamiento para esta problemática.

Diagnóstico diferencial de cuadros parkinsonianos con síntomas psicóticos.

Torres Delgado, P¹; Mata Saenz, B²; Torres Trenado L³; Molina Anguita M¹; Ortega Gómez Alférez T¹

¹ Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria, H.G.U Ciudad Real

² Médico F.E.A Psiquiatría, H.G.U Ciudad Real

³ Médico Residente Medicina Interna, H.G.U Ciudad Real

Palabras clave: Parkinsonismo/ Parkinsonism, psicósomático/ psychosomatic; psicosis/ psychosis, alucinaciones/hallucinations.

Podemos considerar enfermedades psicósomáticas a aquellas enfermedades o problemas de salud, que se originan o exacerbaban a partir de alteraciones psicológicas. En otras ocasiones son las enfermedades de base orgánico que producen sintomatología de tipo psiquiátrico. Ambos conceptos abarcan enfermedades complejas por la necesidad de añadir al tratamiento farmacológico, métodos psicoterapéuticos y requerir un papel activo del propio paciente. Presentamos el caso de una paciente de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, trastorno depresivo, tromboembolismo pulmonar y cuadro tremórico desde hace 4 años sin actual seguimiento. En tratamiento con ácido fólico, lactulosa, hidroclorotiazida, pantoprazol, paroxetina, bromazepam, pramipexol, rasagilina, acenocumarol. Se encuentra insitucionalizada y en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria. Es derivada por el médico de su centro residencial por ideación delirante de perjuicio y autorreferencial con alucinaciones auditivas y visuales. Con la finalidad de descartar organicidad se realiza una resonancia magnética nuclear con hallazgos de severa atrofia cerebral difusa de predominio bifrontal, en contexto de probable patología degenerativa. Ante los resultados, se remite a la paciente al servicio de Neurología para nueva valoración. Planteamos una revisión del diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos en pacientes con cuadros parkinsonianos, teniendo en cuenta las manifestaciones psiquiátricas, edad y antecedentes neurológicos de nuestra paciente como vertiente orgánica, así como el tratamiento más óptimo y su respuesta al mismo.

Delirio de infestación: un caso de “folie à trois”

Carmen Rodríguez Cerdeira

Dermatóloga. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y Universidad de Vigo. Coordinadora del Grupo Psicodermatología del CILAD. Vigo

Modalidad: Póster

Objetivo:

Estudiar en profundidad un paciente con delirio de infestación.

Material y método: Presentación Paciente de 51 años del sexo masculino con ideas delirantes de infestación cutánea y oral. **Antecedentes** Relata haber utilizado cocaína pero no lo hace actualmente La duración media de los síntomas, hasta que llegó por primera vez a la consulta, fue de 11 meses. **Exploración física y pruebas complementarias** El diagnóstico se realizó mediante una historia clínica exhaustiva y las pruebas complementarias necesarias para descartar cualquier patología orgánica Como dato importante, cabe decir que su pareja actual y su madre compartían su patología, lo que pone de manifiesto una locura compartida (folie à trois). **Resultados: Diagnóstico** Delirio de infestación con locura compartida.

Tratamiento

Se trató con pimozida, sin éxito. Posteriormente se le administró risperidona y remitió parcialmente. El paciente se evaluó a los tres, seis y doce meses después del tratamiento.

Conclusión:

Se resaltan las dificultades en el diagnóstico y en la elección de la terapéutica adecuada por parte del dermatólogo, quien se enfrenta al dilema de manejar un trastorno psiquiátrico en el campo dermatológico. Palabras clave: Delirio de infestación, síndrome de Ekbom, psicosis monosintomática, locura compartida.

Key words: Delusional infestation, Ekbom syndrome, mono-symptomatic psychosis, shared psychotic disorder

Síndrome de hiperventilación: Estudio de caso único

Murcia Liarte JB; Navarro Pérez MA; Raposo Hernández MR; Bravo Gómez S; Bello Pombo I.

Hospital General Universitario Santa Lucía

Introducción: El Síndrome de Hiperventilación, es una patología relativamente desconocida, que requeriría un abordaje entre la Neumología y la Psicología Clínica. Se caracteriza por un patrón inadecuado de respiración, y suele llevar asociado sintomatología ansioso-depresiva.

Objetivo: Probar el efecto de una intervención psicológica sobre el Síndrome de Hiperventilación.

Caso: Mujer de 57 años derivada por el Servicio de Neumología a Psicología Clínica debido a la presencia de este Síndrome. La paciente presenta diagnóstico de Asma Bronquial Grave de más de 20 años evolución, asociada a un patrón de hiperventilación no justificable por la presencia del asma.

Método: Se aplicará un Estudio de Caso Único AB. Se llevará a cabo una evaluación pretest-postest mediante los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de Control del Asma (ACQ).
- Cuestionario de Nijmegen (evaluación del Grado de Hiperventilación).
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).
- Cuestionario sobre Calidad de Vida de St'Georges (para pacientes con problemas respiratorios).

Se realizó terapia psicológica grupal en 8 sesiones basada en una orientación cognitivo-conductual introduciendo también técnicas de tercera generación como el mindfulness.

Resultados: Tras la realización de la terapia se observa una mejoría en todos los parámetros evaluados, con descenso importante del grado de hiperventilación.

Conclusiones: Los pacientes con esta problemática podrían beneficiarse del tratamiento psicológico para la mejora en su calidad de vida, en la clínica asociada como la ansiedad y la depresión, y la disminución del cuadro de hiperventilación. Dada la escasa literatura al respecto, los resultados presentados orientan hacia una línea de tratamiento efectiva.

Trastornos de la eliminación: una alarma del desequilibrio familiar

María Victoria Sánchez López, Ángel Fernández Sánchez, Víctor Ortega Parra, Sandra Morán Melitón y Lara Garrido Valdivieso.

*Grupo Laberinto Psicoterapia para la Salud. Madrid

Palabras clave: enuresis, encopresis, patología familiar; enuresis, encopresis, family pathology

Introducción

Algunos estudios previos ponen en relación la sintomatología enurética y encoprética con variables psicopatológicas de las figuras de apego adulto encargadas de cuidado del niño: trastornos de ansiedad, rasgos de personalidad patológica y conflicto conyugal grave.

Objetivo

Estudiar la relación entre los trastornos de la eliminación y las variables familiares y personales asociadas, desde un punto de vista sistémico, que permita generar hipótesis globales sobre variables emocionales y relacionales del menor y la familia que guíen el diseño de un plan de tratamiento específico en cada caso.

Metodología

Análisis de tres casos clínicos de trastorno de la eliminación, en relación a factores de la dinámica y estructura familiar y factores individuales, psicopatológicos y de personalidad.

Resultados

Encontramos como características asociadas: dificultad para expresar la agresividad, síntomas de inseguridad y angustia; dinámica familiar compleja y agresiva, interdependencia patógena, adulto-niño, ambivalencia emocional, relación conyugal conflictiva y alto nivel de frustración.

Conclusiones

Entendemos el síntoma como señal de la emocionalidad contenida en el niño, conducta opositora y sobretodo como única forma de expresar su necesidad de pedir ayuda frente al conflicto sentido.

Dada la importancia de los factores familiares en el origen y/o mantenimiento de los trastornos de la eliminación consideramos necesario un abordaje sistémico en este tipo de casuística.

Coordinación entre Atención Primaria y la USM en Trastorno Mental

López Lavela, E*; Mata Saenz, B**; Morales Sainz, I*; Rodríguez Cano. T** *MIR
Psiquiatría Hospital General Universitario Ciudad Real **FEA Psiquiatría. Hospital General
Universitario Ciudad Real Modalidad: Caso clínico

La prevalencia de los Trastornos Mentales entre las personas atendidas en Atención Primaria se sitúa en torno al 30%. La atención primaria no es un mero filtro hacia los servicios especializados, sino una figura clave para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estos pacientes. Presentamos el caso clínico de una paciente de 30 años con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I que acudió a la Unidad de Salud Mental para revisión. Tiene como tratamiento habitual Acido Valproico, Asenapina y Rivotril, estabilizada desde hace meses sin ajustes de dosis.

En la analítica de control se observa descenso de los niveles de Valproato en sangre, descenso de TSH y aumento de T4 y de Anticuerpos antitiroideos. Estas semanas se había encontrado más deprimida, con tendencia al aislamiento. Tanto ella como su marido confirman que toma el tratamiento adecuadamente.

Estableciendo una buena coordinación entre el servicio de salud mental y atención primaria, se decide el ajuste farmacológico de forma conjunta y la derivación endocrinología. Se pauta Tiamazol para control del tiroides y se aumenta temporalmente el Valproato, ya que evidenciamos que el aumento de metabolismo causado por el hipertiroidismo reciente podría provocar el consumo del fármaco.

En la siguiente revisión la paciente se encontraba estabilizada anímicamente. Está en seguimiento por endocrinología que ha mantenido el tratamiento. Debemos favorecer la mejor atención y la continuidad asistencial desde un abordaje integral a las personas con trastorno mental, estableciendo para ello, los mecanismos de relación adecuados entre los equipos funcionales.

Abordaje psicológico grupal del dolor crónico

De la Cruz I.*, Guerra del Peso J.**, Rodríguez García O.***, López Rúa J.L.***, Lecharlier C.***

*Psicóloga Clínica. Madrid.

** Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de Retiro. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

*** Psicólogos Residentes del Complejo Hospitalario de Cáceres (Servicio Extremeño de Salud)

Palabras claves: dolor crónico, Atención Plena, terapia cognitivo-conductual

Key words: chronic pain, Mindfulness, cognitive behavioural therapy

El propósito central de este trabajo es valorar el impacto de la participación en un programa grupal mixto cognitivo-conductual con técnicas de Atención Plena en la percepción del dolor y la calidad de vida de 8 pacientes con dolor crónico lumbar derivados desde la Unidad del Dolor del Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres, al demostrarse en una amplia literatura que los factores emocionales y cognitivos juegan un importante papel como moduladores de la percepción del dolor y la respuesta a éste (Kabat-Zin, 1985; Langley, 2004; Moix, J. y Kovacs, F.M., 2009).

Después de una breve introducción que justifica el interés del programa, describimos los objetivos, métodos y resultado del programa llevado a cabo por los Residentes de Psicología Clínica de Cáceres a lo largo de 8 sesiones.

En las gráficas que ilustran el póster se ven reflejadas las puntuaciones pre y post de las distintas pruebas que se emplearon en la evaluación de los pacientes.

Los resultados indican una reducción media de 2 puntos en la Escala Visual Analógica comparando las evaluaciones inicial y final. La intervención tiene además un impacto destacado en las medidas de aceptación, catastrofización y depresión, lo que sugiere un descenso significativo en el impacto del dolor crónico en la calidad de vida de los participantes. Este cambio se puede atribuir a la modificación de actitudes y adquisición de habilidades que promueven las técnicas cognitivo-conductuales y las basadas en Atención Plena, lo que hace necesario una mayor investigación de este tipo de intervenciones, así como un abordaje de la problemática del dolor crónico desde una perspectiva interdisciplinar.

Acercándonos a pacientes con síndrome de fatiga crónica. Un nuevo reto para la psicósomática

Batz Colvée, Carmen¹, Romero González, Miguel¹, Luque Budia, Asunción². ¹Residente Psicología Clínica. ²F.E.A Psicología Clínica Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una condición clínica heterogénea y multifactorial caracterizada por fatiga y discapacidad, y cuya etiología es aún desconocida. Es un cuadro cada vez más presente en las consultas de Atención Primaria y Medicina Interna y para el cual en la actualidad no existe una indicación terapéutica determinada.

En un alto porcentaje de casos aparece sintomatología asociada a depresión y ansiedad, lo que justifica la intervención multidisciplinar. En este artículo presentamos la experiencia de un proyecto conjunto Salud Mental-Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), surgido de los encuentros entre estos dos servicios a raíz de la observación de un alto sufrimiento psíquico y las dificultades de manejo de estas pacientes en Medicina Interna (la afectación de la relación terapéutica frente a las dificultades para responder a la queja).

Tras una revisión sistemática de la bibliografía (escasa representación de estudios españoles), se diseñó un protocolo de evaluación psicológica que guió una posterior intervención grupal psicoterapéutica. Paralelamente Medicina Interna puso en marcha un protocolo de evaluación propio. Salud Mental evaluó 24 personas con SFC, de las cuales 12 participaron en el grupo. Como emergentes grupales señalar la queja acerca de la ruptura con la vida previa por los síntomas, el fuerte componente identitario de la enfermedad, la existencia de duelos y pérdidas y el alto nivel de autoexigencia. En este trabajo presentamos los resultados preliminares que evidencian el fuerte vínculo entre cuerpo y emoción, resaltando la necesidad de la intervención multidisciplinar en SFC.

Palabras clave: Síndrome de Fatiga Crónica; Intervención multidisciplinar; Evaluación psicológica; Grupo psicoterapéutico. *Key words:* Chronic Fatigue Syndrome; Multidisciplinary intervention; Psychological evaluation; Group psychotherapy.

Análisis del paciente con epilepsia farmacorresistente

- Miriam Alonso Cecilia. PIR UH La Princesa. myriam_alc@hotmail.com.
- Lorena Morago Fernández. PIR UH La Princesa. lorenamorago@gmail.com
- Blanca Peral Redondo. PIR UH La Princesa. blancaperal111@gmail.com
- Alicia Sancho Salinas. PIR, UH La Princesa. aliciasanchosalinas@gmail.com

Objetivo:

Análisis descriptivo del paciente con epilepsia farmacorresistente que acude al Servicio de Neurocirugía para valorar intervención. Características sociodemográficas, tipo de epilepsia, depresión, ansiedad, personalidad, impulsividad y salud general percibida.

Material y Método:

186 sujetos evaluados por Interconsulta HU La Princesa. Protocolo de recogida de datos: IPDE-versión DSM-IV, el HADS, la Escala de Impulsividad de Ramos-Zotes, la BPRS, el GHQ-28 y el Qolie 31. Análisis SPSS 12.0.

Resultados:

IPDE: no puntuaciones significativas.

HADS: puntuaciones más altas en ansiedad (6,24) que en depresión (3,99)

Escala de Impulsividad de Ramos-Zotes: media 27,48 (Centil 50).

BPRS: media 5,68.

GHQ-28: puntuaciones inferiores a 1 en “disfunción social (0,98)” y “depresión (0,55)”. En torno a 1 en “síntomas somáticos” (1,09) y “ansiedad e insomnio (1,11)”. La media total es 3,71, no siendo significativa.

Escala de calidad de vida: valoración media global 54,19, y de salud general 51,82. Las puntuaciones más bajas en “sensaciones de energía-fatiga, preocupación por crisis y “relaciones sociales.

Conclusiones:

Sólo se obtienen puntuaciones significativas en calidad de vida siendo significativamente peor que la del resto de la población, así como su funcionamiento a nivel laboral y social.

La intervención quirúrgica puede contribuir a mejorar su calidad de vida. Reevaluación al año de la intervención para comprobar esta hipótesis

PALABRAS CLAVE: Farmacoresistente, Epilepsia, Neurocirugía. Pharmacoresistant epilepsy, Neurosurgery.

Aspectos diagnósticos de patología psicosomática digestiva en interconsulta

Malmierca Ordoqui P.¹, Vallejo Valdivielso M.¹, Laspra Solís C.¹, Ferrer Chinchilla N.¹, Aubá Guedea E.¹

¹Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Introducción. Los trastornos funcionales son muy frecuentes en la consulta de Gastroenterología. A menudo son derivados a Psiquiatría para descartar la presencia de sintomatología ansioso-depresiva. Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas persistentes, habitualmente en situaciones de estrés, sin una explicación orgánica. Existe confusión tanto terminológica como nosológica para referirse a la patología psicosomática.

Objetivo. Nuestro objetivo es estudiar la naturaleza de la interconsulta de Digestivo a Psiquiatría, analizar las diferencias sintomáticas y diagnósticas entre los pacientes con y sin historia psiquiátrica previa, así como hacer un estudio cualitativo de las distintas expresiones empleadas por ambas especialidades.

Resultados. No encontramos diferencias significativas en cuanto al síntoma principal y diagnóstico establecido entre los pacientes con y sin historia psiquiátrica previa. En Digestivo y Psiquiatría se emplearon distintas expresiones para referirse a la misma patología.

Conclusiones. La mayoría de los casos para los que se solicita interconsulta a Psiquiatría desde Digestivo padecen síntomas de origen desconocido o somatización. En estos pacientes no existen diferencias en los síntomas digestivos principales que presentan entre los que tienen patología psiquiátrica conocida previa y los que no la tienen. Tampoco hemos encontrado una mayor proporción de diagnósticos de trastorno somatomorfo en la práctica clínica entre los que no tienen una historia psiquiátrica previa, apoyando la decisión del DSM-5 de eliminar dicho diagnóstico. Los diferentes términos utilizados para referirse a la patología psicosomática, tanto en Digestivo como en Psiquiatría, tienen importantes limitaciones y no ayudan a una adecuada comprensión y tratamiento de los trastornos.

Palabras clave: medicina psicosomática, síntomas digestivos, interconsulta psiquiatría, trastorno somatomorfo.

Key words: psychosomatic medicine, gastrointestinal symptoms, consultation psychiatry, somatomorphic disorder.

Atención plena y terapia cognitivo-conductual en el abordaje de la deshabituación tabáquica

Autores: Guerra del Peso J.*, Rodríguez García O.**, López Rúa J.L.**, Lecharlier C.**, Vázquez Antolínez B.**

* Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de Retiro. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

** Psicólogos Residentes del Complejo Hospitalario de Cáceres (Servicio Extremeño de Salud)

El objetivo de nuestro póster es evaluar la eficacia de un **programa de deshabituación tabáquica mediante estrategias de atención plena y técnicas cognitivo-conductuales** llevado a cabo por los residentes de Psicología Clínica en colaboración con el servicio de Neumonología del Hospital SPA de Cáceres.

Se trata de un protocolo grupal diseñado por estos residentes a partir de programas basados en Mindfulness y técnicas cognitivo-conductuales de demostrada eficacia (Bowen et al, 2013; Secades Villa y Fernández Hermida, 2001).

Después de una breve introducción que justifica el interés del programa, describimos los objetivos, métodos y resultados a los 6 meses de seguimiento del protocolo, llevado a cabo con 10 participantes a lo largo de 8 + 2 sesiones.

En las gráficas que ilustran el póster se ven reflejados la estructura del programa, la tasa de abandono del hábito (50%), así como las relaciones entre dependencia a la nicotina, motivación inicial y deshabituación tabáquica.

Concluimos que los resultados deben animarnos a seguir estudiando la combinación de técnicas cognitivo-conductuales con la práctica de atención plena en el tratamiento de la adicción tabáquica y a profundizar sobre los componentes que hacen de la atención plena una herramienta especialmente útil para la Psicología de la Salud.

Palabras claves: atención plena, tabaquismo, psicología de la salud

Key words: Mindfulness, nicotine addiction, health psychology

Comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de disforia de género

Blanco Cañas M, Pérez Arrieta K, Gutiérrez Francisco M^a J, Alonso Cecilia M, Garcia-Camba de la Muela E. Hospital Universitario de la Princesa.

Introducción

Los pacientes con diagnóstico de Disforia de género muestran una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos mayor que la población general.

Esta comorbilidad ha de ser diagnosticada y controlada para asegurar mejores resultados de la terapia de reasignación de género.

Objetivos

Conocer la tasa de casos en que se registran antecedentes psiquiátricos y sus características en pacientes con diagnóstico de Disforia de género valorados en consulta externa de un hospital general.

Métodos

Se revisa en 97 informes clínicos de pacientes con diagnóstico de Disforia de género valorados en consulta durante los años 2014 y 2015 la presencia de antecedentes psiquiátricos. Esta muestra es una parte de todos los pacientes que son valorados en los hospitales que integran la Unidad de Identidad de género (UIG) de la Comunidad de Madrid.

Resultados

En 43 (44,5%) casos se identifican antecedentes personales psiquiátricos. 9 (9,3%) casos tienen antecedente de depresión y 12 (12,4 %) presentan antecedente de trastorno adaptativo, siendo ambos antecedentes los más frecuentes en la muestra analizada. 6 (6,2%) de los pacientes presentan antecedente de intento autolítico.

Conclusiones

La presencia de comorbilidad psiquiátrica es frecuente en pacientes con diagnóstico de Disforia de género. Existe una mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes de trastornos de ansiedad y afectivos.

Palabras clave: gender identity disorder, comorbilidad, prevalencia,

Competencia ante la muerte de profesionales sanitarios: variables predictoras y niveles de competencia

Calle Cruz L.F., Fernández López A., Mejías Estévez MJ., Sevillano Armenta JM., Aguilera González C.

Introducción:

El grado de competencia y la actitud de los profesionales ante el final de la vida son vitales para el manejo adecuado de los pacientes y en gran medida condiciona su actuación ante la enfermedad terminal y la proximidad de la muerte. Es conveniente conocer sus necesidades para poder promover acciones que ayuden a afrontarlas satisfactoriamente y posibiliten el correcto desarrollo profesional. En esta investigación se analizan y describen los distintos perfiles actitudinales existentes en atención primaria y hospitalaria.

Objetivos: Estudiar los perfiles de afrontamiento y miedo a la muerte de los profesionales sanitarios.

Metodología: Estudio cuantitativo. Se realiza encuesta a 116 profesionales sanitarios de diferentes niveles asistenciales, aplicándose la escala de afrontamiento de Bugen y la Escala de Collet-Lester o actitud de miedo a la muerte. Análisis estadístico mediante PASW 20 para Windows.

Resultados:

Tras estandarizar las puntuaciones totales obtenidas en ambas escalas se realiza un análisis de conglomerados de k-medias, obteniéndose una buena estimación con una división de la muestra en dos grupos, caracterizados por la combinación de dos niveles de afrontamiento y miedo ante la muerte distintos: nivel 1 – bajo nivel de afrontamiento y alta puntuación en escala de miedo a la muerte; nivel 2 – alto nivel de afrontamiento y baja puntuación en escala de miedo a la muerte. Posteriormente se someten las puntuaciones de ambas escalas a análisis de regresión encontrándose que el tipo de profesión sanitaria (médico o enfermera) y el género predicen la capacidad de afrontamiento de los participantes y que el grado de experiencia profesional lo hace a su vez de la percepción de miedo a la muerte.

Conclusiones:

Se obtienen dos perfiles de competencia de los profesionales sanitarios y se determinan variables predictoras en cuanto a nivel de afrontamiento y actitud ante la muerte.

Depresión en pacientes de Medicina Interna y seguidos en Atención Primaria: prevalencia, cronificación, afectación de la calidad de vida, costes sanitarios y mortalidad

Barcones Molero MF, De La Cámara Izquierdo C, Santabárbara Serrano J, Lobo Satué A y grupo REPEP.

Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS), Hospital Clínico Universitario-Servicio Psicopatología, Red Española de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace (REPEP), Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza.

Objetivos: Calcular prevalencia depresión al alta, en pacientes Medicina Interna y cronificación a los 6 meses de seguimiento en Atención Primaria, con implicaciones de calidad de vida, consumo de servicios y costes médicos y mortalidad.

Muestra: Pacientes consecutivos ingresados en MI, criterios de inclusión/exclusión de depresión y controles: de los 3096 paciente incluidos en el estudio 312 fueron casos de depresión y 777 controles.

Instrumentos: *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), CAGE, cribado de sustancias psicoactivas, Delirium Rating Scale (DRS), Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE), SF36, Quality of Life (EuroQuol), Client Service Receipt Inventory (CSRI), Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente (EPEP).* Criterios diagnósticos *CIE-10 investigación, DSM-IV TR yCIE-9 MC.*

Procedimiento: Fase hospitalaria: cribado “lay interviewers” , clínicos estandarizados (EPEP) de los “casos probables” de depresión y “probables no casos” (procedimientos “ciegos”). Fase de seguimiento en AP (seis meses): misma sistemática en “casos” y “controles” de HADS, EuroQuol, SF36, CSRI, EPEP. Análisis uni/multivariante, técnicas no/paramétricas.

Resultados preliminares: Prevalencia de depresión en el momento del alta hospitalaria de Medicina Interna del 15,96 % con diferencias según edad, sexo y tipos de depresión. A los 6 meses de seguimiento en Atención Primaria: 41,7% de los casos y sólo el 6% de los controles siguen deprimidos; el 59,6% de los casos y el 252% de los controles tienen mal pronóstico (cronificación y mortalidad). La depresión tiende a incrementar uso de servicios médicos y calidad de vida peor en todas las variables evaluadas.

Conclusiones: Los resultados preliminares confirman las hipótesis de alta prevalencia de depresión al alta en pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados y un peor pronóstico en términos de cronificación, mortalidad, costes y calidad de vida. Se prevé planificar un estudio de intervención.

Efectos diferenciales del maltrato con respecto a otros eventos de fuerte impacto sobre la ansiedad, la depresión y la sintomatología psiquiátrica en una muestra de mujeres con fibromialgia

Peñacoba-Puente*, C., Blanco Rico*, S., San Román Canelada*, L., Pérez Calvo*, M.S. y Velasco Furlong*, L.

*Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón, Madrid).

El objetivo del presente trabajo es analizar la posible relación entre el maltrato, frente a otro tipo de evento vital (como muerte de un familiar, enfermedades familiares o problemas económicos entre otros), y los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y psiquiátrica en mujeres diagnosticadas de fibromialgia.

Participaron en este estudio 85 pacientes de distintas asociaciones de fibromialgia de la Comunidad de Madrid con una edad media de 51.98 años (DT: 9.44; rango 30-75 años). El protocolo de evaluación a administrar estaba formado por medidas de ansiedad y depresión (HADS), sintomatología psiquiátrica (SCL-90) y diferentes variables sociodemográficas y clínicas de interés. Los eventos vitales fueron recogidos mediante una entrevista diseñada específicamente para evaluar trauma.

Los resultados muestran que el 84.3% de la muestra tiene un posible riesgo de padecer ansiedad y un 67.1 % de padecer depresión; un 63.2% se sitúa en niveles de riesgo probable de padecer ansiedad frente a un 34.3% de padecer depresión; finalmente, un 28.6 % tiene riesgo de ansiedad severa frente a un 8.6% de depresión severa. Respecto a la relación del maltrato respecto a la sintomatología emocional, se observa que las mujeres víctima de maltrato puntúan significativamente más alto ($p < .000$) en ansiedad (Media: 16.72, SD: 2.37) que las mujeres que han vivido otro tipo de evento (Media: 11.67, SD: 4.40). No se observan diferencias significativas en lo que respecta a la depresión ($p = .077$) ni a la sintomatología psiquiátrica (SCL-90), salvo en el caso de la ansiedad ($p = .015$), con mayores puntuaciones en las pacientes víctimas de maltrato.

Palabras clave: fibromyalgia, anxiety, depresión, salud mental, abuse

El paciente VIH hospitalizado: Comorbilidad psiquiátrica y somática y aspectos psicofarmacológicos

Monforte Porto J.A., Gelado Matellán C.
Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora (SACYL).

Objetivos: Determinar la patología somática y psiquiátrica, así como la prescripción de psicofármacos en los pacientes VIH atendidos por una Unidad de Psiquiatría de Enlace de un hospital general.

Material y método: *Material:* Variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (tipo de patología somática concomitante, consumo de tóxicos y tipo de sustancia tóxica, antecedentes psiquiátricos, motivo de consulta, diagnóstico psiquiátrico principal y global realizado desde la interconsulta) y terapéuticas (número de psicofármacos, tratamiento psicofarmacológico previo y desde la interconsulta). *Diseño del estudio:* Estudio epidemiológico prospectivo sobre 25 pacientes con VIH de las 1204 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de octubre de 2015.

Resultados: La edad media es de 47,28 años, varones el 68%. Las patologías somáticas concomitantes más prevalentes son digestivas (51,5%), respiratorias (24%) y neoplásicas (12%). Un 84% reconocía consumo de tóxicos, fundamentalmente tabaco (64%), cocaína (40%), opiáceos (36%) y alcohol (28%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron la valoración/ajuste de tratamiento (84%), el ánimo depresivo (40%) y los síntomas de ansiedad (32%). Desde la interconsulta los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (40%) y por consumo de sustancias (40%), seguidos de los trastornos mentales orgánicos (12%). Se prescribió tratamiento psicofarmacológico al 88% de los pacientes, dos psicofármacos al 66% y tres al 36%. La media de psicofármacos por paciente es 3,2.

Conclusiones: Elevada comorbilidad psiquiátrica/somática y polifarmacia (≥ 4) en el paciente VIH ingresado en el hospital general, precisando de una valoración integral que facilite su adecuado abordaje terapéutico.

Palabras clave: comorbilidad psiquiátrica, comorbilidad somática, psicofarmacología, hospital general, VIH.

Key words: psychiatric comorbidity, somatic comorbidity, psychopharmacology, general hospital, HIV.

Estudio comparativo de la determinación de perfiles de competencia en profesionales sanitarios

Calle Cruz L.F., Fernández López A., Sevillano Armenta JM., Mejías Estévez MJ., Aguilera González, C.

Introducción:

En esta investigación se analiza en qué medida los procedimientos de análisis existentes contribuyen a la determinación de niveles de competencia ante la muerte de los profesionales en el ámbito sanitario. La asignación de perfiles a distintos grupos en relación a su destreza permite delimitar las variables que inciden en su práctica diaria y además facilitar la ejecución de planes formativos y acciones correctoras. Para ello, se comparan los resultados obtenidos mediante dos técnicas de clasificación utilizadas habitualmente en sistemas de aprendizaje no supervisado: agrupación de k-medias y mapas auto-organizados (Self Organized Maps).

Objetivos:

Realizar un estudio comparativo del grado de competencia ante la muerte de una muestra de profesionales sanitarios al ser analizada mediante técnicas de aprendizaje no supervisado.

Metodología: Estudio cuantitativo. Se realiza encuesta a 116 profesionales sanitarios de diferentes niveles asistenciales, aplicándose la escala de afrontamiento de Bugen y la Escala de Collet-Lester o actitud de miedo a la muerte. Análisis estadístico mediante software de análisis de datos Weka y PASW 20 para Windows.

Resultados:

Se somete la muestra al procedimiento de k-medias y clasificación mediante mapas auto-organizados para distintos valores de los parámetros: número de clústers, neuronas por nivel, tasas de aprendizaje, función de cálculo de la distancia. Se compara el porcentaje de instancias por grupos, distancia media y varianza de los elementos a los centroides de grupo y la distancia intergrupos. Finalmente se analiza la representación gráfica de los clústeres obtenidos y bias encontrados.

Conclusiones:

Se muestran las ventajas detectadas para delimitar perfiles de competencia ante la muerte al utilizar los mapas auto-organizados frente a la caracterización de k-medias.

Evaluación de un programa de Interconsulta –Coterapia entre Atención Primaria y una Unidad de Salud Mental Comunitaria

Santamaría Gómez O. Psiquiatra USMC Los Palacios-H.Nuestra Señora de Valme.

Rodríguez MV. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de las Nieves. Hospital Nuestra Señora de Valme.

Palabras Clave: Atención Primaria, Salud Mental, Coordinación.

Key Words: Primary Care, Mental Health, Coordination.

OBJETIVOS:

Se instauró un programa de coordinación entre un Centro de Atención Primaria y una Unidad de Salud Mental Comunitaria que comparten espacio físico de atención, siguiendo la modalidad de Interconsultas y Coterapia recogida en el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión ,Somatizaciones.

Los objetivos del programa son:

1. Mejorar la coordinación
2. Proporcionar herramientas para mejor abordaje del paciente con espectro de síntomas recogido en el proceso ADS, desde Atención Primaria.
3. Mejorar la calidad y el número de las derivaciones a USMC.

METODOLOGIA: análisis descriptivo del número de pacientes incluidos. Análisis cualitativo , a través de los profesionales que evaluaban su experiencia en diferentes aspectos relacionados con el programa.

RESULTADOS:

Se realizaron un total de 13 derivaciones en total a lo largo de 8 meses de programa. 9 de ellas en la modalidad de interconsultas y 4 en la de coterapia. Un tercio de las derivaciones no cumplían criterios de inclusión. La mitad de los profesionales hicieron uso del programa. Experiencia general la calificaban entre un 7 y un 10. Todos demandaban que el programa se mantuviera por considerarlo útil y necesario.

CONCLUSIONES:

El programa fue calificado como útil y satisfactorio de forma general. Se detectaron dificultades de implementación y áreas de mejora para una mayor difusión del programa e implicación de un mayor número de profesionales.

¿Existe alguna relación entre alexitimia y maltrato en mujeres con fibromialgia? Estudio comparativo entre la existencia de maltrato y de otro tipo de evento vital de fuerte impacto.

Peñacoba-Puente*, C., Blanco Rico*, S., Huete Osuna*, A., Perez Calvo*, M.S. y San Román Canelada*, L.

*Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón, Madrid).

El objetivo del presente estudio es analizar la influencia que tienen los eventos vitales relacionados con los malos tratos físicos o psicológicos, abusos sexuales y violaciones, frente a otro tipo de evento, en las puntuaciones de alexitimia en mujeres diagnosticadas de fibromialgia.

La muestra está formada por 85 pacientes de distintas asociaciones de fibromialgia de la Comunidad de Madrid con una edad media de 51.98 años (DT: 9.44; rango 30-75 años). Se procedió a valorar la alexitimia (TAS-20) y algunas variables sociodemográficas y clínicas de interés; los eventos vitales se recogieron mediante unas preguntas diseñadas específicamente para evaluar trauma.

Los resultados ponen de manifiesto que un 12.9% de la muestra ha sufrido algún tipo de maltrato. Se observan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de déficit de identificación de emociones y en el déficit de lenguaje emocional entre las mujeres víctimas de maltrato frente a las que han experimentado otro tipo de evento vital como muerte de un familiar, enfermedades familiares o problemas económicos entre otros. Concretamente, las mujeres víctimas de maltrato puntúan significativamente más alto en déficit de identificación de emociones [29 (SD:4.71)] y en déficit de lenguaje emocional [20.54 (SD:1.75)] que las mujeres con otro tipo de eventos [23.95 (SD:6.22) y 14.39 (SD: 4.74)] respectivamente. No se observan diferencias significativas en lo que respecta al pensamiento concreto. Estos resultados tienen importantes implicaciones prácticas cara al abordaje holístico de estas pacientes.

Palabras-clave: fibromyalgia, maltrato, traumatic events, alexitimia.

Experiencia de duelo en familiares de pacientes terminales

Manuel José Mejías Estévez, Rocío Domínguez Álvarez, Luis Felipe Calle Cruz, Juan Luis Pérez Corona, Esperanza Rubio Santiago

Objetivos

- Reconocer el proceso de duelo.
- El doliente como enfermo “potencial”.
- Identificar rasgos de duelo patológico.
- Propuesta de protocolo propio sobre manejo de Duelo en situación de Cuidados Paliativos (elaborado por Prof. Dr. Mejías y Enfermero-Antropólogo Pérez Corona).

Metodología

- Dirigido a Familiares de pacientes fallecidos que han pertenecido al proceso de Cuidados Paliativos.
- Descripción histórica del circuito.
- Contacto para información de disponibilidad de recursos en el proceso de Cuidados Paliativos: Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AH), Atención Especializada (AE), Recursos específicos de Cuidados Paliativos (Unidad de Hospitalización, Unidad de Día, Consultas Externas, Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios, otros).
- Recibo a través de fax de la derivación de paciente para aceptación en programa de Cuidados Paliativos.
- Aceptación en dicho proceso, explicando posibilidades de recursos para enfermo y familia (incluyendo programa de duelo).
- Identificación del paciente, familiares y allegados.
- Establecimiento de red social de contacto y detección de necesidades.
- Uso de recursos que precisen la unidad enfermo-familia.
- Fallecimiento del enfermo identificado en el proceso.
- Oferta de inclusión en el programa de duelo a los familiares y próximos del paciente fallecido.
- Elaboración de carta de duelo personalizada a la familia y allegados.
- Pérsame si da lugar a través de llamada y/o servicio SMS. Si disponemos de correo electrónico de contacto, también se utiliza este recurso.
- Envío de la citada carta incluyendo invitación al taller de grupo de duelo a celebrar en las próximas fechas. En total 1 taller trimestral.
- Recordatorio en días previos del día del citado taller.
- Celebración del taller por parte de profesionales especializados en Cuidados Paliativos y duelo.
- Invitación a otros profesionales como formación práctica en manejo de duelo (médicos especialistas y residentes, enfermeros, trabajadores sociales o estudiantes de estas disciplinas).
- Identificación en esta actividad de familiares con duelo sintomático si no ha sido posible su detección previa en todo el proceso descrito.
- Terapia individual y/o familiar según precise.

Tiempo de implantación: 2 años

Resultados

- 184 familias de pacientes con enfermedad terminal fallecidos.
- 165 cartas postales de duelo enviadas.
- 4 familiares que han usado el correo electrónico como vehículo de comunicación.
- 52 personas participan al año en estos talleres.
- Han precisado terapia individual 8 personas.
- Han precisado terapia familiar 2 familias.
- Han sido dados de alta del proceso de duelo todos los participantes excepto una persona que continua en seguimiento en la actualidad.
- 1 caso ha debido ser derivado a Salud Mental, con intervención conjunta. En la actualidad, también de alta.

Conclusiones

El duelo como acontecimiento vital estresante, que tiene lugar en personas pertenecientes a cualquier ámbito asistencial, especialmente con este tipo de enfermedades.

El duelo es un proceso normal que tiene lugar en la mayor parte de las personas a lo largo de su vida.

Una adecuada formación sobre el proceso de duelo para profesionales ayuda a las personas a superar el proceso y a identificarlo en los casos necesarios.

La detección precoz de anomalías en el proceso de duelo, mejora la evolución y resolución del mismo.

La experiencia de este protocolo tras 3 años es altamente satisfactoria tanto para profesionales como usuarios (descrito por estos con satisfacción alta/muy alta).

PALABRAS CLAVE: Duelo, Paliativos, Protocolo, Familiares.

Experiencias de danzaterapia de mujeres que han sufrido cáncer de mama. Un estudio fenomenológico

Neme Bueno, C.M; Lopes Forte, V.F.

Resumen

Objetivos Se pretende, en este estudio, identificar, describir y analizar los posibles cambios en la experiencia del cuerpo y en las relaciones interpersonales y sociales de las mujeres con cáncer de mama, derivados de su participación en doce encuentros grupales de danzaterapia. **Método** Método de danzaterapia de María Fux y el método fenomenológico de la investigación. **Resultados** Las participantes han expresado vivencias de mucha entrega y creación con sus cuerpos- vividos. Testimonios como: “Yo puedo hacer esto y pensé que no podía”. “¡Qué placentero es esto!”. “Me acuerdo de situaciones de cuando era más niña”. “Siento que me estoy dando un tiempo a mí misma”. “Lo que me hacen esas vivencias, son aceptarme así cómo soy, y eso me trae muy buena sensación”. “¡Hacemos una terapia del alma, del espíritu.. así! “Esas vivencias nuestras, nunca las olvidaremos, va a ser para toda la vida”. Ellas afirman aún que quizás hubieran caído en depresión si en aquel momento no hubieran iniciado su participación en los encuentros de danzaterapia. **Conclusiones** El proyecto todavía está en marcha, pero ya es posible concluir que para las participantes las vivencias aportadas en la danzaterapia les han permitido experiencias de integración y bienestar, al igual que cambios de percepción de su corporeidad y formas de ser en el mundo, pudiendo experimentar el cuerpo de una manera nueva y distinta, después de una lesión corporal tan significativa, aún más a las mujeres, en que la pérdida o enfermedad en la mama, afecta a su símbolo de feminidad. **Palabras clave:** cáncer de mama, corporeidad, danzaterapia, fenomenología.

Keywords: breast cancer, corporeality, dance therapy, phenomenology.

Mindfulness como práctica en conseguir la coherencia cardíaca

Mindfulness as a practice of getting heart Coherence

Scurtu, M.C., Valdés, M., Fernández, A., Flores, C.

Resumen

El ser humano como sistema bio-psico-social, desde siempre se ha preocupado por conseguir un estado de armonía y bienestar. Tanto el Mindfulness (Atención Plena) como la coherencia cardíaca estudiadas científicamente, se están integrando y aplicando cada vez más en Medicina para reducir el nivel de estrés y mejorar la salud. Prestando atención de manera consiente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación (Mindfulness) y analizando la "Variabilidad del Pulso Cardíaco" o "VCP" a través del biofeedback ofrecido por la coherencia cardíaca, las personas se dan cuenta del valor diagnóstico y terapéutico de ambas técnicas, admitiendo de forma objetiva los cambios que se producen en su estado emocional. Está bien conocido el hecho de que las emociones influyen de manera directa en el ritmo cardíaco y que la comunicación entre el corazón y el cerebro es biunívoca, ambos enviándose señales mutuamente. Por lo tanto, si entrenamos el corazón a latir de forma pausada o coherente, enviará la orden al cerebro para que éste reduzca la producción de hormonas estresoras, eliminando así todo estrés, y a su vez, incrementando las hormonas productoras de bienestar. Nuestro propósito es de comprobar que a través del entrenamiento en Mindfulness, los pacientes y sujetos de control consiguen mejorar su coherencia cardíaca y llegar a un estado emocional armónico.

Key words: heart coherence, mindfulness, stress, brain

Fatiga anticipatoria: propuesta de un constructo y un instrumento. Análisis preliminares

Alonso-Ramírez, P., García-Jiménez, M.M., Senín-Calderón, C., Perona-Garcelán, S., y Rodríguez-Testal, J.F.

La focalización en la fatiga funciona como la hipervigilancia en la ansiedad o la rumia en la depresión (Wiborg et al., 2011). Se propone un proceso cognitivo de fatiga anticipatoria (FA), semejante a la expectativa ansiosa/aprensiva de la ansiedad (Barlow, 2002) y la depresión (Koval et al., 2012; Rochat et al., 2012).

Objetivos e hipótesis

Desarrollar un instrumento de FA y aplicarlo sobre pacientes/controles. Se esperan propiedades psicométricas adecuadas: fiabilidad, validez concurrente (fatiga somática/cognitiva), que discrimine entre pacientes y controles, que diferencie la ansiedad, depresión y somatización (pacientes).

Método

Participantes. N=447 (54 pacientes, 12.1%); 70.9% mujeres; 77.9% solteros; edad (18-61 años) promedio 26.67 (DT 9.22); Clase social media (ICS=42.46, DT 19.55). Trastornos de ansiedad (40.74%), depresivos (20.37%). *Diseño* ex post facto, transversal. Muestreo por accesibilidad, población general y pacientes (clínica psicológica).

Instrumentos. CFS Escala de Fatiga de Chalder (1993). CFS-Cognitiva y Somática. EFA Escala de fatiga anticipatoria (9 ítems). BPRS Escala valoración psiquiátrica (Lukoff et al., 1986): Ansiedad, Depresión y Somatización.

Resultados

Fiabilidad: $\alpha=.95$. Correlaciones ($p<.000$) de EFA con CFS-S ($R=.53$) y CFS-C ($R=.56$). Diferencias pacientes/controles en EFA ($F_{(3,443)}=128.802$, $p=.000$, η^2 parcial=.225; covarianza edad). Los cuartiles de EAF corroboraron diferencias ($p<.000$) en CFS-C ($F_{(3,443)}=87.728$, η^2 parcial=.284), CFS-S ($F_{(3,443)}=89.956$, η^2 parcial=.289) (ambos covarianza edad). Pacientes: no diferencias en EFA sobre BPRS-A ($F_{(3,50)}=2.179$, $p=.147$), pero sí BPRS-D ($F_{(3,50)}=9.058$, $p=.004$) y BPRS-S ($F_{(3,50)}=4.767$, $p=.034$) (covarianza edad, excepto tercero).

Conclusión

Se propone un constructo de anticipación de la fatiga, con matices con respecto a la sintomatología ansiosa, depresiva y somática, y relacionada especialmente con la fatiga cognitiva.

Palabras clave: anticipatoria fatiga, ansiedad, depresión, fatiga cognitiva, fatiga somática

Key words: anticipatory fatigue, anxiety, depression, cognitive fatigue, somatic fatigue

Función olfativa en mujeres con fibromialgia. Relaciones con el funcionamiento cognitivo

Cecilia Peñacoba*, Laura Rodríguez*, Sheila Blanco*, Cristina Gómez* y Adolfo Toledano**

*Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón, Madrid).

**Hospital Fundación de Alcorcón (Alcorcón, Madrid).

El déficit y las quejas cognitivas forman parte de la sintomatología propia de la fibromialgia, de tal forma que esta sintomatología, junto con la fatiga y el cansancio al despertarse, son incluidos como síntomas adicionales al dolor en los actuales criterios diagnósticos. Sin embargo, pese a la relación que se ha encontrado en otras poblaciones entre déficit cognitivo y anosmia, esta relación, bajo nuestro conocimiento, no ha sido estudiada en fibromialgia. Es por ello que el presente trabajo tiene como objetivo analizar esta relación en pacientes con fibromialgia.

Participaron en el presente estudio 65 mujeres diagnosticadas con fibromialgia con una media de edad de 50.39 años. Se administró el Connecticut Chemosensorial Clinical Research Centre test (CCRC) para la medida de la función olfativa y la escala WAIS y la escala de fallos de memoria cotidianos (Memory Failures Everyday, MFE). Se utilizó un modelo de regresión logística binaria empleando la existencia/ausencia de déficit olfativo como variable predictora.

Los resultados ponen de manifiesto la presencia de déficit cognitivo en esta población así como un elevado porcentaje de hiposmia (73.6%). Los pacientes con hiposmia presentan un peor desempeño en las pruebas objetivas de valoración cognitiva que las pacientes con normosmia.

Palabras clave: fibromialgia, déficit cognitivo, anosmia, déficit olfativo.

Importancia del trabajo interdisciplinar para permitir el fallecimiento en casa de enfermos en situación terminal

Manuel José Mejías Estévez, Rocío Domínguez Álvarez, M^a José Castillo Moraga, Esperanza Rubio Santiago

INTRODUCCIÓN:

Los avances científico-técnicos han propiciado a menudo llegar a situaciones “de estabilidad” dentro de la llamada “situación de últimos días (SUD)”. En este contexto es cuando cada vez más familiares solicitan a los equipos de soporte de Cuidados Paliativos para que les acompañen y ayuden en este proceso de su ser querido en el domicilio.

Los pacientes en situación de terminalidad muestran una clara preferencia de fallecer en casa respecto al hospital, aunque después la realidad indica que fallecen más en las instituciones sanitarias.

La familia es fundamental en la relación que se establece con el paciente, pues llegados los últimos momentos son los que demandan la atención a las necesidades de éstos y a su vez son los que toman habitualmente muchas de las decisiones terapéuticas con el objetivo de aliviar tanto el sufrimiento del paciente como el suyo propio, dado que el enfermo en estas situaciones generalmente no es competente para tomar muchas decisiones.

OBJETIVOS:

- Identificar situación de últimos días en la situación de terminalidad.
- Enumerar los problemas de abordaje que surgen con la familia en esta fase.
- Establecer la realización de reunión familiar para abordaje de dichos problemas.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo. En un periodo de 6 meses (junio-diciembre 2015), se establece:

- Inclusión en estudio si paciente en SUD.
- Identificación de los problemas que expresan los familiares.
- Enumerar la realización de reunión familiar (propuesta por paciente, equipo o ambos) y su duración.
- Intervención de otros profesionales (atención primaria AP, dispositivos de urgencias o DCCU, enfermera gestora de casos o EGC, hospital u otros).

RESULTADOS:

Exitus domicilio: 68 (39 no oncológicos).

Problemas: negación SUD, preocupación por falta de ingesta y deshidratación, miedo a la muerte, solicitud de más recursos sanitarios, miedo a la ausencia del moribundo.

Reuniones familiares: 97 (1,42 reuniones/paciente).

Otros profesionales: DCCU (78% pacientes), EGC (41%), AP (39%), Hospital (2%).

COMENTARIOS DEL ESTUDIO:

Una de las mayores riquezas de este estudio que han complementado y reforzado las experiencias previas al mismo, fueron las entrevistas familiares. La impresión de los profesionales implicados fue que la reunión familiar es siempre muy útil, tanto si el paciente fallece en casa como si es traslado al hospital de referencia, no sólo por buscar el mejor fin para el paciente, sino para ayudar a los pacientes en este proceso, favoreciendo que el duelo fuera mejor procesado.

Además esta entrevista familiar ayuda a los profesionales sanitarios a sentirse más satisfechos y mejor capacitados profesionalmente.

CONCLUSIONES:

Realizar un buen diagnóstico y planteamiento de los problemas que puedan surgir proporcionando los medios adecuados para subsanarlos hace que la familia se encuentre más segura y pueda afrontar los diversos problemas que surjan, beneficiando enormemente el bienestar del paciente (principal objetivo).

La disponibilidad mostrada a la familia mejora el procesamiento de los sentimientos de culpa, reforzamiento de las tareas, iniciándose el trabajo del duelo de forma anticipada en más de la mitad de los casos.

Infradiagnóstico de enfermedades crónicas somáticas en pacientes con trastorno mental grave

CM Rodríguez-Leal¹, E López Lunar², JM Carrascosa-Bernáldez³, L Burgos-Ortega⁴, A Rivera Villaverde³.

1. Medicina Interna, Instituto Psiquiátrico José Germain (IPJG). 2. Servicio de Farmacia, IPJG. 3. Dirección, IPJG. 4. Servicio de Calidad, IPJG.

Objetivo. Conocer si las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) tienen un infradiagnóstico de enfermedades somáticas crónicas.

Material y Método. Estudio de cohortes prospectivo. Se estudiaron los ingresos realizados en la hospitalización de media estancia del Instituto Psiquiátrico José Germain durante un año. Se realizó un estudio clínico sistemático de los pacientes según la práctica médica habitual. Dichos datos quedaron recogidos en la historia clínica electrónica para su análisis estadístico posterior mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados. Se analizaron 48 ingresos consecutivos. La media de diagnósticos al ingreso de enfermedad somática crónica era de 3.4 (DS 2.39); y tras la evaluación era de 5.06 (DS 2.13), con una diferencia estadísticamente significativa: 1.67, $p < 0.001$, IC 95% 1.26-2.07. Se apreció asimismo un aumento del índice de Charlson medio que rozó la significación: 0.104, $p = 0.058$, IC 95% -0.004 - 0.212. Se analizó si había relación estadísticamente significativa entre la realización de diagnósticos nuevos y variables demográficas, sociales y de enfermedad mental: no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión. Es muy frecuente el infradiagnóstico de enfermedad somática crónica entre los pacientes con TMG, existiendo una diferencia estadísticamente significativa en el número de diagnósticos somáticos tras una evaluación sistemática. La existencia de TMG parece determinante para que esto ocurra, ya que tras analizar otros aspectos no se encontraron variables predictivas de un mayor riesgo dentro de esta población. Luego: las personas con TMG suelen tener enfermedades crónicas sin diagnosticar que potencialmente pueden empeorar su pronóstico. Esta situación es fácilmente solucionable tras una atención médica estructurada sistemática.

Palabras clave: Trastorno mental grave, enfermedad orgánica, infradiagnóstico, comorbilidad.

Key words: Severe mental disorder, organic illness, underdiagnosis, comorbidity.

Insomnio primario: Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en formato grupal

L. Morago Fernández, M. Alonso Cecilia, B. Peral Redondo, A. Sancho Salinas, M. Alcañiz

Centro trabajo: Hospital Universitario La Princesa, Madrid

Introducción: Se ha demostrado la eficacia de la TCC para el insomnio.

Objetivo: Analizar el efecto de la TCC sobre variables relacionadas con el trastorno de insomnio primario: severidad del insomnio, calidad del sueño, ansiedad estado-rasgo y estado de ánimo.

Método: El tratamiento consistió en un programa cognitivo-conductual multicomponente estructurado (TCCI) en 8 sesiones de 90 minutos de frecuencia semanal. El núcleo principal fue la restricción del sueño; a la cual se añadió el control de estímulos y pautas de higiene del sueño.

Para la recogida de datos (pretest-postest) se aplicaron tres pruebas: ISI (Índice de gravedad del insomnio: 0-7 ausencia de insomnio, 8-14 insomnio subclínico, 15-21 insomnio clínico moderado, 22-28 insomnio clínico grave), STAI (Inventario de ansiedad estado-rasgo) y BDI (Inventario de depresión de Beck).

Resultados: Un total de 24 pacientes (6 hombres y 18 mujeres), con edades entre los 28-72 años (media 53,2). ISI pre TCCI 4/58/38% (insomnio-subclínico/moderado/severo), ISI post TCCI: 26/46/31% (ausencia de insomnio/subclínico/moderado). $P < 0.05$. BDI pre TCCI 50/17/17/8 (depresión mínima/leve/moderada/grave), post TCCI: 38/23/8/15 (depresión mínima/leve/moderada/grave) $P < 0.05$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ansiedad (STAI).

Conclusiones: La TCCI ha resultado efectiva para disminuir tanto la gravedad del insomnio como los síntomas depresivos.

Sería recomendable para posteriores estudios obtener una muestra mayor, así como controlar la variable toma/no toma de medicación hipnótico/sedante durante el tratamiento.

El paciente oncológico desde la perspectiva de la interconsulta psiquiátrica

Monforte Porto J.A., Fernández Rojo C.

Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora (SACYL).

Objetivos: Determinar la morbilidad psiquiátrica y somática, así como la prescripción de psicofármacos en el paciente oncológico evaluado por una Unidad de Psiquiatría de Enlace.

Material y método: *Material:* Variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (patología somática motivo de ingreso, patología somática comórbida, consumo de tóxicos y tipo de tóxico, antecedentes psiquiátricos, motivo de consulta, diagnóstico psiquiátrico principal y global realizado desde la interconsulta) y terapéuticas (número de psicofármacos, tratamiento psicofarmacológico previo y desde la interconsulta). *Diseño del estudio:* Estudio epidemiológico prospectivo sobre 286 pacientes con cáncer de las 1204 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de octubre de 2015. *Consideraciones bioéticas:* El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: La edad media es 67,92 años, varones el 59,8%. La patología comórbida más prevalente es la cardiovascular (48,6%), endocrino/metabólica (35,7%), digestiva (28,7%), neurológica (20,6%) y respiratoria (18,2%). La mitad de la muestra tenía antecedentes psiquiátricos (50,3%). Un 15,7% reconocía consumo de tóxicos, siendo este más relevante en varones - 19,3% - que en mujeres - 10,4% - (p 0,030). Desde la interconsulta, el diagnóstico más prevalente en varones fue el delirium - 35,7% - y en mujeres el trastorno de adaptación - 29,6% - (p 0,043). Se prescribió tratamiento psicofarmacológico al 76,2% de los pacientes, dos psicofármacos al 33,6% y tres al 16,8%.

Conclusiones: Los trastornos psiquiátricos más prevalentes en el paciente oncológico hospitalizado son el delirium y los trastornos adaptativos, requiriéndose tratamiento psicofarmacológico en un porcentaje elevado de los mismos.

Palabras clave: trastornos psiquiátricos, morbilidad somática, psicooncología, cáncer, epidemiología.

Key words: psychiatric disorders, somatic morbidity, psychooncology, cancer, epidemiology.

Psiquiatría de enlace en el hospital general. Un análisis de la demanda de 5 años

Cristina Casas Gómez*, Samuel L Romero Guillena**, Francisco Gotor Sánchez- Luengo*
(*Programa de Enlace de la UGC de Salud Mental Nuestra Señora de Valme. Sevilla,
**USMC-Carmona. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla.)

Palabras clave: psiquiatría de enlace, hospital general, análisis de la demanda.

Key words: liaison psychiatry, general hospital, demand analysis.

Introducción: El manejo y tratamiento de algunas enfermedades pueden afectar al estado mental y emocional de la persona. Atender estas necesidades debe ser una parte integral del paciente hospitalizado. La psiquiatría de enlace actúa como puente entre la psiquiatría y la medicina con la intención de ofrecer un modelo biopsicosocial.

Objetivos: Analizar la demanda de la interconsulta de Psiquiatría en un hospital general.

Material y método: Estudio descriptivo de las consultas realizadas entre 2010 y 2015.

Resultados: Se atendieron un total de 1277 consultas de las que el 47% fueron varones y el 53% mujeres. El servicio más demandante fue Medicina Interna (26%), seguido por Digestivo (11%). El 44% no presentaban antecedentes psiquiátricos. El diagnóstico al alta más frecuente fue Trastorno adaptativo (32%) seguido por los Trastornos de personalidad (12%). Las intervenciones realizadas fueron en su mayoría de evaluación y farmacológica.

Bibliografía:

- Amos JJ, Robinson RG, editors. Psychosomatic medicine: an introduction to consultation-liaison psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. 275 p.
- Wood R, Wand APF. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research. 2014 Mar;76(3):175–92.

Psiquiatría de enlace y Atención Primaria: Perfil de los pacientes remitidos al médico de familia desde la interconsulta psiquiátrica

Monforte Porto J.A., San Román Uría A.

Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora (SACYL).

Objetivos: Determinar las características sociodemográficas, la patología psiquiátrica y somática así como el tratamiento psicofarmacológico de los pacientes remitidos al Médico de Familia desde una Unidad de Psiquiatría de Enlace.

Material y método: *Material:* Variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, con quien vive, lugar de residencia, entorno residencial, situación laboral), clínicas (tipo de patología somática motivo de ingreso - por aparatos y específica -, patología somática concomitante, consumo de tóxicos y su tipo, antecedentes psiquiátricos, motivo de consulta, diagnóstico psiquiátrico principal y global realizado desde la interconsulta) y terapéuticas (tratamiento psiquiátrico previo y desde la interconsulta). *Diseño del estudio:* Estudio epidemiológico prospectivo sobre 512 pacientes de las 1204 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de octubre de 2015. *Consideraciones bioéticas:* El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: La edad media es 72,81 años. Las enfermedades somáticas concomitantes más prevalentes son cardiovasculares (65,4%), endocrino/metabólicas (45,5%) y digestivas (28,7%). El 43,9% tienen antecedentes psiquiátricos, más frecuentes en varones (p 0,012). El diagnóstico psiquiátrico principal más prevalente realizado desde interconsulta es el delirium en varones - 46,2% - y el trastorno de ansiedad en mujeres - 20% - (p 0,003). Desde interconsulta se prescribieron más frecuentemente en mujeres ansiolíticos - 59,6% - (p 0,001) y antidepresivos - 40% - (p 0,012), y en varones antispicóticos - 41,2% - (p 0,000).

Conclusiones: Elevada comorbilidad somática y psiquiátrica del paciente derivado al Médico de Atención Primaria, siendo aconsejable una adecuada coordinación entre ambos niveles asistenciales.

Palabras clave: comorbilidad psiquiátrica, comorbilidad somática, médico de familia, psiquiatría de enlace, epidemiología.

Key words: psychiatric comorbidity, somatic comorbidity, family physician, consultation liaison psychiatry, epidemiology.

Similitudes y diferencias en psicopatología infantil. Comparación entre grupos de niños hiperactivos, menores que han sufrido quemaduras y niños con desarrollo normalizado

Inmaculada Moreno García y Juan A. Benítez Alonso Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.

Se analizan y comparan los perfiles psicopatológicos de tres grupos de menores con edades comprendidas entre 7 y 17 años. Han participado 183 niños, 133 niños (73%) y 50 niñas (27,32%), agrupados según diagnóstico de TDAH, experiencia de quemaduras y desarrollo normalizado. En todos los casos se ha administrado el cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach y Rescorla 2000 y 2001) versión para padres. Los análisis realizados muestran perfiles psicopatológicos similares entre los menores hiperactivos y pacientes que han sufrido quemaduras. Estos niños difieren únicamente en tres escalas que integran la prueba: problemas sociales, atencionales, conducta agresiva. Las diferencias son más acusadas entre el grupo de quemados y los niños con desarrollo normalizado, ambos grupos difieren en seis de las escalas estudiadas. Coinciden, únicamente, en las variables referidas a aislamiento depresivo y quejas somáticas. Los niños hiperactivos y los menores normalizados muestran perfiles psicopatológicos discrepantes. Ambos grupos difieren significativamente en todas las escalas y variables analizadas según el instrumento administrado, mostrando los menores hiperactivos puntuaciones más elevadas en todos los casos.

Palabras Clave: Perfiles psicopatológicos, niños, TDAH, Quemados. Key Words: Psychopathologic profiles, child, ADHD, Burn

Síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. Un caso clínico

Cristina Casas Gómez*, Francisco Gotor Sánchez-Luengo* Fátima Martínez León**
*Programa de Enlace de la UGC de Salud Mental Nuestra Señora de Valme. Sevilla.
**USMC-Los Palacios. UGC de Salud Mental Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Keywords: Parkinson disease, mental health, neuropsychiatric symptoms. Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, salud mental, síntomas neuropsiquiátricos

Introducción: La enfermedad de Parkinson (EP) es uno de los trastornos neurodegenerativos del sistema nervioso central más común. Los síntomas neuropsiquiátricos son muy frecuentes en la EP avanzada y también pueden presentarse en etapas iniciales de la enfermedad. Estos síntomas suponen una sobrecarga del cuidador y un factor de riesgo para la institucionalización de estos pacientes. Los más frecuentes son la depresión, la apatía, las alucinaciones visuales y los trastornos del control de impulsos.

Material y método: Exponemos el caso clínico de un paciente con diagnóstico de EP de 20 años de evolución, durante los cuales ha sido preciso el abordaje tanto por parte del neurólogo como del psiquiatra por la aparición de importante clínica neuropsiquiátrica, como alucinaciones visuales y auditivas relacionadas con el tratamiento con rotigotina y fluctuaciones en el estado de ánimo, ideas delirantes y trastorno del control de impulsos en relación al tratamiento con Levodopa.

Conclusiones: Queremos destacar la necesidad de un abordaje multidisciplinar, con una adecuada colaboración entre los servicios de neurología y psiquiatría, para poder ofrecer un manejo integral de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

Bibliografía:

* Kalia LV, Lang AE. Parkinson's disease. The Lancet. 2015 Aug;386(9996):896–912.

* De la Riva P, Smith K, Xie SX, Weintraub D. Course of psychiatric symptoms and global cognition in early Parkinson disease. Neurology. 2014;83(12):1096–103.

Terapia de aceptación y compromiso en dolor asociado a fibromialgia

Daniel Aniorte Martínez*, Inés Bello Pombo**

*Psicólogo Clínico del Servicio Murciano de Salud. ** Psicóloga Interna Residente del Servicio Murciano de Salud.

Palabras clave: Fibromialgia. Aceptación y compromiso. Dolor. Terapia grupal.

Keywords: Fibromyalgia. Acceptance and commitment. Pain. Grupal Therapy.

Introducción: La fibromialgia es un síndrome de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor generalizado de tipo musculoesquelético. Este dolor suele ser el principal motivo de consulta y la generalización del mismo supone una merma en el día a día de la persona que lo padece. A día de hoy el tratamiento principal es el farmacológico existiendo un incipiente número de estudios que abordan la problemática desde un tratamiento integral en donde la intervención psicológica se aplica junto al farmacológico.

Objetivo: Valorar los resultados de la terapia grupal basada en la terapia de Aceptación y Compromiso en un grupo de pacientes con diagnóstico de fibromialgia.

Método:

- Muestra: 7 sujetos con dicho diagnóstico (pretest-postest),

- 6 sesiones.

Se basó en los siguientes componentes: psicoeducación; entrenamiento en atención plena; estrategias de aceptación del dolor, activación conductual orientada a valores personales

- Diseño: Diseño Experimental, pretest-postest.

Materiales:

“Índice de ansiedad Estado- Rasgo de Spielberger” (STAI); “Inventario de Depresión de Beck” (BDI); “Inventario de Discapacidad de Sheehan”

Resultados:

Tras la terapia grupal para el dolor, se aprecia una mejoría en lo referente a la discapacidad subjetiva que este genera así como una mejora en la sintomatología depresiva.

De forma descriptiva los pacientes re eren sentirse menos limitados por el dolor y afrontar situaciones con dolor que anteriormente evitaban.

Conclusiones: Se concluye que un tratamiento basado en la aceptación del dolor puede repercutir en un aumento de la actividad de los pacientes y en un es lo de afrontamiento del dolor mas adaptativo.

Tipología e impacto del dolor en la Fibromialgia en relación con indicadores psicológicos y síntomas clínicos.

Ruiz Rodríguez, J.^{1,2}, Martínez Pintor, F.², Fusté Escolano, A.¹, Cuatrecasas Ardid, J.M.² y Reig Gourlot, A.²

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

² Instituto Universitario de Reumatología Barcelona.

Objetivos

Análisis de la tipología somática, emocional y evaluativa del dolor en Fibromialgia (FM), así como de su impacto, en relación con indicadores psicológicos de aceptación, afrontamiento y autoeficacia; además de con síntomas clínicos de estrés, ansiedad, ira y depresión.

Método

En 23 mujeres diagnosticadas de FM (FSQ) se ha evaluado su impacto (FIQ-R) y la tipología del dolor (MPQ-SV) para analizar la dimensión del dolor que mejor las caracteriza. También se han evaluado indicadores psicológicos de aceptación del dolor (CPAQ), estrategias de afrontamiento (CSQ) y autoeficacia (CPSES), además de síntomas de estrés (PSS), ansiedad (PASS-20), ira (STAXI-2) y depresión (BDI-II). Todas estas medidas se han analizado en relación con los distintos tipos de dolor.

Resultados

La dimensión sensorial del dolor es la que más caracteriza a las mujeres más severamente afectadas de FM que los otros componentes. En cambio, la dimensión emocional del dolor es la que correlaciona más significativamente con síntomas clínicos de ansiedad y depresión, tanto más cuanto mayor es su intensidad. También se asocia a la ira como rasgo, mientras que el componente sensorial se asocia más al estado de irritación. El componente emocional también se asocia a una menor tolerancia al dolor, peor autoeficacia y estrategias más derrotistas y pasivas de afrontamiento.

Conclusiones

La significativa relación diferencial constatada entre los distintos tipos de dolor en FM y los diversos indicadores psicológicos y síntomas clínicos analizados pone de manifiesto la importancia de planificar intervenciones terapéuticas atendiendo a los componentes del dolor más acusados en cada caso.

Palabras clave: Fibromialgia, dolor crónico, síntomas clínicos, indicadores psicológicos
Key words: Fibromyalgia, chronic pain, clinical symptoms, psychological indicators

Trastornos de síntomas somáticos en un programa de enlace de salud mental en un hospital general. Análisis de la demanda de 5 años.

Cristina Casas Gómez, Francisco Gotor Sánchez-Luengo, Alicia Alonso Torralbo Programa de Enlace de la UGC de Salud Mental Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Keywords: Somatoform disorder, Psychosomatic disorders, Conversion disorder. Palabras clave: Trastorno somatomorfo, Trastorno psicossomático, Trastorno conversivo.

Introducción: Los trastornos somatomorfos suponen un reto para el clínico y generan importante carga económica. Diversos estudios subrayan el papel del psiquiatra de enlace en el abordaje de estos pacientes.

Objetivo: Analizar la demanda de interconsultas de pacientes con trastorno de somatización, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 aplicados de manera retrospectiva, entre los años 2010 y 2015 en un hospital general..

Método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de Trastornos de síntomas somáticos (SSD), donde se evaluaron datos clínicos y sociodemográficos.

Resultados: Se diagnosticaron 28 pacientes de las 1277 interconsultas (2%). 79% fueron mujeres. 39% trastornos de síntomas somáticos y el 61% trastornos de conversión. El 50% no tenía antecedentes en salud mental y el 14% realizaba seguimiento en especializada. Neurología (43%) y Medicina Interna (36%), como servicios más demandantes. Las intervenciones fueron en su mayoría psicoterapéuticas (43%).

Conclusiones: La prevalencia observada en otros estudios de SSD en las interconsultas hospitalarias se estima entre 2-4%, que coincide con los datos obtenidos en nuestro trabajo, así como la mayor incidencia en mujeres.

Bibliografía:

Tavel ME. Somatic Symptom Disorders Without Known Physical Causes: One Disease with Many Names? *The American Journal of Medicine*. 2015 Oct;128(10):1054–8.

Hosaka T, Sato T, Yamamoto K. Therapeutic models for somatoform disorders in liaison psychiatry. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 1998 Jan 1;2(3):189–93.

Unidad de identidad de género (UIG) de Madrid. Equipo multidisciplinar y multicéntrico. Análisis de la muestra de personas transexuales atendidas en la UIG.

Kristina Pérez Arrieta. Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa.

María Blanco Cañas. Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa.

María Jesús Gutiérrez Francisco. Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa.

Miriam Alonso Cecilia. Psicólogo Interno Residente del Hospital Universitario de la Princesa.

La Unidad de Identidad de Género (UIG) fue creada en Madrid en 2007. Ofrece un servicio multidisciplinar de asesoramiento, apoyo, seguimiento y acompañamiento a lo largo del proceso de cambio de sexo a las personas transexuales y a sus familias. Está integrado por el Hospital Universitario de La Princesa, donde se realiza la evaluación psiquiátrica y diagnóstico; el Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde se ofrece atención por los servicios de Endocrinología, Dermatología, Otorrinolaringología, gestora de pacientes y seguimiento psicológico; y el Hospital de La Paz, donde se ofrece el servicio quirúrgico. El proceso desde la primera evaluación psiquiátrica hasta la operación quirúrgica dura un promedio 24 meses. Desde 2014 hasta 2015 en el Hospital de la Princesa se han evaluado 97 pacientes. En el análisis de la muestra se ha observado que el 53% deseaban un cambio de sexo de Hombre a Mujer y el 47% de Mujer a Hombre. La edad de verbalización de identidad genérica fue entre los 10 y los 20 años en un 55%. Del total de los usuarios atendidos, el 46% tenía antecedentes psiquiátricos. En concreto, 12'4% sufrieron un Trastorno Adaptativo, 9'3% Depresión y 6'2% habían realizado un Intento Autolítico en el pasado, no identificándose comorbilidad con trastorno mental grave. El 10% se había sometido previamente a Autohormonación. El 10% se había sometido a un tratamiento quirúrgico previo.