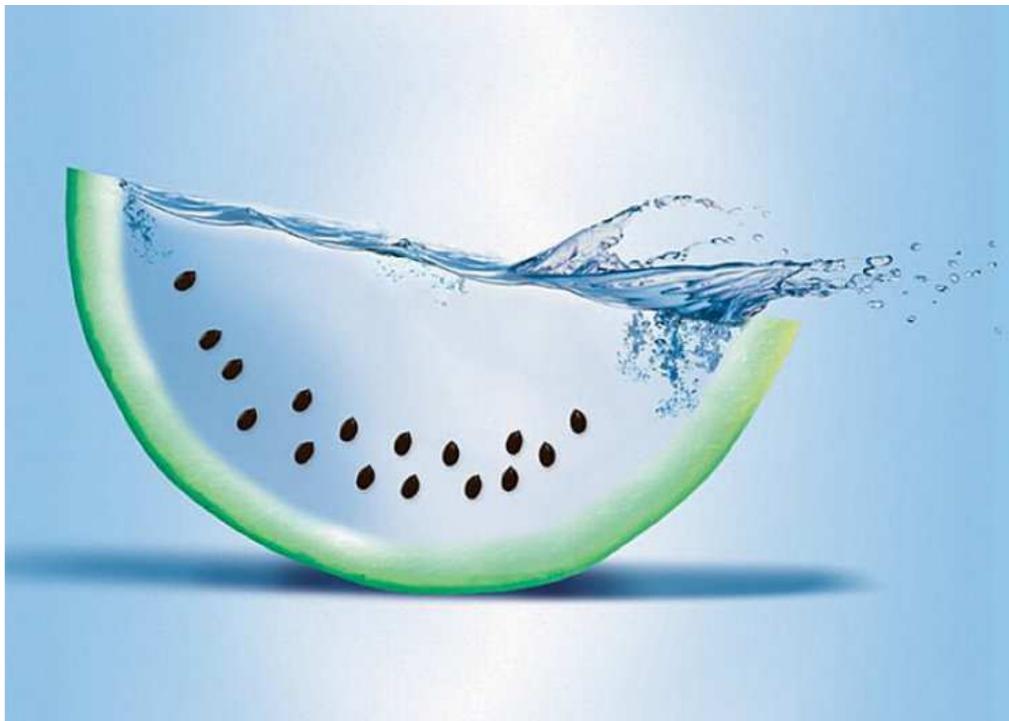


# BOLETIN

**Area de Gestión Clínica de  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

**Número 48 – Junio 2016**



Web del AGCPSM: [www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria](http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria)

- Convocatorias de cursos y reuniones científicas en las que participan miembros del AGCPSM y otros:  
**Curso "Mentalization Based Treatment" (Peter Fonagy y Anthony Bateman)**  
**Conferencias AGCPSM: 3º trimestre 2016** (Octubre – Diciembre 2016) -  
**VI Curso actualización en TEC** (Javier Sanz y M<sup>a</sup> Isabel Ramos) – Otros

**Histórico MIR de Psiquiatría y EIR de Salud Mental HU 12 de Octubre** (Fco. De Asís Solano Urbano)

**Reflexión estudiantes de Medicina** (Elima Pérez de Diego y Almudena Rodríguez Báscones)

**Autoevaluación postsesión clínica del residente** (Sonia Alvarez Sesmero y Patricia Fernández Sotos)

**Impresiones desde la Unidad de Hospitalización Breve: el papel de la crisis económica en la Salud Mental** (Raúl Huerta Ramírez, Isabel Sarrado García y Beatriz Arribas Mazarracín)

## AREA DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental

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

Hospital Universitario 12 de Octubre  
SaludMadrid  
Comunidad de Madrid

Servicio Madrileño de Salud  
Consejería de Sanidad  
La Suma de Todos  
Comunidad de Madrid  
www.madrid.org

Psiquiatría

El Servicio Pacientes Asistencia Formación Investigación Profesionales

Sábado, 23 de noviembre de 2013 Inicio

Bienvenido  
al Servicio de Psiquiatría  
[www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria](http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria)

Bloque B  
Psiquiatría

Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida. Periódicamente cada responsable de dispositivo, programa o actividad del AGCPSM se encarga de actualizar los contenidos de su apartado.



Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con [psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org](mailto:psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org)

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

# Noticias del 12



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Nº 96 - Abril 2016



Profesionales de los servicios de Neonatología y Psiquiatría recogen sus premios Hospital Optimista.

## El Proyecto Hospital Sinfónico, en quinta posición

# Neonatología y Psiquiatría, terceros en los II Premios Hospital Optimista

**E**l Programa NIDCAP del Servicio de Neonatología y el Proyecto Ayúdame, Ayúdanos del Servicio de Psiquiatría del Hospital han recibido el tercer galardón en la gala de los II Premios Nacionales Hospital Optimista, que entrega la Fundación Atresmedia y la empresa Vigon a las mejores prácticas llevadas a cabo en el ámbito hospitalario. Asimismo, el Hospital ha alcanzado la quinta posición con el Proyecto Hospital Sinfónico.

El 12 de Octubre ha conseguido posicionarse así los tres proyectos presentados a estos premios dentro de los TOP 10 de las categorías pediátricas y de adultos, en competición con 157 candidaturas de centros sanitarios nacionales. En ellas se han premiado las iniciativas más innovadoras realizadas por los centros sanitarios en colaboración con asociaciones y fundaciones, con el objetivo de humanizar la atención que reciben pacientes y familiares.

Esta línea de trabajo es la que ha orientado la puesta en marcha tanto del método NIDCAP como del programa Ayúdame, Ayúdanos. En concreto, el método NIDCAP es un modelo internacional de cuidados dirigidos a disminuir el estrés del bebé prematuro en un entorno favorable para su desarrollo neurológico y emocional, y desde una perspectiva individualizada que contempla las necesidades del recién nacido y su familia.

Por otra parte, el programa puesto

en marcha por Psiquiatría ha integrado los dispositivos asistenciales con las asociaciones de alcohólicos rehabilitados para favorecer la continuidad de los cuidados de los pacientes dependientes del alcohol y sus familiares. Los resultados obtenidos han demostrado una reducción de las recaídas de los pacientes al 15 por ciento y una disminución de las pérdidas o ausencias del tratamiento del 30 al 6 por ciento.

### Arte compartido por padentes y profesionales

El Proyecto Hospital Sinfónico del 12 de Octubre ha conseguido situarse en quinto lugar en estos premios. La iniciativa supone un punto de encuentro cultural entre pacientes, familiares y profesionales, que incluye música en directo en amplias salas, pequeños conciertos en servicios concretos, exposiciones y decoración mediante pinturas, entre otras acciones.



## CONVOCATORIAS

### IV Jornada de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de la Comunidad de Madrid (17 Junio 2016)

IV Jornadas de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados  
17 de junio de 2016

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN (Rellenar en Ordenador y Enviar por correo electrónico)	
Nombre y Apellidos:	
NIF:	Área Sanitaria:
Centro de trabajo:	
Servicio:	
Puesto/Cargo:	
Dirección:	
C.P.:	Localidad:
Teléfono trabajo (*):	Teléfono móvil (*):
Otro teléfono (*):	FAX:
E-mail (*):	
Titulación Académica:	
Participación como tutor en: <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
Este boletín cumplimentado deberá ser enviada por email a <a href="mailto:formacion_hpma@salud.madrid.org">formacion_hpma@salud.madrid.org</a>	
-LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO O TELÉFONO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS	
-PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS	

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

### IV Jornadas de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

17 de junio de 2016



Hospital Dr. R. Lafora

Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud  
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental



Dirección General de Planificación, Investigación y Formación  
COMUNIDAD DE MADRID

Comunidad de Madrid

### IV Jornadas de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

**Dirigido a:** Profesionales de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

#### Objetivos:

Reunir a las diferentes Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (Larga Estancia) de la Comunidad de Madrid para llevar a cabo una actualización de la práctica en este ámbito. Dar a conocer a diferentes profesionales de la salud mental y de la gestión el trabajo que actualmente se viene desarrollando en las UCPP, los problemas que las afectan y posibles soluciones o alternativas de cara al futuro

#### Metodología:

Ponencias, mesa redonda y debate

**Duración:** 6 horas.

**Número de plazas:** 120

**Fechas y horario:** viernes 17 de junio de 2016, de 9 a 15 horas.

**Lugar de celebración:** Hospital Dr. R. Lafora. Carretera Colmenar Viejo, km 13,800. 28049 Madrid. Salón de Actos

**Fecha límite de inscripción:** 3 de junio de 2016

#### Coordinación:

Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación

Esteban del Pozo García. Jefe de Unidad de Enfermería, Hospital Dr. R. Lafora.

**Inscripciones:** [formacion\\_hpma@salud.madrid.org](mailto:formacion_hpma@salud.madrid.org)

**Información:** Esteban del Pozo García. Calidad, Formación Continuada y Apoyo a la Investigación. H. Dr. R. Lafora

#### Programa y profesorado:

**09:00-09:30** Acto inaugural.

**Guillermo Petersen Guitarte.** Psiquiatra. Coordinador de Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

**Mercedes Navío Acosta.** Psiquiatra. Coordinadora Asistencial de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

**Carlos Marfull Villena.** Gerente. H. Dr. R. Lafora

**09:30-10:15** 1ª ponencia: "Una mirada a cinco años de evolución".

**Julián Rodríguez Quirós.** Psiquiatra H.Dr.R.Lafora. Coordinador UCPP

**10:15-11:00** 2ª Ponencia: "Cuidados de enfermería en una UCPP".

**Mª Carmen Leal Guerrero.** Médico de familia. Coordinadora UCPP-IP José Germain-Leganes.

**Alvaro Bretón Santos.** DUE IP José Germain-Leganes.

**Alfonso del Olmo.** TCAE IP José Germain-Leganes

**11:00-11:30** Pausa café

**11:30-12:15** 3ª Ponencia: "Construyendo futuro".

**Jesús Rodríguez Fernández.** Director gerente CA Benito Menni.

**Francisco José de Alvaro Martínez.** Psicólogo clínico. Coordinador UCPP Complejo Asistencial Benito Menni

**12:15-13:00** 4ª Ponencia: "Las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados: Una Realidad Múltiple".

**Maya Hristova Ivanova.** Psiquiatra. UCPP CSJD.

**Marta López Fernández-Escandón.** Psicóloga Clínica. UCPP CSJD.

**Luisa Ruiz Sánchez.** Psicóloga Clínica. UCPP CSJD.

**Juan Jesús Muñoz García.** Psicólogo Clínico. Responsable de Rehabilitación del CSJD

**13:00-14:00** Discusión y mesa redonda. Comité Científico.

**Gonzalo Monedero Cañas.** Psiquiatra. Responsable de At. Clínica Psiquiátrica de la U. Residencial del I. P. José Germain.

**Carmen Leal Guerrero.** Médico de familia. Coordinadora de la U. Residencial del I. P. José Germain.

**Julián Rodríguez Quirós.** Psiquiatra. Responsable de At. Clínica Psiquiátrica de la UCPP del H. Dr. R. Lafora.

**Francisco José de Alvaro Martínez.** Psicólogo clínico. Coordinador UCPP del Complejo Asistencial Benito Menni.

**Juan Jesús Muñoz García.** Psicólogo clínico. Responsable de UCPP de CSJD

**14:00-14:30** Conclusiones y clausura. Comité Científico

*Bookings are being taken on the Anna Freud Centre website, but more information locally from the organisers can be found here: [www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria](http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria)*

¡Ya está todo listo!

El pasado viernes 27 de mayo se abrió el plazo de inscripción para la primera edición en España del **Curso Básico de formación en Terapia Basada en la Mentalización** (MBT), con la presencia de los autores, **Peter Fonagy** y **Anthony Bateman**. La demanda ha sido un éxito y 24 horas después ya se ha cubierto el aforo.

La Terapia Basada en la Mentalización es un modelo de psicoterapia desarrollado en las dos últimas décadas, inicialmente para el tratamiento de los trastornos límite de la personalidad en contextos de sanidad pública, que ha demostrado validez empírica. En la actualidad se están desarrollando también tratamientos para otras patologías y contextos (grupos, adolescentes, familias...).

El curso que se realizará en nuestro Hospital es el Curso Básico Oficial, acreditado por el **Anna Freud Centre** y la **University College de Londres**. Este curso se ha impartido en centros internacionales de reconocido prestigio desde hace años y, ahora, tenemos el privilegio de que hayan elegido nuestro Hospital para su primera edición en un país hispanohablante.



## LOS AUTORES

El **Prof. Peter Fonagy** es una de las referencias mundiales en la evaluación y promoción de tratamientos psicológicos basados en la evidencia y autor de referencia en la Psicología del Desarrollo, Teoría del Apego y la Teoría de la Mentalización. En su CV académico se recogen más de 300 *peer reviewed papers*, 15 libros y 175 capítulos, en revistas de alto impacto en ciencia, desarrollo humano y salud. Por ejemplo, en 2004 fue el ganador del *Lancet Paper of the Year*. En España recibió en 2013 el Premio Castilla del Pino.

Es el Director ejecutivo del *Anna Freud Centre* y del departamento de Salud Mental y Bienestar del UCL, donde ha contribuido al establecimiento de centros específicos de desarrollo como el "*Centre for Outcome Research and Effectiveness*", que ha sido responsable de 19 de las 20 guías NICE para el tratamiento de problemas de salud mental.

Como investigador es uno de los mayores receptores de becas, subvenciones y fondos para investigación sobre procesos psicológicos y psicoterapias en el mundo. Es editor de numerosas revistas científicas y participa en multitud de comisiones, grupos de trabajo, así como asesoramiento en líneas de desarrollo y mejora de la salud pública y bienestar mental infantil.

El **Prof. Anthony Bateman**, es coordinador de programa del AFC y Prof del UCL. Psiquiatra especializado en Psiquiatría Forense y Psicoterapia, dirige la Unidad para trastornos de personalidad del *St. Ann's Hospital*.

Ha colaborado en el desarrollo de la MBT para el Trastorno límite de personalidad, y en la actualidad está desarrollando su aplicación a diferentes patologías como Trastornos de la Conducta Alimentaria o el Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Miembro experto del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE). Ha ocupado distintos cargos en grupos de trabajo y asociaciones, como p.ej. ha sido Presidente de *European Society for the Study of Personality Disorders* (ESSPD) desde 2012 a 2015.

Ha recibido numerosos premios en el Reino Unido y USA. Es el autor de 14 libros, numerosos capítulos y alrededor de 120 *peer reviewed* artículos de investigación.

## EL CURSO

El curso que tendrá lugar en el Hospital es un curso de entrenamiento de tres días, impartido en exclusiva por los Profs. Bateman y Fonagy, con una dinámica perfectamente establecida. Está diseñado para un número cerrado de participantes. Consiste en exposiciones teóricas, seguidas de ejemplos de trabajo práctico y *role play*, supervisado por los profesores.

Está dirigido a todo tipo de profesionales (psiquiatras, psicólogos, residentes, enfermeros y terapeutas ocupacionales) de Salud Mental o de contextos socio sanitarios, que trabajen con esta patología, con un mínimo de experiencia profesional (para que puedan identificarse en las dinámicas de rol, y en los hechos diferenciales respecto a otros modelos).

Existe además la posibilidad de continuar la formación mediante supervisión (altamente estructurada, videgrabación de entrevistas, p.ej.) y de un curso avanzado, este sí, ya exclusivo para psiquiatras y psicólogos, que capacita oficialmente en el modelo.

## EL EVENTO

El curso tendrá lugar en el Hospital 12 de Octubre, en los días señalados, en el Salón de actos del Edificio Materno Infantil.

Serán tres jornadas de trabajo intensivo, de 9,00 a 17,00 (el jueves y viernes) y de 9,00 a 15,00 (el sábado). Contará con traducción simultánea bidireccional permanente.

Más información en:

[www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria](http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria) y

<http://www.annafreud.org/training-research/training-and-conferences-overview/training-at-other-uk-and-international-locations/mentalization-based-treatment-basic-training-in-spanish-madrid>

# Conferencias del AGCPSM Hospital 12 de Octubre 3ª ed. 2016

## Conferencias

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital 12 de Octubre  
19 de octubre, 16 de noviembre y 21 de diciembre de 2016

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN (Rellenar en ordenador y enviar por correo electrónico)	
Nombre y Apellidos:	
NIF:	
Centro de trabajo:	
Servicio:	
Puesto/Cargo:	
Dirección:	
C.P.:	Localidad:
Teléfono trabajo (*):	Teléfono móvil (*):
Otro teléfono (*):	FAX:
E-mail (*):	
Titulación Académica:	
Participación como tutor en: <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
La solicitud deberá ser enviada por email a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación a cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org	
TODAS LAS SOLICITUDES SERÁN ADMITIDAS. *PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS	



Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación del alumno en las actividades de formación y facilitar la gestión de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero se habrá inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es) y podrá ser objeto de las consultas previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación, Formación e Innovación Tecnológica, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición ante el mismo es C/ Alarcón, 29 - 28013 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 9 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

## Conferencias

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre. 3ª ed

19 de octubre, 16 de noviembre y 21 de diciembre de 2016



Dirección General de Planificación, Investigación y Formación  
CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Comunidad de Madrid

## Conferencias

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

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

### Objetivos generales:

Dar a conocer nuevas perspectivas y campos de actuación para el trabajo en salud mental

### Objetivos específicos:

Articulación de conocimientos relativos a Salud Mental con aportaciones de profesionales de otros ámbitos científicos, culturales y sociales.

**Metodología:** Exposición y debate

**Duración:** 4,5 horas

**Número de plazas:** 80

**Fechas y horario:** 19 de octubre, 16 de noviembre y 21 de diciembre de 2016 de 13:30 a 15:00 horas

**Fecha límite de inscripción:** 5 de octubre de 2016

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

### Inscripciones:

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.  
[cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org](mailto:cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org)

**Información:** [informacioncursos.fc@salud.madrid.org](mailto:informacioncursos.fc@salud.madrid.org)  
Teléfonos: 914265456 / 915290599

### Programa y profesorado:

#### 19 de octubre

Intervención sistémica en alcoholismo. Eduardo H. Brik Galicer. Médico. Psicoterapeuta. Director de ITAD

#### 16 de noviembre

Intervención en separación y divorcio. Enfoque sistémico. Eduardo H. Brik Galicer. Médico. Psicoterapeuta. Director de ITAD

#### 21 de diciembre

Del maltrato al buentrato: intervención psicológica en violencia de género. Trinidad Nieves Soria. Psicóloga Clínica. Coordinadora Técnica del Punto Municipal del Observatorio Regional de la Violencia de Género (PMORVG). Ayuntamiento de Las Rozas

### Coordinación:

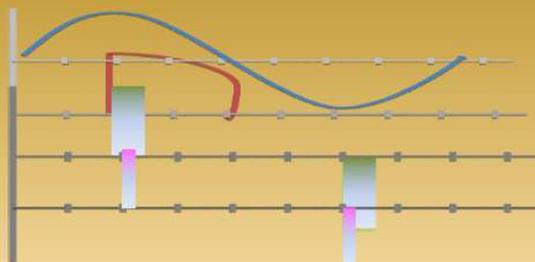
Ángeles Castro Masó. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia. AGCPSM H. 12 de Octubre. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid  
Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Toda la información actualizada del curso en:

**INTERNET:** [Portal de Salud de www.madrid.org](http://Portal de Salud de www.madrid.org)

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

## VI-CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO INTENSIVO DE ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA ELECTROCONVULSIVA



**Madrid 20 y 21 de Octubre del 2016**

Dirección:

Dr. Fco. Javier Sanz Fuentenebro.

*Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital 12 de Octubre ( Madrid)*

Dra. M<sup>a</sup> Isabel Ramos García .

*Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos. ( Madrid )*



SOLICITADA ACREDITACIÓN POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (SNS)

### IV-CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO INTENSIVO DE ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

**Organizan:**

Área de Gestión Clínica y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid y Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Dirigido a:** Psiquiatras y residentes de psiquiatría interesados en formación sobre TEC y preferentemente con práctica profesional actual relacionada con TEC.

**Lugar de celebración:** Sala de reuniones. Área de Gestión Clínica Servicio Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario 12 de Octubre. Glorieta de Málaga s/n .28041 Madrid.

**Fecha:** 20 y 21 de Octubre de 2016

**Objetivo general:** Proporcionar conocimientos básicos sobre el uso de la TEC a nivel teórico y práctico, conocimiento de los estimuladores disponibles y entrenamiento en su uso.

**Metodología:**

Clases interactivas en grupo reducido. Prácticas con paciente.

**Duración:** 22 horas.

**Número de plazas:** 30.

**Precio Inscripción:** 300 euros

**Modo y fecha límite de inscripción:** La solicitud de inscripción se realizará enviando el formulario adjunto vía e-mail a [javier.sanz@salud.madrid.org](mailto:javier.sanz@salud.madrid.org). Una vez recibida la solicitud se acusará recibo con información sobre los métodos de financiación disponibles y se confirmará la inscripción una vez se haya recibido la transferencia del importe de la matrícula y hasta agotar las plazas ofertadas. Además del orden de petición, tienen preferencia las solicitudes de psiquiatras adjuntos con práctica actual de TEC.

*Las solicitudes de inscripción sin plaza en esta edición tendrán preferencia en la próxima. Mas información : [javier.sanz@salud.madrid.org](mailto:javier.sanz@salud.madrid.org) / [miramos.hccsc@salud.madrid.org](http://miramos.hccsc@salud.madrid.org)*

DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA (SEPB)



## PROGRAMA

JUEVES 20 OCTUBRE 2016

**8.45 H.** Recogida de alumnos en el punto de encuentro ( planta baja del Centro de Actividades Ambulatorias del H 12 de Octubre)

**9.00- 9.30h .Presentación: Guión y Esquema del Curso. Autoevaluación** *Dr. F. Javier Sanz Fuentenebro.* Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental .Hospital 12 de Octubre Instituto de Investigación i+12. CIBERSAM. *Dra. M<sup>a</sup> Isabel Ramos García.* Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid)

**9.30-10.45h.** Introducción histórica e indicaciones de la TEC. *Mikel Urretavizcaya.* Sarachaga Psiquiatra. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

**10.45-11.00 h** Café

**11.00- 12.15h.** Principios básicos de electricidad. *Josep Marco-Pallarés.* Físico. Dr en Neurociencias. Departamento de Psicología Básica Universidad de Barcelona. (Barcelona)

**12.15-13.00h.** Neurofisiología y efectos generales de la TEC. *Dr. F. Javier Sanz Fuentenebro.* Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental .Hospital 12 de Octubre

**13.00-14.15h** *Técnicas de aplicación de la TEC (I) . Aspectos generales y Procedimiento "paso a paso"*; *Dr. Francisco Javier Sanz Fuentenebro.* Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental .Hospital 12 de Octubre(Madrid)

**14.15-15.30h.** Comida

**15.30- 17.00h . Técnicas de aplicación de la TEC (II). La estimulación y la convulsión.** *Dr. Francisco Javier Sanz Fuentenebro.* Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental .Hospital 12 de Octubre(Madrid)

**17.00-17.45h** *Contraindicaciones. Interacciones y Efectos secundarios no cognitivos.* *Dra. María Isabel Ramos García.* Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid).

**17.45-18.00h** Café

**18.00h-18.45h.** Anestesia en la TEC. *Dra. Amaia Muñoz Alonso.* Servicio de Anestesiología reanimación y dolor: Hospital de Mendara ( Guipúzcoa).

**18.45-19.30h** *Enfermería en la TEC. Protocolo de aplicación.* *Luis Javier Rivera Vicente.* Enfermero especialista en Salud Mental. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid)

VIERNES 21 OCTUBRE 2016

**9.00h - 9.45h** *Efectos cognitivos asociados al uso de la TEC.* *Dña Irene de la Vega .* Psicóloga: Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid)

**9.45- 11.15h** *Uso de psicofármacos durante la TEC y aplicación en condiciones especiales* *Dr. Ernesto Verdura Vizcaino.* CSM Pontones. Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

**11.15-11.30h** café

**11.30h-12.15h** *TEC en población Infanto juvenil.* *Dr. Jorge Vidal de la Fuente.* Psiquiatría. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón (Madrid)

**12.15-13.00h** *TEC de mantenimiento. Protocolos de aplicación.* *Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez.* Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital 12 de Octubre(Madrid) Instituto de Investigación i+12. CIBERSAM

**13.00-14.15 h** *Paciente refractario / complejo en TEC.. Discusión de Casos.* *Dra. M<sup>a</sup> Isabel Ramos García.* Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. (Madrid)

**14.15 -15.15** Comida

**15-15 -16.15h.** *Aspectos ético-legales de la TEC.* *Dra. Mercedes Navío Acosta.* Coordinadora asistencial Oficina Regional de Salud Mental. Dirección General de Hospitales. Consejería de Sanidad .(Madrid.)

**16.15-17.15h.** *¿cómo actúa la TEC? Hipótesis neurobiológicas. Actualización.* *Dr. Javier Palomo Lerchundi.* Hospital de Donostia . (San Sebastián)

**17.15 -17.30h** Café

**17.30 h-18.30h.** *Importancia y mapa actual del uso de la TEC. Líneas de investigación.* *Dr. Miquel Bernardo Arroyo.* Director de la Unidad de Esquizofrenia del Hospital Clinic y Prof Titular de la Universidad de Barcelona. Jefe de equipo de investigación del Idibaps. Investigador Principal del CIBERSAM . Presidente de la SEPB.

**18.30-19.15.** *Discusión. Autoevaluación. Evaluación del curso .*

**19.15-19.30 h** *Clausura y cierre.*

**Prácticas:** Dado el formato intensivo del curso, se concretará con los asistentes individualizadamente fechas para realizar practicas en vivo a lo largo de los meses siguientes en los hospitales organizadores . (H Clínico / H 12 Octubre)

Entidades colaboradoras:



## Manejo y detección del riesgo suicida en Atención Primaria (26 Octubre)



Curso acreditado con 0,8 créditos

### ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO Y DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ed. IV - Código: 25795

FECHA: 26 de Octubre de 2016

HORARIO de 15,00 a 20,30 horas

DURACIÓN: 5 horas acreditadas

LUGAR DE CELEBRACIÓN: CS Paseo Imperial  
c/ Toledo 180, 28005 Madrid

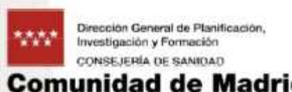
NÚMERO DE PLAZAS: 30 alumnos

FECHA LÍMITE PARA LA INSCRIPCIÓN: hasta completar aforo

INSCRIPCIÓN \*

ANULACIÓN

CONTACTO



Para la obtención del Certificado ES IMPRESCINDIBLE:  
En los cursos de 20 horas o menos, la asistencia y firma del 100% de las horas lectivas.  
En los cursos de más de 20 horas, la asistencia y firma de, al menos el 90% de las horas lectivas.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, perteneciente a la Dirección General de Atención Primaria, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación del alumno en las actividades de formación y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General de Atención Primaria. Dicho fichero se halla inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apodcm](http://www.madrid.org/apodcm)) y podrá ser objeto de las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es Dirección General de Atención Primaria, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Plaza de Trias Bertrán 7, Edificio Solube - 28027 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

### Actualización en el manejo y detección del riesgo suicida en Atención Primaria

#### Programa

#### Organiza:

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Dirigido a: Profesionales de Atención Primaria (Medicina y Enfermería)

Área temática/Línea estratégica: Clínico Asistencial

#### Objetivos:

Contribuir a la mejora en la detección, orientación y manejo terapéutico del riesgo suicida por parte de los profesionales de Atención Primaria

Desarrollar habilidades para la detección precoz, orientación y manejo terapéutico del Riesgo suicida, previo a su derivación urgente hospitalaria y vía preferente (VPE) a Salud Mental

Dar a conocer instrumentos de screening / checklist y acciones preventivas puestas en marcha desde la Red de Salud Mental

#### Metodología:

La actividad es presencial y participativa, con una exposición teórica, de carácter bidireccional, posteriormente discusión de casos clínicos y preguntas. Se pretende que todos los asistentes tomen conciencia de sus habilidades de entrevista y de aspectos susceptibles de mejora en la exploración del riesgo suicida a través del role-playing y soporte audio-visual.

#### Coordinación:

Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación  
Carmen Ruiz Tuñón. Unidad de Formación Continuada. Gerencia Asistencial de Atención Primaria  
Manuel Calderón Vivas. Unidad administrativa Formación Continuada.  
Contacto: [fc@salud.madrid.org](mailto:fc@salud.madrid.org)

#### de 2016:

8:30 – 9:30 Breve Introducción sobre factores de riesgo suicida e Instrumentos de detección de riesgo (MINI subescala suicidio/ ESCALA SAD PERSON ) y Checklist.  
Mercedes Navio

9:30-11:00 Habilidades de entrevista. Role-playing. Exposición de casos  
Lucía Villoría y Guillermo Petersen

11:30 – 12:30 Vídeo. Errores frecuentes en la entrevista y exploración del riesgo suicida. El suicidio en el anciano.  
Luis Agüera

12:30 -13:30 Derivación entre niveles asistenciales. Recomendaciones de la Guía del SNS. Acciones preventivas en marcha en la Comunidad de Madrid.  
Mercedes Navio

#### Profesorado:

Luis Agüera Ortiz. Médico psiquiatra. Jefe de sección Centro Salud Mental Carabanchel. Área Gestión Hosp. 12 Octubre  
Mercedes Navio Acosta. Médico psiquiatra. Coordinadora Asistencial Oficina Regional Salud Mental  
Lucía Villoría Borrego. Médico psiquiatra. Responsable Clínico Programa Prevención del Suicidio. Fundación Jiménez Díaz  
Guillermo Petersen Guitarte. Médico psiquiatra. Coordinador General Oficina Regional Salud Mental.

Toda la información actualizada del curso se encuentra en la Intranet <https://saluda.salud.madrid.org> en Primaria-Cursos y Actividades Formativas

## INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

### Publicaciones <sup>1</sup>

- González J, Cristina R, De la Hoz A, Hernández, M, Jiménez JL, Orts M, Rosillo M, Rullas M, Salamero C. **Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial**. Rev ASoc Esp Neuropsiq. 2013; 36 (129): 139-155.

Pdf en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/16946/16816>

## UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

### • Nuevo Jefe de Residentes Hospital 12 de Octubre (2015-16)



El Dr. David Rentero Martín, quien finalizó hace unas semanas su residencia de Psiquiatría en nuestro servicio, será durante el curso 2016-17 el Jefe de Residentes del Hospital 12 de Octubre, tras concluir su contrato la Dra. Lidia Maroñas.

Este puesto es de apoyo a la Comisión de Docencia del hospital y enlace entre ésta y todos los residentes del centro. Realizará aquellas labores que le sean encomendadas por el Jefe de Estudios (Dr. José Manuel Moreno) y la propia Comisión, a la vez que desarrolla un trabajo de investigación en uno de los grupos de investigación del Instituto i+12. En concreto, durante este año David colaborará en el proyecto "Estudio de biomarcadores de estado en esquizofrenia: grosor retiniano y parámetros inflamatorios", cuyo investigador principal es el Dr. Roberto Rodríguez-Jimenez.

iEnhorabuena David!.

---

<sup>1</sup> Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan nuestra formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilizéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

- **Nuevos Residentes**

- **Nuevos Residentes en la UDMSM del Hospital:**
  - Inés Arévalo Sánchez (EIR Salud Mental)
  - Ana Calle González (MIR Psiquiatría)
  - Paloma Campos Abraham (MIR Psiquiatría)
  - Sara Díaz Trejo (PIR Psicología Clínica)
  - Javier Luis Eguía Barbarín (MIR Psiquiatría)
  - Marta Feito García (EIR Salud Mental)
  - Alba Juanes González (MIR Psiquiatría)
  - Irene Rodrigo Holgado (PIR Psicología Clínica)

*ii Bienvenidos y provechosa Residencia entre nosotros!!*



---

<sup>2</sup> Swimmer girls (Elizabeth Baddeley: <http://ebaddeley.com> )

## • **Histórico de residentes de Psiquiatría y Enfermería de Salud Mental en el Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre**<sup>3</sup>

La idea de este proyecto surgió con motivo de las continuas charlas con distint@s compañer@s médicos residentes y personal de la U.H.B., en el turno de noche en el cual trabajo, sobre “*en qué año estuvo tal doctor o tal doctora, tú que llevas tanto tiempo en el servicio*”, lo cual derivaba irremediamente en un proceso, muchas ocasiones abocado al fracaso, de memoria, de la cual yo presumía, pero que con los años ha ido perdiendo frescura y ya me suponía - me supone - un esfuerzo mental inútil y frustrante.

En una de estas charlas y después de la reiterada pregunta, con el consiguiente proceso mental fracasado, un compañero enfermero me sugirió que por qué no hacía una lista de los últimos años de residencia de l@s M.I.R y ya puestos, de l@s E.I.R. ... y me puse manos a la obra.

Y pasó que ésta se me escapó un poco de las manos, pues lo que iba a ser una lista de unos pocos años - los más recientes - derivó en un listado completo desde el inicio del Servicio de Psiquiatría propiamente dicho, allá por el año 1990.

Este proyecto me ha llevado más de cuatro meses de indagaciones, preguntas, investigaciones en “San Google”, etc... pero gracias a muchos de los profesionales del Servicio, a su colaboración en muchos casos entusiasta, a su paciencia conmigo y mis preguntas, he conseguido, hemos conseguido, este listado que espero sirva de disfrute, de recordatorio y de homenaje, a tod@s l@s M.I.R y E.I.R. que han pasado, y pasan, y pasarán por este Servicio de Psiquiatría.

Espero que a nadie moleste este trabajo, pues no es ese el objetivo, y si así fuera, pido disculpas, pero lo he hecho con mi mejor intención, esperando que gustara a l@s interesad@s.

Gracias a tod@s l@s que han colaborado.

*Francisco De Asís Solano Urbano  
Celador Turno Noches-1  
U.H.B. Hospital 12 de Octubre*

---

<sup>3</sup> Trabajo elaborado por Francisco de Asís Solano, celador del Turno de Noches de la U.H.B., con la colaboración inestimable de los profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital “12 de Octubre”. Disculpas por no disponer de los datos de los PIR que han rotado por el Servicio, con los que no he tenido el placer de coincidir en mi turno de trabajo.

# RELACIÓN HISTÓRICA DE MÉDICOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

*(Promoción/Año de terminación de la residencia)*

## PERÍODO M.I.R. ENERO-DICIEMBRE

- 01<sup>a</sup> / 1994 - Carmen Julve, Carmen Ibáñez.  
02<sup>a</sup> / 1995 - Guillermo Ponce, Natalia Sartorius, Isabel Hernán, Pablo del Pino.  
03<sup>a</sup> / 1996 - Remedios Sánchez Piedra, Iluminada Rubio, Nacho Mearin, Mara Perellada.  
04<sup>a</sup> / 1997 - Marina Rodríguez, Alvaro Huidobro, Javier Rodríguez Torresano, Marta Aznar.  
05<sup>a</sup> / 1998 - Julio Salado, Miguel Angel Gorriti, Alicia Fraile, Roberto Ortiz (†).

(1999- No hay fin de residencia por cambio en el periodo de M.I.R de Ene-Dic a May-May)

## PERÍODO M.I.R. MAYO-MAYO

- 06<sup>a</sup> / 2000 - Gustavo Lucas Cabornero, Paco Torres, Roberto Rodríguez, Silvia González Parra.  
07<sup>a</sup> / 2001 - Juan Fco. Artaloitia, Juan Antonio Pérez Rojo, Ainhoa Garibi, Ana Pascual.  
08<sup>a</sup> / 2002 - Pedro Holgado, Iñaki Vázquez Fdez., Olga Córdoba Grasa, Esther Pelayo.  
09<sup>a</sup> / 2003 - M<sup>a</sup> Aragués, Pepe Misiego, Ignacio López Corral (Nacho), Isabel Laguna.  
10<sup>a</sup> / 2004 - Javier Sánchez, Humberto Ortiz, Raquel Rebolledo, Elvira Bermúdez.  
11<sup>a</sup> / 2005 - Belén Hernández, Jorge Vidal, Jorge Sánchez, Blanca Bolea.  
12<sup>a</sup> / 2006 - M<sup>a</sup> Carmen Ortega (Mayca), Ricardo Osorio, Amaranta Vázquez, Tania Sánchez.  
13<sup>o</sup> / 2007 - Eloy Fco. Albadalejo Gutiérrez, Juan Gómez, Sonsoles Coloma, Roberto Pérez.  
14<sup>a</sup> / 2008 - Javier Ballester, Alex Bagney, Myriam Agudo, Pablo Portillo.  
15<sup>a</sup> / 2009 - Ricardo López, Alberto Segura Frontelo, Sonia Carollo Vivian, Olaia Fernández.  
16<sup>a</sup> / 2010 - Marta Marín, Jorge López Alvarez (Jordi), Ariana Quintana Pérez, M<sup>a</sup> Dolores Riaza Pérez.  
17<sup>a</sup> / 2011 - Jaime Chamorro, Luis Sánchez, Ricardo Angora, Rosana Codesal Julián (Sani).  
18<sup>a</sup> / 2012 - Daniel Ballesteros, Ernesto Verdura, Miguel Hurtado, Darío del Peso.  
19<sup>a</sup> / 2013 - Elena Soria, Isabel Castillo, Camilo Vázquez, Laura del Nido.  
20<sup>a</sup> / 2014 - Pepe de la Oliva, Daniel Anadón, Natalia Mesa, Helena Fernández.  
21<sup>a</sup> / 2015 - Natalia Silva, Patricio García, Nadia Ogando Portilla, Valentina Quiroga.  
22<sup>a</sup> / 2016 - Rosana Ashbaugh, David Rentero, Laura Hernández, Iosune Torío.

## PRÓXIMAS PROMOCIONES

- 23<sup>a</sup> / 2017 - Manuel Nieves, Patricia Nava, Sergio Puerta, Sergio Benavente.  
24<sup>a</sup> / 2018 - Carolina Pastor, Esther González, Ana Cabrera, José Luis Palomo.  
25<sup>a</sup> / 2019 - Marta Gómez, Sonia Alvarez, Patricia Fernández, Raquel Grande.  
26<sup>a</sup> / 2020 - Ana Calle, Alba Juanes, Javier Luis Eguía, Paloma Campos.

# RELACIÓN HISTÓRICA DE ENFERMERÍA RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA (E.I.R.)

*(Promoción/Año de terminación de la residencia)*

- 1ª / 2012 – Carolina Alcalá.
- 2ª / 2013 - Paloma Laiz.
- 3ª / 2014 - Karima Abdelfuonon, Nayra Acosta.
- 4ª / 2015 - Víctor Mata, Lucía Rodrigo.
- 5ª / 2016 - Nazaret Saiz, Marta Pinero.

## PRÓXIMAS PROMOCIONES

- 6ª / 2017 - María Herrera, Noelia Carrera.
- 7ª / 2018 - Inés Arévalo Sánchez, Marta Feito García.



## Despedida a los residentes de la promoción 2011-2016

**E**l Hospital ha organizado un acto de despedida a los más de 110 residentes de cuarto y quinto curso que realizaron su periodo de formación especializada entre 2011 y 2016 y que eligieron una de las 43 especialidades que ofrece nuestro Centro. Entre ellos figuran profesionales médicos, de enfermería pediátrica y salud mental, radiofísicos y psicólogos y todos han recibido un diploma de la mano de



sus tutores durante todo este tiempo.

Durante el acto, también han participado los doctores Pilar Gómez González, tutora de residentes con más años de dedicación, y Carmelo Serrano, Jefe de Sección de Radiodiagnóstico y ex jefe de residentes, jubilado recientemente. Ambos han contado su experiencia como profesionales del 12 de Octubre y en concreto como tutores de residentes.

# **¿ME GUSTARÁ LA PSIQUIATRÍA?**

**Elima Pérez de Diego**

Estudiante 5º curso Medicina H.U. 12 de Octubre - UCM

“¿Me gustará la Psiquiatría?” ha sido sin duda la pregunta que más me he hecho como estudiante de Medicina desde que comenzara 5º Curso, en el cual se imparte dicha asignatura. Anteriormente, los psiquiatras solo eran para mí esos amigos excéntricos de mi padre (también médico) que debían de haberse “contagiado” de la locura de sus pacientes. Veía la Psiquiatría como algo distante, algo fuera de mi alcance, algo que no incumbía a mi formación práctica como protomédico, ni como persona. Y cuán equivocada estaba.

Gracias a unas clases teóricas fabulosas, en las que el Dr. Rubio nos indicaba los temas que teníamos que aprender por adelantado, para poder debatir la patología psiquiátrica de forma divertida, amena y sobre todo efectiva, empecé a interesarme por la especialidad, sorprendida sobre todo por la neuropsicobiología y por la semiología psiquiátrica. Además, al mismo tiempo que se impartían las clases, me vi inmersa en el mundo de la Psiquiatría, ya que recibí la noticia de que alguien de mi entorno cercano había sido diagnosticado de un trastorno psiquiátrico, aumentando mi interés global por esta materia.

Pero, desde luego, la teoría no es lo mismo que la práctica. Con el reparto de prácticas, la noticia de que me tocaba rotar en un Centro de Salud Mental, con pacientes ambulatorios, no me hizo especial ilusión. Al fin y al cabo, todos queremos ver a esos pacientes de película, con un brote de esquizofrenia paranoide, un episodio megalomaniaco o un síndrome de Cotard.

Sin embargo, la experiencia ha sido especialmente enriquecedora, sobre todo de cara a la incorporación de lo aprendido a mi futuro profesional como “médico no psiquiatra”. Es probable que no haya visto a los pacientes más asombrosos, ni a los más graves, ni a los más agudos, ni a los más similares al prototipo de “locura”. Pero sí me he enfrentado al tipo de paciente psiquiátrico más prevalente en nuestra sociedad, al paciente psiquiátrico más dependiente de un seguimiento a largo plazo, al paciente psiquiátrico más agradecido a su psiquiatra, al paciente psiquiátrico que más voy a manejar en mi futuro profesional. Y no solo eso, sino que he podido conocer la importancia del entorno de los pacientes, y lo fundamental que es el apoyo de los familiares, su participación en el seguimiento activo y la buena relación entre ellos y el psiquiatra.

Además, estas prácticas me han permitido apreciar lo valioso del trabajo en equipo. A pesar de que el paciente está adscrito a un médico, y no a un servicio como en otras especialidades, el tratamiento psiquiátrico no se reduce solo a la relación psiquiatra-paciente, al contrario de la imagen que yo tenía previamente (y una gran parte de la población), sino que es una red de intercomunicación entre especialistas diferentes –psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, neurofisiólogos, psiquiatras, etc.- y de diferentes centros, permitiendo el abordaje global del paciente. Es un entramado que abraza al paciente, intentando cubrir sus necesidades, tratando de recuperar su salud mental e intentando prevenir las recaídas. Es el tratamiento completo, tanto biológico como psicológico, y orientado e individualizado, el que permite restablecer la Salud, y el que he podido comprobar que es el más efectivo.

Pero las prácticas en un CSM no solo me han mostrado el lado amable de la Psiquiatría. De hecho, creo que la pieza de aprendizaje más valiosa que me llevo ha sido el hecho de saber delimitar la relación médico-paciente. Establecer los límites de la misma, haciendo comprender al paciente en qué le podemos ayudar y en qué no, qué puede esperar de nosotros, y qué somos y podemos ser y significar para ellos, y qué no. El mejor ejemplo de esto lo he vivido junto al Dr. Vega, ante una paciente con trastorno límite de la personalidad. Con estos pacientes hay que tener un manejo muy cuidadoso, dado que debido a su sentimiento de miedo a la soledad, al rechazo y a sentirse vacíos, se refugian en el psiquiatra como si de un amigo o una pareja se tratase, haciéndose realmente vulnerables al daño, puesto que están apoyándose sobre una relación ficticia. Es por esto que es imprescindible hacer patente al paciente que no existe espacio para tal fin, y que aunque estemos disponibles para ayudarles, no se pueden sobrepasar ciertos límites.

Tampoco es sencillo entrevistar a un paciente poco colaborador, pero sí fundamental para la práctica clínica. Gracias a varios de los psiquiatras con los que he estado rotando, he podido entrevistar a algunos pacientes –siempre depresiones o trastornos adaptativos-, los cuales se han mostrado en todos los casos colaboradores y participativos, pero he podido presenciar entrevistas a pacientes complicados, reservados y poco colaboradores, que han supuesto un reto a la hora de obtener la entrevista psiquiátrica. Considero fundamental haber aprendido a manejarme con pacientes así, dado que, antes o después, elija la especialidad que elija, llegará un paciente de estas características a mi consulta.

Por último, pero no por ello menos importante, he aprendido a desestigmatizar al paciente psiquiátrico. Al final de estas casi cuatro semanas, puedo afirmar y afirmo que los pacientes psiquiátricos son personas como yo. A un grandísimo porcentaje de las personas a las que he atendido –incluyendo a trastornos límite, esquizofrénicos y bipolares- no les habría sabido adivinar un trastorno psiquiátrico si los hubiera visto por la calle, ni si hubiera charlado con ellos de algo banal, ni si no hubiera tenido las herramientas que he adquirido durante esta rotación. Al porcentaje restante, debido a patología más avanzada o de mayor gravedad, les habría podido intuir algún grado de discapacidad psiquiátrica; pero he podido conocerlos, relacionarme con su entorno y descubrir que, gracias a la labor que se realiza en esta red de Salud Mental, con control y seguimiento de su patología, pueden llegar a integrarse en la sociedad, para disfrutar de todos sus derechos y libertades. Solamente por esto ha merecido la pena la rotación; por perderle el miedo al paciente psiquiátrico y creer en que su manejo es útil y posible.

Antes de terminar, sí me gustaría hacer una pequeña crítica a las prácticas. De cara a afianzar los conocimientos y a estar todos los alumnos en igualdad de condiciones, podría haber sido interesante que las prácticas hubiesen sido algo más largas (mínimo cuatro semanas completas), y que todos hubiésemos rotado algunas semanas en un Servicio Psiquiátrico Hospitalario, y otras tantas en un Servicio No Hospitalario. Recalco esto porque, al comentarlo con mis compañeros, los que hemos estado en un CSM hemos vivido experiencias muy diferentes respecto a los que han estado en el HU12O, y tanto lo experimentado en un sitio como en otro es muy enriquecedor, así como complementario, y por desgracia, fuera de este periodo de prácticas, no volveremos a tener la ocasión de enfrentarnos a la Psiquiatría, a no ser que nos dediquemos a ello en el futuro.

Como estudiante de Medicina creo en la preparación integral del médico, ya que debemos estar cualificados para enfrentarnos a todo tipo de pacientes. Y es por esto mismo que creo que las prácticas en un servicio de Psiquiatría son fundamentales –y, como crítica, sería útil que tuviesen una mayor duración-, para hacernos crecer como profesionales de la Medicina. La Psiquiatría no es una especialidad aislada, sino que es imprescindible saber manejarla en todos los ámbitos de la Medicina, puesto que el trato al paciente como un ser humano exige, además del abordaje físico y orgánico, el abordaje de su *psyché* y su salud mental.

# REFLEXIONES SOBRE MI PASO POR PSIQUIATRÍA

**Almudena Rodríguez Báscones**

Estudiante 5º curso Medicina H.U. 12 de Octubre - UCM

Antes de comenzar mis prácticas en Psiquiatría mi actitud con respecto a esta especialidad era más bien indiferente. Es cierto que la asignatura me parecía interesante y siempre me ha fascinado el funcionamiento de la mente humana pero cuando llegué el primer día al Centro de Salud Mental de Villaverde no tenía muchas esperanzas de encontrar allí aquellos casos tan complejos y a la vez impresionantes que nos habían explicado en clase, y que algunos de mis “afortunados” compañeros que rotaban en el Hospital quizá sí verían. La idea previa que rondaba mi cabeza sobre mis próximas prácticas es que, estando en un centro de salud, el día a día transcurriría entre pacientes con depresión y recetas.

Pero para mi sorpresa, mis prejuicios habían ido demasiado lejos. Ya el primer día comprobé cómo funcionaba la atención no hospitalaria en Salud Mental: el tiempo por paciente era mucho más prolongado que el que se tiene en las consultas de Atención Primaria (permitiendo tanto al paciente como al médico realizar una entrevista completa y personalizada), cada día había varios pacientes nuevos a los que se les recogían todos los datos de su historia clínica minuciosamente y la variedad de cuadros clínicos era más amplia de lo que había imaginado.

Lo que más me llamó la atención en cuanto a la forma de pasar consulta fueron las habilidades de comunicación clínica que tienen los psiquiatras, algo que, en mi opinión, es fundamental en la práctica clínica en general pero más aún en el ámbito de las enfermedades mentales, tan estigmatizadas que la sociedad tiende a ocultar o disimular. Por eso, observaba bastante perpleja y emocionada aquellas escenas tan complicadas en las que el médico, con gran estrategia profesional, conseguía la suficiente confianza del paciente como para que este le confesara asuntos personales relevantes, que dudo que compartiera con personas ajenas a su familia o incluso a sí mismo.

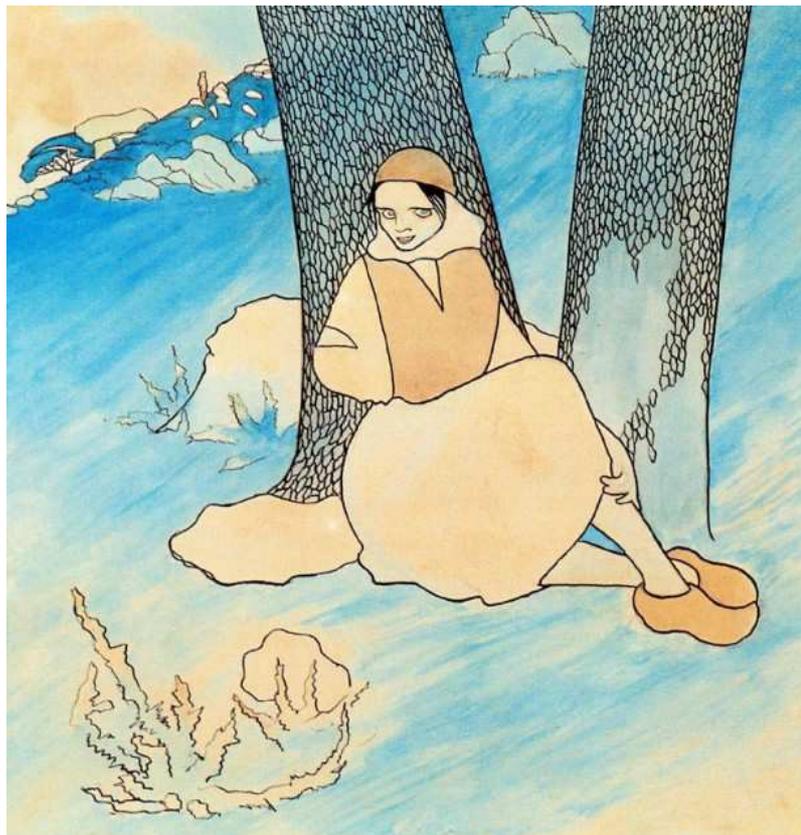
A partir de esto, reflexioné sobre la importancia que tiene la formación en habilidades de comunicación con los pacientes y lo necesarias que son para cualquier médico (no solo los psiquiatras), ya que es la herramienta que permite atender al paciente de forma holística y no cómo una “enfermedad”, un “dolor” o una “incapacidad”. Desgraciadamente, en el Grado en Medicina, la Comunicación Clínica es aún una asignatura optativa cuando, en mi opinión, debería ser obligatoria y transversal, porque creo que un futuro con médicos que saben comunicarse con los pacientes evitaría la realización de muchas pruebas innecesarias, consiguiendo una mejor gestión del gasto sanitario, así como negligencias y problemas judiciales cuya raíz, en muchas ocasiones, es un malentendido.

Otra conclusión a la que llegué durante mis prácticas es que la salud mental debería colocarse en primera posición en la escala de prioridades de cualquier persona, sobre todo en los enfermos pluripatológicos. Creo que a veces (tanto los médicos como los pacientes) minimizan las enfermedades mentales cuando en un mismo enfermo hay otras de carácter no psiquiátrico, que por su magnitud y capacidad para alterar la vida cotidiana parecen esconder a las primeras. Ya hay numerosos estudios que afirman el “poder” de la mente sobre el cuerpo y la importancia de poseer una determinada actitud y disposición a la hora de enfrentarse al padecimiento de una enfermedad. No podemos decir que solo con una buena salud mental tenemos la medicina que nos curará de todos los males, pero seguro que no teniéndola. el proceso se complicará y alargará. Además, no debemos olvidar que existen enfermedades crónicas que serán mejor llevadas por los propios pacientes si consiguen un buen proceso de aceptación de éstas y un mantenimiento posterior de su salud mental. Estimo que para conseguir todo esto es imprescindible el trabajo conjunto de todo el personal sanitario que rodea

al enfermo, que debe ser capaz de detectar las posibles necesidades mentales de éste para derivarle a los psiquiatras (y psicólogos) y así conseguir un tratamiento óptimo y completo.

Por ello, si ahora me preguntaran mi opinión sobre si es necesario que todos los alumnos de Medicina roten unas semanas por la especialidad de Psiquiatría mi respuesta es un sí rotundo, porque de esta manera cualquier futuro médico “no psiquiatra” tendría presentes unas nociones mínimas que harían saltar las alarmas en el caso de detectar alguna anomalía.

Por último, me gustaría resaltar el ámbito social de la Psiquiatría, el cual también me ha sorprendido y me ha hecho interesarme más por esta especialidad. Creo que la profesión médica es primordialmente social antes que científica. La ciencia avanza constantemente y es imprescindible para la práctica clínica hoy en día pero la vocación médica real debería ir encaminada a mejorar la sociedad y a conseguir que el mayor número de personas obtengan la salud necesaria para realizarse. La Psiquiatría no solo se dedica a recetar fármacos como mucha gente piensa sino que, además de esto, se encarga de tratar temas relacionados con los problemas familiares, económicos, judiciales, de integración y reinserción, laborales... Si la Psiquiatría se mantuviera al margen de estos aspectos y solo se dedicara a medicar, sería imposible alcanzar la curación de los enfermos psiquiátricos, sobre todo en determinadas zonas marginales y de baja clase social, donde la comorbilidad por los problemas antes mencionados suponen un gran desafío para la práctica clínica psiquiátrica.



4

---

<sup>4</sup> *A tola do monte* (“la loca del monte”, acuarela de Alfonso Daniel Rodríguez Castelao, 1912)

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

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

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

### Calendario Sesiones Clínicas de Area: Diciembre 2015 – Febrero 2016 <sup>5</sup>

#### Junio 2016

1 **Sesión Clínica del Residente**

8 **CSM Villaverde**

15 **Sesión Extraordinaria:**

Excluidos (y encima "deprimidos"). Psicología solidaria en el CSA Tabacalera. Una experiencia de atención psicológica a personas sin recursos. Antonio Ceverino. Psiquiatra del CSM de Hortaleza

22 **Hospital de Día Infanto-Juvenil "Pradera de San Isidro"**

29 **San Juan de Dios – Clínica Ntra. Sra. La Paz**

---

<sup>5</sup> Os recuerdo la importancia de que me enviéis con dos semanas de antelación (o antes si es posible) el nombre del ponente de la sesión y un pequeño resumen de la misma. Asimismo, vamos a mantener el formato de sesión clínica que incluye la figura del discusor que presentará la sesión y dirigirá el debate posterior a la misma. Agradezco sinceramente vuestra colaboración en el desarrollo y mejora del programa de Formación Continuada del AGCPSM, del que las sesiones clínicas son pieza fundamental. Un saludo.

*Angeles Castro Masó  
Coordinadora de Formación Continuada y Docencia  
AGCPSM Hospital 12 de Octubre*

# AUTOEVALUACIÓN <sup>6</sup>

**Sonia Alvarez Sesmero y Patricia Fernández Sotos**

MIR Psiquiatría 2º año H.U. 12 de Octubre

**1. Señale la falsa en relación a los trastornos neuropsiquiátricos en el lupus eritematoso sistémico (LES):**

- A. Los anticuerpos que se han relacionado con síntomas depresivos son los anti ribosomales P.
- B. Entre los trastornos neuropsiquiátricos asociados al LES se describen: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis.
- C. El diagnóstico de LES siempre precede a la aparición de las alteraciones neuropsiquiátricas.
- D. Los trastornos depresivos aparecen en torno al 11-39% y los psicóticos entre el 1-3%

**2. ¿Qué hallazgos de neuroimagen aparecen con mayor frecuencia en las alteraciones neuropsiquiátricas del LES?**

- A. Signos de atrofia cerebral
- B. Signos de isquemia
- C. Signos de sangrado
- D. A y b son correctas.

**3. ¿Qué tipo de sintomatología se puede asociar al tratamiento con testosterona?**

- a. Clínica psicótica
- b. Clínica maniforme
- c. Clínica depresiva
- d. Heteroagresividad
- e. Todas las anteriores

**4. ¿Cuál es la vida media del enantato de testosterona (testoviron depot)?**

- a. < 24 horas
- b. < 1 s
- c. Entre 1 y 2 semanas
- d. Entre 2 y 3 semanas
- e. Entre 3 y 4 semanas

---

<sup>6</sup> SESIÓN CLÍNICA del 4 de Mayo del 2016

AUTORES: **Sonia Alvarez Sesmero y Patricia Fernández Sotos**. MIR Psiquiatría 2º año

TÍTULO: **Trastornos psiquiátricos secundarios (parte II). Presentación de dos casos clínicos**

## • Lecturas recomendadas

---

En torno a los dos casos publicado recomendamos las siguientes lecturas;

- Szombathyne Z, Pearl A et al. **Psychiatric Symptoms in Systemic Lupus Erythematosus: A systematic review**. J Clin psychiatr 2012; 993-100. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22687742>
- Fietta P et Delsante G. **Psychiatric and neuropsychological manifestations of systemic lupus erythematosus**. Acta Biomed. 2011; 82:97-114. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22480065>
- Johnson J.M, Nachtigall LB et Stern T.A. **The Effect Of Testosterone Levels on Mood in Men: A review**. Psychosomatics, 2013. Vol 54. Issue 6; 509–514. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2013.06.018>

## • Puntos clave para la práctica clínica

---

Como conclusión a estas dos sesiones sobre primeros episodios psicóticos, queremos destacar, la necesidad de abordar de manera integral al paciente desde diferentes perspectivas.

Si bien, en estas dos sesiones nos acercamos al paciente desde el punto de vista orgánico, las patologías descritas son multifactoriales. Y por tanto, la estabilidad clínica se obtendrá con el abordaje de cada una de las partes: la biológica, psicológica y social.

# RESPUESTAS

---

1. C.

No siempre preceden al diagnóstico de LES, por ejemplo, en torno a la mitad de los trastornos depresivos aparecen previo al diagnóstico

2. D.

Signos de atrofia aparecen en torno al 4-20% y de isquemia entre el 15-75%

3. E.

Es más frecuente presentar alteraciones en el humor de tipo maniforme. No obstante el resto de manifestaciones podrían asociarse a dicho tratamiento.

4. D.

La vida media de la Testosterona es muy corta. Gracias a la unión con el Enantato esta vida media se alarga hasta 2 o 3 semanas.



## Impresiones desde la Unidad de Hospitalización Breve: el papel de la crisis económica en la Salud Mental

Raúl Huerta Ramírez<sup>1</sup>, Isabel Sarrado García<sup>2</sup>, Beatriz Arribas Mazarracín<sup>3</sup>

*Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos, Madrid). Hermanas Hospitalarias*

<sup>1</sup>Médico Psiquiatra, <sup>2</sup>DUE especialista en Salud Mental, <sup>3</sup>Trabajadora Social

### Resumen

Las crisis como momento de cambio radical han venido considerándose desde antiguo como elementos influyentes en la salud y la enfermedad mental. En los actuales tiempos de crisis económica, las repercusiones sobre la salud mental de nuestros pacientes y sus formas de asistencia son de especial interés. Se presentan en este artículo las impresiones que, como profesionales de diversos ámbitos de la Salud Mental, hemos recogido desde la Unidad de Hospitalización Breve de nuestro Centro. La principal conclusión es la importancia que tiene la observación de los aspectos socioeconómicos en la atención a los enfermos mentales.

**Palabras clave:** Crisis, economía, salud mental, asistencia.

### El cambio como factor estresante

Es bien conocida por todos los profesionales de la Salud Mental la tendencia del ser humano a desarrollar y perpetuar hábitos de conducta y pensamiento como forma de adaptación al entorno, y también como forma de persistencia patológica de las formas de sufrimiento que conllevan algunos trastornos mentales.

Una de las dificultades intrínsecas a la presencia de un hábito es la de su propio cambio, dado que un hábito es en sí mismo un patrón estable y duradero de pensamiento o actuación que logra una mayor eficiencia cuanto más automático y predecible es. De esta forma, la posibilidad de un cambio es algo en buena medida difícil de asumir por el ser humano, incluso aunque este cambio sea de carácter positivo. Así, es bien conocido el ejemplo de personas que han sufrido trastornos de adaptación tras un cambio positivo en sus vidas, como pueda ser el ganar un sorteo de lotería.

Algunos cambios adquieren una entidad especial al verse definidos por su inevitabilidad. Este tipo de cambios, que quienes los experimentan a veces califican como "imparables" podrían entenderse cuando son de especial calado como cambios "vitales", lo que habla de una intensidad y alcance especialmente profundos, más aún cuanto más inesperados sean.

Si los cambios, como hemos planteado, son algo en sí mismo difícil de asumir en la mayoría de casos, más lo son todavía en quienes padecen algún tipo de trastorno mental, donde los esquemas de funcionamiento mental tienden a ser más rígidos y menos maleables ante unas circunstancias cambiantes. A veces, según las escuelas psicopatológicas de corte más psicodinámico, la propia

enfermedad podría ejercer un papel de intento de adaptación a un entorno cambiante, de intento por superar la novedosa situación que se levanta ante el individuo, que a cambio paga un importante precio de sufrimiento o malestar, bien en sí mismo o en su entorno.

Así, en las personas con enfermedad mental puede llegar a observarse en la práctica clínica una especial vulnerabilidad ante el cambio, no ya sólo cuando éste afecta a nivel individual e íntimo, sino también ante aquellas modificaciones del ritmo de vida que vienen dadas desde el ambiente que rodea al sujeto. Ante ello, no todo es una situación de dificultad de adaptación. De este modo, la persona cuenta también con medios de apoyo, con facilitadores de la adaptación. Éstos pueden englobar desde el medio familiar más cercano a las redes sociales más extensas, hasta abarcar a la sociedad en su conjunto, elemento que actualmente cobra una entidad de dimensiones casi inasibles ante la universalización de la comunicación entre seres humanos (mediante redes sociales, por ejemplo, por citar uno de los ejemplos más inmediatos).

En este marco, los factores socioeconómicos aparecen como elementos importantes dentro de las posibilidades de cambio de origen ambiental a que se puede exponer la persona en nuestra sociedad. Esta idea no es algo tan nuevo: ya los textos de la escuela hipocrática hablan de manera larga y profunda acerca de la relevancia de los elementos ambientales, sociales y económicos como factor relacionado con la salud y con la enfermedad, siendo así unas condiciones de vida con buena alimentación e higiene las más óptimas para el mantenimiento de la salud. Y a lo largo de la Historia esta idea se ha ido manteniendo, con diferentes altibajos, hasta que Marx y su teoría materialista definieron con letras mayúsculas la importancia de lo económico en el devenir humano, incluida su salud, también la mental; las obras de los artistas llamados "naturalistas", por su estilo descriptivo y casi "científico" de escribir o plasmar su arte, exponen múltiples ejemplos al respecto.

Así, podría plantearse que la Economía sería uno de los "motores" a los que tener en cuenta a la hora de considerar cómo se configura la vida cotidiana de la persona, también en el campo de su salud. Pero, ¿hasta qué punto? De ello hablaremos en las páginas siguientes.

## **Las crisis económicas como elemento estresor**

En principio, existe bastante certeza en la literatura y en la práctica clínica acerca de que la presencia de una crisis económica afecta a la salud mental de la persona. Lo que no queda tan claro es la forma en que se produce dicho impacto, el mecanismo por el que esa crisis acaba implicando una merma en el equilibrio psíquico del individuo y en su bienestar; ¿actúa como un trastorno de la adaptación? ¿O más bien como elemento precipitante de un trastorno mental preexistente? ¿O bien ambas cosas? Es sorprendente la relativa escasez de publicaciones específicas al respecto, al menos en nuestro medio, donde la crisis económica actual ha golpeado de forma especialmente severa. En este sentido, una posible traba a la hora de investigar y transmitir lo hallado sobre este tema podría ser la impresión de actuar de una forma sesgada por parte de los investigadores, según las preferencias en política sanitaria de cada uno. Es difícil escapar de acusaciones de "partidismo" cuando se habla de este campo de acción, lo cual puede hacer que el debate en sí mismo se diluya en un silencio parcial que hace que solamente informemos de que "la crisis afecta a la salud mental", sin ir más allá.

Sin embargo, existen casos concretos de trabajos que han apostado por elaborar estudios detallados sobre las repercusiones de la crisis económica actual e incluso de las medidas de austeridad puestas en marcha contra ella. Así, el artículo publicado por Legido y colaboradores en el *British Medical Journal* en 2013 plantea la relación existente entre la crisis, las medidas de contención de la misma y la salud mental tanto del individuo como de la sociedad, al menos de la española. Ese trabajo expone así cómo no basta con medidas de austeridad para atajar los efectos de la crisis sobre las personas, ya que

esas mismas medidas pueden acabar suponiendo una merma en la atención a las personas y a su capacidad de salir adelante.

De esta manera, si abordamos las consecuencias que una crisis económica como la actual puede tener sobre la mente del individuo, podemos valorar posibles efectos a corto y a largo plazo. A corto plazo, lo más inmediato es apreciar la desigual distribución de la riqueza y, en paralelo, del acceso a los recursos de apoyo (tanto sanitario como social), generándose grandes bolsas de marginalidad o agravándose las ya existentes.

Entretanto, a largo plazo se pone de manifiesto la relación existente entre el nivel adquisitivo que la persona puede mantener y los hábitos de vida que éste condiciona, lo cual a su vez acaba influyendo sobre la salud (también la mental): por poner un ejemplo, un peor estado económico del sujeto suele asociarse a un mayor consumo de tóxicos y a unos peores hábitos de autocuidado, lo que a su vez se traduce generalmente en un empeoramiento de la salud física y mental, con el mayor gasto sanitario y social que ello a su vez comporta (y, desde aquí, cerrar el círculo vicioso es fácil: ese mayor gasto sanitario y social puede suponer una reducción de la inversión en este área como forma de ahorro/austeridad, y esto por su parte implicar una peor asistencia del paciente, que con ello ve empeorado su malestar/trastorno... y vuelta a empezar). Otro ejemplo que pone de manifiesto esta relación planteada entre lo socioeconómico y la salud mental es el ya conocido papel del desempleo como factor de riesgo para numerosas enfermedades mentales e incluso para el suicidio en población general (Chang, 2013; Uutela, 2010; Huerta, 2015).

Ante las crisis económicas, el impacto suele apreciarse en forma de un incremento en la incidencia de trastornos depresivos y por ansiedad, pero no es algo exclusivo: así, también los trastornos por uso de tóxicos e incluso los trastornos somatoformes ven aumentadas sus tasas de aparición (Gili, 2013).

Mientras, la investigación realizada en estas etapas nos ofrece un resultado a primera vista paradójico: un estudio realizado en una muestra de adultos jóvenes en Grecia, muestra un elevado nivel de estrés ante la actual crisis económica, pero con menores niveles de cortisol de lo esperado en este tipo de casos (Faresjo, 2013).

La faceta más oscura que se aprecia como relación entre la crisis económica y la salud mental es el vínculo entre economía y suicidio, como antes se ha apuntado: así, los datos disponibles parecen indicar un aumento relativo de las muertes por suicidio en conexión con la actual crisis económica (López Bernal, 2013), pero el debate dista mucho de estar cerrado al respecto, permaneciendo posturas casi opuestas entre algunos autores que apoyan la afirmación de Bernal y sus colaboradores y otros que cuestionan un aumento real del suicidio en España como consecuencia de la crisis (Huerta, 2015). Esto podría indicar la presencia de otros factores implicados en esta relación, que podrían estar pasando desapercibidos y que habría que considerar de forma integrada.

Pero todavía no hemos abordado la forma en que este tipo de fenómenos económicos influyen en el individuo; conocemos el "qué", pero ¿y el "cómo"?

## **La crisis económica como cambio de paradigma vital**

La influencia de los aspectos económicos se ha ido revelando como algo de tanta importancia en nuestra vida cotidiana que puede llegar a configurar, al menos parcialmente, la forma de ver el mundo y de entender la realidad que nos rodea en un momento dado. De esta forma, una situación de crisis como la actual afecta a ámbitos que trascienden lo meramente económico, pudiendo en algunos casos constituirse en una crisis vital.

Cuando se habla de una "crisis vital", suele conllevar un cambio del paradigma con el que la persona se contempla a sí misma dentro de sus coordenadas sociohistóricas, y dicho cambio casi nunca es suave ni pacífico. De esta forma, el individuo que experimenta un cambio así vive ese momento como de gran inestabilidad, con los consiguientes problemas potenciales de adaptación que puede suponer. A esta ecuación habría que añadir además otro elemento: si generalmente los cambios de paradigma son hacia otro diferente que permita una diferente forma de adaptación al entorno, en la crisis económica actual no está tan claro que los cambios sean hacia un modelo realmente diferente de sociedad, o al menos así lo percibe parte de la población afectada. Esto hace que pueda aparecer un considerable pesimismo hacia la salida de esta situación de crisis, que parecería atascarse en soluciones basadas en el "más de lo mismo". El pesimismo y, por tanto, la desesperanza, aparecerían de esta forma como elementos clave que pueden influir en la salud mental de las personas; sin claras posibilidades de acción en el presente, con planes inciertos (cuando no ausentes) de futuro ya que éste se les aparece como cambiante e indeterminado, influido por el ritmo de por sí fluctuante en toda crisis social.

A esto habría que añadir otro aspecto más: en nuestra sociedad está cobrando actualmente un papel cada vez más relevante la soledad en que vive el individuo, pero no tanto la soledad objetivamente medible con parámetros como si la persona vive sola, o carece de pareja o de red de apoyo, elementos ya conocidos en su influencia sobre la salud de la sociedad, sino también la soledad subjetivamente vivenciada, cuyo poder de acción llega a asociarse incluso con un mayor riesgo de suicidio en nuestro entorno.

## **La crisis actual y su influencia sobre la Salud Mental (impresiones desde la Unidad de Hospitalización Breve - UHB)**

Desde la óptica de un **psiquiatra**, se pueden apreciar las influencias de la actual crisis económica en los diferentes aspectos que se contemplan en el trabajo con el paciente.

Así, ya en el motivo de ingreso vemos como, cada vez con mayor frecuencia, aparecen expresiones como "paciente con escasa red de apoyo social", "poco manejable ambulatoriamente ante la falta de recursos", "con ideas de suicidio tras recibir una orden de desahucio", "paciente que carece de actividad laboral y vive en la indigencia...", de tal manera que la presencia del trastorno mental *per se* muchas veces ocupa un papel no principal como motivo de derivación.

Por otra parte, en la presentación clínica del paciente que ingresa en nuestra Unidad destaca, más allá del diagnóstico de base, un importante componente afectivo de características reactivas a la situación socioeconómica de la persona. Asimismo, la ya conocida relación entre crisis económica y consumo de tóxicos suele conllevar una comorbilidad al respecto mayor de la ya de por sí frecuente en nuestro medio, complicando de esta forma el tratamiento y pronóstico de los pacientes afectados. Incluso el "colorido" psicótico, entendiendo como tal el contenido específico de los delirios y alucinaciones de los pacientes con trastornos psicóticos, se ve influido por su situación socioeconómica, al igual que ocurre con los pensamientos que ocupan la mente de la persona sana. De esta forma, habrá quizás que plantearse si el efecto de la crisis se nota más en la gravedad de los pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización breve, o si será más bien sobre la tipología específica de sus padecimientos; esto es, si el efecto es más cualitativo o cuantitativo.

Mención aparte requieren las conductas suicidas, entendiendo como tales los diferentes eslabones del llamado "continuo suicida" (Huerta, 2015), que abarcaría las ideas, planes, intentos y muertes por suicidio. El perfil de suicida que se siente motivado a su conducta por sus circunstancias socioeconómicas, parece mostrar ante los demás "un buen motivo", un elemento aparentemente comprensible para sus actos, lo cual puede diluir el componente patológico subyacente y por tanto complicar su tratamiento, dada la dificultad de abordar problemas vitales objetivamente complejos como

los de esta índole. En este sentido, la crisis económica y las situaciones de ruina que conlleva en nuestro medio sería un elemento más dentro del bagaje social que los pacientes suelen traer consigo al ingresar en un hospital, apreciándose por parte de nuestro equipo un progresivo viraje de los motivos de suicidio hacia los relacionados con las pérdidas de estatus económico.

En cuanto a la esfera más estrictamente terapéutica, la crisis actual se ha dejado sentir en aspectos como el gasto farmacéutico, de manera habitual elevado pero, en los tiempos presentes, especialmente fiscalizado en la práctica clínica cotidiana; el "precio" pasa así a ser un ingrediente más a tener en cuenta cuando se atiende a nuestros pacientes, complicando aún más labor asistencial. Así, nos encontramos con pacientes a los que una conciencia de enfermedad generalmente escasa (cuando no nula) se suma a la prescripción de fármacos de precio elevado, cuanto menos para sus menguados ingresos. Todo ello favorece que el problema del incumplimiento terapéutico sea especialmente acuciante. Además, las leyes actuales plantean la existencia de ciudadanos excluidos en la práctica del sistema sanitario, lo que dificulta aún más su tratamiento.

Las complicaciones no afectan sólo a las estrategias farmacoterapéuticas. La dificultad de aplicar e implementar tratamientos psicoterapéuticos completos y eficaces tras el alta hospitalaria, en las frecuencias y plazos que recomienda la bibliografía, se ve aumentada por la falta de recursos (con el consiguiente aumento de las listas de espera) y por la dificultad de trabajar con un medio que, de esta forma, pasa a estar en un estado de riesgo (de reagudización, de suicidio) elevado. Estas dificultades alcanzan a la red de rehabilitación para personas con trastorno mental grave que atendemos en nuestro medio. De nuevo las listas de espera, la escasez de recursos, etc., imponen esperas a pacientes cuyo sufrimiento no admite demora.

Llegado el momento del alta hospitalaria, las complicaciones aparecen cuando el paciente afectado por la crisis no tiene, en muchas ocasiones, lugar físico adonde ir, pues le falta hasta el más básico alojamiento. Así, aunque haya conseguido una estabilidad clínica aceptable y manejable ambulatoriamente con los medios habituales, su situación socioeconómica juega un papel fundamental en mantener alto el riesgo de recaídas y de incumplimiento terapéutico. Como alternativa, uno se vería tentado a prolongar el ingreso a la espera de recursos apropiados, pero esta opción también puede ser perjudicial para el paciente, dados los riesgos de una hospitalización prolongada para la salud mental del sujeto. Esto conlleva, tanto para el paciente como para sus familiares y también para los profesionales que los atienden, una sensación de indefensión ante un futuro que se plantea como necesariamente incierto, en donde el tener que elegir el rumbo vital a seguir puede conllevar una importante angustia. A todo ello se añadiría además la ya discutida saturación de los recursos ambulatorios como los centros de salud mental (CSM), donde los tiempos de espera se ven sumados a otros factores que implican un peor pronóstico para el paciente, como el frecuente cambio de profesionales de referencia, o incluso el traslado físico del propio CSM a otra localización que podría dificultar el desplazamiento del paciente a su nuevo emplazamiento (aumentando así el riesgo de abandonos).

Todo ese ambiente de "saturación del sistema", se percibe desde nuestra Unidad como causa de una especie de cascada en la que los pacientes que no pueden ser atendidos en los recursos que necesitan y de la forma que precisan, acaban recayendo en los lugares donde sencillamente "haya plaza hasta que vaya donde necesita", saturándolos a su vez y aumentando por ello el calibre del problema.

Desde el punto de vista de una **enfermera**, entendiendo que nos referimos a una enfermera integral que valora todas las individualidades del paciente y su entorno, se podría hablar de un cambio de rol y nuevos aspectos a tener en cuenta en el paciente de UHB. Hablaríamos de una nueva visión, una impresión subjetiva y personal en relación a los aspectos que han tomado más relevancia a la hora de valorar y afrontar/describir los planes de cuidados dirigidos a atender a los pacientes en nuestra Unidad.

Etimológicamente, la enfermera es “hermana de los enfermos” y sus funciones principales son:

- Promover la Salud
- Evitar enfermedades
- Restablecer la salud
- Aliviar el sufrimiento

Estas funciones podrían concretarse en la frase *“Ayuda a personas, familias y comunidades a fomentar, prevenir y satisfacer necesidades”*.

De esta manera, parece obvio que es necesaria una adaptación a las actuales necesidades de los pacientes. Pasamos de ser enfermeras más dirigidas a lo asistencial, a ocupar una gran parte del tiempo a la resolución de problemas económicos y sociales. De la misma manera, toman protagonismo los factores extrínsecos del paciente (su entorno) frente a los intrínsecos (capacidades del propio paciente).

Para observarlo de una forma más concreta, lo podemos valorar desde los patrones funcionales de Malory Gordon:

#### 1. PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD

- Manera en la que el paciente percibe y controla su salud y bienestar.
  - Importancia de su percepción individual.
  - Planificación de actividades actuales y futuras.
  - Control del riesgo para la salud.
  - Conductas y prácticas de riesgo.
  - Cumplimiento de actividades, prescripciones y revisiones.

En relación a este patrón nos encontramos con una disminución de los dispositivos de apoyo externos o comunitarios y con el elevado precio de los tratamientos unido a las restricciones en los subvencionados por la Seguridad Social.

Programas que se inician desde la UHB como el PATF (Programa de Autoadministración de Tratamiento Farmacológico), dirigidos a mejorar la adherencia y cumplimiento del tratamiento al alta, no pueden mantener una continuidad, ya que requieren una supervisión que no es posible proporcionar por la saturación de los recursos (Centro de Salud Mental, Equipo de Apoyo Sociocomunitario...).

#### 2. NUTRICIONAL Y METABÓLICO

- El consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas.
  - Hábitos alimenticios.
  - Medidas antropométricas.
  - Aspectos psicológicos de la alimentación.

Es fácil entender que existe una dificultad importante en la adaptación de dietas saludables (equilibradas y sanas) o dietas recomendadas para patologías somáticas concretas, cuando el margen económico es muy escaso. Sólo tiene importancia poder comer y no qué se debe comer.

#### 3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

- Tipos de función excretora (fecal, urinaria y cutánea).
  - Función percibida por la persona.
  - Uso de rutinas y laxantes.
  - Cambios o alteraciones en el horario.
  - Cantidad o calidad.
  - Métodos de control.

Teniendo en cuenta el problema de estreñimiento derivado de los psicofármacos que nos preocupa resolver durante la hospitalización, cómo es posible mantenerlo al alta con la salida de casi todos los tratamientos laxantes del "sistema de recetas", añadiendo el problema, antes mencionado, de la modificación de las dietas y el ejercicio físico.

En lo que respecta a las patologías cutáneas, también los tratamientos resultan muy caros.

#### 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

- Ejercicio, actividad, ocio y diversión.
  - Actividades de la Vida Diaria.
  - Cantidad y calidad del ejercicio (deporte).
  - Métodos de ocio y actividades individuales y grupales.
  - Limitaciones.

Se trata del equilibrio entre las actividades deseadas/esperadas y las recomendables para el mantenimiento y favorecedoras de salud según las patologías.

Nos encontramos con la necesidad de buscar de actividades de ejercicio físico que no lleven implícito un desembolso económico (gimnasios, piscinas, academias,...), por lo que se limitan las posibilidades: correr, andar. Debemos encontrar horarios y actividades ajustadas a sus gustos de ocio que sean gratuitas (algunos horarios de museos, bibliotecas, filmotecas...).

Otra opción para fomentar la actividad son los centros culturales específicos para diferentes colectivos, pero también están saturados (centros de mayores o jubilados, de mujeres, de jóvenes...).

#### 5. REPOSO-SUEÑO

- Patrones de reposo, sueño y relajación.
  - Sueño y reposo/relajación a lo largo del día.
  - Percepción de la cantidad y calidad del sueño y reposo.
  - Grado de energía tras el sueño.

Métodos de ayuda a dormir, medicamentos y rutinas nocturnas.

Varios son los factores que dificultan el mantenimiento de una correcta higiene del sueño y descanso, para la que es necesario, no sólo un posible reajuste en el tratamiento hipnótico, sino unas condiciones favorables. La realidad actual conlleva:

- Hacinamiento en las casas.
- "Cama caliente": no se pueden acostar hasta que se levanta otro miembro de la familia
- Albergues, dificultad de derivación al alta por falta de plazas (temporada de frío, no todos aceptan personas con enfermedad mental)
- "Calor y café": centros que proporcionan meramente un sillón y café.

#### 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Describe los patrones sensitivo, perceptuales y cognitivos.
  - La idoneidad de las formas sensoriales (visión, audición, gusto, tacto y olfato).
  - Uso de prótesis o sistemas de compensación.
  - Percepción del dolor y manera de controlarlo.
  - Habilidades funcionales cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones).

El precio de los dispositivos compensatorios (audífonos, lentes, dentaduras...) es elevado y existen pocas o ninguna subvención para este tipo de aparatos.

## 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- Autoconcepto y percepción del estado anímico.
  - Actitudes del individuo sobre sí mismo.
  - Percepción de habilidades (cognitivas, afectivas o físicas).
  - Imagen corporal.
  - Identidad.
  - Sensación general de valía personal.
  - Patrón general emocional.

Hay una importante disminución de la sensación de valía personal en situaciones de despidos o paro laboral. Todo ello agravado por el problema para encontrar nuevos empleos y las dificultades económicas para invertir en la formación (tanto en nuevas materias como continuada). Como resultado, observamos también una pérdida de identidad del papel de cada uno en relación con el núcleo familiar (por ejemplo, en cuanto al mantenimiento o aporte económico).

## 8. ROL-RELACIONES

- Modelo de desempeño de roles y relaciones.
  - Percepción individual de los principales roles y responsabilidades en la situación vital actual.
  - Información sobre la satisfacción o problemas familiares, laborales o en las relaciones sociales.
  - Responsabilidades relacionadas con estos roles.

Unido al patrón anterior, hay una pérdida del rol ejercido en la familia. Observamos una problemática importante en el mantenimiento de las relaciones sociales previas a la nueva situación económica-laboral (ocio, nivel de vida...), lo que a veces desemboca en el aislamiento social ("no quedo con mis amigos porque ya no puedo seguir ese ritmo...").

Un inconveniente frecuente en las UHB en la actualidad, es el mantener los apoyos/relaciones familiares durante el ingreso (por problemas en el transporte de pacientes y familiares, para las visitas y permisos, gestiones para proporcionar pertenencias solicitadas por los pacientes...).

En nuestra Unidad, cada vez es más frecuente el uso de ropa de un fondo común, becas de transporte concedidas por el propio Centro... ¿Supone esto una vuelta a la beneficencia?

## 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y el patrón reproductivo.
  - Satisfacción percibida por el individuo.
  - Informa de los trastornos en su sexualidad.
  - Fase reproductiva de la mujer (premenopáusica o posmenopáusica).
  - Problemas subjetivos.

En relación a los métodos anticonceptivos y la planificación familiar:

- Los anticonceptivos orales ya no se costean por la Seguridad Social.
- El coste de técnicas y tratamientos para la reproducción asistida es muy elevado.
- Existe un aumento de las listas de espera y de las condiciones requeridas para los tratamientos en el Sistema Público de Salud.
- Dificultad para mantener a los hijos.
- Saturación de los dispositivos especializados públicos (sexólogos, terapia de pareja).

## 10. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Adaptación y afrontamiento de la persona a procesos vitales y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.
  - Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
  - Manejo del estrés.
  - Sistemas de soporte y ayuda.
  - Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Nos encontramos con una disminución en la capacidad de afrontamiento y adaptación a las nuevas situaciones vitales (ocurren demasiados cambios a la vez). Esto se sumaría a los inconvenientes para derivar a pacientes nuevos a la red de apoyo (centros sobresaturados), al aumento del tiempo entre consultas de seguimiento, la dificultad del individuo para gestionarse psicoterapias privadas y el cierre de dispositivos habituales de contención (Centros de Día, Hospitales de Día, Centros de la red de Drogodependencias...) y/o colapso de los existentes.

## 11. VALORES Y CREENCIAS

- Valores y creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.
  - Cosas percibidas como importantes en la vida.
  - Percepción de la calidad de vida.
  - Conflicto con los valores o creencias importantes.
  - Expectativas relacionadas con la salud.

Observamos claramente un cambio de las necesidades primordiales y una disminución notable de la calidad de vida en relación con la percepción que tenemos de la misma y los valores inculcados en nuestra sociedad.

Como conclusiones de una enfermera "en (la) crisis", lo expuesto parece una visión pesimista de la Enfermería en Salud Mental, pero no lo creo así. Debemos adaptarnos a los tiempos, las situaciones y, sobre todo, a las individualidades de cada paciente. Nos valdremos para ello de nuestra formación y experiencia (incluso de un poco de imaginación). Es la esencia de la Enfermería. Pero no debemos dejar de ser conscientes de la realidad en la que nos movemos y, en estos momentos, es compleja.

Desde el punto de vista **social**, o desde la óptica de los/las trabajadores/as sociales, podemos intentar realizar un análisis lo más objetivo posible (evitando realizar juicios politizados) observando los datos económico-presupuestarios y situación de las distintas redes de atención (sobre datos referidos hasta el año 2013).

1. **Servicios Sociales:** La dotación presupuestaria para financiar el Plan Concertado para el mantenimiento de la Red Básica de Servicios Sociales (Ayuntamientos) ha pasado de tener 107 millones € en 2010 a 848,895€ en 2013, por lo que todas las ayudas gestionadas y/o administradas desde este punto se ven afectadas y recortadas: Renta Mínima de Inserción, Servicio de Ayuda Domiciliaria, Teleasistencia, ayudas puntuales de emergencia, becas, etc.
2. **Sanidad:** En referencia al Plan de Sostenibilidad del Sistema Sanitario se adoptaron distintas reorganizaciones del mismo, como por ejemplo el popularmente conocido "euro por receta" que posteriormente se derogó. El Plan igualmente recogía otras medidas que actualmente se mantienen: copago farmacéutico (en función de la capacidad económica del paciente), reordenación de la prestación sanitaria (cartilla). Específicamente en la red de Salud Mental se han producidos cambios en la reordenación los Centros de Salud Mental, tanto a nivel de recursos humanos como cambios en la gestión de los mismos.

3. **Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental:** Si observamos la siguiente tabla:

AÑO	PRESUPUESTO TOTAL (Incluye la dotación para el gasto en gestión centros y plazas de la Red y el gasto en Subvenciones y Ayudas y en inversiones para obras y arreglos centros)
2008	57 Millones €
2009	59 millones de €
2010	60,3 millones de €
2011	63,6 millones de €
2012	64,7 millones de €
2013	59,6 millones de €

Considerando el cuadro descriptivo, se puede considerar cierta estabilidad presupuestaria del Plan, lo cual ha proporcionado el mantenimiento de recursos de atención a usuarios.

4. **Red Pública de Atención a la Drogodependencia:** La dotación presupuestaria de la Agencia Antidroga para el año 2013 se redujo un 15%. A nivel de recursos de atención, se produjeron cierres de comunidades terapéuticas para deshabitación y de programas de reducción de daño.
5. **Atención a la Situación de Dependencia:** hasta el año 2013 ha atendido la dotación presupuestaria, aunque se han producido frecuentes reordenaciones de los recursos humanos (especialmente de la figura del "valorador"), hasta la actualidad transferido a los Servicios Sociales de zona. En cuanto al proceso de reconocimiento, los usuarios mantienen su preocupación por la demora en la valoración, PIA y asignación de recurso. Asimismo, se mantienen las dificultades de comunicación y consulta del proceso tanto para usuarios como para profesionales.
6. **Otras modificaciones recogidas por la Ley:** Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas y Ley 4/2012, de 4 de julio, de Modificación de la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2012, y de medidas urgentes de racionalización del gasto público e impulso y agilización de la actividad económica, con repercusiones en : tasa por solicitud de revisión o certificación de grado de discapacidad, tasa por emisión sucesiva, por (no imputable a la administración) de tarjeta acreditativa del grado de discapacidad, tasa por solicitud de revisión de grado de dependencia, tasa por expedición del título de familia numerosa, tasa por emisión sucesiva de tarjeta sanitaria individual (por causa no imputable a la Administración) en los casos de robo, rotura o extravío; etc.

Por todo ello, se puede considerar que la crisis económica implica unas importantes consecuencias en la red de atención social con la pérdida de derechos sociales, sistemas de protección y recursos sociales, suponiendo igualmente una "crisis social". Aunque toda la población se ve afectada por esta "crisis social", son los colectivos más vulnerables en quienes se exagera especialmente, como es el de personas con trastorno mental grave y persistente. En este colectivo, incluso se pueden detectar múltiples circunstancias y/o características que hacen que se cronifiquen las situaciones de exclusión o

implican un aumento notable del riesgo a padecer las mismas (enfermedad grave y crónica, bajos o nulos ingresos económicos, dificultades de inserción laboral, dificultades de alojamiento, género, consumo de tóxicos...).

## Conclusiones

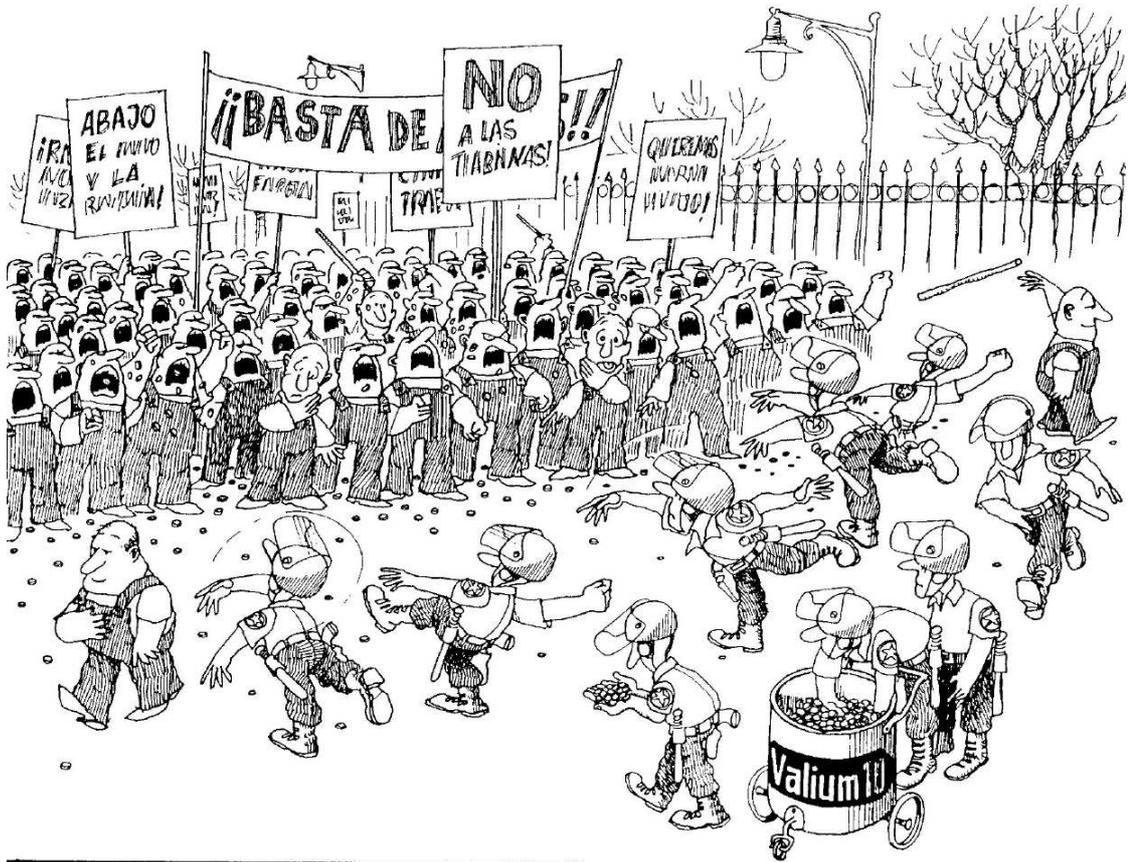
De lo expuesto anteriormente, podríamos proponer las siguientes conclusiones:

- Es necesario que todos los miembros de los equipos de Salud Mental consideremos los factores socioeconómicos en la atención a nuestros pacientes, ya que éstos implican repercusiones tanto a nivel terapéutico como preventivo.
- En esta época es más importante que nunca la coordinación entre los diferentes dispositivos que asisten a las personas con enfermedad mental. En tal coordinación hay que incluir necesariamente a los recursos de carácter social.
- La crisis económica ha supuesto un cambio en el paradigma vital de las personas, que podría traducirse en un cambio paralelo de las políticas sanitarias. Aún no puede establecerse con claridad en qué dirección se producirá tal cambio.
- Los puntos previos dejan abiertos aún muchos interrogantes sobre el problema de la influencia de la crisis económica en la asistencia a nuestros pacientes. Es por ello necesario realizar mayores investigaciones sobre el tema.

## Bibliografía

1. Legido-Quigley H et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ* 2013; 346: f2363-7.
2. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013; 347: f5239.
3. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2010; 23(2): 127-30.
4. Huerta R. Conducta suicida en población general adulta española: un estudio epidemiológico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2015.
5. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013; 23(1): 103-8.
6. Faresjö Å et al. Higher perceived stress but lower cortisol levels found among young Greek adults living in a stressful social environment in comparison with Swedish young adults. *PLoS One* 2013; 8(9): e73828.
7. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013; 23(5): 732-6.

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



Quino ®

**Objetivos del BOLETIN:**

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

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

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

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