



**APAL**  
Asociación Psiquiátrica de América Latina

**ASOCIACIÓN  
PSIQUIÁTRICA  
PERUANA**

**26, 27 Y 28  
A G O S T O**  
Modalidad Virtual

**XXXI CONGRESO LATINOAMERICANO  
DE PSIQUIATRÍA**

**XXVI CONGRESO PERUANO  
DE PSIQUIATRÍA**

**LIBRO DE RESUMENES  
DEL PROGRAMA**

**EDITOR: ENRIQUE J. BOJÓRQUEZ GIRALDO**

**LIMA-PERÚ  
2021**

## COMITÉ EJECUTIVO APAL 2020- 2022

Presidente

**Enrique Bojórquez Giraldo (Perú)**

Vicepresidenta

**Marisol Taveras Ulerio (Republica Dominicana)**

Secretaria General

**Elizabeth Rivera Chávez (Perú)**

Secretaria de Finanzas

**Gisella Vargas Cajahuanca (Perú)**

Secretaria Regional Países Cono Sur

**Alejandra Armijo Brescia (Chile)**

Secretaria Regional países Bolivarianos

**Rommel Artieda Maruri (Ecuador)**

Secretario Regional México, Centroamérica y el Caribe

**Edilberto Peña de León (México)**

Directora de Secciones

**Cora Luguercho (Argentina)**

## COMITÉ ORGANIZADOR CONGRESO APAL

Enrique Bojórquez Giraldo (Presidente)

Elizabeth Rivera Chávez

Silvana Sarabia Arce

Julio Acha Albújar

Gisella Vargas Cajahuanca

Oscar Ramos

William Aguilar Rivera

José Lining Antícona

Ever Mitta Curay

Milagritos Toledo

Alina Mendoza Carrión

Beatricce Macciotta

Horacio Vargas Murga

# PALABRAS DE BIENVENIDA

Estimados colegas y amigos:

A nombre de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y la Asociación Psiquiátrica Peruana (APP) les damos la más cordial bienvenida a este **XXXI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y XXVI Congreso Peruano de Psiquiatría**, y expresarles nuestra seguridad, que como ya es tradicional, este será un espacio de debate y reflexión alturado y democrático de los principales temas que tienen que ver con la situación de la psiquiatría y la salud mental global y en particular la de América Latina.

Este congreso, debido a la situación sanitaria generada por la pandemia COVID 19, primero tuvo que ser postergada, en la esperanza que pudiera ser presencial o por lo menos híbrida; sin embargo, la situación sigue siendo incierta, y por ello decidimos hacerla de modo virtual, manteniendo las mismas fechas programadas, los días 26, 27 y 28 de agosto del presente año, en Lima Perú.

En lo que corresponde a los contenidos del Congreso hemos escogido cinco ejes temáticos: COVID 19 y su impacto en la Salud Mental, la violencia y la corrupción y su relación con la salud mental; la evaluación del proceso de reforma de la salud mental que se viene desarrollando en nuestros países; los retos y desafíos de la formación de nuevos especialistas en psiquiatría; y un análisis de como las neurociencias han repercutido en el diagnóstico y tratamiento en psiquiatría.

En este sentido el LIBRO DE RESUMENES es un esfuerzo para alcanzar a los congresistas lo sustancial de los temas que se abordaran en las 6 Sesiones Plenarias, los 29 Simposios, las 8 conferencias y los 8 simposios de la industria que se presentaran al Congreso.

Disfrutemos nuevamente esta fiesta científica y de fraternidad latinoamericana.

Bienvenidos

**Dr. Enrique Javier Bojórquez Giraldo**

**Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina**

Editor del Libro de Resúmenes

## PLENARIAS

### PLENARIA 1:

#### **FORMACIÓN DE RESIDENTES EN PSIQUIATRÍA: NUEVAS COMPETENCIAS Y NECESIDADES**

Coordinador y moderador: Silvana Sarabia A.

- **PROGRAMAS DE RESIDENTADO POR COMPETENCIAS**

**Rosa Arana (Perú)**

La implementación de la educación basada en competencias ha cambiado la manera de aprender y enseñar en pregrado y en los programas de residentado. Las competencias corresponden a las atribuciones que todo médico o especialista debe de adquirir a lo largo de su formación. Para facilitar su adquisición y evaluación se vienen implementando las Actividades profesionales confiables (APROC), EPA por sus siglas en inglés (*Entrustable Professional Activities*). La finalidad de las APROC es vincular el concepto de competencias con la práctica clínica. Las APROC son actividades clínicas que los médicos o especialistas deben ser capaces de realizar sin supervisión. El propósito es vincular las competencias con la práctica clínica diaria.

- **PROGRAMAS POR COMPETENCIAS EN PSIQUIATRÍA**

**Dante Durand (EEUU)**

- **VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LOS PROGRAMAS POR COMPETENCIAS**

**José A. Arriola (EEUU)**

Se presentará las ventajas y limitaciones de la implementación de los programas de residentado por competencias en psiquiatría en base a las experiencias en otros países. Se discutirá también cambios y ajustes propuestos como resultado de las limitaciones y barreras encontradas durante su implementación.

- **EL FUTURO DE LOS PROGRAMAS POR COMPETENCIAS**

**Silvana Sarabia (Perú)**

### PLENARIO 2:

#### **EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA**

Coordinador y moderador: Enrique Bojórquez G. (Perú)

- **REFLEXIONES DESDE LA EXPERIENCIA CHILENA DE REFORMA DE LA SALUD MENTAL**

**Jaime Retamal (Chile).**

Desde la Declaración de Caracas en 1990 han pasado casi 31 años y en Chile se ha avanzado progresivamente en la reestructuración de la atención psiquiátrica, bajo los lineamientos de tres planes de salud mental, el último actualmente en curso hasta el año 2025. Se han obtenido grandes avances, pero aún persisten brechas que resolver. Uno de los últimos logros es la recientemente promulgación de la nueva Ley 21331: Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental.

La Declaración de Caracas 1990 constituye para América Latina la primera acción del proceso de globalización de la atención psiquiátrica en relación con el movimiento de la reforma de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental.

Con el Primer Plan Nacional de Salud Mental 1993 se propusieron nuevas estrategias, dirigidas a facilitar un mayor acceso de la población a los servicios de salud mental provistos por el sistema público. El Segundo Plan Nacional de

Salud Mental Año 2000 tenía como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcanzaran y mantuvieran la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. El tercer Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 define 7 Líneas de Acción, con objetivos estratégicos, estrategias y metas:

- ✓ Regulación y Derechos Humanos
- ✓ Provisión de Servicios
- ✓ Financiación
- ✓ Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación
- ✓ Recursos Humanos y Formación
- ✓ Participación
- ✓ Intersectorialidad

Algunas conclusiones relevantes del Estudio WHO AIMS Chile 2014:

- ✓ Los sistemas de salud mental han tenido un desarrollo progresivo en Chile, especialmente en el sistema público, y en comparación con la evaluación previa del 2004 se observan cambios favorables en varios aspectos.
- ✓ El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000 ha seguido implementándose progresivamente, disponiéndose de un número creciente de dispositivos de salud mental, con mayor descentralización y accesibilidad, profundizando el modelo comunitario de servicios y logrando un incremento de la razón de prestaciones ambulatorias/prestaciones residenciales.
- ✓ Al mismo tiempo, las camas de larga estadía en hospitales psiquiátricos han continuado disminuyendo, con una reducción desde 781 en el 2005 a 441 en 2012 (una disminución del 43,5%).

La reciente Ley 21331 Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral. Se espera prontamente el reglamento, lo que permitirá dar nuevos pasos en la atención de salud mental en nuestro país.

- **REFLEXIONES DESDE LA EXPERIENCIA ARGENTINA DE REFORMA DE LA SALUD MENTAL**

**Santiago Levin (Argentina).**

- **REFLEXIONES DESDE LA EXPERIENCIA COLOMBIANA DE REFORMA DE LA SALUD MENTAL**

**Rodrigo Córdoba (Colombia).**

- **APAL Y LA REFORMA DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA**

**Enrique Bojórquez G. (Perú).**

En América Latina, desde hace varias décadas, se vienen desarrollando Procesos de Reforma de la Salud Mental, que implican una serie de cambios en la manera de entender la especialidad y en la manera de ejercerlo. Estos cambios son necesarios y bienvenidos. Ahora, como todo cambio, esto trae beneficios, pero también riesgos. Entonces, la APAL, como Institución representativa de la Psiquiatría Latinoamericana, asume la responsabilidad, de alentar el debate y la reflexión al respecto. En esta plenaria por ello pretendemos primero reconocer los logros y avances y diferencias de estos procesos, los desafíos que enfrenta para asegurar su consolidación, la Salud Mental Comunitaria como el modelo de cuidado de salud mental, el rol que deben jugar en este proceso los hospitales especializados y que podemos aprender de lo avanzado hasta hoy y de otras experiencias en el mundo. Todo esto nos debe llevar a elevar recomendaciones y propuestas.

### **PLENARIA 3: VIOLENCIA DE GÉNERO**

Coordinadora y moderadora: Dra. Marta Rondón (Perú)

Sumilla: En América Latina y el Caribe niños, niñas, adolescentes y mujeres son afectados por niveles muy altos de violencia sexual que causan daño a la salud y a su derecho a la vida, la integridad y la autonomía. Tanto la sociedad organizada como los estados han tomado diversas acciones con el fin de concientizar acerca del daño causado por este flagelo y para realizar cambios legislativos que disminuyan la impunidad y garanticen la atención a las personas afectadas. Las intervenciones dirigidas a la prevención de la violencia sexual han colisionado con normas y estereotipos sociales. El sector salud participa en la atención de las personas afectadas y tiene un rol muy importante para la detención de la transmisión intergeneracional de la violencia y sus consecuencias. En esta plenaria presentaremos daremos cuenta de la magnitud y distribución de la violencia sexual en la región, su impacto sobre el desarrollo y bienestar de las nuevas generaciones, el espíritu de los avances legislativos y de rectoría del equipo multisectorial involucrado en la lucha contra la violencia y describiremos la normativa del sector salud actual al respecto.

- **PANORAMA DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS NIÑAS Y MUJERES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE,**  
Silvia Gaviria (Colombia).
- **IMPACTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES**  
Marta B. Rondón (Perú).
- **COORDINACIÓN Y RECTORÍA: ASPECTOS LEGALES DE LA RESPUESTA FRENTE A LA VIOLENCIA SEXUAL.**  
Cinthya Silva (Perú).
- **EL ROL DEL SECTOR SALUD: LA NORMATIVA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL.**  
Vanessa Herrera López (Perú)

### **PLENARIA 4: CORRUPCIÓN Y SALUD MENTAL**

Coordinador: Eduardo Gastelumendi

- **DESIGUALDAD Y PANDEMIA**  
Mariana Lagos (Argentina)
- **CORRUPCIÓN COMO PROBLEMA ÉTICO Y DE SALUD MENTAL**  
Alberto Perales (Perú)
- **CORRUPCIÓN Y LEGALIDAD:**  
Enrique González Ruelas (México).

### **PLENARIA 5: NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA**

Coordinador y moderador: Ricardo Bustamante (Perú)

- **INMUNIDAD Y PSIQUIATRÍA: ¿SON LOS TRASTORNOS MENTALES ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL CEREBRO?**  
Pedro Sánchez (España)
- **NEUROCIENCIAS DEL VINCULO Y LA EMPATÍA**  
Alberto Fernández (Perú)
- **CEREBRO, PSICOTERAPIA Y NEUROPLASTICIDAD**  
Ricardo Bustamante

## **PLENARIA 6: COVID-19 Y LA SALUD MENTAL**

Coordinador y moderador: William Aguilar (Perú)

La pandemia COVID-19 ha impactado en todas las naciones, particularmente en el área de la salud mental, generando enorme sufrimiento humano. Su magnitud, está aún por determinarse, muestra indicios de que sus repercusiones se darán a mediano y largo plazo, en particular en América Latina. En la presente Plenaria se analizó su impacto, desde la propuesta de reinterpretación del síndrome clínico del delirium y la psicosis durante la fase aguda de la enfermedad, desde el enfoque de la ética y salud mental, y los aprendizajes que la pandemia nos va dejando en salud mental y psiquiatría. Hechos que son indispensables en nuestros países para enfrentar el desafío con éxito.

- **REINTERPRETACIÓN DEL DELIRIUM Y LA PSICOSIS EN EL CONTEXTO COVID19**

**William Aguilar (Perú)**

Durante la pandemia covid19, la presentación de la psicosis y el delirium, como cuadros clínicos, suponen un reto en su diagnóstico y su manejo, en parte a que ambos síndromes, contienen muchas similitudes anatómicas, psicopatológicas, neuropsicológicas y psicofarmacológicas, así como diferencias expresadas en el nivel de conciencia y el procesamiento de la información. se postula a que ambos síndromes, desde el punto de vista informacional serian entidades similares y opuestas a la vez.

- **ALGUNOS APRENDIZAJES QUE NOS VA DEJANDO LA PANDEMIA**

**Santiago Levin (Argentina)**

- **ÉTICA, SOCIEDAD Y PANDEMIA COVID19**

**Alberto Perales (Perú).**

# SIMPOSIOS

## **SIMPOSIO 1: APEGO Y PSICOPATOLOGÍA**

Coordinador y moderador: Horacio Vargas (Perú)

- **APEGO NORMAL, APEGO PATOLÓGICO Y PSICOSIS.**

**Horacio Vargas Murga (Perú).**

El concepto de apego como un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un ser vivo de la misma especie, orientado a garantizar el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y neuroendocrina, alberga el carácter de necesidad biológica y relacional para la sobrevivencia y desarrollo saludable. El apego nos posibilita entender una parte de la construcción psíquica y las bases para una salud mental conservada o alterada. Diversas investigaciones revelan que apegos seguros se correlacionan con niños sanos que después serán adultos sanos y apegos ansiosos con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencia hacia los niños y psicopatología en el tiempo. Por otro lado, conocer cómo se produce el apego normal y patológico nos permite distinguir vulnerabilidades en la formación del sí mismo (Self) que podrían influir en el surgimiento de la psicosis a lo largo de la vida. La intersubjetividad vinculada a la sincronía interraccional regula el desarrollo del sentido del sí mismo y dirige el tipo de apego que se desarrolla en las experiencias tempranas. Varios modelos explicativos que van desde las hipótesis psicogenéticas de la psicosis infantil, sustentados en la interacción madre-bebé (a partir de aportes psicoanalíticos) hasta el modelo relacionado con el desarrollo de los sentidos del sí mismo, destacando la inestabilidad en la formación del sí mismo nuclear entre los 2 y 7 meses de vida, buscan explicar la aparición de trastornos psicopatológicos (entre ellos la psicosis) a lo largo del desarrollo humano. El apego inseguro y la fragilidad del sí mismo nuclear son condiciones a tomar en cuenta y a seguir investigando en las personas con psicosis.

- **APEGO INSEGURO Y PSICOPATOLOGÍA**

**Rolando Pomalima Rodríguez (Perú).**

- **TRANSMISIÓN GENERACIONAL DEL APEGO: NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO.**

**Carlos Ochoa Torres (Francia)**

## **SIMPOSIO 2: EL PROBLEMA DE LAS COMORBILIDADES**

Coordinador y moderador: William Aguilar (Perú)

Las comorbilidades en psiquiatría son altas e implican un peor curso, pronóstico, tratamiento, manejo y costos de los trastornos mentales comórbidos. Se abordará el problema actual de las comorbilidades en psiquiatría, desde diversas perspectivas como las neurociencias, la psicolexicología, la filosofía de las ciencias, las actuales clasificaciones en psiquiatría, la epidemiología, y otras disciplinas que intervienen en ella; pero lo más importante es exponer propuestas de solución que expliquen dicho problema en el siglo XXI, que beneficien en última instancia el saber psiquiátrico.

- **PSICOLEXICOLOGÍA: SOBRE EL LENGUAJE DE LA PSIQUIATRÍA Y LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS.**

**Fernando Lolas Stepke (Chile)**

Los términos diagnósticos son **conocimiento**, esto es, información estructurada. Cumplen funciones descriptivas y pronósticas, además de sugerir intervenciones a la comunidad de expertos. Condensan varios tipos de informaciones: las procedentes del lenguaje, tanto espontáneo y proposicional como en respuesta a cuestionarios, las manifestaciones conductuales y signos somáticos y también los datos del laboratorio (bioquímicos, imagenológicos, fisiológicos). También incluyen la historia individual y datos sobre el entorno en que habitan las personas.



La **psicolexicología** estudia los términos usados en la psiquiatría y disciplinas afines desde varias perspectivas: su etimología u origen, su semántica o significado y su pragmática o uso social. Esto último cobra especial relevancia en la psiquiatría pues algunos de las palabras que emplea pueden adquirir connotaciones peyorativas o ser interpretadas erróneamente por quienes desconocen sus usos técnicos.

La psiquiatría tiene aspectos que diferencian su construcción conceptual de la de otras ramas de la medicina. Existe un cambio importante de significado de los términos a tenor de los avances científicos. Algunas expresiones, al usarse ampliamente en la comunidad general, pierden valor técnico (por ejemplo, neurosis). Algunas categorías diagnósticas se “despatologizan” por presiones sociales o cambios culturales (por ejemplo, homosexualidad egosintónica versus egodistónica). Muchas de las etiquetas diagnósticas no encuentran correlatos anatomopatológicos y se sustentan en procesos o desarrollos biográficos. Algunas condiciones sociales pueden motivar diagnósticos “medicalizantes” que pueden ser fuente de discriminación o estigma. Si bien algunas de estas situaciones pueden observarse en la medicina en general, en la psiquiatría son especialmente notables.

Un **sistema diagnóstico** es un conjunto de rotulaciones diagnósticas que junto con proveer criterios para incluir una condición dentro de una categoría señalan sus diferencias con otras. Ninguno de los sistemas actualmente en vigencia en el campo psiquiátrico es simplemente descriptivo o ateórico. Dependen del hecho sustantivo de que las personas requieren ayuda o son obligadas a pedirla por menoscabos, discapacidades o minusvalías que en ocasiones no reconocen una base orgánica discernible.

También debe observarse que la observación psiquiátrica siempre es **multiaxial** por considerar diversos aspectos del diagnóstico y **multidimensional** por requerir un pluralismo metódico para la obtención de informaciones.

Casi todos los sistemas en uso enfrentan el desafío de matizar sus categorías, o aspectos de ellas, por aproximaciones dimensionales y/o jerárquicas, toda vez que las nociones mismas de normalidad/anormalidad o pático/patológico están cargadas de valoraciones y culturalmente influidas.

En el análisis y contrastación de sistemas diagnósticos desde una perspectiva psicolexicológica debe considerarse que no es posible establecer correlaciones entre fenotipos clínicos y sustratos fisiológicos en forma segura (pese a ser ésta una antigua aspiración), que los términos empleados cubren solamente algunas manifestaciones de fenómenos complejos y que muchos menoscabos y discapacidades son difíciles de objetivar.

Entre los desafíos pendientes, atenuada la esperanza de un diagnóstico comprensivo e integral, se cuenta la distinción entre **rasgo** (disposición permanente) y **estado** (condición transitoria), la **validez transcultural** de las categorías, la autonomía de la profesión psiquiátrica para declarar legítimos sus dictámenes, la provisión adecuada de servicios en base a ejes transdiagnósticos (hay síntomas comunes a muchas condiciones) y la correcta **traducción** de los términos empleados a los lenguajes jurídico y vulgar.

Es importante destacar que los rótulos diagnósticos de la psiquiatría, más que otros de la medicina general, pueden tener connotaciones peyorativas, crear una ingrata “carrera de paciente” y ser motivo de discriminación y estigma. De allí la necesaria **reflexión ética al nominar trastornos** (base del poder profesional médico) y al recetar intervenciones. La “psiquiatrización de la vida” ha incrementado las condiciones diagnosticables en cada nueva edición del DSM y la consiguiente expansión del uso de medicaciones psicotrópicas.

En las presentaciones de este simposio se examinarán algunas cuestiones relevantes en los más usuales, especialmente los elaborados por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) y la Organización Mundial de la Salud (CIE), considerando que tanto los orígenes como los fines expresos de ambos sistemas son distintos. El desarrollo de sistema diagnósticos con claras reglas de inclusión y exclusión en categorías o dimensiones, con suficiente traducibilidad para tener impacto transcultural y con indicaciones claras sobre etiología y patogenia es un desafío permanente

#### Algunas referencias

- Lolas F. Psycholexicology: Psychiatric discourse and nosological entities. *Psychopathology* 1997; 30: 241-244
- Lolas F. Hacia una psiquiatría multidimensional. *Investigación en Salud*, (Guadalajara, México) 1999; 1: 29-33.
- Lolas, F., Martin-Jacod, E., Vidal, G. *Sistemas diagnósticos en psiquiatría. Una guía comparativa*. Mediterráneo, Santiago de Chile, 1999.
- Lolas F The axiological dimensión in psychiatric diagnosis. *Acta Bioethica* (Santiago de Chile) 2009; 15(2):148-150

- **CLASIFICACIONES CATEGORIALES Y EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA**

**Benjamín Vicente Parada (Chile)**

- **CLASIFICACIONES Y EPIDEMIOLOGIA: ¿UN CÍRCULO VIRTUOSO?**

**Ramón Florenzano Urzúa (Chile)**

- **FUTURAS CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS EN PSIQUIATRÍA**

**William Aguilar Rivera (Perú)**

Cabe preguntarse, como psiquiatras ¿cómo reconocemos a otra persona? ¿Cómo nos conectamos emocionalmente, en forma bastante rápida? ¿Cómo dirigimos nuestra atención hacia una parte del mundo que resulta de mutuo interés y en la que realizamos tareas de clasificación?; las futuras clasificaciones, de los estados mentales, en circunstancias habituales de vida, están atadas a una perspectiva de primera persona (soy yo, consciencia) y eventualmente ser observados en su comportamiento motor, verbal y ser juzgados desde la perspectiva de la tercera persona, pero mediados desde la perspectiva de la segunda persona, que se refiere a la relación entre los estados mentales de un yo y un tú.

Por otro lado, esta calificación también debe explicar los trastornos de índole neuropsíquica que tienen o sufren las personas, que son determinados no sólo *patogenéticamente* (desde la actividad bioquímica de las células corporales) sino también *patocinéticamente* (desde la sociedad). El propósito es lograr una explicación integrada de tales trastornos, así como ofrecer un marco más apropiado para la búsqueda de soluciones terapéuticas igualmente más apropiadas y por tanto más eficaces para superarlos, siempre en el marco de la Relación sociedad-conciencia-personalidad y los Conceptos de Información y neurolingüística

### **SIMPOSIO 3: EL ÉXODO VENEZOLANO A AMÉRICA LATINA, REPERCUSIONES Y SALUD MENTAL, EN TIEMPOS DEL COVID-19**

Coordinador: Elvia Velásquez (Colombia)

La Migración Venezolana a Latinoamericana en años recientes, constituye probablemente uno de los más significativos fenómenos sociales en el subcontinente, por su magnitud y características. Desde el 2015, más de cinco millones de venezolanos han cruzado la frontera de su país, creando una crisis de notable impacto en diferentes áreas incluyendo lo mental y emocional, tanto en los migrantes como en la población de los países receptores.

Este Simposio examina los diversos aspectos y fases del proceso migratorio con especial énfasis en factores psico-socio-culturales, particularmente las vivencias emocionales y sus consecuencias en Colombia, Ecuador y Perú. El análisis incluye la dramática secuencia de eventos de la llamada “Migración en reversa” determinada por la pandemia COVID-19. Expositores de los tres países examinan el fenómeno en cada uno de ellos para presentar una perspectiva internacional de sus aspectos psicosociales, riesgos para la salud mental de diversas subpoblaciones y las implicaciones culturales en áreas como la solidaridad, el bienestar colectivo, políticas de salud pública e intervenciones profesionales.

- **PERSPECTIVAS GENERALES SOBRE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN LATINOAMÉRICA Y EN COLOMBIA.**

**Elvia Velásquez (Colombia).**

Generalmente el primer lugar de migración, es el país vecino, ante las dificultades, si no se puede vivir en su país, se busca un lugar próximo. Probablemente da más esperanza de regresar y de tener más cerca la familia, también de estar entre personas menos extrañas y con menor costo de viaje. Lo que sucedió fue que, de un momento a otro, Colombia fue el primer país de Latinoamérica, (LA) que vio asombrado, cómo los venezolanos cruzaban por montones sus fronteras, fuera a pie o en transportes baratos, fuera para quedarse en el país o continuar hacia otros países de LA. De los 5 millones de migrantes que han salido de Venezuela 2 viven en Colombia. A pesar de que tanto el gobierno como los colombianos, acogieron bien a los venezolanos, existía una deuda de cuando la migración era hacia Venezuela, la vida no les ha sido fácil. Se han encontrado con que llegaron a países con sus propias debilidades, con altos niveles de pobreza, desempleo y violencias, además del fenómeno de la pandemia

por Covid 19 que lo ha agravado todo. La población venezolana que se queda en Colombia parece tener un nivel social y educativo un poco menor que la población que llega a otros países de LA más lejanos de Venezuela. En mayor %, es una población en edad económicamente activa, joven y de buen nivel educacional. Estas condiciones, sin embargo, no son suficientes para evitar que, en su nueva vida, pertenezcan a los sectores de menores ingresos, con empleos informales, que ganan para el día a día, y viven en los sectores más pobres de las ciudades, con necesidades múltiples. Un alto % están en pobreza multidimensional.

En esta presentación además de algunas definiciones, se mostrará el proceso político y económico de Venezuela que la ha llevado a estar entre los 10 países más pobres del mundo, lo mismo que cifras de la población migrante, sus necesidades las respuestas de los países y los esfuerzos de integración.

1. BID. Abuelafia E. Migración en la región andina: Impacto de la crisis y expectativas en el mediano plazo. Inter-American Development Bank; 2020.

2. OAS/OEA.org. Secretaría General. López MF et al. Situación de los venezolanos que han retornado y buscan regresar a su país en el contexto del Covid-19. Sep 2020, 14 pags. [citado el 14 de enero de 2021]. Disponible en: [http://www.oas.org/documents/spa/press/OEA\\_Retornados-venezolanos\\_ESP.pdf](http://www.oas.org/documents/spa/press/OEA_Retornados-venezolanos_ESP.pdf) ([Venezuela\\_migrantes@oas.org](mailto:Venezuela_migrantes@oas.org))

- **CARACTERÍSTICAS DE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN EL PERÚ.**

**Antonio Lozano Vargas (Perú).**

- **LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN ECUADOR: PASAJE HACIA EL SUR DE AMÉRICA LATINA.**

**José Ordoñez Mancheno (Ecuador).**

El hecho de ser “humanos” no da una “ciudadanía universal”. La expresión “migrante” no responde a la voluntad pura, sino al contexto. Venezuela se muestra distante y desconoce su crisis emigratoria. Desde el año 2015, América Latina y el Caribe acogieron 2,4 millones de migrantes venezolanos. Ecuador en el año 2018 registró el ingreso de 954.217 venezolanos, entre los 18 a 35 años, el 17% decidió quedarse; entre sus razones para emigrar están: inseguridad, desesperación, hambre, incertidumbre y falta de medicinas. La dinámica social ecuatoriana empezó a mostrar xenofobia, discriminación, odio, rechazo, reacciones desproporcionadas, inseguridad, expulsión, limitación laboral. La Organización Internacional de Migrantes (OIM) indicó que 10% de venezolanos presentaban un problema de salud. La pandemia por el COVID -19, generó dificultades alimentarias, problemas de salud, alojamiento, incremento de contagio, xenofobia, violencia, explotación y abuso. En los próximos años, se verán las secuelas en personas que no contaron con atención oportuna durante el embarazo, parto y atención al recién nacido. Los niños, las mujeres y personas LGBTIQ están más expuestos a violencia, mendicidad, abuso, limitación en educación; la violencia de género se ha incrementado, el sexo transaccional y de supervivencia se consideran formas de supervivencia, de cada 18 trabajadoras sexuales 8 son venezolanas. Las medidas instauradas por el gobierno, son deficientes no basta con la entrega de kits de alimentos, transporte y/o albergues; más requiere una postura política migratoria adecuada marcada por la solidaridad ya que “todos podríamos ser emigrantes y migrantes alguna vez en la vida”.

- **LAS MUJERES Y LA FAMILIA EN LA MIGRACIÓN VENEZOLANA HACIA AMÉRICA LATINA.**

**Silvia Gaviria (Colombia).**

La pandemia por covid 19 ha subrayado la dependencia que la sociedad tiene de las mujeres, y también, ha puesto de manifiesto las desigualdades estructurales en todos los ámbitos, el económico, el sanitario, o la seguridad y la protección social. En el caso de las mujeres migrantes estas diferencias se acentúan, afectando no solo su estabilidad sino la de las familias. Durante los procesos migratorios, las mujeres están expuestas a los riesgos propios de la condición de migrante y los relacionados con sus roles como madres, esposas, cuidadoras y proveedoras económicas, entre otros. Además, enfrentan los peligros generados por el abuso físico, sexual y la trata de personas.

La migración venezolana hacia América Latina cuenta con un gran porcentaje de personas jóvenes, aproximadamente el 60%, de las cuales la mitad son mujeres. Muchas de estas mujeres migran con sus familias. Los avatares de la migración y las dificultades no previstas aumentan los niveles de estrés y el riesgo de padecer enfermedad mental en esta población.

En esta presentación se discutirán aspectos relacionados con los factores psicosociales y la salud mental de las mujeres venezolanas y sus familias, como migrantes hacia América Latina.

#### **SIMPOSIO 4: TRASTORNO BIPOLAR Y NEUROCIENCIAS**

Coordinador y moderador: Silvana Sarabia (Perú)

- **NEUROBIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR**

**Aitor Castillo (Perú)**

- **AVANCES EN LAS INTERVENCIONES TEMPRANAS DEL TRASTORNO BIPOLAR**

**Carlos Mendoza (Perú)**

- **ACTUALIZACIÓN EN LOS USOS DE LAS SALES DE LITIO**

**Luis Giuffra (EEUU)**

El litio es el estabilizador del ánimo que produce mejores resultados en el tratamiento del trastorno bipolar. Sin embargo, su uso (especialmente fuera de Europa) continúa disminuyendo en favor de los antipsicóticos atípicos. En esta ponencia revisaremos los usos del litio en los trastornos bipolar, unipolar, y en otras psicopatologías; sus efectos profilácticos y su posible uso en la prevención de las demencias y otros trastornos neurodegenerativos. Discutiremos aspectos prácticos de su dosificación, así como la prevención y manejo de sus efectos secundarios.

- **ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO BIPOLAR**

**Silvana Sarabia (Perú)**

El trastorno bipolar es una enfermedad del estado del ánimo, crónico y recurrente que cursa con síntomas que varían del polo maniaco al depresivo. El tratamiento farmacológico de las personas con trastorno bipolar dependerá de su presentación clínica, de preferencia el tratamiento deberá ser individualizado, teniendo en cuenta los posibles efectos adversos relacionados a cada fármaco y las comorbilidades médicas y psiquiátricas de cada paciente. Se presentarán recomendaciones basadas en evidencia del manejo actualizado del trastorno bipolar en adultos.

#### **SIMPOSIO 5: TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y NEUROCIENCIAS**

Coordinador y moderador: Johan Vega (Perú)

- **FILOGÉNESIS Y ONTOGÉNESIS DE LA ANSIEDAD Y SUS TRASTORNOS. UNA VISIÓN DESDE LAS NEUROCIENCIAS**

**Alberto Fernández (Perú)**

- **ANSIEDAD Y EL ROL DE LOS ENDOCANNABINOIDES**

**Jorge Telles (Colombia)**

- **ESTRUCTURA DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA**

**Johann Vega (Perú)**

## **SIMPOSIO 6: DE LAS ZONALES DE AMERICA DE LA WPA: SALUD MENTAL Y MIGRACIONES**

Coordinador y moderador: Santiago Levin (Argentina)

Expositores:

- **Santiago Levin** (WPA Zona 5)
- **Rodrigo Cordova** (WPA Zona 4)
- **Thelma Sánchez** (WPA Zona 3)
- **Bernardo Ng** (WPA Zona 2)

## **SIMPOSIO 7: EXPERIENCIAS TRAUMATICAS**

Coordinador y moderador: Adrián Arévalo (Perú)

### **• LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN DEL ANTECEDENTE DE TRAUMA EN PSIQUIATRÍA: DE LOS ECOFENOTIPOS A LA ENFERMEDAD SISTÉMICA**

**Carolina Salgado Monares (Chile).**

El antecedente de maltrato infantil en la población general es altísimo, las cifras varían entre un 13,8% a un 42%, dependiendo del tipo de maltrato (Dong, 2004). Se ha visto una asociación entre el desarrollo de psicopatología y maltrato infantil, particularmente, depresión (Anda, 2002, Widom, 2007), Trastorno Afectivo bipolar (Anda, 2007), Trastornos de Ansiedad (Scott, 2010; Green, 2010; Cogle, 2010), abuso de sustancias (Scott, 2010; Kendler, 2010; Dube, 2003), Trastornos de personalidad (Ford, 2021), trastornos disociativos (Lanius, 2015), psicosis ( Hurtado, 2021; Catalan, 2017, Turner, 2019) y trastorno de Estrés Postraumático (Scott, 2010; Green, 2010), entre otros. Alguna de las complicaciones en estas asociaciones es el inicio más temprano de la enfermedad, mayor severidad de los síntomas, mayor comorbilidad (médica y psiquiátrica) y peor respuesta al tratamiento que aquellos que no tienen historia de maltrato infantil (Teicher, 2013).

Se postula que el maltrato infantil, dependiendo del momento en que se produce, el tipo y la severidad del maltrato, produce modificaciones epigenéticas en los sistemas de respuestas relacionados con el estrés, alterando consecuentemente la anatomía y funcionamiento cerebral (Teicher, 2013), lo cual difiere de aquellas personas que no tienen el antecedente de maltrato. Estas alteraciones epigenéticas incrementarían el riesgo de psicopatología, siendo una expresión fenotípica distinta llamada "ecofenotipos".

Por otro lado, la comorbilidad psiquiátrica y médica es alta entre los pacientes con diagnóstico de TEPT (Sareen, 2021). Respecto a la comorbilidad psiquiátrica, se ha encontrado que de los pacientes diagnosticados con TEPT, un 16% tiene un diagnóstico psiquiátrico adicional, un 17% dos y el 50% tres o más trastornos. Las comorbilidades más frecuentes son: trastornos depresivos, ansiosos y por uso de sustancias, incluido el Alcohol. Otros trastornos frecuentes son los Trastornos somatomorfos y Trastornos de personalidad. De particular cuidado son los pacientes que poseen comorbilidad de TEPT y Trastorno de personalidad ya que presentan mayor riesgo de suicidalidad (Sareen, 2021).

Dentro de la comorbilidad médica, las dificultades más frecuentemente observadas en esta población son: enfermedades de los sistemas osteo-articulares, neurológicas, cardiovasculares, respiratorias o metabólicas y síndrome del intestino irritable, las que suelen ser 1.5 a 3 veces más frecuentes en los pacientes diagnosticados con TEPT que en los pacientes sin diagnóstico de TEPT. Además, el TEPT parece tener un impacto en el envejecimiento, acelerando este proceso y aumentando la comorbilidad relacionada con las demencias (Sareen, 2021).

Las comorbilidades, ya sea con problemas de salud física o mental, complejizan el tratamiento y afectan el pronóstico, sobre todo cuando la historia de maltrato no es pesquisada y por ende no es abordada terapéuticamente (Sareen, 2021)

- **PUNTOS CLAVE DE LA TEORÍA DE LA INMERSIÓN BIOLÓGICA DEL TRAUMA**

**Adrián Arévalo Alván (Perú).**

La evidencia sugiere que la exposición temprana a la adversidad incrementa el riesgo de enfermedades crónicas en la etapa adulta, de enfermedades psiquiátricas e, incluso, la mortalidad. La hipótesis respecto a los mecanismos mediante los cuales esto ocurre se conoce como la teoría de la inmersión biológica del trauma. Esta hipótesis considera que la información procesada por el sistema nervioso se da en múltiples niveles de complejidad (genético, neuronal, redes neuronales, sistemas fisiológicos sistémicos, procesos psicológicos, entre otros) y que en cada nivel se busca la adaptación a las condiciones impuestas por la adversidad. Sin embargo, en ciertos casos, estas adaptaciones devienen en sobrecarga alostática y fisiopatología. Además, si esta exposición se da en ventanas críticas para el desarrollo de terminadas redes neuronales, esta sobrecarga suele ser permanente y con difícil modificación por posteriores experiencias o contextos sociales favorables. El énfasis de la presentación se dará a nivel del procesamiento de la información del entorno adverso por diferentes redes neuronales, como aquellas involucradas en 1) el sistema de detección de amenazas, 2) el sistema de anticipación de recompensas, 3) la integración interhemisférica de la información, 4) la integración central de patrones sensitivos y 4) la arquitectura de las redes neuronales con el objetivo de comprender mejor la psicopatología. Asimismo, se mencionará brevemente algunos hallazgos en otros niveles de información, como el epigenético, neuroinflamatorio, de representación social y de transmisión transgeneracional.

- **TRATAMIENTO BASADO EN EVIDENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

**Ulrich Schnyder (Suiza).**

La eficacia de los abordajes psicoterapéuticos para el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) está ampliamente documentado con evidencia. Diversos ensayos clínicos adecuadamente controlados realizados en sobrevivientes han demostrado que la terapia cognitiva conductual enfocada en trauma (TCC-ET) es efectiva para tratar el TEPT. Esta conferencia brindará un panorama de las psicoterapias para el TEPT disponibles en la actualidad y basadas en evidencia. Cada una tiene características específicas, pero también tienen mucho en común. En efecto, las semejanzas sobrepasan las diferencias: (1) La psicoeducación brinda información importante sobre la naturaleza y el curso de las reacciones de estrés posttraumático, identifica la manera en la que se afrontan los gatillos del trauma y discute las estrategias para manejar el distrés. (2) La regulación de emociones y las habilidades de afrontamiento se enseñan con frecuencia y se brinda entrenamiento en ellas al inicio o en las primeras etapas del tratamiento. Esto también es considerado como un elemento del tratamiento que busca el promover la resiliencia de los sobrevivientes a trauma. (3) Es posible encontrar en casi todas las psicoterapias para los trastornos asociados a trauma basadas en evidencia a algún tipo de exposición imaginaria a los recuerdos de las experiencias traumáticas del paciente. (4) Otros elementos comunes son el procesamiento cognitivo, la reestructuración y/o la búsqueda de significado. (5) Todas las psicoterapias se enfocan en las emociones. Algunas abordan predominantemente las redes del miedo o trauma, otras se enfocan más o en igual proporción en la culpa, vergüenza, enfado, duelo y tristeza. (6) Los procesos mnésicos también desempeñan un papel importante en el tratamiento de los trastornos asociados a trauma. La reorganización de las funciones mnésicas y la creación de una narrativa traumática coherente impresionan se objetivos centrales de todos los tratamientos enfocados en trauma. – Los avances prometedores a futuro podrían incluir, por ejemplo, la combinación de tratamientos para abordar comorbilidades, “miniintervenciones” para problemas específicos de manera transdiagnóstica y elementos de tratamiento enfocados en mejorar la resiliencia, tales como aquellos basados en mindfulness. Asimismo, los psicoterapeutas que trabajan con sobrevivientes a trauma deberían desarrollar su sensibilidad cultural.

## **SIMPOSIO 8: TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN, NUEVOS ENFOQUES**

Coordinadora y moderadora: Gisella Vargas (Perú)

- **TRATAMIENTOS COADYUVANTES EN EL MANEJO DEL TDAH**  
Francisco de la Peña (México).
- **RETOS DEL PACIENTE CON TDAH Y DE SUS FAMILIARES**  
Zuleika Morrillo de Nieto (Republica Dominicana).

## **SIMPOSIO 9: NUEVAS DROGAS PSICOACTIVAS, ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS Y PATOLOGÍA DUAL**

Coordinador: Gonzalo Haro (España)

Moderadora: Ana Benito (España).

- **NUEVAS DROGAS PSICOACTIVAS Y PATOLOGÍA DUAL**  
Abel Baquero (España).
- **ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS Y PATOLOGÍA DUAL**  
Francesc Rodríguez-Ruiz (España).
- **SALUD MENTAL Y PATOLOGÍA DUAL EN EL DEPORTE DE ÉLITE**  
Héctor Usó (España).
- **SALUD MENTAL Y PATOLOGÍA DUAL DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19**  
Iván Echeverría (España)

## **SIMPOSIO 10: CYBERTERAPIA Y TERAPIAS ONLINE**

Coordinador y moderadora: Isabel Vasquez (Perú)

- **PSICOTERAPIA POR VÍA REMOTA O CON REALIDAD VIRTUAL**  
Rafael Sibils (Uruguay)
- **REALIDAD VIRTUAL Y REALIDAD AUMENTADA EN ATENCIÓN REMOTA.**  
Isabel Vásquez (Perú).

La realidad virtual (RV) y la realidad aumentada (RA) han aumentado su campo de acción en la Psiquiatría, de la mano con el enfoque cognitivo conductual y el avance tecnológico, los que han mejorado el realismo, la variedad de ambientes virtuales y la disposición de plataformas y de medios para ofrecerlas. Sin embargo, muchos de estos elementos se diseñaron para la consulta presencial o los centros hospitalarios; debido a la pandemia del SARS-CoV-2, en todos estos se realizan consultas restringidas, por temor al contagio o por las restricciones sanitarias para el mismo fin. Esto supuso una dificultad para los pacientes y los terapeutas. Cuando se reabrió la consulta presencial en algunos ambientes, la escasez y el alto costo de los equipos de protección personal, así como la exigencia de medidas de bioseguridad, desalentó el uso de RA y RV en la consulta presencial.

Poco a poco, la respuesta mejoró debido a la capacidad tecnológica, estimulada por la misma pandemia. La difusión del uso de teléfonos inteligentes entre personas previamente no habituadas a estos, la mejora de la oferta de contenido virtual y el comercio electrónico disminuyeron las barreras hacia los mismos. También los ambientes se adaptaron a una oferta más flexible y para varios soportes. Esto amplió la oferta de elementos que podían ser útiles para la terapia con RV y RA, así como la capacidad de uso y la confianza de los usuarios. Un

elemento extra fue que, en el caso de los pacientes adultos mayores, que no conocían bien el uso de monitores y teléfonos electrónicos, tuvieron apoyo de parientes que tuvieron que quedarse a trabajar en casa, lo que mejoró su capacidad y posterior autonomía.

- **ASPECTOS LEGALES DE LA CONSULTA POR MEDIOS VIRTUALES EN PSIQUIATRÍA.**

**Pablo Andrés Coronel (Argentina).**

Desde el inicio de la pandemia hacia fines de 2019, tras la emergencia del nuevo coronavirus SARS COV 2, los profesionales de la salud en la República Argentina han debido adaptar sus prácticas asistenciales en base a la implementación de modalidades telemáticas de atención a los fines de acompañar medidas sanitarias epidemiológicas basadas en la restricción de la circulación de la población. Dentro del campo de la salud mental a lo largo de un año, el ejercicio profesional de la psiquiatría ha experimentado un vertiginoso crecimiento en la implementación de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a dar respuesta asistencial toda vez que resulta aplicable lo que ya hemos dado en llamar Telepsiquiatría. Durante 2020, desde el Capítulo de Psiquiatría Forense de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, hemos centrado nuestro eje de estudios y producción académica en explorar el desarrollo normativo y marco legal que rigen estas prácticas en nuestro medio e incluyen, asimismo, la utilización de los medios telemáticos aplicados a la práctica pericial y forense en psiquiatría. Durante la presente ponencia, se procederá a disertar acerca de los aspectos legales de la consulta por medios virtuales en psiquiatría desarrollados a la luz del análisis del marco normativo explorado y su desarrollo a nivel internacional y local en la República Argentina.

### **SIMPOSIO 11: MEDICINA Y PSIQUIATRÍA CENTRADA EN LA PERSONA**

Coordinador y moderador: Juan Enrique Mezzich (USA/Perú)

- **VALOR DEL DIAGNOSTICO CENTRADO EN LA PERSONA SOBRE AQUEL SOLO CENTRADO EN LA ENFERMEDAD**

**Juan E Mezzich (USA/Perú)**

- **NUEVAS INVESTIGACIONES CON EL ÍNDICE DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.**

**Ihsan Salloum (USA)**

- **MENTORÍA CENTRADA EN LA PERSONA Y EL DESARROLLO HUMANO**

**Alberto Perales (Perú)**

- **NUEVAS ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA CENTRADAS EN LAS PERSONAS Y LA COMUNIDAD**

**Javier Saavedra (Perú)**

La salud pública tiene como meta asegurar las condiciones para que las personas estén sanas, tanto física como mentalmente, aunque el énfasis ha estado tradicionalmente dirigido a prevenir que las personas enfermen. Sin embargo, la salud pública ha ido evolucionado y tomando en consideración la naturaleza compleja de las enfermedades y de sus determinantes en los contextos socioculturales diversos y se ha acercado a un concepto de salud amplio relacionado con el bienestar y a la salud positiva. Aunado a esto se ha reconocido la importancia de la opinión y los puntos de vista de las personas que reciben la atención con el consiguiente mayor empoderamiento y que ha llevado a cambios de políticas que han conducido a consideración de salud pública centrada en la gente<sup>i</sup>. La perspectiva de salud pública centrada en las personas permite enfrentar mejor, aspectos de inequidad porque incluye una aproximación diferenciada colocando a las personas, sus expectativas y necesidades en el centro de las atenciones, por lo tanto, los problemas de grupos minoritarios pueden ser mejor atendidos<sup>ii</sup>. Un punto de partida crucial para una salud pública centrada en las personas es la atención primaria debido a que por naturaleza tiene un enfoque integral, tanto de la salud somática como de los aspectos psicológicos de las personas; la atención primaria y la salud pública tienen funciones complementarias con el propósito común de asegurar una población más saludable<sup>iii</sup>. La salud pública centrada en las personas confronta al modelo orientado a la enfermedad planteando focalizar la atención a las prioridades y preferencias de las personas con problemas y contextos



complejos en vez de focalizarse sólo en el diagnóstico y en patologías discretas <sup>iv</sup>, además se concentra en los activos comunitarios resaltando los valores presentes en la comunidad y en métodos no clínicos para desarrollar salud y bienestar. La adopción de una salud pública centrada en las personas se sustenta éticamente en el respeto a la unicidad y dignidad de las personas que buscan atención y que vienen con narrativas, valores y preferencias que deben ser respetadas por el sistema de salud <sup>v,vi</sup>. Finalmente se propone que la investigación epidemiológica de sustento a la salud pública tomando en cuenta aspectos narrativos de las comunidades y perspectivas desde la salud positiva.

<sup>1</sup> WHO. People-centred health care: technical papers: International Symposium on the People-centred Health Care: reorienting health systems in the 21st century, the Tokyo International Forum, 25 November 2007

<sup>1</sup> Starfield B. The hidden inequity in health care International Journal for Equity in Health 2011, 10:15

<sup>1</sup> Appleyard James & Rawaf Salman. Person Centered Medicine, Primary Care, and Public Health. The International Journal of Person-Centered Medicine 2015 Vol 5 Issue 3 pp xx-xx

<sup>1</sup> Tinetti ME1, Fried T. The end of the disease era. Am J Med. 2004 Feb 1;116(3):179-85.

<sup>1</sup> Mezzich JE. Values and Context in Person-Centered Diagnosis. Indian J Soc Psychiatry 2016; 32:188-95

<sup>1</sup> Miles A, Asbridge JE. Person-Centered Healthcare - moving from rhetoric to methods, through implementation to outcomes. European Journal for Person Centered Healthcare. 2017; 5(1): 1-9.

## **SIMPOSIO 12: LA REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN EL PERU: BALANCE**

Coordinadora y moderadora: Elizabeth Rivera (Perú)

- **REFORMA DE LA SALUD MENTAL, UN PANORAMA GENERAL**  
Ricardo Bustamante Quiroz

- **AVANCES EN RELACIÓN A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN**  
Carlos Eduardo Palacios Valdivieso

- **CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: BALANCE**  
José Ronald Villafane Alva

- **PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL**  
Ever Ramiro Mitta Curay

## **SIMPOSIO 13: CIE-11 Y GLADP: DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO CENTRADO EN LA PERSONA**

Coordinadora y moderadora: Elvia Velásquez (Colombia)

- **ESTADO ACTUAL EN EL DESARROLLO DE LA CIE-11.**  
Rebeca Robles García (México).

La nueva clasificación de trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluida en la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (<https://icd.who.int/en>), incluye innovaciones importantes con respecto a la CIE-10.

Destaca la descripción de las presentaciones de los problemas de salud mental a lo largo del desarrollo, culturas y por género, así como la incorporación de la aproximación dimensional, particularmente en la clasificación de los trastornos de la personalidad, obsesivos y psicóticos (Reed et al., 2019); mismas que han demostrado ser confiables y de utilidad clínica a nivel global (Reed et al., 2018a, 2018b). La CIE-11 fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019. Durante los próximos años, los países miembros de la OMS llevarán a cabo los cambios con respecto a la CIE-10 en sus sistemas de información en salud, políticas públicas, legislación, programas y servicios de salud a fin de implementar la CIE-11 a inicios de 2022. Entre los esfuerzos de implementación se

incluyen desde luego los dedicados a la capacitación a profesionales de la salud mental en la versión CIE-11 más utilizada por los clínicos: las descripciones clínicas y guías diagnósticas (CDDG, por sus siglas en inglés); como el curso básico en línea para los miembros de la Red Global de Práctica Clínica de la OMS, en la que pueden registrarse todos los interesados (enlace para registro en español: <https://www.gcp.network/es/#>).

Referencias:

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D.J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J.B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M.E., Pike, K.M., Ayuso-Mateos, J.L., Kanba, S., Keeley, J.W., Khoury, B., Krasnov, V. N., Kulygina, M., Lovell, A.M., Mari1, J.J., Maruta, T., Matsumoto, C., Rebello, T.J., Roberts, M.C., Robles, R., Sharan, P., Zhao, M., Jablensky, A., Udomratn, P., Rahimi-Movaghar, A., Rydelius, P.A., Bährer-Kohler, S., Watts, A.D., & Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19.

Reed, G. M., Sharan, P., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Medina-Mora, M. E., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C.S., Krasnov, V. N., Maj, M., Mari, J. de J., Stein, D. S., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H. F., Asevedo, E., Cheour, M., Domínguez-Martínez, T., El-Khoury, J., Fiorillo, A., Grenier, J., Gupta, N., Kola, L., Kulygina, M., Leal-Leturia, I., Luciano, M., Lusu, B., Martínez-López, J. N. I., Matsumoto, C., Onofa, L. U., Paterniti, S., Purnima, S., Robles, R., Sahu, M. K., Sibeko, G., Zhong, N., First, M. B., Gaebel, W., Lovell, A. M., Maruta, T., Roberts, M. C., & Pike, K. M. (2018a). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: Results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, 17, 174-196. doi: 10.1002/wps.20524

Reed, G. M., Keeley, J. W., Rebello, T. J., First, M. B., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C.S., Krasnov, V.N., Maj, M., Mari, J., Sharan, P., Stein, D.J., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H.F., Asevedo, E., Cheour, M., Domínguez-Martínez, T., El-Khoury, J., Fiorillo, A., Grenier, J., Gupta, N., Kola, L., Kulygina, M., Leal-Leturia, I., Luciano, M., Lusu, B., Martínez-López, J.N.I., Matsumoto, C., Odunleye, M., Onofa, L.U., Paterniti, S., Purnima, S., Robles, R., Sahu, M.K., Sibeko, G., Zhong, N., Gaebel, W., Lovell, A.M., Maruta, T., Pike, K.M., Roberts, M., & Medina-Mora, M.E. (2018b). Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*, 17(3), 306-315 2018

- **MODELO DIAGNÓSTICO CENTRADO EN LA PERSONA (PID).**

**Ihsam Salloum (USA).**

- **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN SOBRE APLICABILIDAD DE LA GLADP EN GUATEMALA**

**Lourdes Corado (Guatemala).**

La Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), a través de su Sección de Diagnóstico y Clasificación, continúa trabajando en la preparación de la siguiente edición de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), que integra el uso de criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las anotaciones latinoamericanas y el modelo de formulación diagnóstica integral centrado en la persona. Este protocolo de investigación se ha diseñado para fortalecer la evidencia de la confiabilidad y validez del modelo de formulación diagnóstica propuesto, en la GLADP, así como identificar indicadores de utilidad, en condiciones de telesalud provocadas por la pandemia COVID-19. El diseño de este protocolo se ha adaptado a Guatemala, tomando en cuenta su contexto cultural (1/3 de población con lengua maternas basadas en la población autóctona, e impacta con una particular forma pensar, actuar y estar en el mundo; el nivel de escolaridad es de 6.6 años), socioeconómico (61.6% de población en pobreza multidimensional, remesas de migrantes como principal fuente de divisas, elevada desigualdad social), el acceso a servicios de salud mental (1% del presupuesto en salud) y disponibilidad de profesionales (1 psiquiatra por 100 mil habitantes). El instrumento a evaluar será el Formulario de Diagnóstico Integral utilizando los lineamientos de la GLADP-VR-2012 y los formatos complementarios que se proponen para sistematizar la recopilación de la información, los cuales han sido adaptados a la población en estudio. Especial atención ha prevaecido para que, en esta adaptación, los principios de la medicina centrada en

la persona se fortalezcan, de manera que la identidad cultural, las experiencias y expectativas sobre la salud, la identificación de factores positivos o protectores y de riesgo, sean incorporados de forma sistematizada al aplicar la formulación diagnóstica.

- **CIE-11 Y EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO EN LATINOAMÉRICA**

- **Elvia Velásquez (Colombia).**

- En esta presentación se hará énfasis en el concepto de utilidad del Diagnóstico psiquiátrico del CIE11 y en la importancia de su relación con la Guía latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico.

- El diagnóstico psiquiátrico es la interfase entre el encuentro de salud y la información de salud y una vez ocurre se transforma en estadísticas de salud, para la prevención y demás funciones que cumple en el sistema de salud. Pero antes de eso, el diagnóstico tiene que ser útil y exitoso para ayudar al profesional a diferenciar lo que es trastorno de lo que es normal y aportar lo necesario para que la persona sea efectivamente ayudada, tenga un diagnóstico acertado y se logre el vínculo terapéutico o empatía.

- Uno de los requisitos más importantes del CIE11 es “La Utilidad del sistema diagnóstico. La utilidad es la capacidad de comunicación entre el equipo de salud, la bondad del ajuste, (posibilidad de que el diagnóstico se ajuste a las formas de presentación del trastorno); la facilidad de aplicación y utilidad para seleccionar intervenciones y hacer decisiones clínicas que permitan medición y confiabilidad. La utilidad y confiabilidad pueden ser evaluadas y se superponen en algunos momentos con la validez para dar más consistencia al diagnóstico ante las limitaciones de la validez en la Psiquiatría. Todos estos aspectos se han considerado en el CIE11, especialmente en las Guías clínicas y diagnósticas del CIE 11 (CDDG) o versión para los profesionales de la Salud Mental en su práctica. (1)

- Considerando todas las funciones que comprende el diagnóstico psiquiátrico, las clasificaciones regionales, al enlazar en la atención a la persona, tanto conocimientos que responden a ámbitos universales como locales, culturales o personales, buscan dar énfasis al contexto y a la identidad dentro de su propia cultura.

- La GLADP basada en la Clasificación de la OMS, ha adoptado el enfoque de la Medicina Centrada en la Persona, el cual con las anotaciones Latinoamericanas y la Formulación Diagnóstica integral acercan el diagnóstico a la persona y lo contextualizan en el ámbito Latinoamericano.

- Reed, G. M., Keeley, J. W., Rebello, T. J., First, M. B. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*, 17(3), 306-315 2018

- Saavedra J, Otero AA, Brítez J, Velásquez E, Mezzich J, Salloum I, Zevallos S, Luna Y. “La Guía Latinoamericana de Diagnóstico – Versión Revisada – (GLADP-VR) y el Diagnóstico Centrado en la Persona”. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. 2015;15 (1):7-18.

#### **SIMPOSIO 14: "GUÍA CLÍNICA LATINOAMERICANA PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DISRUPTIVA"**

Coordinadora y moderadora: Milagritos Toledo (Perú)

- **DIMENSIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DISRUPTIVA Y SU MANEJO EN LA CASA.**

- **Francisco R. de la Peña (México)**

- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DISRUPTIVA Y SU MANEJO EN LA ESCUELA.**

- **Romina Aguerre (Uruguay)**

- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DISRUPTIVA Y SU MANEJO FARMACOLÓGICO.**

- **Juan David Palacio (Colombia)**

#### **SIMPOSIO 15: ESQUIZOFRENIA: ALTERACIONES COGNITIVAS, MANIFESTACIONES MOTORAS Y SIGNOS NEUROLÓGICOS**

Coordinador: Jeff Huarcaya

Moderador: Enrique Bojórquez G. (Perú)

- **MANIFESTACIONES MOTORAS EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO**

Manuel J. Cuesta (España).

- **ALTERACIONES COGNITIVAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEFICITARIA Y NO DEFICITARIA**

Jeff Huarcaya (Perú)

La esquizofrenia es una enfermedad crónica e incapacitante que afecta aproximadamente al 1% de la población (Albayrak et al., 2015). Esta enfermedad presenta múltiples signos y síntomas psicopatológicos, mostrando una extraordinaria variabilidad interindividual y temporal (Cuesta & Peralta, 2016). La esquizofrenia deficitaria es un síndrome definido por los siguientes criterios: a) presencia de al menos dos de los seis síntomas negativos: afecto restringido; rango emocional disminuido; pobreza de habla; disminución de intereses; disminución del sentido de propósito; impulso social disminuido; b) alguna combinación de dos o más de los síntomas anteriores ha estado presente durante los 12 meses anteriores y siempre estuvo presente durante los períodos de estabilidad clínica; c) los síntomas anteriores son primarios o idiopáticos, es decir, no secundarios a factores tales como ansiedad, efecto de la droga, síntomas psicóticos, retraso mental, depresión; d) el paciente cumple con los criterios del DSM para esquizofrenia (Kirkpatrick & Galderisi, 2008).

La mayoría de los estudios sugirieron que los pacientes con esquizofrenia deficitaria tienen un deterioro más grave en comparación con los pacientes con esquizofrenia no deficitaria. Sin embargo, no está claro si la esquizofrenia deficitaria y no deficitaria se asocian con perfiles neurocognitivos diferenciales (Bora et al., 2017).

Describimos las características neurocognitivas de 53 pacientes con esquizofrenia (26 con esquizofrenia deficitaria, 27 con esquizofrenia no deficitaria). Se encontró un perfil neurocognitivo diferente entre ambos tipos de esquizofrenia. Los pacientes con esquizofrenia deficitaria tienen una mayor deficiencia en el aprendizaje verbal inmediato ( $p=0.001$ ), memoria de trabajo ( $p=0.001$ ), fluencia verbal ( $p=0.005$ ), aprendizaje verbal diferido ( $p=0.001$ ) y la velocidad de procesamiento ( $p=0.000$ ). Nuestros resultados son consistentes con la evidencia de una relación significativa entre la esquizofrenia deficitaria y un mayor deterioro cognitivo.

### Referencias:

- Albayrak, Y., Akyol, E. S., Beyazyüz, M., Baykal, S., & Kuloglu, M. (2015). Neurological soft signs might be endophenotype candidates for patients with deficit syndrome schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*, *11*, 2825-2831. <https://doi.org/10.2147/ndt.s91170>
- Bora, E., Binnur Akdede, B., & Alptekin, K. (2017). Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med*, *47*(14), 2401-2413. <https://doi.org/10.1017/s0033291717000952>
- Cuesta, M. J., & Peralta, V. (2016). Going Beyond Classic Descriptions to Future Phenomenology of Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, *73*(10), 1010-1012. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2126>
- Kirkpatrick, B., & Galderisi, S. (2008). Deficit schizophrenia: an update. *World Psychiatry*, *7*(3), 143-147. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00181.x>

- **EVIDENCIA DE LA EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

Ricardo Bustamante (Perú)

## **SIMPOSIO 16: INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA PERINATAL EN AMERICA LATINA**

Coordinadora y moderadora: Silvia Gaviria (Colombia)

- **DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS CON LA ESCALA EDIMBURGO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA CIUDAD LA PAZ**

**Rosario Martínez (Bolivia)**

**OBJETIVO:** Es detectar depresión en mujeres embarazadas y puérperas mediante la escala de Edimburgo y factores sociodemográficos característicos, entre noviembre 2020 y mayo 2021 en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz.

**MÉTODOS:** El estudio es descriptivo, observacional de tipo prospectivo de corte transversal.

**Población de estudio:** Todas las embarazadas que acuden a emergencias, consulta externa y puérperas hospitalizadas en la especialidad de Obstetricia en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz durante los meses de noviembre 2020 a mayo del 2021.

**Resultados:** La probabilidad de depresión en mujeres embarazadas y puérperas es de 37% que corresponde a 44 pacientes. Los factores sociodemográficos característicos son: El 48%, es decir 21 *pacientes se encontraban en etapa de puerperio mediato*, 39%, es decir 17 *pacientes se encontraban entre los 16 a 25 años*, 55% es decir 24 *pacientes tenían como estado civil unión libre*, el 77%, es decir 34 *pacientes eran de la ciudad de La Paz*, el 34%, es decir 15 *pacientes tenían como nivel de formación bachillerato*, la ocupación más frecuente era de labores de casa en el 82%.

**Conclusiones:** La propuesta de atención a las mujeres embarazadas y puérperas con la promoción de estilos de vida saludables y la psicoterapia de apoyo.

- **RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS EN EL EMBARAZO**

**Marie Claire Berrouet (Colombia)**

**Introducción:** El consumo de sustancias psicoactivas es evidenciable en los diferentes grupos poblaciones, entendiendo las complicaciones de las drogas para el binomio madre feto es fundamental estudios que llenen el vacío en el conocimiento de los riesgos del consumo en gestación

**Objetivo:** describir los hallazgos presentados en un estudio retrospectivo ya publicado de consumo en gestación donde en un estudio corte transversal en 231 pacientes postparto en un hospital de alta complejidad y los hallazgos de un estudio de un estudio observacional (aun no publicados) de 159 donde se identificaron características sociodemográficas y clínicas de pacientes consumidoras y sus bebés

**Metodología:** estudios descriptivos donde se aplicó la herramienta ASSIST y Finnegan. Revisión sistemática de la literatura sobre el uso de la herramienta assiste en poblaciones gestantes

**Resultados:** en el primer estudio se encontró algún tipo de violencia en el 22% de las embarazadas. La proporción de pacientes con tabaquismo pasivo fue de 40%. Casi la mitad de las pacientes presentaron algún tipo de automedicación. El 34.6% consumían algún tipo de sustancia de abuso al momento del diagnóstico en el estudio retrospectivo. En el segundo estudio de las 159 historias de gestantes analizadas la mayoría eran menores de 25 años (62.2%) 44% estuvieron expuestas a algún tipo de violencia, 55 *pacientes había presencia de patología dual* 73% *manifestó estar expuesta a tabaquismo pasivo* 18.9% *refirió haber tenido hospitalizaciones por signos o síntomas de abstinencia durante la gestación* la principal sustancia de consumo fue la marihuana con un 63.5% seguido de cocaína y sus derivados con un 29.6%

**Conclusión:** el problema del consumo en gestación es una realidad en aumento en nuestro medio cuando se evalúa el consumo de una gestante, los clínicos deben realizar un abordaje multidisciplinario utilizar herramientas como ASSIT (validadas en diferentes países) e identificar los riesgos para la madre y le bebe del consumo en los diferentes periodos de gestación, para tratar de buscar la cesación del consumo e impactar en la morbimortalidad asociada

- **FACTORES RELACIONADOS CON LA PANDEMIA POR COVID 19 Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN UNA POBLACIÓN DE GESTANTES EN MEDELLÍN**

**Silvia Gaviria Arbeláez (Colombia)**

Aproximadamente una de cada siete mujeres en periodo perinatal experimenta aumento de ansiedad, depresión y angustia. El riesgo es mayor entre las mujeres que presentan embarazo de alto riesgo. En el caso de la pandemia por covid 19, las mujeres experimentan miedo y poco sentido de control debido a la escasez de información definitiva en relación al efecto del virus sobre el embarazo.

En el estudio realizado por el grupo NACER, Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia, fueron evaluadas 350 mujeres de estratos 1,2 y 3 a través de un cuestionario autoaplicado. Este incluía variables sociodemográficas, preguntas relacionadas con los miedos suscitados por el covid 19 en función de su condición de gestante, preguntas acerca de la violencia intrafamiliar y uso de medidas de seguridad y autocuidado. Fue incluida también la escala de Edimburgo para evaluar riesgo de depresión.

En esta presentación se mostrarán los resultados de la investigación, haciendo énfasis en los hallazgos más relevantes.

### **SIMPOSIO 17: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y EL MODELO COMUNITARIO**

Coordinadora y moderadora: Gloria Cueva (Perú)

- **EL PAPEL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN EL MODELO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL**

**Jaime Retamal Garrido (Chile).**

Desde al año 2005 a partir de la reforma sanitaria, Chile ha impulsado el desarrollo del **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**, por otra parte, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, promovió la instalación progresiva del **Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental** como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud. El Modelo de Salud Mental Comunitaria, se integra y complementa con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, ambos coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la salud mental, reconociendo a las personas como parte de un grupo familiar y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos humanos y continuidad de cuidados. En Chile existen en la actualidad, los mismos 4 hospitales psiquiátricos que existían al año 1990, que han avanzado en forma diferenciada hacia un proceso de reestructuración. La transformación de los hospitales psiquiátricos implica:

- ✓ Proceso de desinstitucionalización de personas en servicios de larga estadía.
- ✓ Implementación de Modelos de Gestión que favorezcan la transformación de Servicios Clínicos acorde a los modelos actuales promovidos por el MINSAL.
- ✓ Incorporación del enfoque de derechos.
- ✓ Hospitales compatibles con la lógica de las RISS, fundamentan su organización en un modelo integral de atención en salud, centrado en la persona, la familia y la comunidad.
- ✓ Incorporación de Planes de Participación Social y Vinculación con la Comunidad.
- ✓ Acreditación permanente en Calidad y Seguridad del paciente de acuerdo al Estándar de Acreditación para Instituciones de Atención Psiquiátrica Cerrada.

Cómo se inserta el hospital psiquiátrico en el modelo de salud mental comunitario:

- ✓ Plan de reinserción de personas en servicios de larga estadía en dispositivos comunitarios como hogares y residencias protegidas.
- ✓ Plan de transformación de servicios clínicos: Unidades de Corta Estadía en Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, Unidades de Mediana Estadía en Unidades Hospitalarias de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva.
- ✓ Relevancia en Gestión del Cuidado, Continuidad de los Cuidados y Planes de Tratamiento Integral para cada usuario.

- ✓ Implementando Planes de Participación Social, estrategias de apertura y vinculación con la comunidad.
- ✓ Incorporando activamente a los equipos de trabajo en el Consejo Técnico de Salud Mental de cada Servicio de Salud, que es la instancia a través de la cual se articulan y coordinan todos los dispositivos componentes de la red de servicios de salud mental de un territorio.
- ✓ Implementando procesos de gestión y organización coherentes con la realidad regional, territorial y grupos de atención.

El hospital psiquiátrico se encuentra inserto en la red asistencial de servicios de salud mental, fundamentada en el modelo de salud mental comunitario, incorpora el enfoque de derechos, debe contar con acreditación en calidad y seguridad del paciente, entrega una cartera de servicios especializada con enfoque en la estabilización, rehabilitación y reinserción social, que trabaja en forma coordinada con los establecimientos de salud mental ambulatorios y con el intersector.

- **DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA**

**Manuel Vilapriño Duprat (Argentina).**

- **EL ROL DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL MODELO COMUNITARIO**

**Dévora Kestel (OMS).**

En 1990, convocados por la OPS, representantes de numerosos países de la Región de las Américas entre otros se reúnen para discutir la situación de la salud mental en la región, y producen la famosa Declaración de Caracas, en un esfuerzo por evidenciar de manera contundente la situación de los servicios de salud mental existentes, y la consecuente necesidad de considerar su reformulación.

La Declaración de Caracas sostiene que la atención psiquiátrica basada en los hospitales psiquiátricos “no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”, y promueve por lo tanto el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, ligados a la atención primaria, con un enfoque de derechos humanos, que aseguren la permanencia de las personas con trastornos mentales en sus comunidades.

A más de 30 años de aquel evento, además de presentar un resumen de la situación actual a nivel regional y global, nos proponemos identificar los servicios de salud mental que pueden y deben responder adecuadamente a las necesidades de las personas con trastornos mentales y a sus familiares.

**SIMPOSIO 18: RESIDENTADO EN PSIQUIATRÍA**

Coordinador y moderador: Francisco Bravo (Perú)

- **LA FORMACIÓN DE LOS ESPECIALISTAS DE PSIQUIATRÍA EN EL CONTEXTO COVID -19.**

**Francisco Bravo Alva (Perú)**

- **SIMULACIÓN CLÍNICA COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA AFRONTAR LA EDUCACIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.**

**Juan Carlos Ocampo (Perú).**

- **DISEÑO Y DESARROLLO DE ESCENARIOS DE SIMULACIÓN EN PSIQUIATRÍA.**

**Eva Miranda Ramón (Perú)**

- **DIBRIEFING EN LA FORMACIÓN EN PSIQUIATRÍA. EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA**

**Isabel Vásquez Suyo (Perú).**

La pandemia del SARS-CoV-2 (COVID 19) afectó la educación en todo el mundo, por el cierre de los establecimientos debido al riesgo de contagio. Esto afectó también a los estudiantes de Medicina en el nivel clínico, que requieren tradicionalmente del contacto directo con los pacientes para aprender de los mismos. La universidad debió adaptarse y usar nuevas estrategias para continuar enseñando.

Dentro de la Facultad de Medicina San Fernando, se asumió el reto con el curso de Semiología Psiquiátrica y Psiquiatría, al incorporar la simulación como estrategia de enseñanza. El uso de las técnicas de simulación ayudó como estrategia de aprendizaje; a través del uso de pacientes estandarizados, los alumnos se enfrentaron a situaciones como las que verían en la clínica, dentro de ciertos márgenes. No se pretendió con su uso sustituir la realidad, pero sí realizar una aproximación didáctica.

Dentro de esta técnica educativa, el uso del debriefing con posterioridad a la experiencia con el paciente estandarizado proporciona retroalimentación valiosa, permitiendo explorar las emociones que surgen en el estudiante de Medicina (trabajo valioso para la formación personal de todo médico) ante el cuadro clínico, revisar y mejorar las habilidades de entrevista y repasar la patología mostrada, así como reforzar aciertos y pulir algunos defectos. Asimismo, el alumno entrevistador puede repasar su actuación y confrontar su percepción con la de los compañeros, con lo que se puede evaluar con mayor objetividad y recibir refuerzo valioso.

Es importante resaltar que esta técnica no reemplaza al aprendizaje con pacientes, pero en el momento actual apoya la realización de las prácticas y, en el futuro posterior a la pandemia, servirá para preparar a los alumnos antes de enfrentarse a los pacientes reales. Creemos que la simulación llegó para quedarse y el debriefing complementará la formación médica tanto en el desarrollo de las capacidades académicas como en el crecimiento personal del estudiante, al desarrollar la capacidad de autoobservación, incorporar la retroalimentación y las sugerencias para mejorar la entrevista y las actitudes terapéuticas.

#### **SIMPOSIO 19: PSIQUIATRÍA Y SALUD PÚBLICA**

Coordinador y moderador: Santiago Levin (Argentina)

Panelistas:

- **Alejandra Armijo (Chile),**
- **Luis Villalba (Uruguay),**
- **Miguel Ángel Cuéllar Hoppe (Paraguay)**
- **César Oliva Castrillo (Bolivia)**

#### **SIMPOSIO 20: PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL**

Coordinador y moderador: Dr. Sergio Villaseñor-Bayardo (México)

- **EL TESTIMONIO NEUROPSIQUIÁTRICO: LA NARRATIVA CLÍNICA Y EL PROBLEMA CEREBRO-MENTE**  
**Jesús Ramírez Bermúdez (México)**
- **TEORÍA Y TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN PATOGRÁFICA**  
**Carlos Rojas Malpica (Venezuela).**
- **ACTUALIZACIÓN DE LOS ASPECTOS CULTURALES DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**  
**Renato Alarcón (USA/Perú).**
- **DE LAS MODALIDADES DEPRESIVAS EN LA CULTURA LATINOAMERICANA.**  
**Sergio Javier Villaseñor Bayardo (México)**

#### **SIMPOSIO 21: PSICOANÁLISIS: ¿QUÉ HAY DE NUEVO?**

Coordinador y moderador: Dr. Eduardo Gastelumendi (Perú)

- **EL LUGAR DE LA MIRADA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO. LA IMAGEN CONTEMPORÁNEA**  
**Graciela Onofrio (Argentina)**

Lo que la pandemia y el obligatorio distanciamiento social por la emergencia sanitaria covid 19 develaron fue un cambio en los modos asistenciales. Estos cambios se diseminaron en casi todas las especialidades médicas y de salud mental rápidamente. La enorme ventaja de ir implementando atención a distancia, como modo regular, fue



permitiendo re inventar y re encuadrar muchos de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, individuales y grupales, tanto los ya iniciados pre pandemia como aquellas nuevas consultas desde el año 2020. La telemedicina y la teleterapia / telepsiquiatría no son nuevas. Para los tratamientos psicoanalíticos, este viraje resignificó, entre otras cosas, el valor de la mirada. Este objeto escópico, codiciado y esquivado, aparece ahora en nuestro telar transferencial. Los tratamientos a distancia siguieron dos modos básicos, a saber: sesiones telefónicas bajo el hilo conductor de la voz o se re convirtieron a tratamientos mediados por plataformas a través de video llamadas. Cada uno está doblemente representado en la pantalla: en los ojos del partenaire de la pareja terapéutica y en los ojos propios del espejo que refleja. El lugar del silencio es menos soportable. Ese lugar de la mirada cobra una importancia radical de la cual nos ocuparemos en esta presentación para poder repensar una vez más nuestro instrumento psicoanalítico enmarcado por la imagen contemporánea pública y privada: el incremento de la vida en las redes y nuestro ingreso, como analistas, a los hogares de los pacientes.

- **EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL.**

**Carlos Nemirovsky (Argentina)**

El psicoanálisis relacional que comienza con los planteos de Ferenczi y que se retoma a partir de los años `80, parte de la base empírica clínica hoy vigente, con la virtud de plantearnos preguntas ineludibles acerca de la clínica que practicamos. Los pacientes que hoy vemos llenos de incertidumbre, faltos de proyectos, vulnerables a un medio que les exige y consume, requieren conceptualizaciones que nos expliquen las disociaciones, la falta de deseos, la angustia difusa que no conduce a la organización de neurosis y de tantas variedades novedosas de las vicisitudes de la psicopatología de hoy día. Hoy los analistas atendemos pocas neurosis y muchos pacientes con trastornos del desarrollo temprano. Es frecuente encontrarnos con consultas a partir de la sexualidad compulsiva, o de la alexitimia, del aburrimiento, de vivencias de vacíos, de la desvitalización, con situaciones traumáticas resultantes de ausencias de figuras significativas acompañantes. Estas presencias cada vez más asiduas en nuestras consultas nos demanda reconsiderar y renovar herramientas clínicas y, al hacerlo, inevitablemente modificamos nuestras teorías. Desarrollaremos en esta ponencia los elementos de los que parte la perspectiva relacional del psicoanálisis, en nuestro contexto de pandemia y las herramientas necesarias para afrontar los desarrollos patológicos actuales.

- **LOS APORTES DEL NEUROPSICOANÁLISIS.**

**Juan Manuel Yori U. (Perú)**

## **SIMPOSIO 22 DE SOCIEDAD HISPANA DE PSIQUIATRIA EN USA**

### **DELETERIOUS CONSEQUENCES OF ISOLATION. THE ELDERLY SURVIVING THE PANDEMIC AMERICAN SOCIETY HISPANIC PSYCHIATRY**

Coordinador y moderador: Bernardo Ng (México)

- **Ruby Castilla, MD, President ASHP**
- **Nancy Colimon, MD, Board Member ASHP**
- **Bernardo Ng, MD, Immediate Past President ASHP**

Soon into the pandemic, it became clear that older adults represented a vulnerable population, experiencing greater rates of morbidity and mortality. Epidemiological data suggested that the COVID-19 fatality rate increased with age. The most widely recommended measure was to remain isolated, either at home, at a retirement facility, or at a nursing skilled facility. Higher rates of depression, insomnia and suicide in the elderly population had already been described in previous quarantines in this age group. This symposium will discuss the deleterious effects of prolonged isolation and loneliness, both in the mental and physical health of older adults. Preliminary findings on the effects of isolation during this pandemic will be presented, as well as the challenges to protect community and nursing home residents from contracting the virus, while at the same time continue offering mental health care, through in-person and/or telehealth services. Additionally, this symposium examines and proposes practical recommendations to avoid mental, cognitive, physical, and functional decline, in this population, while they remain

isolated from contracting the Sars-Cov-2 virus. We will present a description of successful measures to prevent deleterious effects of isolation in the mental and physical health of older adults. The management of COVID-19 outbreaks in nursing home facilities, and prevention measures of virus spread and social isolation, both in community dwelling and retirement home residents, even before the vaccination becomes widely available.

#### REFERENCES:

Ng B, Colimon-Ardila NC. (2020) Challenges implementing mental health measures at a nursing skilled facility in Mexico. *Am J of Geriatric Psychiatry* 38:9;1012-1013

Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes Pires J. (2020) Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19 [Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Sep-Oct;55(5):272-278. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2020.05.005. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32595054; PMCID: PMC7269939.

Zubatsky M, Berg-Weger M, Morley J. (2020) Using Telehealth Groups to Combat Loneliness in Older Adults Through COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. Aug;68(8):1678-1679. doi: 10.1111/jgs.16553. Epub 2020 May 22. PMID: 32392617; PMCID: PMC7273081

### **SIMPOSIO 23: PSICOTERAPIA DEL TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD**

Coordinador: Fabian Otárola (Perú)

- **PRINCIPIOS DE DBT A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO. MODELO BIOSOCIAL, MODOS DE TRATAMIENTO**  
**Eric Mendoza (Perú).**
- **INDICACIONES DE DBT MÁS ALLÁ DE TLP. MANEJO DE SUICIDIO, TCA, ADICCIONES**  
**Fabian Otárola (Perú).**
- **SITUACIÓN DE DBT EN LATINOAMÉRICA.**  
**Pablo Gagliesi (Argentina).**

### **SIMPOSIO 24: TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN**

Coordinador y moderador: Rolando Pomalima (Perú)

- **FAMILIAS DETECTANDO TRASTORNOS ALIMENTARIOS, ¿ALIADOS DEL TRATAMIENTO?"**  
**Graciela Onofrio (Argentina)**

Pensar en vínculos es un tema primordial en todas las etapas de la vida de un sujeto. Incluir la mirada sobre los vínculos familiares en los tratamientos psicológicos es una decisión estratégica fundamental en los procesos terapéuticos de trastornos crónicos que dependen mayormente de acciones de cuidado que pueden emprender quienes los padecen. Cuando nos consultan por un/una paciente con TCA (problemas que van de la anorexia y delgadez a la hiperfagia emocional y la obesidad mórbida), nos preguntamos si la familia es detectora del problema, detonante o autopropagante. Pensamos y trabajamos con la familia inscripta en el aparato psíquico de cada uno y la familia en cotidianidad. Ambas configuraciones conviven. Dice Treasure: "Deje saber que usted sabe que hay un problema". Suele suceder que la familia está muy alarmada, pero, paradójicamente, delante del profesional, minimizan o justifican toda la misma sintomatología que los alarma. Treasure recomienda escuchar cuidadosamente, escuchar sin juzgar, escuchar modulando las reacciones emocionales, permanecer calmo y compasivo. El lazo social quiere decir que el sujeto

no está solo con su Ello. Siguiendo a Valverde (El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes, Clara Valverde Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Barcelona) exploramos resonancias y narrativas. Pensamos a las familias como aliados, exploramos conjuntamente y valoramos tanto el efecto poético de los enunciados, como los silencios y el peso conativo de la comunicación.

- **HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ¿QUÉ HAY DE NUEVO?**  
Montserrat Graell Berna (España)
- **TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA**  
Fanny Carbajal Torres (Perú).

#### **SIMPOSIO 25: PRIMER EPISODIO PSICÓTICO**

Coordinador y moderador: Jeff Huarcaya (Perú)

- **DETECCIÓN TEMPRANA DE PSICOSIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN DÜSSELDORF, ALEMANIA**  
Santiago A.S. Cabrera (Alemania/Perú)
- **IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICOS EN EL PERÚ: OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS**  
Rubén Valle (Perú).
- **FACTORES QUE DETERMINAN LA GRAVEDAD DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO**  
Rodrigo Córdova (Colombia)

#### **SIMPOSIO 26: INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA: ¿A DÓNDE MIRAR EN LATINOAMÉRICA?**

Coordinador y moderador: Renato Alarcón (USA/Perú)

- **Investigación psico-social y en Salud Mental/Salud Pública.**  
Shoshana Berenzon (México)
- **Enfoques y proyectos de investigación en Psicoterapia.**  
Iván Arango (México)

La investigación en psicoterapia que presentaremos es el resultado de la colaboración con distintos grupos de trabajo y se encuentra organizada alrededor de distintos ejes temáticos. La investigación en psicoterapia, como experiencia relacional, requiere de la mirada en los distintos componentes de la diada. Nos interesa observar y caracterizar no solo lo que ocurre en el paciente sino también en los clínicos, en los familiares, así como la efectividad de distintos tipos de intervenciones psicoterapéuticas y algunos aspectos de la conducta no verbal. La expresión facial de las emociones revela estados mentales complejos que tienen correlatos fisiológicos y señales de estados internos, como la angustia, y que son esenciales en la interacción social. En el presente estudio preliminar examinamos la asociación entre los síntomas psiquiátricos, los estilos de apego y la habilidad para reconocer correctamente la expresión facial de las emociones básicas, en residentes de psiquiatría de una institución de salud mental de México. Un total de 56 residentes de psiquiatría fueron incluidos en el estudio junto con 50 estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, de carreras diferentes a las relacionadas con la salud mental. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Los síntomas psiquiátricos se evaluaron con el SCL-90, traducido y validado al español, el

Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ) traducido y validado al español, y para el reconocimiento de la expresión facial de las emociones se usó el Instrumento de Ekman, denominado Pictures of Facial Affect (POFA). Los estudiantes del grupo control reconocieron menos el miedo que los residentes de psiquiatría. En los residentes hubo una correlación positiva entre la hostilidad y el reconocimiento del miedo y entre la ansiedad y el reconocimiento del miedo. Lo mismo se observó entre los síntomas obsesivos-compulsivos y el reconocimiento del disgusto. En el grupo control se encontró una correlación negativa entre la ideación paranoide y la ansiedad fóbica con el reconocimiento de la tristeza. En los residentes el reconocimiento de la felicidad se relacionó positivamente con el estilo de apego basado en la confianza, mientras que el reconocimiento del miedo y la sorpresa fueron negativamente relacionados con el estilo de apego basado en considerar las relaciones como secundarias. Consideramos importante el estudio de estos factores a lo largo de la formación, por la posible relevancia que estos hallazgos puedan tener para el adecuado diagnóstico y la relación terapéutica. (1)

Del estudio anteriormente referido se siguió a 16 médicos durante la residencia en psiquiatría, la gravedad de los síntomas psiquiátricos se mantuvo en un mínimo en todos los participantes. El miedo fue la emoción menos reconocida al inicio y durante el tercer año de residencia, mientras que la expresión neutra fue la mejor reconocida en ambos momentos. Se observaron cambios significativos a lo largo del tiempo en el reconocimiento de la tristeza y el asco. No se encontraron asociaciones significativas entre el tiempo y los síntomas de ansiedad y depresión y los estilos de apego. (2)

Nos ha interesado la caracterización de las necesidades de los cuidadores primarios informales de Los cuidadores primarios informales de pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP), que soportan una pesada carga, por lo que es importante conocer sus necesidades específicas. Por ello se hizo un estudio transversal dirigido a adaptar y determinar la confiabilidad del Cuestionario de Necesidades de Familiares de Personas con Trastornos Mentales Graves a fin de identificar las necesidades sentidas y no sentidas que han sido satisfechas o no en los CPI de pacientes con TLP y sugerir estrategias de intervención para que reciban una atención efectiva. Método. Ochenta CPI de pacientes con diagnósticos confirmado de TLP completaron la versión adaptada del instrumento. Resultados. Los coeficientes alpha de Cronbach para los cuatro grupos de necesidades evaluadas mediante el instrumento fueron: Conocimientos/información = .77, Apoyo instrumental = .78, Participación = .63, y Apoyo personal = .74; y para el total de la escala = .86. Las necesidades sentidas y no satisfechas que destacaron fueron: 1. tener información de intervenciones para el paciente y los cuidadores, aspectos legales y administrativos, y servicios disponibles para apoyarse; 2. contar con herramientas para afrontar crisis y manejar conductas de riesgo de los pacientes; 3. ser atendidos profesionalmente para reducir el estrés; y 4. ser escuchados por los profesionales de salud y tomados en cuenta en relación con sus opiniones personales y necesidad de descanso. Conclusiones. El instrumento adaptado mostró una consistencia interna satisfactoria en CPI de pacientes con TLP. Los resultados resaltan la necesidad urgente de intervenciones para esta población, enfocadas en psicoeducación, entrenamiento asertivo, manejo del estrés ansiedad y solución de problemas. (3)

La atención al equipo clínico también ha sido uno de los objetivos de la investigación alrededor de la psicoterapia. Por ello se realizó un estudio dirigido a la prevención del síndrome de aniquilamiento o "burnout" por medio de una intervención en línea basada en los principios de la terapia funcional analítica (FAP) para mejorar las relaciones sociales, reducir el burnout, mejorar el clima organizacional y la calidad de vida de trabajadores de la salud en la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría en México. Los resultados, medidos con el Inventario de burnout de Maslach, la escala multidimensional de clima organizacional y el instrumento breve de calidad de vida de la OMS, apoyan de manera preliminar la posibilidad de implementar un programa para "ayudar a los que ayudan" basado en FAP. (4)

La desregulación emocional es una de las características principales del TLP, de ahí que constituya un objetivo terapéutico central de las intervenciones que han mostrado eficacia para estos pacientes. Sin embargo, los beneficios de las intervenciones psicoterapéuticas han sido evaluados frecuentemente con autoreportes. La medición precisa de los cambios emocionales es necesaria. Por ello se realizó un estudio en el cual por medio del uso de un software (Facereader) que mide la expresión facial de la emoción, así como la activación y valencia emocional

Se analizaron 29 videgrabaciones de sesiones individuales de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de pacientes con TLP y se encontró que la intensidad de la alegría y el miedo aumentaron al compararlas al inicio y al final de proceso terapéutico y la tristeza disminuyó, el uso de métodos de análisis de las emociones anclados a mediciones objetivas puede derivar en medidas de expresión y experiencia emocional de mayor precisión. (5)

En el ánimo de comparar distintas modalidades y combinaciones de tratamiento psicoterapéutico fundamentado en terapias contextuales hemos podido identificar que modelos de adición y complemento de técnicas contextuales no deriva necesariamente en mayor reducción en la severidad de los síntomas del TLP. Los cambios hacia la mejoría se asociaron a la reducción de la evitación experiencial y a la adquisición de habilidades de mindfulness. (6)

Videotape recordings obtained during an initial and conventional psychiatric interview were used to assess possible emotional differences in facial expressions and acoustic parameters of the voice between Borderline Personality Disorder (BPD) female patients and matched controls.

En el interés del estudio de la conducta no verbal de personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se analizó la asociación de la expresión facial de la emoción por medio del software (Facereadr) y la prosodia por medio de otro software (PRAAT) y se encontró que los pacientes expresan un tercio menos tristeza que los controles cuando son expuestos a una entrevista psiquiátrica. También se observó la confluencia de expresiones emocionales faciales negativas con parámetros prosódicos que se asocian con hiperactivación autonómica que se opone a la activación del sistema de enganche social. (7)

Referencias:

1. Arango de Montis, I., Brüne, M., Fresán, A., Ortega Font, V., Villanueva, J., Saracco, R., & Muñoz-Delgado, J. (2013). Recognition of facial expression of the emotions and their relation to attachment styles and psychiatric symptoms: preliminary study on psychiatric residents. *Salud mental*, 36(2), 95-100.
2. de Montis, I. A., Fresán, A., Brüne, M., Ortega-Font, V., Villanueva-Valle, J., Saracco, R., & Muñoz-Delgado, J. (2014). Evaluation of the capacity to recognize the facial expression of emotions in psychiatry residents throughout three years of training. *Salud mental*, 37(6), 455-460.
3. de Mendieta, C., Robles, R., González-Forteza, C., Arango, I., Pérez-Islas, C., Vázquez-Jaime, B. P., & Rascón, M. L. (2019). Needs assessment of informal primary caregivers of patients with borderline personality disorder: psychometrics, characterization, and intervention proposal. *Salud mental*, 42(2), 83-89.
4. Ortega, M. A. R., Kuczynski, A. M., Kanter, J. W., de Montis, I. A., & Santos, M. M. (2019). A preliminary test of a social connectedness burnout intervention for Mexican mental health professionals. *The Psychological Record*, 69(2), 267-276.
5. Arango, I., Miranda, E., Ferrer, J. C. S., Fresán, A., Ortega, M. A. R., Vargas, A. N., ... & Robles, R. (2019). Changes in facial emotion expression during a psychotherapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 114, 126-132.
6. Reyes-Ortega, M. A., Miranda, E. M., Fresán, A., Vargas, A. N., Barragán, S. C., Robles García, R., & Arango, I. (2020). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 474-489.
7. Villanueva-Valle J, Díaz J-L, Jiménez S, Rodríguez-Delgado A, Arango de Montis I, León-Bernal A, Miranda-Terres E and Muñoz-Delgado J (2021) Facial and Vocal Expressions During Clinical Interviews Suggest an Emotional Modulation Paradox in Borderline Personality Disorder: An Explorative Study. *Front. Psychiatry* 12:628397. doi: 10.3389/fpsy.2021.628397

## • INVESTIGACIÓN BIOLÓGICA Y PSICOFARMACOLÓGICA EN AMÉRICA LATINA.

**Hernán Silva (Chile)**

En esta presentación se analiza el desarrollo de la investigación en neurociencias y su aplicación a la clínica en América Latina, sus limitaciones, desafíos y oportunidades. Asimismo, se discute el empleo de psicofármacos en la población latinoamericana, teniendo en consideración sus características genéticas y socioculturales. En general

los estudios psicofarmacológicos se han desarrollado en Norteamérica y Europa, en población caucásica, por lo que no siempre pueden extrapolarse a América Latina. Se destaca la importancia de la investigación neurobiológica y psicofarmacológica en nuestra población y la necesaria cooperación entre los países de nuestra región.

- **INVESTIGACIONES CLÍNICAS EN LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA.**

**Gustavo Vázquez (Argentina/Canadá)**

### **SIMPOSIO 27: FEMINICIDIO Y DELITOS CONTRA LA HUMANIDAD**

Coordinador y moderador: Moisés Ponce (Perú)

- **EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS FEMINICIDAS**

**Rossana Julca Bellodas (Perú)**

El delito de feminicidio, tipificado en el artículo 108 -B del Código Penal peruano, sanciona los actos que ponen en riesgo la vida de una mujer por su condición de tal, en contextos como la violencia familiar, la coacción, hostigamiento o acoso sexual; el abuso de poder, confianza o de cualquier otra posición o relación que le confiera autoridad al agresor; cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con el agresor, considerado un grave problema mundial y nacional. La OMS estima hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja, las cifras en el Perú son sumamente preocupantes; el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables registró en el año 2019, 166 casos y en el año 2020 durante el confinamiento por COVID -19 ocurrieron 131 feminicidios, como resultado de una violencia sistemática que es necesario identificar, prevenir y erradicar. La psiquiatría forense ayuda a los operadores de justicia a determinar la responsabilidad penal de los inculcados cuando solicitan las evaluaciones psiquiátricas a fin de determinar si presenta un trastorno mental que le impida darse cuenta de la realidad; así evaluar el nivel de conciencia, la conducta, el afecto, el pensamiento y la adaptación social de quien cometió un homicidio es una ardua tarea para la psiquiatría siendo el caso de un feminicidio. En la evaluación psiquiátrica, el procedimiento habitual para analizar las conductas criminales, es a través del estudio del supuesto autor, del estudio de la víctima, las características de los hechos perpetrados, y las evidencias forenses. El feminicidio frecuentemente ocurre cuando la persona que lo comete ha empleado anteriormente la violencia para tratar de cambiar la acción o decisión de la mujer, sin embargo, en algunas ocasiones el feminicidio también puede cometerse repentinamente e inclusive puede no ser un resultado deliberadamente buscado por la persona agresora, quien puede haber pretendido actuar con violencia para herir o hacer sufrir a la mujer, siendo necesario evaluar la situación e identificar si existió un estereotipo de género. El presente reporte de caso tiene como finalidad dar a conocer a la comunidad científica como se desarrolla la evaluación psiquiátrica forense en el marco de feminicidio, se trata de la evaluación del agresor, cuyo informe es recogido de la base de datos del Instituto Médico Legal, para fines académicos, hecho ocurrido en Lima, un hombre adulto joven cometió homicidio con arma blanca siendo la víctima su pareja sentimental, teniendo para estudio de evaluación, la historia clínica, el protocolo de necropsia de ley , luego de realizado el examen físico y mental se concluye que la persona evaluada en la actualidad no presenta trastorno mental que lo aleje de la realidad, presenta una personalidad pasiva- dependiente y que durante los hechos ocurridos, la situación estresante que vivenció, produjeron una disociación, con una amnesia posterior.

- **DELITOS CONTRA LA HUMANIDAD – TORTURAS**

**Moisés Ponce M. (Perú)**

La tortura es un flagelo que ha acompañado al ser humano desde su aparición en la tierra, desde actos “simples” como el aislamiento, la falta de alimentos o higiene personal, pasando por la tortura física y últimamente la tortura psicológica. En el Perú se ha utilizado, desde la época precolombina hasta nuestros días, alcanzando su acmé en la época del conflicto armado, en la década de los 80 y 90; en esa época las personas fueron torturadas tanto por los grupos subversivos cuanto por las fuerzas del orden. Los psiquiatras no solo estamos obligados a atender a las

víctimas sino también a los torturadores, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, porque es una forma de agresión muy sofisticada. La forma de evaluar a las víctimas muchas veces es cuestionada, por ello un consenso de expertos elaboró el Protocolo de Estambul, que son pautas internacionales para la evaluación de personas víctimas de torturas, tratos crueles inhumanos y degradantes, en el Perú, no solo se utiliza este protocolo, sino que se ha adaptado de acuerdo a las normas legales vigentes. Una de las dificultades es que las víctimas, han denunciado el hecho después de dos décadas o más de ocurrido el hecho, por lo que se cuestiona la veracidad del relato, por el tiempo transcurrido, esta es la razón por la cual la evaluación se realiza por un equipo multidisciplinario integrado por médicos legistas, radiólogos, psicólogos y psiquiatras forenses, emitiendo un solo informe, multidisciplinario. A parte de los trastornos mentales, como consecuencia de la tortura, existen otros cuadros como el Síndrome del Campo de Concentración, transformación de la personalidad tras una experiencia catastrófica, disociación o sencillamente aislamiento por un temor paranoide de ser perseguido. El presente trabajo muestra casos frecuentes de torturas, tanto en hombres como en mujeres, así como la descripción de las formas más frecuentes de torturas y las consecuencias en las víctimas, además se describe las formas de tratos crueles inhumanos o degradantes, que se utiliza en las fuerzas armadas, tanto con los detenidos como con los estudiantes o miembros de dichas instituciones. Un punto crucial es la sustentación de los casos de tortura ante el Poder Judicial, en donde los profesionales de la salud, se ven coaccionados por los abogados de los acusados y los mismos procesados, quienes buscan amedrentar a los peritos para que no declaren o sustenten su peritaje que los perjudicaría legalmente; también es importante recordar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ordena al estado peruano a realizar evaluaciones en las víctimas siguiendo los estándares internacionales y muchas veces no se cuenta con los medios tecnológicos adecuados. Como psiquiatras, debemos estar capacitados no solo para evaluar, que es tarea de los forenses, sino de rehabilitar a las víctimas, que es trabajo de los psiquiatras clínicos, así como de todos los médicos en general.

- **TORTURAS, TRATOS CRUELES, INHUMANOS Y DEGRADANTES: RETORCIMIENTO, TORSIÓN, TORMENTO...TORTURA**

**Hernán Cabrejo (Perú)**

“ Es todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.” (Protocolo de Estambul) El ser humano, a diferencia de otros seres u objetos, es único, libre y constituye un fin en sí mismo, por tanto, no puede ser tratado como un medio o instrumento para alcanzar otros fines distintos o contrarios a su propia naturaleza, a esta calidad inherente al ser humano se le conoce con el nombre de dignidad humana, la cual es y debe ser reconocida como el valor supremo de la sociedad y del Estado, el cual debe reconocer, garantizar y eliminar obstáculos que se le oponen. En el Perú, la Tortura se ha utilizado y aún se sigue utilizando. El periodo del conflicto armado interno, no hizo más que provocar y estimular el desborde de una conducta preexistente, y que actualmente aún se sigue aplicando a detenidos por delitos comunes y como instrumento disciplinario, en el caso de jóvenes reclutas en las fuerzas armadas y a internos de los establecimientos penitenciarios. Cabe resaltar que además de la Tortura, entendida como el hecho de aplicar golpes, insultos o amenazas, incluye también los tratos crueles, inhumanos o degradantes, y con esto se abre un amplio abanico de posibilidades de sufrimiento, y es que, cuando una persona es víctima de otro ser humano, las probabilidades de sufrimiento son innumerables, la imaginación no tiene límites, en especial para generar incomodidad, malestar, sufrimiento, dolor físico, psíquico o moral. Como sociedad, y más aún como profesionales de la Salud Mental, capaces de escudriñar lo más profundo de un ser humano, siendo a veces la última frontera a dónde recurre una persona en busca de ayuda o consuelo, nos obliga a tener presente que la Tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, aún están presentes en nuestro entorno, y nos

corresponde no sólo entender sino ayudar a desterrar estas conductas, y también ser un aliciente en este oscuro pasaje que les toca vivir a las víctimas.

### **SIMPOSIO 28: NOVEDADES EN TRASTORNO BIPOLAR**

Coordinador y moderador: Paul Vohringer (Chile)

- **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO VERSUS TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD, CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**  
**Paul Vohringer (Chile)**
- **TRASTORNO BIPOLAR Y ADICCIONES**  
**Michael Ostacher (USA)**
- **¿WHY DSM IS MOSTLY FALSE”?**  
**Nassir Ghaemi (USA)**

### **SIMPOSIO 29: PROGRAMA JOFRÉ: UNA DÉCADA FORMANDO EN PATOLOGÍA DUAL**

Coordinador y Moderador: Gonzalo Haro (España)

- **EL PROGRAMA JOFRÉ, UNA EXPERIENCIA DE VIDA PARA UNA PSIQUIATRA**  
**Liesel Ludwig (Perú).**

Al iniciar el programa Jofré tenía una escasa experiencia en el manejo de pacientes con patología dual, y los reconocía como de manejo sumamente complejo. Entendí que la coexistencia de la adicción y la enfermedad mental no es casual, sino que puede ser explicada por la hipótesis de la automedicación, así como es el resultado de la interacción entre la genética y el ambiente que genera cambios neurobiológicos. La presencia de uno de estos trastornos puede precipitar el otro y viceversa. Aprendí que existen diversas clasificaciones para la patología dual, y considero que la más importante es aquella que busca encuadrar al paciente con patología dual en el modelo asistencial más adecuado, teniendo en cuenta el funcionamiento general del paciente y su diagnóstico.

Como parte de mi estancia formativa tuve la oportunidad de rotar en el Programa de Patología Dual Grave (PPDG) y en las Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Hospital Provincial de Castellón de la Plana. El PPDG funciona como un recurso interno del Hospital Provincial y las UCA funcionan como un recurso externo. El PPDG es un modelo que aborda de forma simultánea la patología psiquiátrica propiamente dicha y la drogadicción como comorbilidad, este cuenta con el Subprograma de Agudos, el de Ambulatorios y la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).

- ✓ Subprograma de Agudos: en este los ingresos suelen ser involuntarios y a través de urgencias, siendo los trastornos mentales más frecuentes el Trastorno Esquizoafectivo, la Esquizofrenia y el Trastorno afectivo bipolar comórbidos con drogadicción.
- ✓ Subprograma de Ambulatorios: la atención es llevada por los mismos terapeutas del Subprograma de Agudos, pero de forma ambulatoria. Tiene como objetivo la estabilidad de la adicción o del trastorno mental para luego derivar al paciente al recurso asistencial que corresponda. Este subprograma es el que permite la coordinación activa entre el PPDG y los otros recursos asistenciales externos.
- ✓ UDH: los pacientes ingresan (por 2 semanas aproximadamente) de forma voluntaria y programada, siendo referidos de las Unidades de Conductas Adictivas. El objetivo es la interrupción de la intoxicación por sustancias.

Por otro lado, como parte de las intervenciones hospitalarias del PPDG, se cuenta con el abordaje psicoterapéutico que se realiza con los pacientes de la UDH y del Subprograma de Agudos. Como parte de este tenemos la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D), que busca potenciar la continuidad de cuidados entre el tratamiento hospitalario de desintoxicación y el tratamiento ambulatorio de la dependencia.



En mi rotación en la UCA del Hospital Provincial, comprendí la importancia de los servicios de atención ambulatoria y domiciliaria que se brindan de forma integral a los pacientes con drogodependencias. Estas unidades cuentan con un equipo multidisciplinario y son el eje central desde donde se deriva a los pacientes a los recursos de atención correspondientes.

También, fui invitada a participar de las sesiones de casos que se llevaban a cabo de forma semanal con los miembros del personal de psiquiatría, alumnos y otros dispositivos de salud mental, para la discusión de casos complejos y de la misma manera participé de las actividades de investigación que se encontraban en curso.

- **EL PROGRAMA JOFRÉ, UNA EXPERIENCIA DE VIDA PARA UNA PSICÓLOGA**

**Verónica Medina (Argentina).**

El Programa Jofré ofrece formación académica basada en la evidencia, protocolos de intervención y en proyectos de investigación en Patología Dual. Mi capacitación como Psicóloga incluyo:

- ✓ Formación teórica en protocolos de intervención y sesiones clínicas.
- ✓ Práctica clínica en Sala Agudos y Ambulatoria (Programa de Patología Dual Grave)
- ✓ Coordinación de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve-Dual
- ✓ Participación en proyectos de Investigación.
- ✓ Formación en dispositivos terapéuticos y Patología Dual Grave; Internación Agudos, Tratamiento Ambulatorio con modelo Gestión de Casos, UCA, CT, CIBE
- ✓ Supervisión permanente de actividades en prácticas clínicas e investigación.

Como resultado de la experiencia de formación;

- ✓ Incorpore herramientas de evaluación, diagnóstico y tratamiento (Protocolos, Test, Modelos de entrevistas diagnósticas, Intervenciones de Terapia Psicoeducativa y Motivacional grupal e individual)
- ✓ Incorpore estrategias de mejora en el vínculo con pacientes, adherencia de pacientes duales a dispositivos/pautas de tratamiento y a planes psicofarmacológicos indicados.
- ✓ Incorpore estrategias comunicacionales para intervenir en baja compliance e incumplimiento terapéutico, haciendo ajustes progresivos en las indicaciones terapéuticas.
- ✓ Reconocí la importancia de un Programa de formación en Patología Dual en los equipos profesionales en Salud Mental y Adicciones.

La pasantía aportó avances en mis recursos terapéuticos y amplió mi comprensión de la Patología Dual. A partir de mi estancia en Castellon logre proyectar y concretar actividades de formación y colaboración entre Programa de Patología Dual Grave y las Instituciones Privadas y Públicas de las que formo parte en Argentina. El Programa Jofré representa un espacio de aprendizaje que comenzó con la solicitud de aceptación (año 2018) y que hoy se transformó en un sólido lazo de amistad y de comunidad académica.

- **EL PROGRAMA JOFRÉ DE FORMACIÓN EN PATOLOGÍA DUAL EN SALAMANCA**

**Carlos Roncero (España).**

- **EL PROGRAMA JOFRÉ DE FORMACIÓN EN PATOLOGÍA DUAL EN MADRID**

**Carlos Parro (España)**

A pesar de la abundante evidencia que apoya el concepto de Patología Dual (adicciones y otros trastornos mentales), es frecuente que exista un déficit formativo en esta área entre los médicos residentes en formación en psiquiatría. Desde el marco conceptual de las neurociencias, que integra la perspectiva de la psiquiatría evolutiva, la genética y el neurodesarrollo, hasta llegar a la psiquiatría de precisión, la patología dual avanza un nuevo paradigma en salud mental que es la vulnerabilidad. En el simposio, se presentará la creación del Programa Jofré Madrid, cuyo objetivo es aumentar los conocimientos teóricos y las habilidades de manejo de los psiquiatras en formación en casos de Patología Dual. El programa de la rotación en Patología Dual de Madrid incluye varias posibilidades formativas complementarias entre sí, en diferentes instituciones de prestigio:

- ✓ El Instituto de Adicciones de Madrid Salud: Centros de Atención a las Adicciones municipales (CAD)

- ✓ El Instituto de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).
  - Patología Dual comunitaria (Centro de Salud Mental Retiro y Unidad de Adicciones  
comportamentales del Instituto).
  - Patología Dual en el adolescente.
- ✓ Centro de Patología Dual de la Clínica Nuestra Señora de la Paz (San Juan de Dios)

# CONFERENCIAS

## **CONFERENCIA 1:**

### **SALUD Y PERSONA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: UNA APROXIMACIÓN ECOBIOPSIICOSOCIAL.**

**Juan Mezzich (USA/Perú)**

Una perspectiva de creciente interés en la medicina en general y en la psiquiatría en particular es la de una salud centrada en la persona. En ella, la persona contextualizada está en el centro del concepto de salud y constituye el objetivo fundamental de las acciones de salud. Esta perspectiva aporta un mejor entendimiento de la medicina y la psiquiatría y optimiza opciones terapéuticas y de promoción de la salud. Articula ciencia como aproximación esencial y humanismo como la esencia misma de la medicina. En contraste con la Medicina Basada en la Evidencia la Centrada en la Persona postula una Medicina *informada* por la evidencia, la experiencia y los valores, y dirigida a la restauración y promoción de la salud de la persona total y al cumplimiento de su proyecto vital. Es así que la medicina centrada en la persona, representa una filosofía de vida, una teoría de la medicina y una estrategia práctica crucial.

Actualmente, desde comienzos del 2020, la humanidad toda está experimentando la realidad de la pandemia de Covid-19. Esta realidad tiene múltiples aristas cruciales: su marco ecológico, su compleja morbilidad y la aguda experiencia humana y social involucrada.

Para responder más efectivamente a los retos de la pandemia, se propone una aproximación enriquecida a los conceptos de salud y persona. Esta aproximación añade al marco convencional biológico, psicológico y social de la definición de salud consagrado en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, primero una crecientemente reconocida dimensión espiritual, y luego una más recientemente emergente dimensión ecológica. Este más abarcativo marco de salud y persona tiene raíces antiguas, incluyendo la cosmovisión andina de acuerdo con la cual la salud de la persona involucra un equilibrio armónico entre el mundo interior, el social y el natural ecológico. Similares conceptualizaciones se pueden encontrar en otras civilizaciones milenarias. En nuestro medio contemporáneo, el eminente psiquiatra y filósofo peruano Don Mariano Querol ha argüido pioneramente sobre la vida y la salud como sistemas ecobiopsicosociales.

Como colofón, podemos notar que la realidad ecológica de la pandemia del covid-19 y los dramáticos cambios climáticos actuales otorgan tempestividad y urgencia a una conceptualización ecobiopsicosocioespiritual para un más completo entendimiento de la salud centrada en la persona y para la construcción de un mundo mejor comprometido con la solidaridad y el cuidado mutuo dirigidos a la promoción de la vida, la salud y el bienestar de todos.

## **CONFERENCIA 2:**

### **DISTINTAS PRESENTACIONES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRADOS. QUÉ SE ESPERA EN LA POSPANDEMIA.**

**Alfredo Cia (Argentina)**

## **CONFERENCIA 3:**

### **VERDADES Y FALACIAS DE LA PSICOFARMACOLOGÍA**

**Nassir Ghaemi (USA)**

## **CONFERENCIA 4:**

### **SUICIDIO**

**Alejandro Gómez (Chile)**

El suicidio puede ser estudiado como un evento discreto o como un proceso en que las tendencias autodestructivas evolucionan progresivamente por la interacción de experiencias actuales y eventos traumáticos vividos durante el desarrollo. En esta presentación se discute el concepto de la suicidalidad como un proceso diacrónico, a través del

estudio de tres casos clínicos. Como marco teórico se emplean la teoría cognitiva de la suicidalidad y la teoría de Schneiderman del dolor psíquico. Una visión de la suicidalidad como un proceso puede ayudar a comprender el desarrollo de las tendencias suicidas a lo largo de la narrativa personal, a la vez que iluminar puntos concretos de intervención clínica.

#### **CONFERENCIA 5 APA:**

##### **SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH,**

**Vivian B. Pender, (USA) President, American Psychiatric Association**

#### **CONFERENCIA 6:**

##### **MELANCOLÍA: GENIO Y LOCURA A TRAVÉS DE LA PINTURA**

**Sergio Villaseñor (México)**

Hay un museo ideal de la melancolía, una pinacoteca que reúne innumerables obras, pintadas, grabadas, dibujadas, que de Durero a Eduard Munch, de Domenico Fetti a Di Chirico, han figurado la melancolía, sus trazos y sus poses. Hay una paleta de la melancolía. Toda una fábrica con sus imágenes y sus instrumentos. Todo un hospital con sus pociones y sus frascos.

La mayor parte de esta conferencia ha sido inspirada de la obra, dirigida por Jean Clair, fruto de una excepcional exposición realizada en las galerías nacionales del "Gran Palais", en París, del 10 de octubre del 2005 al 16 de enero del 2006.

La melancolía es lo propio del individuo que piensa las cosas hasta el fondo. Tal profundidad de la reflexión frecuentemente tiene por efecto una forma de languidez, de tristeza y de inercia.

La melancolía es un término que encanta o embruja toda la historia del Occidente, desde la antigüedad hasta nuestros días, y que, bajo diferentes formas y nombres, reaparece sin cesar como objeto de estudios médicos o filosóficos y como inagotable fuente de inspiración para los escritores y los artistas -población con una reputación saturniana-.

Pero ¿Qué es la melancolía? En lo más profundo, me parece, es una esperanza, a la vez renaciendo siempre y decepcionada sin fin. El arte es fácilmente una incitación a ese sueño lúcido, a esa felicidad desgraciada: la melancolía.

Haremos un breve repaso histórico. desde la antigüedad griega hasta el siglo XVIII

#### **CONFERENCIA 7:**

##### **AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA**

**Manuel Cuesta (España)**

#### **CONFERENCIA 8**

##### **RESILIENCIA: RECURSO EXISTENCIAL, DINÁMICA SOCIAL, DIMENSIÓN CLÍNICA.**

**Renato Alarcón (USA/Perú)**

# **SIMPOSIOS DE LA INDUSTRIA**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 1**

**LABORATORIO JANSEN**

**“EVIDENCIA CLÍNICA DE SPRAVATO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE AL TRATAMIENTO Y EVIDENCIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON IDEACIÓN O COMPORTAMIENTO SUICIDA AGUDO”**

**Dr. Carlos Morra (Argentina)**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 2**

**LABORATORIO GLAXO**

**“DOPAMINA Y SU ROL EN DEPRESIÓN: NUEVAS PERSPECTIVAS”**

**Dr. Álvaro Jeria (Chile)**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 3**

**LABORATORIO AC FARMA**

**“AFRONTES ACTUALES EN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS: ESQUIZOFRENIA Y ALZHEIMER”**

**Dr. Alfredo Saavedra (Perú), Dra. Mariella Guerra (Perú)**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 4**

**LABORATORIO CONSIV TECNOFARMA**

**“TDAH, MÁS ALLÁ DEL SÍNTOMA”**

**Dra. Belén Poza Cano (España)**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 5**

**LABORATORIO LUNDBECK**

**“MOTIVACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA EN DEPRESIÓN”**

**Jorge David Tomateo (Perú)**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 6**

**LABORATORIO MEGALABS**

**“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN BIPOLAR Y DE LOS EPISODIOS MIXTOS – ENFOQUE EN LURASIDONA”**

**Dr. Daniel Flores**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 7**

**LABORATORIO JANSSEN**

**¿ES POSIBLE CAMBIAR LA HISTORIA NATURAL DE LA ESQUIZOFRENIA?**

**Javier Labad (España)**

## **SIMPOSIO INDUSTRIA 8**

**LABORATORIO SUN**

**“NUEVOS AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS MIXTOS EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES”**

**Manuel Sánchez De Carmona (México)**

---

