



XI BECAS ANPIR 2015-2016 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal



Régis Villegas

R4 – Hospital Clínico Universitario de Valencia



INDICE:

1.	INTRODUCCIÓN	03
2.	DESCRIPCIÓN DEL CENTRO	05
3.	ACTIVIDADES REALIZADAS	09
	3.1. Actividades Clínicas	09
	3.1.1. Aplicación del protocolo de intervención para el tratamiento de tics y trastornos del habito	12
	3.1.2. Adaptación de la TBI para el trastorno de acumulación compulsiva (TAC) en formato grupal	13
	3.1.3. MATRIX: Terapia de aceptación y compromiso en sujetos con trastorno obsesivo compulsivo	15
	3.1.4. Diseñar y aplicar un protocolo (piloto) de TCC para sujetos afectados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas resistentes al tratamiento	17
	3.2. Actividades formativas	20
4.	APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO	22
5.	VALORACIÓN PERSONAL	24
6.	AGRADECIMIENTOS	26
7.	BIBLIOGRAFÍA	27
	7.1. Bibliografía en Castellano	31
8.	ANEXOS	32

1. INTRODUCCIÓN:

La siguiente memoria tratará de ser una fiel descripción, aunque resumida, de mi estancia de cuatro meses de duración en el “*Centre d’études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics de l’Institut Universitaire de Santé Mentale à Montréal*” (Centro de investigación sobre los trastornos obsesivo-compulsivos y los tics del instituto universitario de salud mental de Montreal, el CETOCT), donde tuve la suerte de poder realizar mi rotatorio libre. Este centro, dirigido por el Dr. Kieron O’Connor, se dedica a investigar nuevos acercamientos terapéuticos para pacientes que presentan un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno dismórfico corporal, trastorno por acumulación compulsiva, algunos trastornos de la conducta alimentaria, tics motores y síndrome de Gilles de la Tourette.



Si bien la exposición con prevención de respuesta (EPR) es el tratamiento de referencia mejor establecido para el tratamiento del TOC (entre el 40% y el 75% de los sujetos sometidos a la EPR mejoran), esta cifra se reduce al 50-60% en caso de obsesiones sin compulsiones manifiestas (Steketee, G., 1993; Fisher, P.L. y Wells, A., 2005). Cabe señalar además que alrededor del 25% de los sujetos (en población infanto-juvenil este porcentaje es superior) no aceptan someterse a la EPR y entre el 8% y 25% de los que han empezado el protocolo de intervención lo abandonan (Abramowitz, 1996; Van Balkom et al. 1994). En sujetos con obsesiones puras, por otra parte, la EPR produce resultados menos satisfactorios. Foa en 1979 señalaba que la EPR “no corrige los déficits cognitivos del sujeto, sino que reclasifica las obsesiones o preocupaciones como no amenazantes”, y no aborda la génesis y el procesamiento del pensamiento obsesivo.

Las aproximaciones cognitivas se desarrollaron con el fin de solventar las limitaciones de las conceptualizaciones y los tratamientos exclusivamente conductuales. Añadir terapia cognitiva (TC) a estrategias conductuales (EPR) incrementa de manera significativa el porcentaje de pacientes recuperados al acabar el tratamiento (Whittal et al., 2005; Belloch et al., 2008) y en seguimiento a los 5 años, el 54% de los pacientes seguía sin cumplir criterios diagnósticos de TOC, sin que la diferencia con la EPR fuera significativa (Van Oppen et al., 2005). La TC permite además una mayor reducción la sintomatología afectiva asociada (Belloch et al., 2010). Complementar la EPR con estrategias cognitivas facilita que el sujeto desafíe activamente sus creencias, modificando así las estructuras de miedo relacionadas con el TOC a la vez que permite abordar las distorsiones cognitivas subyacentes. La terapia cognitivo-conductual (TCC) permite reducir las tasas de abandono (Vogel et al., 2004). La TCC, tal como se ha evidenciado en un reciente metaanálisis del grupo de Öst (2015), no sólo es eficaz, sino que se asocia a tamaños del efecto (TE) grandes y significativos en relación tanto a lista de espera (TE=1.31), como a placebo (TE=1.33).

A pesar de los buenos resultados obtenidos por la EPR, la TC y la TCC, nuevos abordajes terapéuticos están teniendo resultados prometedores. Entre ellos cabe destacar la TCC basada en la pareja (Abramowitz et al., 2012), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes et al., 2004; Bluet 2014), las intervenciones telemáticas con asistencia de las nuevas tecnologías (Kenwirth et al., Lovell et al., Himle et al., Vogel et al., Riva & Gamberini, Hoffman et al., Krijn., Rizzo et al., Andersson et al. y Wootton et al.) y la terapia basada en la inferencia (TBI) propuesto por Kieron O'Connor, de la cual tiene objeto mi rotatorio libre.

El enfoque basado en la inferencia propone un nuevo modelo explicativo sobre el razonamiento obsesivo. El objetivo de la TBI es cuestionar la narrativa que produce la duda inicial en el TOC con el fin de invalidar el razonamiento originado por la duda / inferencia primaria. De esta manera devuelve a la persona al mundo de los sentidos y del sentido común por medio del uso de una narrativa válida. A diferencia de otras estrategias, la TBI no requiere exposición, aborda desde el principio y directamente la duda, para desmontar desde un enfoque comprensivo la narrativa que el sujeto ha ido construyendo para justificar sus obsesiones (sus *Historias TOC*) hasta llegar a la (falsa) identidad (el *YO temido*). Al no requerir exposición suele ser mejor aceptada que otras intervenciones más convencionales, y al abordar la duda ha demostrado ser superior a la TCC en sujetos con baja conciencia de enfermedad (Aardema, F. et al., 2016).

2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO:



L'institut Universitaire de Santé mentale de Montréal (IUSMM) nace de la fusión de tres hospitales. Uno de ellos es el Hospital Louis-Hippolyte Lafontaine (antiguo hospital Saint-Jean-de-Dieu). Hoy en día, el Hospital Louis-Hippolyte Lafontaine es un complejo hospitalario de seis pabellones con casi 150 años de antigüedad, dedicado exclusivamente al tratamiento de los trastornos mentales.



En 1873, tras un acuerdo oficial entre la orden religiosa de la Providence y el gobierno de Quebec, se crea el Asile Saint-Jean-de-Dieu (asilo San Juan de dios). En pocos años el hospital crece hasta convertirse en una comunidad asilo. Obtiene el estatuto de municipio contando con un auditorium y su propia brigada de lucha contra los incendios. El asilo toma tales proporciones que hará falta una locomotora, el Saint-Raphaël, para conectar los diferentes pabellones. En 1901, diez años después de que un incendio destruyera el asilo (en el cual fallecieron 84 pacientes y 6 religiosas), se inaugura el Hospital Saint Jean-de-Dieu, tal y como se conoce en la actualidad. El Hospital Saint Jean-de -Dieu



llegó a tener 1579 pacientes internados. En 1973, el establecimiento firma un contrato de afiliación con la Universidad de Montreal, otorgándole la vocación de centro hospitalario de enseñanza, y en 1976 el hospital cambia de nombre por el Hospital Louis- Hippolyte Lafontaine. En 1992 se inauguran las infraestructuras del *centre de recherche* (centro de investigación) en el parque del hospital. Tres años más tarde, en 1995, los hospitales Louis- Hippolyte Lafontaine, Rivière-des-Prairies y el Institut Philippe-Pinel acuerdan una colaboración y en 2013, los integrantes se fusionan en el Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM).

El centro de investigación, lugar donde realicé mi estancia, cuenta con 51 investigadores contratados, más de 20 investigadores asociados y 200 estudiantes repartidos en las tres líneas de investigación. La línea de investigación en la cual lleve a cabo mi rotatorio es la del *Traitement et réadaptation adaptés aux populations* (tratamiento y rehabilitación adaptada a las poblaciones) cuyo objetivo es el “desarrollo y evaluación de los mejores tratamientos y métodos para sanear de la forma más eficaz individuos que padecen un trastorno mental o que se encuentran en riesgo de desarrollar uno”. Tiene también el objetivo de exportar y divulgar estas prácticas a otros centros clínicos.



Tabla 1: El Hospital Louis- Hippolyte Lafontaine en cifras:

PERSONAL:	Más de 2400 personas trabajan en el hospital: - Más de 400 enfermeras - Cerca de 500 psicólogos clínicos, trabajadores sociales, ergoterapeutas, educadores... - 113 médicos y dentistas - Más de 70 profesores - Cerca de 600 estudiantes en prácticas (130 000 horas de prácticas totales al año) - 15 técnicos de mantenimiento
USUARIOS	El hospital atiende a más de 11.000 personas: - 6000 usuarios en consultas externas - 4200 visitas a urgencias (psiquiátricas) - 1500 plazas en recursos externos (vivienda tutelada, apartamentos terapéuticos, comunidad terapéutica...) - 389 camas
INFRAESTRUCTURAS:	- Presupuesto anual de 151 000 000 \$ CAD - 7 programa de cuidados y servicios específicos - Un parque informático y tecnológico que contiene alrededor de 800 puestos, 40 servidores, 440 impresoras

Tabla 2: Líneas de investigación

LINEA DE INVESTIGACION:	OBJETIVOS:	TEMAS DE INVERSTIGACIÓN:
Neurobiología y cognición	<i>Aspectos biológicos y psicológicos de la enfermedad mental (por ejemplo, la depresión o el autismo) con el fin facilitar la detección precoz</i>	- Electrofisiología: EEG y potenciales evocados - Genética - Imaginería cerebral - Neuropsicología - Psicofarmacología - Cognición - Neurodesarrollo - Psiconeuroendocrinología - Síndromes extrapiramidales - Psicosis

		- Deficiencia intelectual - Conducta antisocial - Inflamación y sistema inmunitario - Biomarcadores de los trastornos mentales - Síndrome de Gilles de la Tourette - Estrés y neuroendocrinología - Abuso de sustancias - Adversidad e intimidación - Contaminantes medioambientales - Dolor - Trastornos motores y sueño - Sueño y ritmos biológicos
Tratamiento y rehabilitación adaptada a las poblaciones	<i>Desarrollo y evaluación de los mejores tratamientos y métodos para sanear de la forma más eficaz individuos que padecen un trastorno mental o que se encuentran en riesgo de desarrollar uno</i>	- Terapia cognitiva o conductuales - Psicología experimental - Psicofarmacología - Readaptación - Terapia cognitiva y entrenamiento social - Psicofisiológica - Estrés postraumático - Trastornos ansiedad y del estado de ánimo - TOC - Depresión y riesgo suicida - Nuevas tecnologías y salud mental - Desarrollo y divulgación de prácticas punteras en salud mental
Salud de la población y servicios	<i>Mejorar el traspaso de los resultados de las investigaciones a la práctica clínica y el desarrollo de herramientas una gestión clínica eficiente en salud mental.</i>	- Investigación epidemiológica - Recursos y servicios en salud mental - Traspaso e intercambio de conocimiento - Metodología

3. ACTIVIDADES REALIZADAS:

3.1. Actividades Clínicas

La razón principal por la cual elegí el “*Centre d’études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics de l’Institut Universitaire de Santé Mentale à Montréal*” (CETOCT) como centro de destino para realizar mi rotatorio libre fue la de conocer los fundamentos teóricos de la TBI así como poder observar su aplicación protocolizada en la práctica clínica de mano de su autor, el Dr. Kieron O’Connor. Resumiendo brevemente, el objetivo de la TBI es cuestionar la narrativa que produce la duda inicial en el TOC. Parte del principio de que sea cuál sea la forma del TOC, la cadena obsesiva siempre comienza con una inferencia y termina en duda a través de un proceso de razonamiento denominado la confusión inferencial (O'Connor, Aardema, y Pélissier, 2005). La confusión inferencial tiene dos componentes: (a) Preferir posibilidades remotas, a menudo imaginarias, en vez de basadas en la realidad (b) Desconfiar de los sentidos y del sentido común. En conjunto, estos dos componentes confunden a la persona con TOC y la llevan a inferir dudas no fundamentadas. El objetivo de la TBI consiste en invalidar el razonamiento originado por la duda / inferencia primaria y devolver a la persona al mundo de los sentidos y del sentido común por medio del uso de una narrativa válida. Un estudio aleatorizado reciente en el cual participaron un total de 125 sujetos afectados de un trastorno obsesivo compulsivo resistente al tratamiento, demostró una reducción significativa en las puntuaciones de la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (escala Y-BOCS) con un tamaño del efecto de 1.49 a 2.53, mostrando además una mejoría clínica significativa en el 59,8% de los participantes (Aardema F., 2016).

La aplicación del protocolo de intervención, que consta de 10 etapas, dura aproximadamente unas 24 semanas.

☞ Etapa 1	Distinción entre la duda normal y la duda obsesiva
☞ Etapa 2	La lógica del TOC
☞ Etapa 3	La duda TOC es al 100% no pertinente en el “aquí y ahora”
☞ Etapa 4	La historia TOC vivida
☞ Etapa 5	Traspassar la frontera de la realidad
☞ Etapa 6	Las estrategias del razonamiento TOC (1ª parte)
☞ Etapa 7	Las estrategias del razonamiento TOC (2ª parte)
☞ Etapa 8	El carácter selectivo de la duda TOC
☞ Etapa 9	La vulnerabilidad personal
☞ Etapa 10	Tolerar el vacío

Además de poder profundizar en la TBI, tuve la oportunidad de participar en cuatro actividades clínicas distintas que describiré más detenidamente a continuación. Estas actividades fueron:

1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL (terapia individual): Aplicar el protocolo de intervención para el tratamiento de tics y trastornos del hábito diseñado por el Dr. Kieron O'Connor (con su supervisión directa) en dos sujetos (afectadas de dermatilomanía y tricotilomanía)
2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL (terapia de grupo): Participar como co-terapeuta en una adaptación en formato grupal de la TBI para el trastorno de acumulación compulsiva (TAC), así como asistencia domiciliaria a pacientes con esta patología.
3. OBSERVADOR PARTICIPANTE: Participar como observador participante a numerosas sesiones de ACT en sujetos con trastorno obsesivo compulsivo, así como asistir a tres cursos oficiales de formación en MATRIX.
4. DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO piloto de TCC para sujetos afectados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas resistentes al tratamiento, que servirá de grupo de comparación para el estudio "AVATAR". En este estudio, por medio de realidad virtual, el cliente, crea un "AVATAR" visual de su voz con el cual dialogará.

Tabla 3: Cronograma:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Mañana (8:30 – 12:00):				
Reunión de equipo Redacción del protocolo “Des voix dans ma tête”, Corrección de pruebas, búsqueda bibliográfica, lecturas...	09:00 a 12:00: <i>Actividad asistencial (psicoterapia individual):</i> Aplicación del protocolo “des voix dans ma tête”	<i>Actividad asistencial (Observador participante):</i> Aplicación de la MATRIX	09:00 a 10:00: <i>Actividad asistencial (psicoterapia individual):</i> Aplicación individual “<i>Thérapie cognitive et psychophysiologique visant la diminution des tics</i>” (O’Connor, 2005) 10:00 a 12:00: Supervisión de casos con el Dr. Kieron O’Connor	Corrección cuestionarios del protocolo del sujeto del día anterior. Seguimiento clínico. Preparación de la reunión del lunes Lecturas
Tardes (12:30 – 16:30):				
Redacción del protocolo “Des voix dans ma tête” Corrección de pruebas, seguimiento, búsqueda bibliográfica, lecturas...	<i>Actividad asistencial (psicoterapia grupal):</i> Co-terapeuta. Aplicación de la adaptación de la TBI para el TAC en formato grupal.	<i>Actividad asistencial (Observador participante):</i> Aplicación de la MATRIX	12:30 a 17:00: Corrección de los cuestionarios, seguimiento de los pacientes, preparación de la siguiente sesión... 17:00 a 18:00: <i>Actividad asistencial (psicoterapia individual):</i> Aplicación individual “<i>Thérapie cognitive et psychophysiologique visant la diminution des tics</i>” (O’Connor, 2005)	14:00 a 17:00: Asistencia a domicilio de uno de los participantes del grupo afectado de TAC.

3.1.1. Aplicación del protocolo de intervención para el tratamiento de tics y trastornos del hábito

El *Cognitive- Behavioral management of tic disorders* (O'Connor, 2005) (La TCC para la reducción de los tics) es un protocolo de intervención de 10 sesiones (anexo 1) con una frecuencia semanal para el tratamiento psicológico de los tics (y también de los trastornos del hábito). El protocolo comienza con la normalización de los tics. En un segundo momento, se solicita al sujeto que realice una descripción (experiencial) de los mismos. La finalidad de esta descripción es favorecer que el participante experimente la diferencia entre tensión - relajación y sus repercusiones sobre la probabilidad de aparición de los tics. La terapia tiene como objetivo principal hacer que el sujeto entienda la relación idiosincrática entre sus pensamientos, su nivel de activación y el contexto (situación de riesgo bajo vs. situación de riesgo alto de aparición) con la frecuencia de aparición de los tics. Para favorecer que el sujeto afine en su capacidad discriminatoria, una sesión del protocolo exige provocar, mientras se filma al sujeto, una situación de riesgo bajo para a continuación crear una situación de riesgo alto, dejando sólo al sujeto para que si así lo desea pueda (o no) llevar a cabo libremente la conducta problema. Se trata de que el sujeto sienta, siempre desde un punto de vista experiencial, las diferencias entre ambas situaciones. A continuación, paciente y terapeuta visionan juntos el video analizando las diferencias (musculares, expresión facial, movimientos, postura, pensamientos...) entre la situación de bajo riesgo y la riesgo alto. Desde la primera sesión se insiste en la controlabilidad de la aparición de tales conductas diferenciando el control de la resistencia.

Uno de los ejes centrales del protocolo consiste en el análisis de los **estilos de acción**. Un estilo de acción es un patrón conductual característico de los individuos con tics o trastorno del hábito. El equipo del Dr. K. O'Connor encontró empíricamente 6 estilos de acción más frecuentemente presentes en personas con tics:

- Querer hacerlo todo a la vez
- No permitir relajarse
- Dificultad para quedarse quieto o inactivo
- Hacer las cosas de prisa y con urgencia
- Utilización excesiva de la capacidad de atención dividida
- Reprimir sus emociones
- Perfeccionismo
- Rigidez cognitiva

Por medio del cuestionario STOP (STyle Of Planification), se detectan y devuelven al participante los estilos de acción que utiliza en mayor medida. Uno por uno, se van analizando con el sujeto a la vez que se realiza un trabajo en 6 sesiones de reestructuración cognitiva.

Durante mi estancia, tuve la oportunidad de tratar a dos pacientes:

- P1: mujer de 38 años con tricotilomanía de 22 años de evolución



*Paciente a mitad de tratamiento, después de una recaída.
Cuando llegó tenía el pelo rasurado, y una alopecia temporo-parietal izquierda
acompañada de una inflamación del cuero cabelludo.*

- P2: mujer de 28 años con trastorno de excoriación o dermatilomanía de 11 años de evolución.

En el caso de la P2, ante la existencia de una duda diagnóstica entre un trastorno de excoriación o dermatilomanía, un trastorno dismórfico corporal o un trastorno de personalidad (puntuaciones altas en probable trastorno límite de la personalidad en el *Personality Diagnostic Questionnaire-4+*, PDQ-4+, Hyler S., 2002) el Dr. O'Connor me permitió acortar el protocolo para poder aplicar las 6 etapas de la Matrix bajo la supervisión del Dr. Benjamin Schoendorff.

3.1.2. Adaptación de la TBI para el trastorno de acumulación compulsiva (TAC) en formato grupal.

El trastorno de acumulación (TAC) ha sido hasta hace poco considerado como un subtipo del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). No obstante, la existencia de características distintivas de los sujetos afectados de TAC (la particular relación que los afectados tienen con los objetos; ausentes en el TOC, la resistencia a los tratamientos eficaces para el TOC y una mayor homogeneidad sintomática) fue determinante para que la nueva edición del DSM-5 decidiera considerar al TAC como un trastorno con entidad propia. El TAC consiste en una gran “dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real” (DSM-5). Lo más llamativo de este trastorno es la enorme cantidad de objetos que los sujetos llegan a acumular a lo largo de muchos años en su vivienda, haciendo que muchas estancias queden totalmente inservibles e inaccesibles. Aparentemente el sujeto tiene un nivel de funcionamiento adecuado, tanto profesional como socialmente. Por esta razón no es rara la reacción de sorpresa y perplejidad de su entorno al descubrir el trastorno y el estado en el que se encuentra la vivienda.

Un funcionamiento aparente normal, añadido al sentimiento de vergüenza que siente el sujeto, hacen que este trastorno pueda quedar escondido durante años para la mayoría de su entorno. Suelen pasar muchos años antes de que el sujeto o sus familiares

tomen consciencia de que la acumulación sobrepasa los límites de la normalidad. En estos casos, el paciente presenta un curso cronificado del trastorno y una vivienda totalmente congestionada. En muchos casos es el estado de la vivienda lo que empuja al sujeto a pedir ayuda profesional, sin tener un claro insight.

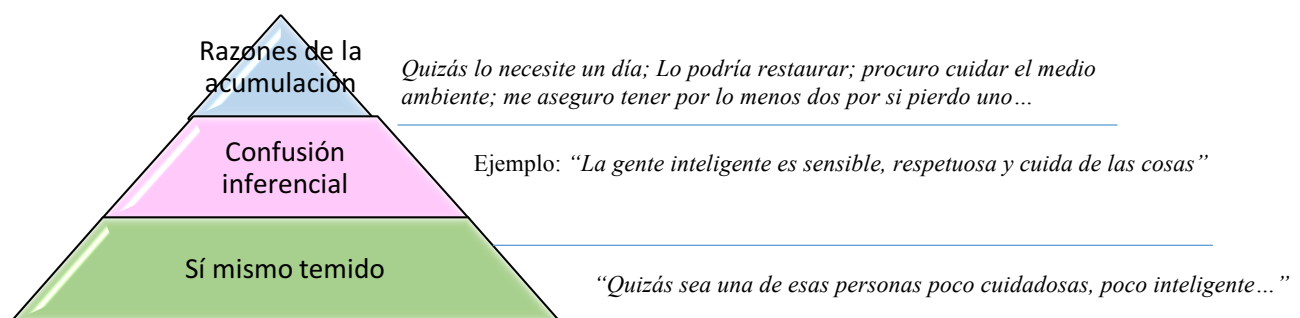
Se estima una prevalencia del TAC de entre el 2% y el 6% de la población general. No sería exclusivo de la cultura occidental y afectaría por igual a ambos sexos. Su prevalencia se multiplicaría por 3 en la franja de edad comprendida entre los 55 y 94 años (DSM-5).

En Montreal, se está llevando a cabo, desde hace más de 10 años toda una serie de campañas informativas de normalización de este trastorno mental (y otros) con el fin de luchar contra la estigmatización de los afectados y favorecer, implicando a toda la comunidad, la reinserción y readaptación de los sujetos afectados.

En el CETOCT, se están poniendo a prueba nuevos abordajes terapéuticos para las personas con TAC. Más concretamente, Natalia Koszegi, Kieron O'Connor y Marie-Ève Saint-Pierre-Delorme han adaptado la TBI (inicialmente concebida para el TOC), para pacientes afectados de TAC. El formato es principalmente grupal.

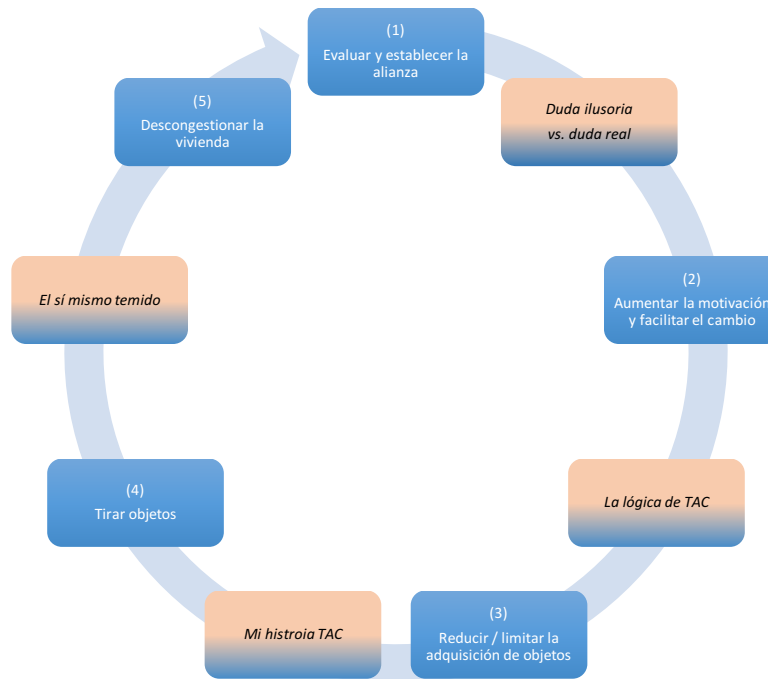
El modelo del TAC basado en las inferencias diseñado por k. O'Connor conceptualiza la etiología del trastorno en:

- Una duda (obsesiva) hacia una parte del Yo. Esta duda no tiene fundamento, pero es temida (*Yo temido*) y se considera real. En este sentido, los objetos sirven para asegurar a la persona sobre su identidad (identidad TAC o ilusoria)
- Una forma de razonar sobre los objetos, caracterizada por errores de lógica no reconocidos por la persona (*confusión inferencial*). Esta forma de razonar lleva al sujeto a:
 - o Conclusiones erróneas sobre los objetos y sobre sí mismo
 - o Mezclar elementos ilusorios con evidencias reales



Las 5 etapas del proceso terapéutico:

Fomentar la toma de consciencia de la persona



3.1.3. MATRIX: Terapia de aceptación y compromiso en sujetos con trastorno obsesivo compulsivo

El Centro de Estudio sobre el TOC y los tics (CETOCT) pertenece a la línea de investigación “*Tratamiento y rehabilitación adaptada a las poblaciones*” cuyo objetivo principal es “el desarrollo y la evaluación de los mejores tratamientos y métodos para tratar de la forma más eficaz a individuos que padecen un trastorno mental o que se encuentran en riesgo de desarrollarlo”. El CETOCT, como su nombre indica, pone a prueba la eficacia de la TBI para el tratamiento de los trastornos del espectro obsesivo compulsivo. Para poder demostrarlo, además de comparar los resultados obtenidos tras la aplicación de la TBI con tratamientos empíricamente validados para el TOC (TCC y EPR), el CETOCT ha añadido como grupos de comparación el Mindfulness y la ACT, permitiendo además valorar la efectividad de estos últimos. La ACT que se lleva a cabo en el centro es una adaptación simplificada de la terapia original: MATRIX.

“El objetivo de la ACT es permitirnos hacer lo necesario para ir hacia dónde queremos ir. Nos ayuda a elegir la dirección que toma nuestra vida, sintiéndonos cada día más capaz para que

sean nuestras acciones las que nos dirijan por camino elegido, aun en presencia de obstáculos” (Schoendorff, 2016).

La MATRIX:

Antes de la aparición de la Matrix, la ACT solía representar gráficamente en un hexágono (*Hexaflex*) los seis procesos centrales de la ACT (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohid y Wilson, 2004). A pesar de su utilidad para la identificación de los procesos de la ACT con los cuales investigadores y clínicos trabajan, resulta laborioso su utilización en contextos clínicos. Polk, K. et al en busca de una alternativa, propusieron la Matrix, un diagrama fácilmente comprensible que invita a observar a la vez que permite activar la flexibilidad psicológica.

ACT MATRIX:



Adaptado de Kevin et al. "The essential guide to the ACT Matrix", 2016

El diagrama se compone de dos líneas perpendiculares. El eje vertical representa la experiencia: desde la experiencia que nos llega por los sentidos, hasta la experiencia que emerge de nuestra actividad mental y de nuestras habilidades propioceptivas. El eje horizontal representa la línea del comportamiento: cubre la diferencia entre las acciones que sirven para alejarnos de las experiencias no deseadas (como por ejemplo alejarse del miedo) hasta las acciones que sirven para acercarnos a las personas o cosas que son importantes para nosotros (como sería el acercarse de un ser querido).

El punto clave de la flexibilidad psicológica, según la Matrix, reside en la capacidad de poder observar la diferencia entre nuestra experiencia sensorial y nuestra experiencia mental, así como observar la diferencia entre acercarse de las personas y cosas importantes y alejarse de las experiencias interiores molestas.

Todos tenemos nuestra historia, una historia que contar, compuesta de una colección de recuerdos interesantes. De la misma forma que podríamos ordenar todos aquellos recuerdos en las categorías de la Matrix, también podemos ordenar la historia de nuestra vida por medio de estos cuatro cuadrantes. Ordenar por medio de la Matrix puede ayudarnos a conceptualizar nuestra vida

y a observar si lo que hacemos nos acerca o nos aleja de las personas y de las cosas importantes para nosotros. En base a ello, podremos elegir cambiar o persistir con nuestros comportamientos en función de lo que nos permita acercarnos a lo que más nos importa.

3.1.4. Diseñar y aplicar un protocolo piloto de TCC para sujetos afectados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas resistentes al tratamiento



El Institut Philippe-Pinel de Montreal (del IUSMM) está poniendo a prueba un experimento de realidad virtual, en 3D, para el tratamiento de la esquizofrenia: la terapia AVATAR (Audio Visual Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations).

Se trata de un proyecto piloto. El grupo se compone de 25 participantes reclutados en el Institut Philippe-Pinel y en el Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS). Propone que el participante cree un avatar cuya voz se corresponde a la de sus alucinaciones auditivas, asemejándose físicamente a la imagen que tiene el sujeto del emisor de esta voz persecutoria. El sujeto se ve confrontado a ella sumergido en un mundo de realidad virtual.

Con el fin de poder contrastar los resultados obtenidos, el Dr Kieron O'Connor y el Dr. Alexandre Dumais, director del proyecto, solicitaron mi colaboración para diseñar un protocolo de TCC específico para las alucinaciones auditivas que no supere las diez sesiones (para equiparlo al proyecto avatar). Este protocolo fue presentado al comité de bioética el cual aprobó su puesta en práctica.



Se siguieron las recomendaciones de Chadwick P. y Birchwood M. y se propuso el protocolo “Des voix” (Voces) en el cual los objetivos principales son:

1. Normalización de la experiencia alucinatoria
2. Modificación la evaluación que hace el sujeto de las voces con el fin de cambiar la relación del sujeto con ellas
3. Aceptación de las mismas

Una vez aprobado por el comité de bioética, este protocolo vino a formar parte del protocolo de investigación, siendo uno de los grupos de comparación a la terapia AVATAR.

Proposition d'un protocole de thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour le traitement des hallucinations auditives

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal
Québec 

 Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

DES VOIX



Régis Villegas – Kieron O'Connor – Marie-Eve Pomerleau-Laroche

Table des matières

Séance 1 : Que m'arrive-t-il?	3
Séance 2 : Psychoéducation et normalisation de l'expérience hallucinatoire	10
Séance 3 : Présentation du modèle cognitif des hallucinations	28
Séance 4 : Métacognition 1 – <i>l'attribution</i>	31
Séance 5 : Stratégies d'adaptation	39
Séance 6 : Métacognition 2 – <i>modification des croyances et formulation d'explications alternatives</i>	45
Séance 7 : Hallucinations et pleine conscience 1	73
Séance 8 : Hallucinations et pleine conscience 2	77
Session 9 : Récapitulatif – prévention de la rechute – fin de l'intervention	79
Annexes :	81

3.2. Actividades formativas

A lo largo de los cuatro meses que duró mi rotatorio asistí a varios congresos y jornadas relacionados con la salud mental, más específicamente sobre los trastornos del espectro obsesivo compulsivo. Tuve también la suerte de poder asistir a los tres niveles del curso de formación sobre la Matrix de 42 horas en total - <http://qualityanalysis.biz/contextpsy/programs/>).

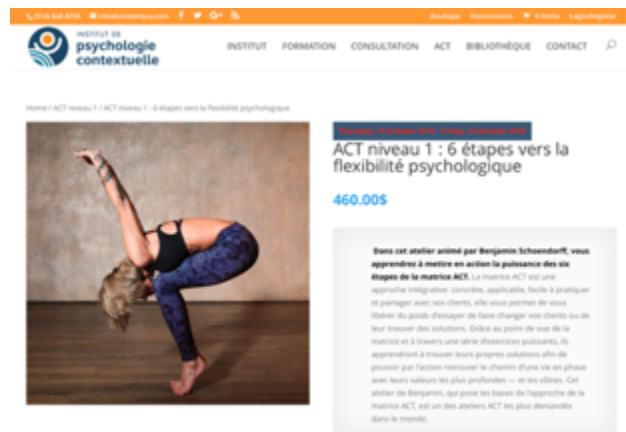
Jornadas y congresos

- | | |
|------------------------|--|
| 29 de septiembre 2016: | Jornadas científicas del departamento psiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad de Montreal (anexo 2) |
| 27 de octubre 2016: | Le trouble d'accumulation compulsive: comment le reconnaître et comment aider les personnes qui en souffrent (<i>el trastorno de acumulación compulsiva: Como reconocerlo y como ayudar a las personas que lo padecen</i>) (anexo 3) |
| 12 de noviembre 2016: | 14 congrès annuel de la Fondation Québécoise pour le trouble obsessionnel compulsif (<i>14º congreso anual de la fundación de Quebec para el TOC</i>) (anexo 4) |

Cursos:

13-14 de octubre 2016:

ACT Niveau 1: 6 étapes vers la flexibilité psychologique
(*ACT Nivel 1: 6 etapas hacia la flexibilidad psicológica*)



<http://qualityanalysis.biz/contextpsy/product/act1montreal/>

24-25 de novembre 2016:

ACT Niveau 2: Focalisé sur la relation thérapeutique
(*ACT Nivel 2: focalizado en la relación terapéutica*)



<http://qualityanalysis.biz/contextpsy/product/act-niveau-2-focalise-sur-la-relation-therapeutique/>

26-27 de enero 2017:

ACT Niveau 3: Bases théoriques et interventions flexibles
(*ACT Nivel 3: Bases teoricas y relaciones flexibles*)



<http://qualityanalysis.biz/contextpsy/product/act-niveau-3-interventions-flexibles-et-theorie-en-act/>

4. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO.

La aplicación de la TBI para el TOC, su adaptación para el tratamiento del trastorno de acumulación en formato grupal, así como la utilización transdiagnóstica de la Matrix, podrían ser aplicables en el contexto español dado que no necesita ningún otro equipamiento que una consulta y un profesional entrenado.

No obstante, existirían algunos impedimentos y barreras que podrían mermar la eficacia de su aplicación. No olvidemos que el CETOCT es un centro de investigación cuyo objetivo principal es el de poner a prueba la eficacia de intervenciones psicológicas protocolizadas y diseñadas por el equipo investigador. Al ser centro de investigación, la inclusión de los pacientes se lleva a cabo después de un riguroso proceso de evaluación que requiere tres a cuatro entrevistas previas con los sujetos. Estas evaluaciones son realizadas por evaluadores, en su mayoría estudiantes, entrenados específicamente para evaluar el perfil de los participantes para cada protocolo. Una vez seleccionados, los participantes entran a formar parte de uno de los grupos experimentales durante el cual se les aplicará el tratamiento con una frecuencia semanal. Para poder valorar de manera más objetiva los cambios a lo largo de todo el proceso terapéutico, se hace entrega a los participantes de numerosos cuestionarios después de cada sesión (corregidos e introducidos informáticamente por estudiantes benévolos).

En la práctica clínica real, sería muy difícil replicar las terapias tal y como se administran en el CETOCT (*tres a cuatro sesiones de evaluación, administración semanal de la terapia, no más de ocho pacientes a la vez por psicólogo clínico, duración de la intervención prefijada, co-terapeutas para la corrección de las pruebas, etc.*). Debido a la importante carga asistencial y a los pocos recursos (personales y económicos) que caracterizan el sistema sanitario público español (más aún si nos referimos a la salud mental), fuera del ámbito privado, lamentablemente la TBI y el protocolo “Des Voix” serían de difícil aplicación en el contexto actual:

Recursos humanos: profesionales de la salud mental por habitantes en España y en Canadá

	Psiquiatras <i>por 100.000 Hab</i>		Enfermeros Salud Mental <i>por 100.000 Hab</i>		Trabajadores Sociales <i>por 100.000 Hab</i>		Psicólogos Clínicos <i>por 100.000 Hab</i>	
	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011
	13,42	12,61	53,67	65	117,9	—	47,42	46,52
	8,08	8,59	9,69	6,57	2,60	—	5,71	—

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2015) <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>

Gasto sanitario en función del PIB en España y en Canadá (2015)

2015	PIB Total	Gasto Sanitario	% PIB	Gasto Sanitario (público) per cápita
	1.397.352 M €	100.522,3 M €	7,18%	2.804 €
	1.075.639 M €	68.007,1 M €	6,29%	1.464 €

Fuente: www.datosmacro.comPIB España: <http://www.datosmacro.com/pib/espana?anio=2015>PIB Canadá: <http://www.datosmacro.com/pib/canada?anio=2015>Gasto Sanidad España: <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/espana>Gasto Sanidad Canadá: <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/canada>

En cuanto a las derivaciones de los pacientes, en el CETOCT, al ser centro de investigación, se les permite intervenir con pacientes de cualquier área de salud del Gran Montreal (la isla de Montreal más los municipios colindantes). Los pacientes pueden acudir directamente (en respuesta a una de las campañas de reclutamiento llevadas a cabo por el centro en los medios de comunicación, en su página web o la de cualquiera de las asociaciones afines), o ser remitidos por cualquier médico de familia, médico especialista y/o trabajador social de Montreal.

Para el paciente la intervención no tiene ningún coste.

Tabla resumen de las terapias llevadas a cabo en el CETOCT :

Terapia:	Trastorno:	Formato:	Frecuencia:	nº sesiones:	Manual:
T.B.I.	TOC	Individual	Semanal	20-26 + 3 seguimientos	Francés / Inglés
Adaptación T.B.I.	TAC	Mixto (grupal / Individual)	Semanal	15-20 + 3 seguimientos	Francés
Cognitive – Behavioral management of Tic disorder	Tics Tricotilomanía, Dermatilomanía, Onicofagia	Individual	Semanal	10 – 12 + 3 seguimientos	Francés / Inglés
MATRIX	Transdiagnóstico	Individual, Grupal, organizaciones...	Indiferente	6 etapas 10 – 25 sesiones	Francés / Inglés
Des Voix	Trastorno psicótico con alucinaciones auditivas	Individual	Semanal	10 Sesiones + 3 seguimientos	Francés

TBI: terapia basada en la inferencia; TOC: trastorno obsesivo compulsivo; TAC: trastorno de acumulación compulsiva

5. VALORACIÓN PERSONAL

En su conjunto, mi estancia en el “*Centre d’études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics de l’Institut Universitaire de Santé Mentale à Montréal*” ha superado todas mis expectativas siendo una experiencia muy positiva, tanto en lo profesional como en lo personal.

En lo profesional, tuve la oportunidad de sentirme parte integral del equipo de investigación del CETOCT. Al contrario de lo que suele ocurrir cuando un residente está rotando fuera de su servicio, pude intervenir directamente con algunos “clientes” del centro, con total libertad pero bajo la supervisión de Kieron O’Connor (en el caso los sujetos con trastorno del hábito), de Benjamin Shoendorff (Matrix) y de Natalia Koszegi (para los clientes con TAC). Pude igualmente asistir como observador a numerosas sesiones clínicas lo que me permitió dialogar, preguntar e incluso debatir, con sus propios autores, sobre las terapias, sus fundamentos teóricos, sus ventajas y limitaciones, las diferencias con otros acercamientos terapéuticos, su nivel de evidencia, etc.

Las primeras semanas fueron, como suele ser habitual, las más difíciles: debía adaptarme a otra cultura, con su idiosincrasia, sus códigos, su forma de trabajar... La acogida del equipo y del Dr. Kieron O’Connor fue inmejorable.

Se me ofreció la posibilidad de ser co-terapeuta en la aplicación en formato grupal de una adaptación de la TBI para el TAC. Sentí mucho interés profesional tanto por el trastorno en sí como por la forma de intervenir con los sujetos que lo padecían. Por ello decidí acudir semanalmente de forma voluntaria al domicilio de uno de los miembros del grupo con el fin de ayudarlo a vaciar su vivienda y conocer así, desde una perspectiva más naturalista, el alcance y las consecuencias del trastorno de acumulación. Cabe destacar que para cualquier persona afectada de TAC el permitir la entrada de alguien en su domicilio es una de las experiencias más ansiógenas que existe. Es tal la vergüenza que sentía el paciente que llevaba años sin que nadie, excepto él mismo y sus hijos, tuviera acceso a su domicilio (debido entre otros al estado de acumulación en la cual se encontraba la vivienda). Algunas estancias de la misma se encontraban totalmente inaccesibles y la cocina y los baños inutilizables a consecuencia de la cantidad de objetos acumulados. Fue realmente estremecedor ver el sentimiento de impotencia que reflejaba la mirada del afectado y comprobar in situ la peculiar relación que les une a sus objetos. Yo me sentí igualmente impotente dado que sabía que no podía tirar por mi cuenta ningún objeto, por muy desgastado o sin sentido que me pareciera, sin correr el riesgo de perjudicar la confianza que el paciente había depositado en mí.

Asistí también a dos jornadas formativas y varias reuniones que se llevan a cabo periódicamente con todas las partes implicadas en el tratamiento de los pacientes con TAC. A estas reuniones acuden asociaciones de familias, representantes de afectados, profesionales de la salud mental, trabajadores sociales y representantes del ayuntamiento y del gobierno provincial (que acuden con el objetivo de ofrecer toda la ayuda que desde las instituciones podría ser requerida) con el objetivo de elaborar conjuntamente el Plan de Acción anual.

En cuanto a mi participación en el proyecto AVATAR, fue una decisión tomada por consenso después de asistir a una reunión del equipo del proyecto AVATAR (dirigido por el Dr. Alexandre Dumais) en la cual se solicitó que uno de los miembros del equipo del Dr. Kieron O'Connor diseñase una terapia de enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de las alucinaciones auditivas. Los requisitos eran que la terapia fuese estructurada y manualizada, que se basara en la evidencia empírica y que su duración fuera lo más parecida a la de la terapia AVATAR con el objetivo de ser administrada como grupo de comparación. Se me encargó su elaboración y fue muy interesante y enriquecedor, tanto a nivel profesional como personal, diseñar un protocolo tan específico basándome en otros protocolos existentes. Para ello conté con la supervisión del Kieron O'Connor y la ayuda de Marie-Eve Laproche, una psicóloga clínica del equipo del Dr. Alexandre Dumais. Tramitar y sostener el proyecto delante del comité de bioética, y presentarlo una vez admitido al equipo de investigación AVATAR, ha sido una experiencia de lo más gratificante.

Para concluir con mi valoración a nivel profesional, añadiré que trabajar en otro país, en otro idioma, en otra cultura, me ha permitido ampliar mi horizonte sobre la práctica de la psicología clínica, permitiéndome aplicar en mi práctica habitual en España, ciertos conceptos aprendidos en Montreal.

A nivel personal, la experiencia ha sido aún más positiva y plena que a nivel profesional. Alejarse tanto tiempo de la zona confort de uno mismo pone a prueba nuestra capacidad de adaptación, nuestra resistencia a lo aversivo y a la melancolía, así como nuestra tolerancia a la soledad. Fueron buenos momentos para la introspección, largos caminos, horas deambulando, perdiéndome por las calles de Montreal, descubriendo cada día una razón nueva para enamorarme más aún de esta ciudad y de sus habitantes. Montreal es una ciudad muy bohemia, cultural y multicultural, abierta, moderna, puntera y progresista. El Quebecuense es un pueblo sumamente tolerante, integrador y abierto. Los estereotipos y prejuicios pueden alejarse mucho de la realidad. Si bien es cierto que en Canadá se habla inglés con acento americano y muchos consideran a Canadá como si fuera un estado más de los EE. UU, en realidad Canadá poco tiene que ver con los EE.UU. Por otro lado, Quebec es tan diferente de Canadá como Francia lo sería de España. En primer lugar, Canadá es un país de inmigrantes, multicultural, cuya máxima expresión de la integración se observa en las ciudades de Toronto y Montreal. En Canadá, la sanidad es pública y universal. En cuanto a la salud mental, la provincia de Quebec incluye, en todos sus proyectos, un apartado en contra de la estigmatización del trastorno mental. Son muchos los anuncios televisivos, en horario de máxima audiencia, cuyo mensaje trata de normalizar la salud mental y sus afectados. La política sanitaria en este sentido fomenta la participación de todos los agentes de la comunidad (afectados, pacientes, profesionales sanitarios, trabajadores sociales, instituciones, vivienda...): *“Los usuarios de los servicios deben disponer de todas las condiciones que faciliten el ejercicio de su ciudadanía dentro del sistema de salud y servicios sociales. Con este fin, el ministerio de salud y servicios sociales (MSSS), solicita que los establecimientos dedicados a la salud mental presten especial atención y así de forma continuada a que se aplique de legislación vigente, a luchar contra la estigmatización y discriminación, así como el incluir a estas personas y a su entorno familiar en la planificación y organización de los servicios. [...] El alojamiento*

es un elemento fundamental para la recuperación, integración y participación social de las personas que sufren un trastorno mental. Además de proporcionar estabilidad residencial, es un elemento determinante para que la persona recupere su poder de acción. El MSSS prioriza la fórmula del alojamiento autónomo acompañado del apoyo necesario dentro de la comunidad (apoyo de base no intensivo, apoyo de intensidad variable, seguimiento intensivo en el medio)” (Plan d’Action en Santé Mentale 2015 -2020).

Este extracto del plan de acción en salud mental para el periodo 2015-2020 no es más que una muestra representativa del estado actual de la salud mental en Quebec, de la voluntad normalizadora de los trastornos mentales y por extensión, es un fiel reflejo de la capacidad integradora de la sociedad canadiense.

Para concluir con mi valoración personal, me gustaría animar profundamente a tod@s l@s PIR que piensan ir a rotar al extranjero. Lo fundamental es atreverse a dar el paso y conocer otra cultura, otra forma de trabajar, permitir encontrarse con uno mismo y aprovechar la oportunidad de poder hacerlo durante la residencia (ya que en otro momento quizás sea más difícil). Y si por alguna razón, os decantéis por Canadá, intentaré, vía ANPIR, ayudarles en todo lo que me sea posible para que su experiencia sea como mínimo tan gratificante y enriquecedora como lo fue la mía.

6. AGRADECIMIENTOS

Ante todo, me gustaría agradecer al “*Centre d’études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics de l’Institut Universitaire de Santé Mentale à Montréal*” en particular al Dr. Kieron O’Connor, así como a todo su equipo por haber aceptado que fuera a rotar con ellos estos cuatro meses, por toda la ayuda y facilidades ofrecidas, así como por su calurosa y entrañable acogida.

En segundo lugar, agradecerle a la junta directiva ANPIR el haber confiado en este proyecto premiándolo con una beca, la cual además de costear parte de mi estancia en Montreal, me dio fuerza y energía.

En tercer lugar, agradecer al servicio de Psiquiatría de Hospital Clínico Universitario de Valencia, así como a la comisión de docencia del mismo autorizar que fuera a rotar al extranjero, prestándome toda la ayuda administrativa requerida.

7. BIBLIOGRAFIA

- Aardema, F. y O'Connor, K. (2012). Dissolving the tenacity of obsessional doubt: Implication for treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 43(2): 855-861
- Aardema, F.; Delorme M. E. y Audet, J. S. (2016). The Inference-Based Approach (IBA) to the treatment of obsessive-compulsive disorder: An open trial across symptom subtypes and treatment-resistant cases. *Clin Psychol Psychother.* Epub ahead of print.
- Abramowitz, J. S.; Baucon, D. H.; Boeding, S.; Wheaton, M. G.; Pukay-Martin, N. D.; Fabricant, L. E.; Paprocki, C. y Fischer, M. (2012): "Enhancing exposure and response prevention for OCD: A coupled-based approach", *Behavior Modification*, 37(2), 189-210.
- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Andersson, E.; Ljótsson, B.; Hedman, E.; Hesser, H.; Enander, J.; Kaldø, V.; Andersson, G.; Lindefors, N. y Rück, C. (2014): "Testing the mediating effects of obsessive beliefs in internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for obsessive-compulsive disorder: Results from randomized controlled trial", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1002-1013.
- Andersson, E.; Enander, J.; Andrén, P.; Ljótsson, P.; Hursti, T.; Bergström, J.; Kaldø, V.; Lindefors, N.; Andersson, G. y Rück, C. (2012): "Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized trial", *Psychological Medicine*, 42, 2193-2203.
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C., (2008). Cognitive versus behavior therapy in the individual treatment of obsessive-compulsive disorder: changes in cognitions and clinically significant outcomes at post-treatment and one-year follow-up. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 36, 521-540
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C. y Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 573-580
- Bluett, E. J.; Homan, K. J.; Morrison, K. L.; Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2014): "Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorder: An empirical review", *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 612-624.

- Dèttore, D. y O'Connor, K. P. (2013). OCD and cognitive illusions. *Cognitive Therapy and research*. 37: 109-121
- Fisher, P.L. y Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558
- Foa E. B. (1979). Failure in treating obsessive compulsives. *Behav. Res. Ther*, 17, 169-176
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, & Wilson KG (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In SC Hayes & KD Strosahl (Eds.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.
- Hoffman, H., Doctor, J., Patterson, D., Carrougner, G., & Furness, T. (2000). Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care in adolescent patients. *Pain*, 85, 305-309.
- Hyler, S. E. (2002). *PDQ-4+ Personality Diagnostic Questionnaire-4+*. New York: New York State Psychiatric Insti
- Julien, D.; O'Connor, K. y Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of this etiological model, treatment efficacy and model of change. *J Affect Disord*, 202, 187-196.
- Kenwright, M., Marks, I., Graham, C., Frances, A., & Mataix-Cols, D. (2005). Brief scheduled phone support from a clinician to enhance computer-aided self-help for obsessive-compulsive disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1499-1508
- Krijn, M., Emmelkamp, P., Olafsson, R., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., et al. (2006). Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: A randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ: British Medical Journal*, 333, 883.
- Lovell, K., Fullalove, K., Garvey, R., & Brooker, C. (2000). Telephone treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 87-91.

- O'Connor, K.; Audet, J. C.; Julien, D.; Aardema, F.; Laverdure, A. y Lavoie, M. (2015). The style of planning action (STOP) questionnaire in OCD spectrum disorders. *Personality and individual Differences*. 86: 25-32
- O'Connor, K. (2005). *Cognitive- Behavioral management of tic disorders*. (2005). Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, K. y Aardema, F. (2011). *A clinician's handbook for obsessive-compulsive disorder*. Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, K. y Aardema, F. (2012). Living in a bubble: Dissociation, relational consciousness, and obsessive compulsive disorder. *Journal of Consciousness Studies* 19(7-8): 216-246
- O'Connor, K.; Aardema, F. y Pélissier M.C. (2005). *Beyond reasonable doubt. Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, K.; Koszegi, N.; Goulet, G. y Aardema, F. (2013). Distrust of the senses, imagined possibilities, reasoning errors and doubt generation in obsessional-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*. 10(3-1): 65-71
- O'Connor, K.; Saint-pierre-Delorme, M.E. y Koszegi, N. (2012). *Entre monts et merveilles: Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. Quebec, Canada: Éditions Multimondes.
- Öst L.G., Havnen A., Hansen B. y Kvale G. (2015): "Cognitive behavioral treatments of obsessive- compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014", *Clinical Psychology Review* 40, 156–169.
- Perreault, V. y O'Connor, K. (2014). Inference-based therapy processes of changes in compulsions and obsessional beliefs. *International Journal of Cognitive Therapy* (special edition) 7(1): 6-28.
- Polk, K.; Schoendorff, B.; Webster, M. y Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. Oakland, USA: New Harbinger Publications.
- Polman, A.; O'Connor, K. y Huisman, M. (2011). Dysfunctional belief-based and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder. *Personality and individual Differences*. 50(2): 153-158
- Riva, G., & Gamberini, L. (2000). Virtual reality in telemedicine. *Telemedicine Journal and E-Health*, 6, 327-340

- Rizzo, A., Buckwalter, J., Humphrey, L., van der Zaag, C., Bowerly, T., Chua, C., Neumann, U., Kyriakakis, C., van Rooyen, A., & Sisemore, D. (2000). The virtual classroom: A virtual environment for the assessment and rehabilitation of attention deficits. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 483-499
- Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la souffrance: Choisir la vie plutôt que la lutte avec la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement*. Paris, Francia: Éditions Retz.
- Schoendorff, B.; Grand, J. y Bolduc, M.F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement: Guide clinique*. Bruxelles, Bélgica: De Boeck
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Van Balkom, A.J.L.M., Van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., van Dyck, R., Nauta, M.C.E. y Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- Van Oppen, P., van Balkom, A.J.L.M., De Haan, E. y van Dyck R., (2005): Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up”, *Journal of Clinical Psychiatry* 66 (11):1415-22
- Van Oppen, P., van Balkom, A.J.L.M., De Haan, E. y van Dyck R., (2005): Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up”, *Journal of Clinical Psychiatry* 66 (11):1415-22
- Vogel, P., Launes, G., Moen, E., Solem, S., Hansen, B., Haland, A., & Himle, J. (2012). Videoconference- and cell phone-based cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 158-164
- Vogel, P.A., Stiles, T.C. y Götestam, K.G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 275-290
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S., & McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy versus exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy* 43, 1559–1576.
- Wilson, K. y Dufrene, T. (2015). *La pleine conscience en thérapie: Une approche de la Mindfulness basée sur l'ACT*. Bruxelles, Bélgica: De Boeck
- Wootton BM, Titov N, Dear BF, Spence J, Andrews G, Johnston L, Solley K (2011). An Internet administered treatment program for obsessive-compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 1102–1107.

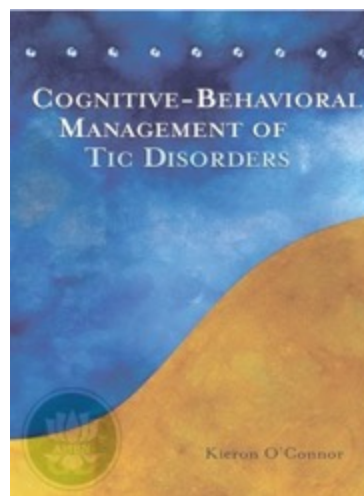
7.1. Bibliografía en Castellano:

- Association for Contextual Behavioral Science, (2014). *La Matrix en español. Por Benjamin Schoendorff*. https://contextualscience.org/la_matrix_en_espa_ol_por_benjamin_schoendorff
- Llorens Aguilar, S. y Pozo, A. (2015). Cruzando el puente entre la realidad y la imaginación: Terapia cognitiva basada en la inferencia para el TOC. *Información Psicológica. Temas de Estudio*. 110: 92-107
- Olry de Labry Lima, A. y Díaz González, C. (2016). Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno obsesivo compulsivo. *Boletín Psicoevidencias*, 4: 19
- Wilson, K. G.; Hayes, S. C. y Strosahl, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A

8. ANEXOS

ANEXO 1: TCC para los tics

Thérapie cognitive et
psychophysiologique –CoPs–
visant la diminution des tics
Manuel du thérapeute



Laurie Bonenfant-Ménard

Juin 2016

Adaptation et traduction du manuel « Cognitive-
Behavioral management of tic disorders (2005), Kieron
O'Connor
INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

Table des matières

Séance 1- Entraînement à la prise de conscience et rationnel du traitement.....	7
Rationnel du traitement à présenter au participant.....	7
Liste des tics & identification du tic dominant	8
Entraînement à la prise de conscience du tic & calepin	9
Conclusion.....	10
Devoirs	10
Séance 2 - Entraînement à la prise de conscience et rationnel du traitement (suite).....	11
Introduction	11
Discussion sur le modèle théorique et les croyances du participant	11
Introduction du calepin quotidien	12
Situations à risque faible et à risque élevé	13
Liste des inconvénients & avantages	13
Conclusion.....	14
Devoirs	14
Séance 3 – Enregistrement vidéo et discrimination musculaire.....	15
Introduction	15
Prise de conscience : enregistrement vidéo	15
Protocole d'enregistrement vidéo.....	15
Discrimination musculaire	15
Conclusion.....	17
Devoirs :	17
Séance 4 – Profil situationnel et relaxation	19
Introduction	19
Profil situationnel.....	19
<i>Procédures abrégées pour compléter la grille de Kelly</i>	20
Relaxation musculaire progressive	20
Description des 4 étapes de relaxation.....	21
1. Contracter et relâcher les muscles lentement et graduellement	21
2. Apprendre à faire les exercices de contraction-relaxation plus rapidement	21
3. Identifier le niveau de tension et relâcher les muscles sans les contracter au préalable	22
4. Relâcher les tensions superflues tout au long de la journée	22
Conclusion.....	22

Devoirs	23
Séance 5 – Styles d'action	25
Introduction	25
Relaxation- Étape 2	25
Les styles d'action	25
<i>Vouloir en faire trop en même temps</i>	26
<i>Ne pas se permettre de relaxer</i>	26
<i>Avoir de la difficulté à rester tranquille</i>	26
<i>Faire les choses trop rapidement</i>	26
<i>Le surinvestissement de l'attention divisée</i>	27
<i>Refouler ses émotions</i>	27
<i>Être perfectionniste/faire preuve de rigidité cognitive</i>	27
Retour sur le questionnaire STOP	28
Planification de la modification comportementale	28
Exemple de comportement sur-actif et modification du comportement:	29
Conclusion	29
Devoirs	29
Séance 6- Restructuration comportementale	31
Introduction	31
Relaxation- Étape 3	31
Les styles d'action	31
Exercice proposé concernant la modification d'un style d'action	32
Conclusion	32
Devoirs	32
Séances 7-8-9- Restructuration cognitive	33
Introduction	33
Relaxation étape 4	33
Restructuration cognitive	34
Conclusion	36
Devoirs	36
Séance 10- Prévention de la rechute	38
Introduction	38
Bilan	38
<i>Retour sur les dix étapes du traitement</i>	38

Prévention de la rechute	39
Conclusion.....	40
Devoirs	40
Séance 11- Suivi de traitement	42
Introduction	42
Suivi du traitement	42
<i>Travailler un problème à la fois</i>	42
<i>Persévérer</i>	42
<i>Se donner de la rétroaction</i>	42
<i>Aller chercher de la rétroaction</i>	43
<i>Éviter les stratégies qui créent de la tension</i>	43
<i>Ne pas oublier l'importance des pensées et des anticipations</i>	43
<i>Prévenir la rechute</i>	43
Conclusion.....	44
ANNEXE I	47
Appendice 1	48
Exemples de tics	48
Appendice 2	50
Muscles impliqués et identification du tic à travailler	50
Appendice 3	51
Fréquence d'apparition de votre tic	51
Tic quiz	52
.....	53
.....	54
.....	55
ANNEXE II	57
Réponses au quiz	58
Appendice 4	62
Situations à risque élevé	62
Appendice 5	63
Situations à risque faible	63
Appendice 11	64
Avantages et désavantages liés aux tics	64
Inventaire des pensées sur les tics	66

ANEXO 2 : Jornadas científicas del departamento psiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad de Montreal

Journée de la recherche Le jeudi 29 septembre 2016		
Programmation		
8 h 15	Accueil	
8 h 30	Mot de bienvenue et nouvelles	Emmanuel Stip Jean Séguin
8 h 40	Nouvelles du CODES de l'option sciences psychiatriques Association des étudiantes et étudiants en option sciences psychiatriques	Aline Drapeau Jessica Di Sante Sarah Ousman
8 h 55	Recherche chez les résidents	Baudouin Forgeot D'arc Alexis Beauchamp- Châtel
9 h 10	Potentiel du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) pour la surveillance et le soutien à la planification des services en santé mentale au Québec	Alain Lesage
9 h 40	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et perspectives de recherche en gériopsychiatrie	Marie-Andrée Bruneau
10 h 10	Pause-café	
10 h 30	L'impact du stress précoce sur le développement du cerveau : facteurs épigénétiques et le risque pour le développement de psychopathologies	Linda Booij
11 h 00	Présentations orales des étudiants	
11 h 30	Concours d'affiches	
12 h 00	Dîner	
13 h 00	Concours d'affiches	
13 h 30	Médiation de la recherche scientifique	Julie Cordeau-Gazaille
14 h 00	Jeunes chercheurs au département	
	Conditionnement de peur et extinction : un modèle pour étudier l'apprentissage de la peur par observation	Marie-France Marin
	Rôle des trajectoires de douleur chronique dans l'utilisation des services de santé et le devenir biopsychosocial des patients atteints de lombalgie chronique	Gabrielle Pagé
	Variabilité individuelle de la connectivité cérébrale dans la schizophrénie	Pierre Orban
15 h 00	Santé mentale, justice et sécurité: typologies, trajectoires et réponse des systèmes	Anne Crocker
15 h 30	Pause-café	
15 h 50	De la rechute à la résistance en psychose : De l'algorithme au cas unique	Emmanuel Stip
16 h 20	Comment est-il possible d'intégrer la recherche et les soins pour le bénéfice des patients, des proches et de la société?	Ashok Malla
17 h 20	Remise des prix	André Gaumont Stéphane Potvin Emmanuel Stip Baudouin Forgeot D'arc
17 h 45	Mot de fin	Jean Séguin Emmanuel Stip

No	Nom, Prénom	Titre de la présentation scientifique
1	Audet, Jean-Sébastien	Causes des difficultés au travail et à l'école dans le TOC
2	Berules-Esposto, Bastian	Traitement contre le gré de la toxicomanie chez les jeunes adultes psychotiques : une série de cas.
3	Berwald, Marieke	Distinct pathological profiles of inmates showcasing antisocial and borderline personality traits in regards to violent behaviors
4	Blanchette-Carrière, Cécile	L'impact de la stimulation transcrânienne par courant alternatif (TACS) sur l'évaluation de la valeur émotionnelle du contenu onirique
5	Bourque, Josiane	Le rôle du cannabis dans les expériences psychotiques atténuées chez les jeunes adolescents
6	Chaput-Langlois, Sophie	Consommation d'alcool à l'adolescence : influence des pairs et attachement
7	Charbonneau, Genevieve	Within- and cross-modal integration in Autistic Spectrum Disorders
8	Chicoine, Marjolaine	Development Of A Novel Tool, The OWL-Sleep Inventory, For The Assessment Of Sleep Disorders In Children With Autism or ADHD
9	Chicoine, Marjolaine	The use of the Suggested Immobilisation Test in children with ADHD: Relationships with periodic leg movements during sleep and nocturnal awakenings
10	Czyzowicz, Agata	La DBT-A offerte aux patients atteints d'un TPL en émergence
11	Di Sante, Jessica	Méthylation périphérique du gène FKBP5 chez l'humain: étude de validation sur l'utilisation des échantillons biologiques non-invasifs, et la pertinence pour la fonction cérébrale
12	Elselwely, Maryam	Frequency of sleep state misperception among patients with insomnia
13	Gilbault, Amélie	Rapport de cas : Virage maniaque induit par la cyclobenzaprine
14	Ha, Qin	Whole exome sequencing of affected individuals from large consanguineous pedigrees with psychotic/affective disorders from Pakistan
15	Huet, Anne-Sophie	La consommation et les comportements suicidaires chez les adolescents: méta-analyse sur la direction de leur association
16	Iles Drigisa	Changements glycémiques et risque de diabète de type II chez une population pédiatrique traitée par antipsychotiques de seconde génération en monothérapie ou en polythérapie : une étude rétrospective sur 24 mois
17	Jarmayova, Elmira	La pertinence de la méthylation périphérique du gène SLC6A4 à travers multiples tissus pour la structure cérébrale: étude longitudinale
18	Johnson, Amelie	Integrative copy number variants (CNVs) analyses in consanguineous pedigrees aggregated with psychotic/ affective disorders and neurodevelopmental disorders
19	Konan, Akissi Jeannette	Facteurs associés à la santé mentale positive chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans au Canada
20	Konan, Akissi Jeannette	Facteurs associés à la santé mentale positive chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans au Canada
21	Moderie, Christophe	Sensibilité circadienne à la lumière en soirée chez les individus souffrant d'un horaire de sommeil décalé
22	Ostrolenk, Alexis	Une revue de littérature sur l'hypertension et sa relation avec le fonctionnement neurocognitif des autistes
23	Parent, Josianne	Les associations entre les profils du Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) et certaines fonctions cognitives chez les adolescents.
24	Parisien, Fabie	Impacts of motivation-based interventions on physical activity, weight loss and cardiometabolic factors among people with serious mental illness: a meta-analysis
25	Pelletier, William	PROGRAMME ÉQUIPE: Revue de la littérature et groupes à Québec
26	Percie du Serf, Olivier	Le traitement des hallucinations auditives par la thérapie avatar : un essai clinique
27	Percie du Serf, Olivier et Breton, Richard (patient partenaire)	The Avatar Therapy: Case Report of a First Patient Partner
28	Petel Légaré, Virginie	Impact de l'épaisseur corticale sur le déficit de binding intentionnel en schizophrénie.
29	Pouliot-Morneau, Denis et Bordenaveau, Julie (patiente partenaire)	Normalité à l'œuvre au sein d'un groupe de patient-partenaire dans le domaine de la santé mentale
30	Roux, Charlie	Quel est le rôle de la recherche de sensations et de l'impulsivité dans l'association entre la puberté et la consommation d'alcool?
31	Roux, Marie-Ève et Poissant, Elaine (patiente partenaire)	Comment les usagers conçoivent l'influence des déterminants sociaux sur la maladie et le rétablissement
32	Romain, Ahmed Jerome	Using the transtheoretical model to predictor of physical activity among overweight adults with serious mental illness
33	Tessier, Marie-Pierre	Étude de l'activité cardiaque dans l'autisme adulte au repos à deux moments de la journée.
34	Tikász, András	Risky decision-making in schizophrenia patients with violent behavior. An fMRI study
35	Tikász, András	Deficit in cognitive inhibition during implicit anger processing in violent schizophrenia patients: An fMRI study
36	Tikász, András	The fronto-insular connectivity is impaired in schizophrenia smokers exposed to anti-smoking images: An exploratory fMRI study

Ces présentations ne font pas partie du concours de présentations scientifiques
Ces présentations font l'objet d'une présentation orale

ANEXO 3: Le trouble d'accumulation compulsive: comment le reconnaître et comment aider les personnes qui en souffrent

**PROGRAMME JOURNÉE DE FORMATION SUR LE TAC
27 OCTOBRE 2016
7441 RUE HOCHELAGA, PAVILLON BEDARD DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL**

Début	Présentation
8:15 : Arrivée des participants	
09:00	Mot de bienvenue par Marie-Michèle Mondor, coordonnatrice Comité élargi sur le trouble d'accumulation compulsive
09:05	TAC : information générale. Dr. Kieron O'Connor, Chercheur et Directeur du CETOCT
09:25	Le trouble d'accumulation compulsive : théorie, évaluation et traitement, Natalia Koszegi, psychologue au CETOCT
10h15 : pause	
10:30	Le trouble d'accumulation compulsive : théorie, évaluation et traitement (suite)
11 :10	La démarche de Madame V : vignette clinique, Véronique Vallée, psychoéducatrice à la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles
12:00 : Dîner	
13:00	Témoignage d'une personne ayant un TAC : Mitsou Lefebvre-Lafrance
13:30	Interventions de groupe pour le TAC à La Maison Grise de Montréal, Marilou Lauzon-Garceau, intervenante à La Maison Grise de Montréal
14:05	L'intervention auprès de locataires ayant un TAC, Mélanie Sanche, t.s. et directrice du Service de la salubrité à l'Office municipale d'habitation de Montréal
14:40 : Pause	
14:55	Le rôle de l'inspecteur de la ville et comment peut-il être un partenaire dans l'intervention auprès d'un client TAC, Martin Hotte Boulet, inspecteur de la Ville de Montréal
15:35	Témoignage d'une personne ayant un TAC , Hella Geoffroy : Mon vécu avec le TAC et comment j'arrive à le surmonter, cliente-partenaire; Christian Ducasse, client-partenaire
16:20	Mot de la fin
16:30	Fin

ANEXO 4: 14 congrès annuel de la Fondation Québécoise pour le trouble obsessionnel compulsif

14^{ième} Congrès annuel FQTOC

Fondation Québécoise pour le Trouble Obsessionnel-Compulsif

**Obsession.
Accumulation.
Compulsion.**

Samedi
12 novembre 2016
9h à 16h
Institut universitaire
en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga, Montréal (Québec)
H1N 3M5 Salle BE-322-18 (3e étage)



Thèmes des Obs

- Contamination (sauté, microb)
- Peur de faire des erreurs
- Peur d'être responsable d'un a rendre compte
- Peur de se blesser ou de blesse
- Pensées interdites (sexualité, v l'encontre des valeurs de l'indi
- Dilemmes moraux, scrupules e

L'accumulation compulsive au premier plan

9 conférenciers
Ateliers pratiques
Période de questions aux experts

Admission gratuite. Ouvert à tous. Aucune inscription.
Contribution volontaire demandée à la porte.

Fondation Québécoise pour le Trouble Obsessionnel-Compulsif
1-888-727-0012 514-727-0012 www.fqtoc.com
fondationquebecoisepourletoc@gmail.com



Programme du 14 ième colloque annuel de la Fondation québécoise pour le trouble obsessionnel-compulsif

Obsession. Accumulation. Compulsion.

Début	Durée		Présentation
8:15			Arrivée des participants
09:15	15'	Frédéric Tremblay	Mot de bienvenue
09:30	30'	Kieron O'Connor	TAC: à quoi ça ressemble, à quoi ça sert
10:00	45'	Natalia Koszegi	Options de traitement du TAC: réalité et perspectives
10:45			Pause
11:00	45'	Annick Moreau	L'accumulation compulsive : Perspectives de l'intervention psychosociale
11:45	45'	Anne-Julie Roy	Entamer et poursuivre une démarche de désencombrement
12:30			Dîner
13:30	30'	Marie-Michèle Mondor	Animation du Comité élargi sur le trouble d'accumulation compulsive: enjeux et défis
14:00	30'	Vitor Pordeus	Atelier de théâtre à Prise
14 :30	30'	Tina Farhadgozar	Atelier: Pleine conscience
15:00			Pause
15:30	30'	Shannon Shy	President, Board of Directors, International OCD Foundation (Skype testimony)
16:15	20'	Benjamin Schoendorff	Atelier: Thérapie d'acceptation et d'engagement
16:35	5'	Frédéric Tremblay	Mot de la fin