

BOLETIN

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

Número 47 – Abril 2016



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

- Cursos: **Terapia Basada en la Mentalización** (Ana López, Paloma Ortiz, Javier Ramos, Pedro Sanz y Nuria Tur) / **El Cuestionario Desiderativo** (Mónica Guinzbourg) / **Cursos Cortos de la Biblioteca del H.U. 12 de Octubre** (José Manuel Estrada) / **Conferencias AGCPSM 2016** (Margarita Acami, Luis Lledó, Antonio Ceverino) ...
- Post-Congresos: **XXI Jornadas AMSM: "Espacios de Locura y Participación"** (José Camilo Vázquez) –
 - **"Feed back" rotantes externos** (Emilio Pozo, Mónica Quesada, Nuria Gª Barbacil)
 - Memorias de Rotaciones Externas: **Institut Català d'Oncologia** (Barcelona) (Angela C. Vargas), **Instituto Psicoanálisis Multi-Familiar** (Buenos Aires) (Thais López), **Hospital de Día TCA Sta. Cristina** (Nazaret Saiz), **Escuela Terapia Familiar Hospital Sant Pau** (Barcelona) (Nuria Giner), **Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia** (Los Angeles) (Iosune Torío), **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses** (Bogotá) (Laura Hernández)
 - **Autoevaluación tras Sesiones Clínicas del AGCPSM**
(Ana Cabrera y Esther González; Sergio Benavente; Sonia Alvarez y Patricia Fernández)
- Reflexiones: **"Aprendizaje y experiencia del residente de Psicología Clínica en la psicoterapia de grupo diaria en la UHB del H.U. 12 de Octubre"** (María Díaz y Thais López)

AREA DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



Hospital Universitario
12 de Octubre

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental

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



Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida. 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
psiquiatría.hdoc@salud.madrid.org

Además de nuestra web, ya se pueden consultar los Boletines y Cuadernos de Salud Mental del 12 desde la web de la **Biblioteca Virtual del 12 de Octubre** (<http://cendoc.h12o.es>), lo cual amplifica la visibilidad de nuestras publicaciones ¹.

¹ Portada: **“Amarillo, rojo y azul”**. Wassily Kandinsky (1925): “Estamos ante una de las obras más conocidas del artista ruso Vasily Kandinsky, el pintor expresionista que hizo evolucionar su pintura hacia representaciones que prescinden de cualquier referencia figurativa como un medio de expresión artística más intelectual que sensorial.

Para Kandinsky la abstracción pictórica permitía utilizar todos los medios expresivos del lenguaje artístico, líneas, formas geométricas, colores, sin las limitaciones que suponía a menudo la temática de la obra o la figuración.

Pintar un cuadro es para Kandinsky llenar una superficie de líneas y colores en una cierta armonía que suscite estados de ánimo en el espectador. En el caso de sus obras, la sensación que transmiten es de felicidad y alegría, como en esta obra, que consigue gracias a la simplicidad de las geometrías y la variedad y luminosidad de los **colores primarios** que dan título al cuadro.

OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL - MADRID

Publicadas las **RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA Y PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE** para su conocimiento y difusión entre los profesionales.

Un saludo

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Servicio Madrileño de Salud



El cuadro queda dividido en dos partes que focalizan la atención de forma desigual y que se presentan el uno frente sobre un fondo atmosférico pintado de colores violáceos, verdes, amarillos y azules.

La parte de la izquierda, en la que domina el color amarillo, presenta líneas finas, rectas, curvas, paralelas y perpendiculares, que parecen dispuestas y ordenadas en torno a una superficie triangular. En la de la derecha vemos un círculo azul cubierto en parte por una línea negra y cuadrados rojos, que unen ambas partes del cuadro.

La aparente arbitrariedad de los diferentes elementos en el cuadro no es al azar, consiguiendo crear, por contraposición entre ellos, tensiones entre los diferentes elementos, formas y valores cromáticos.

El ritmo es el elemento clave de sus obras y lo consigue gracias a contrastes de colores que otorgan vitalidad a la composición, como en este caso, en el que el azul y el amarillo parecen enfrentarse uno al otro. De ese enfrentamiento surge el color rojo, que sitúa entre ambos, como resultado de la virulencia de la "contienda".

Algunos autores han querido reconocer formas animales "enmascaradas" en los elementos geométricos y los colores pero basta con conocer un poco las teorías artísticas del pintor para darse cuenta de que quizá la arbitrariedad no esté tanto en los elementos plasmados en el cuadro como en la forma de percibirlo y la necesidad innata que todos tenemos de buscar esa forma reconocible que nos haga comprender mejor el contenido de la obra, que es lo mismo que nos va a impedir apreciarla en su plenitud, es decir, dejándose llevar por lo que las formas libres y los colores nos quieren contar, tal y como los concibió el artista" (<http://www.tuitearte.es/kandinsky-amarillo-rojo-y-azul/>).

CONVOCATORIAS

Terapia Basada en la Mentalización (CSM Fuenlabrada: 8 Abril al 20 Mayo 2016)

Terapia basada en la mentalización Del 8 de abril al 20 de mayo de 2016	
BOLETIN DE INSCRIPCIÓN PROVISIONAL Pendiente de la aprobación del Plan de Formación Continua 2016	
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: ☐ Pregrado ☐ Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
Este boletín cumplimentado deberá ser enviado por correo electrónico a curso@direcciongeneralformacion@salud.madrid.org	
LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO O TELÉFONO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS	
PARA LA OBTENCIÓN DEL CREDITO SE REQUISITA LA ASISTENCIA AL MENOS DE LAS HORAS LECTIVAS	
  	

Terapia basada en la mentalización

Dirigido a: Psiquiatras, psicólogos clínicos y personal de enfermería con prioridad a los profesionales del área del CSM de Fuenlabrada.

Objetivo general:

Actualización de conceptos útiles y prácticos de Terapia Basada en la Mentalización aplicables al ámbito de la salud mental pública. Práctica de situaciones concretas y modos de intervención desde el modelo de la Terapia Basada en la Mentalización.

Objetivos específicos:

Reconocimiento de modos prementalizadores. Focalizar sobre la capacidad de mentalización propia y de los demás, estimulándola. Puesta en práctica de objetivos de mentalización frente a situaciones clínicas específicas y desde diferentes posiciones (observador-terapeuta-paciente). Posición activa del terapeuta.

Metodología:

Exposición teórica apoyada en material audiovisual y clínico; parte práctica, experiencial, mediante ejercicios, y fundamentalmente role-playing.

Duración: 22 horas.

Número de plazas: 40

Fechas y horario: 8 de abril, 22 de abril, 6 de mayo y 20 de mayo de 9:00 a 14:30 horas.

Lugar de celebración: Centro de Salud Mental de Fuenlabrada (Centro de Especialidades "El Arroyo") Calle Comunidad de Madrid, 10. 28944 Fuenlabrada

Coordinación: Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
Eva Mª Alonso Olmos. Psiquiatra Adultos CSM de Fuenlabrada

Fecha límite de inscripción: 28 de marzo del 2016

Programa:

8 de abril: Actualización de conceptos fundamentales, prácticos y útiles desde el abordaje de terapia basada en la mentalización. Aspectos prácticos.

22 de abril: Técnica de Terapia Basada en la Mentalización I. Aspectos teóricos y prácticos.

6 de mayo: Terapia Basada en la Mentalización en población infantil y adolescente. Trabajo con familias y aspectos prácticos

20 de mayo: Técnica de Terapia Basada en la Mentalización II. Teoría y práctica

Profesorado:

8 de abril: Pedro Sanz Correcher. Médico Psiquiatra Hospital Universitario Universitario Doce de Octubre. Unidad de Psicoterapia. Eva Mª Alonso Olmos. Médico Psiquiatra CSM de Fuenlabrada

22 de abril: Javier Ramos García. Psicólogo Clínico del Hospital Doce de Octubre. Unidad de Psicoterapia. Ana López Fuentetaja. Psicóloga Clínica CSM Villaverde AGCPSM. Hospital Universitario Doce de Octubre

6 de mayo: Nuria Tur Salamanca. Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta de niños y adolescentes. CSM Modesto Lafuente. H. Clínico Universitario San Carlos. Paloma Ortiz Soto. Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta de niños y adolescentes. Instituto ATTI. Miembro SEPYPNA.

20 de mayo: todo el profesorado

Inscripciones:

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación. curso@direcciongeneralformacion@salud.madrid.org

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org
Teléfonos: 914265456 / 915290599

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

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

El Cuestionario Desiderativo (Sala de Grupos C.A.A. 3ª planta, Módulo B - H.U. 12 de Octubre: 13 Abril 2016)

El cuestionario desiderativo: aportaciones a la evaluación psicodiagnóstica
13 de abril de 2016

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN PROVISIONAL
Pendiente de la aprobación del Plan de Formación Continuada 2016

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:	☐ Pregrado ☐ Postgrado
Justificación del interés para realizar el curso:	
Este boletín cumplimentado deberá ser enviada por email a curso@direcciongeneralformacion@salud.madrid.org	
*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).

El cuestionario desiderativo: aportaciones a la evaluación psicodiagnóstica
13 de abril de 2016

Servicio Madrileño de Salud
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

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

El cuestionario desiderativo: aportaciones a la evaluación psicodiagnóstica

Pendiente de la aprobación del Plan de Formación Continuada 2016

Dirigido a: Profesionales de los equipos de Salud Mental.

Objetivo general:

Introducción y descripción de la técnica en la evaluación clínica

Objetivos específicos:

Criterios de especificidad en la aplicación de la técnica según criterios de edad y psicopatología.

Metodología:

Exposición teórica e ilustración con caso clínico.

Duración: 4 horas.

Número de plazas: 25

Fechas y horario: miércoles 13 de abril de 2016, de 16:00 a 20:00 horas.

Lugar de celebración: Sala de grupos del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Edif. Actividades Ambulatorias. 3ª pta. Hospital 12 de Octubre. Avenida de Córdoba, s/n 28041 Madrid

Fecha límite de inscripción: 30 de marzo de 2016

Programa:

Introducción de la técnica
Aplicación según franja etaria y criterios de análisis
Aplicación en la evaluación de caso clínico

Profesor:

Silvia Mónica Guinzbourg. Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de el Salvador

Coordinación:

Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
Ángeles Castro Masó. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia del AGCPSM Hospital 12 de Octubre

Inscripciones:

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.
curso@direcciongeneralformacion@salud.madrid.org

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos: 914265456 / 915290599

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

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

Cursos de la Biblioteca del H.U. 12 de Octubre (José Manuel Estrada Lorenzo)

Desde la Biblioteca del Hospital hemos puesto en marcha un programa de cursos cortos impartidos en la propia biblioteca por el personal de la misma.

Como proyecto piloto de este programa se impartieron cinco cursos durante los meses de febrero-marzo y ante la aceptación por parte de los alumnos asistentes hemos decidido ampliar el desarrollo de este programa a lo largo de todo el año 2016.

El objetivo de estos cursos es resolver dudas, aclarar ideas y acercar el conocimiento y manejo sobre recursos de información específicos a todos los profesionales que lo necesiten, de una forma práctica y concisa, de ahí su duración de 30 minutos. No requieren inscripción alguna, su acceso es libre y se impartirán en la sala de ordenadores de la biblioteca (planta 1ª del Hospital General).

El plan propuesto para el próximo trimestre es el siguiente:

- **CÓMO USAR LA BIBLIOTECA VIRTUAL**
Lunes 18 de abril. Horario: 9,00-9,30 h. (30 min.)
- **CÓMO REDACTAR UNA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**
Miércoles 27 de abril. Horario: 16,00-16,30 h. (30 min.)
- **CÓMO ACCEDER AL TEXTO COMPLETO DE LOS ARTÍCULOS**
Jueves 5 de mayo. Horario: 9,00-9,30 h. (30 min.)
- **CÓMO ELEGIR LAS PALABRAS-CLAVE PARA UN ARTÍCULO**
Lunes 9 de mayo. Horario: 16,00-16,30 h. (30 min.)
- **CÓMO CONSULTAR LAS BASES DE DATOS EN ESPAÑOL**
Viernes 20 de mayo. Horario: 9,00-9,30 h. (30 min.)
- **CÓMO BUSCAR EN PUBMED**
Martes 24 de mayo. Horario: 16,00-16,30 h. (30 min.)
- **CÓMO BUSCAR REVISIONES SISTEMÁTICAS**
Miércoles 1 de junio. Horario: 9,00-9,30 h. (30 min.)
- **CÓMO BUSCAR EN LA WEB OF SCIENCE**
Jueves 16 de junio. Horario: 16,00-16,30 h. (30 min.)
- **CÓMO LOCALIZAR EL FACTOR DE IMPACTO**
Martes 21 de junio. Horario: 9,00-9,30 h. (30 min.)
- **CÓMO EMPEZAR A TRABAJAR CON EL GESTOR BIBLIOGRÁFICO ZOTERO**
Miércoles 29 de junio. Horario: 16,00-16,30 h. (30 min.)

Le ruego le de la difusión oportuna entre los profesionales de su servicio. Un cordial saludo,

José Manuel Estrada Lorenzo
Biblioteca Hospital Universitario 12 de Octubre
Avda. Córdoba, km. 5,400. 28041 Madrid
+34 91 390 85 51
e-mail: estrada.jm@h12o.es

Conferencias AGCPSPM – 2º trimestre 2016 (Salón Actos Edificio Materno infantil H.U. 12 de Octubre)

Conferencias

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital 12 de Octubre
20 de abril, 18 de mayo y 15 de junio de 2016

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN PROVISIONAL	
Pendiente de la aprobación del Plan de Formación Continuada 2016	
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: ☐ Pregrado ☐ Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
La solicitud deberá ser enviada por email a la Dirección General de Formación, Investigación e Infraestructuras Sanitarias a curso.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 e indexados en un fichero, perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuyo titular es gestor de las actividades de participación del alumnado en las actividades de formación y gestión de recursos de la Dirección General. Dichos ficheros se hallan sujetos 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 medidas previstas en la Ley 33/2010, reguladora del Fichero de la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo en C/ Arzobispo, 25 – 28013 – 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.

Curso acreditado con 0,8 créditos por 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. 2ª ed

20 de abril, 18 de mayo y 15 de junio de 2016

Hospital Universitario 12 de Octubre

SaludMadrid

Servicio Madrileño de Salud

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

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: 20 de abril, 18 de mayo y 15 de junio de 2016 de 13:30 a 15:00 horas

Fecha límite de inscripción: 6 de abril 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.
curso.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org
Teléfonos: 914265456 / 915290599

Programa y profesorado:

20 de abril

Las tareas del equipo de salud mental en la interconsulta de un hospital infantil. La experiencia en el Hospital Universitario de La Paz. **Margarita Acami Pertejo.** Psiquiatra de UIH Hospital La Paz

18 de mayo

Saxa loquuntur. Las piedras hablan. Los síntomas también. **José Luis Lledó Sandoval.** Psiquiatra, psicoanalista. Presidente de FEAP

15 de junio

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

Coordinación:

Ángeles Castro Masó. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia. AGCPSPM 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>

IV Jornada de Gestores en Enfermería de Salud Mental (21 Abril 2016 - H.U. Puerta de Hierro)

IV Encuentro de Gestores de Enfermería de Salud Mental 21 de abril 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: ☐ Pregrado ☐ Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
Este boletín cumplimentado deberá ser enviada por email a cursose.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org	
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	



Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, para realizar las actividades de participación de alumnos en las actividades de formación y gestión de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero se incluirá en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (anexo) y podrá ser objeto de los controles previstos en la Ley 55 sobre responsabilidad de ficheros de la Dirección General de Investigación, Promoción e Infraestructuras Sanitarias, y la dirección podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el sistema de CI Admisión, 20 - 2013 - Madrid, todo lo cual se informará 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)

IV Encuentro de Gestores de Enfermería de Salud Mental 21 de abril de 2016

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

SaludMadrid Comunidad de Madrid

Servicio Madrileño de Salud Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

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

IV Encuentro de Gestores de Enfermería de Salud Mental

Dirigido a:

Directores, supervisores y coordinadores de Enfermería. Personal de Enfermería de Salud Mental.

Objetivos:

- Compartir experiencias innovadoras de gestión en el ámbito de la Salud Mental
- Exponer las experiencias de gestión de Enfermería en Salud Mental de los distintos ámbitos de trabajo.

Metodología: Participativa, panel, exposición de ponencias, debates.

Duración: 6 horas.

Número de plazas: 300

Fechas y horarios: 21 de abril de 2016. De 9:00 a 15:00 horas.

Lugar de celebración: Hospital Universitario Puerta de Hierro. Salón de Actos. C/ Manuel de Falla, 1. Majadahonda (Madrid).

Fecha límite de inscripción: 7 de abril de 2016

Comité Organizador:

Presidenta: Dña. Almudena Santano Magariño. Directora de Enfermería Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH)

-Secretaría: Dña. Mercedes Crespo Moyano Supervisora de Unidad Psiquiatría y HDP.HUPH. Enfermera especialista en Salud.Mental.
D. Manuel Revuelta Zamorano. Supervisor de Formación continuada HUPH.

D. Pedro Fernández de Velasco. Supervisor enfermería C. S. Juan de Dios. Enfermero especialista en Salud Mental.

D. Raúl Orgaz Morales. Supervisor CA Benito Menni. Enfermero especialista en Salud Mental

Coordinación:

Dña. Pilar Caminero Luna. Coordinadora de Enfermería de la Oficina Regional de Salud Mental. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

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

Programa

9:00h. Acto inaugural

09,30h. CONFERENCIA INAUGURAL: Dña. Cristina Cuevas Santos, Jefa del Servicio de Enfermería. Mº Educación, Cultura y Deporte.

10:00 PANEL: Prescripción enfermera. Especialidad en Salud mental. ¿Dónde generalistas, dónde especialistas?

CONFERENCIA: *Especialidad, programa, Unidades docentes multidisciplinarias.* Dña. Encarnación Betolaza López de Gamiz. Directora de la Escuela Universitaria de enfermería Vitoria-Gasteiz

Moderador: D. Pablo Plaza Zamora. Director de Enfermería C. San Juan de Dios

⇨ **Ponente 1:** *Prescripción enfermera.* Dña. Carmen Sellán Soto. Profesora. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

⇨ **Ponente 2:** *Categoría y catalogación en la gestión de enfermería de Salud Mental.* Dña. Nieves Hernández Cuadra. Directora de Enfermería. H. Dr. R. Lafora.

11:30h. Descanso

12h. MESA 2 de Comunicaciones: Innovación en la Gestión de Casos/ Continuidad de cuidados

Moderador: Dña. Mercedes Peña Granger. Jefe de Unidad de Enfermería HU. Gregorio Marañón. Enfermera especialista en Salud Mental.

⇨ **Comunicación 1:** *Experiencia Residencia de Discapacidad de Arroyomolinos (RDIA).* D. Pedro Lucena Campillo. Supervisor de Enfermería en el Área de personas con Discapacidad Intelectual.

⇨ **Comunicación 2:** *Resultados del Modelo EFQM en Salud Mental.* D. José Romo Villa. Gestor de casos HU. Gregorio Marañón

⇨ **Comunicación 3:** *Gestión de recursos en personas con TMG en situación de calle.* D. Fernando Martín Fernández. Hospital Universitario La Paz.

13,30 Conclusiones. Dña. Pilar Caminero Luna. Coordinadora Enfermería.

14:h. CLAUSURA: Dña. Lourdes Martínez Muñoz. Gerente de Cuidados. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Inscripciones:

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación. cursose.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos: 914265456 / 915290599

I Jornada de Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación de la Comunidad de Madrid (21 Abril 2016)

1ª Jornada de unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación (UHTR) de la Comunidad de Madrid 27 de mayo de 2016

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN PROVISIONAL	
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: ☐ Pregrado ☐ Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
Este boletín cumplimentado deberá ser enviada por email a cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org	
*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	



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 actividades de participación del alumno en las actividades de formación y recibir la información de la misma formada por la Dirección General. Dicho fichero se halla incluido en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) y podrá ser objeto de las acciones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación, Formación e Innovación Tecnológica. Si se desea conocer el tratamiento podrá acudir los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo en C/ Atocha, 28 – 28012 – 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.

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

1ª Jornada de unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación (UHTR) de la Comunidad de Madrid

27 de mayo de 2016

Instituto Psiquiátrico José Germain
Servicios de Salud Mental
Comunidad de Madrid

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

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

1ª Jornada de unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación (UHTR) de la Comunidad de Madrid

Dirigido a: Profesionales de la Red de Salud Mental y de Rehabilitación de la Comunidad de Madrid. Este será el primer criterio de inclusión. El segundo será el orden de envío de la solicitud de la inscripción.

Objetivo general:

Dar a conocer el funcionamiento de las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) de la Comunidad de Madrid, así como la relación de estos dispositivos con los programas de continuidad de cuidados y de rehabilitación de la red asistencial de la Comunidad de Madrid.

Debatir sobre los temas que más preocupan a los profesionales que trabajan en estas unidades, pretendiendo profundizar en las novedades y dar una visión unificada asistencial a los diferentes retos que surgen en las mismas.

Objetivos específicos:

Poner en conocimiento temas y problemas comunes que surgen en la práctica asistencial entre los profesionales de estas unidades y los de los programas de continuidad de cuidados, en la búsqueda de una optimización de las mismas.

Conocer y debatir sobre el papel de los programas de continuidad de cuidados de los servicios de salud mental en su vinculación con estas unidades: derivación e ingreso e los pacientes a las UHTR; coordinación y alta de los pacientes.

Conocer el abordaje de los pacientes con elevada complejidad en estas unidades: tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastorno dual; tratamiento y rehabilitación de trastornos de personalidad.

Metodología:

La metodología se basará en el modelo de experto y ponentes. La mesa estará a cargo de un moderador que hará la presentación del experto, y controlará los tiempos. El profesional experto en el tema a tratar hace su exposición. Luego, los ponentes presentan información relevante de las UHTR y Programas de Continuidad de Cuidados relacionados con la ponencia anterior. A continuación se abrirá un debate con los asistentes a las jornadas y los ponentes formulando preguntas y planteando cuestiones.

Duración: 6 horas.

Número de plazas: 120

Fechas y horario: viernes 27 de mayo de 2016, de 9 a 15 horas.

Lugar de celebración: Aula de docencia del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Calle Luna, 1. 28911 Leganés

Fecha límite de inscripción: 13 de mayo de 2016

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos: 914265456 / 915290599

Programa y profesorado:

9:00 – 09:15 Inauguración de la jornada. Bienvenida del Director Gerente, Álvaro Rivera Villaverde y otras autoridades de la Consejería de Sanidad. (Entrega de material)

1ª mesa Continuidad de Cuidados. Francisco del Olmo Romero-Nieva (moderador) Psiquiatra. Director del Área de Salud Mental de las Hermanas Hospitalarias.

9:15 – 10:00 Programa de Continuidad de Cuidados. Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra. Jefe de los SSM del distrito de Tetuán.

10:00 – 10:20 Derivación e ingreso. Proceso de entrada de pacientes en las UHTR. Sonsoles González Coloma (1er ponente) Psiquiatra. Coordinadora de la UHTR de CABM Ciempozuelos (Hermanas Hospitalarias).

10:20 – 10:40 Coordinación y alta. Proceso de salida de pacientes de las UHTR Isabel Oñoro Carrascal (2ª ponente). Psicóloga Clínica. Responsable de la atención del área de psicología clínica en UHTR del Hospital San Juan de Dios de Ciempozuelos.

10:40 – 11:30 Discusión y debate.

11:30 – 12:00 Café.

2ª mesa. Pacientes con peculiaridades Lorenzo Chamorro García (Moderador) Psiquiatra. Director médico del Hospital San Juan de Dios de Ciempozuelos.

12:00 – 12:45 Pacientes con Patología Dual Trastornos de la Personalidad. Raquel Rebolledo. Psiquiatra. Responsable de la Unidad de Patología Dual de Madrid en la Clínica Nuestra Sra. de la Paz.

12:45 – 13:05 Patología Dual en las UHTR. Ananías Pastor Martínez (1er ponente) Psicólogo Clínico. Coordinador de los Dispositivos de Tratamiento y Rehabilitación del Instituto Psiquiátrico José Germain.

13:05 – 13:25 Trastornos de la Personalidad en las UHTR. Ana Belén López Catalán (2ª ponente) Psiquiatra. Coordinadora de UHTR de Clínica S. Miguel (Hermanas Hospitalarias).

13:25 – 14:15 Discusión y debate.

14:15 – 15:00 Conclusiones y cierre de la jornada.

Coordinación:

Ananías Pastor Martínez. Ana Belén López Catalán. Francisco del Olmo Romero-Nieva. Isabel Oñoro Carrascal, Lorenzo Chamorro García, Sonsoles González Coloma de la Mata y Rafael Jiménez Rico.

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

Inscripciones:

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

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: ☐ Pregrado ☐ Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
Este boletín cumplimentado deberá ser enviada por email a formacion.hpma@salud.madrid.org	
-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	



Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuyo fin será gestionar las solicitudes de participación del alumnado en las actividades de formación y recibir la citada de la misma. Dicho fichero se halla sujeta en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (artículo 17) y podrá ser objeto de los controles previstos en la Ley. El responsable del fichero es el Director General de Investigación, Formación e Infraestructuras. Cualquier interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo en C/ Azcona, 39 - 28013 - 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.

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
CONSULTA DE SALUD

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

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 Navio 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-Leganés.

Álvaro Bretón Santos. DUE IP José Germain-Leganés.

Alfonso del Olmo. TCAE IP José Germain-Leganés

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 Álvaro 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 Álvaro 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



*Estimados compañeros, el próximo mes de Mayo (27 y 28) tendrá lugar una nueva edición de la **Reunión Internacional de Actualización en Esquizofrenia** que, como muchos sabéis, organiza en Valladolid nuestro antiguo compañero, todavía muy vinculado con nosotros, **Vicente Molina**.*

Las reuniones anteriores han resultado enormemente interesantes, pues se centran en aspectos punteros relacionados con la enfermedad, tratados por los investigadores nacionales e internacionales que verdaderamente están trabajando en ello; y siempre en un marco de aforo limitado que permite verdadera interacción.

En esta ocasión, como siempre buscando ingredientes que nos permitan orientarnos en ese magma heterogéneo que seguimos llamando esquizofrenia, el tema base será el análisis de la conectividad anatómica y funcional, una herramienta de gran potencial para explorar la base de sus trastornos, con líneas de trabajo abiertas en nuestro centro.

En la reunión se abordarán de manera muy destacada aspectos fenomenológicos que pueden permitir superar las reducciones habituales del síndrome esquizofrénico a los síntomas y que pueden resultar verosímilmente de alteraciones de coordinación de las funciones corticales globales.

Parece una ocasión de actualizarse a considerar que, según nos indican, apoya sin influir Janssen, facilitando inscripciones.

Más información en:

<http://www.reunionesquizofreniavalladolid.es/>

*F. Javier Sanz Fuentenebro
Jefe del Centro de Salud Mental de Usera
Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital 12 de Octubre. Madrid*

Publicaciones ²

- Rubio G, Martínez-Gras I, Ponce G, Quinto R, Jurado R y Jiménez-Arriero MA. **Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo.** Adicciones. 2013; 25 (1): 37-44 ³.

Pdf en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/70/69>

- Castillo IM, Maestro G, Puerta S, Ostos F, Nava P y Losada P. **Clozapine-induced paralytic ileus.** Actas Esp Psiquiatr. 2016; 44 (1): 44-6.

Pdf en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/18/99/ESP/18-99-ESP-44-6-951886.pdf>

- Rodríguez-Jiménez R, Dompablo M, Bagney A, Santabárbara J, Aparicio AI, Torio I, Moreno-Ortega M, López-Antón R, Lobo A, Kern RS, Green MF, Jiménez-Arriero MA, Santos JL, Nuechterlein KH, Palomo T. **The MCCB impairment profile in a Spanish sample of patients with schizophrenia: effects of diagnosis, age, and gender on cognitive functioning.** Schizophr Res. 2015; 169 (1-3): 116-20.

Pdf en: [http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964\(15\)00483-1/pdf](http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(15)00483-1/pdf)

- Artaloytia JF. **Psicoanálisis y esquizofrenia, ¿una relación acabada?** Norte de Salud Mental. 2015; 53: 11-25.

Pdf en: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/836/830>

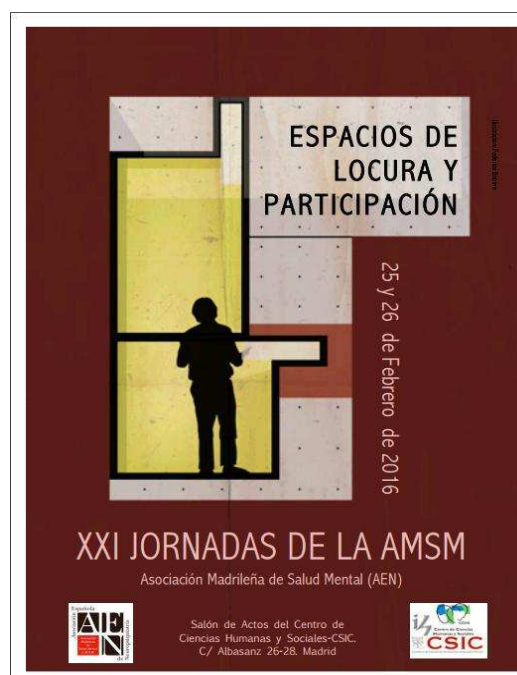
² Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan nuestra formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilicéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

³ A propósito de la sesión Clínica del AGCSM presentada el pasado 9/3/2016 por el Dr. Gabriel Rubio: “Programa Ayúdate-Ayúdanos. Colaboración con las Asociaciones de Ayuda Mutua para mejorar la abstinencia de los pacientes y la calidad de vida de sus familiares”.

“ESPACIOS DE LOCURA Y PARTICIPACIÓN”.

A propósito de las XXI Jornadas de la AMSM (Asociación Madrileña de Salud Mental)

Durante los días 25 y 26 de febrero la sede del CSIC acogió las vigésimoprimeras jornadas anuales de la AMSM. Hecho a destacar, y muy aplaudido por la concurrencia, el que esta edición estuviera por primera vez libre de cualquier patrocinio o apoyo financiero externo. A fin de asegurar la independencia de las jornadas las cuotas de inscripción oscilaron entre los 60 y los 140 euros, lo cual no impidió que el aforo se completase 15 días antes del evento.



1. Diálogo abierto en el abordaje de la psicosis.

Abrió la primera mesa la psicóloga finesa *Anni Haase*, para hablarnos del enfoque de “Open Dialogue” o Diálogo Abierto, con el que trabaja junto con su equipo en la localidad de *Tornio*, Finlandia.

Unas pinceladas de contexto nos trasladaron a una pequeña región al norte de su país, cubriendo un área sanitaria de unas 65.000 personas que viven relativamente dispersas (9 personas/km²) entre bosques y lagos. Supimos que su forma de trabajar es en la actualidad minoritaria, y que coexiste con la de otros servicios de salud mental equiparables al estándar habitual, con sus consultas ambulatorias, unidades de hospitalización, etc.

¿Cuál es el núcleo del Diálogo abierto? **Una forma de trabajar articulada en torno a una serie de valores.** No se basan en una teoría fundacional que los profesionales esgriman de forma dogmática. Más bien su modelo parte de una confluencia intuitiva de diferentes fuentes teóricas (sistémica, terapia narrativa, enfoque basado en necesidades...), fuentes que ha ido enriqueciendo una práctica clínica diaria muy condicionada por el entorno y por la necesidad de ser flexibles para poder estar verdaderamente disponibles. ¿En qué se traduce este modelo?

- Ayuda inmediata:** se atiende telefónicamente las 24h, y la persona que atiende la llamada concerta una cita dentro de las 24h siguientes. La persona que inicia el proceso lo dirige en adelante, otorgándose extrema importancia a la continuidad asistencial.
- (Ayuda) **Adaptada a las necesidades:** las cuales se asume que van a ser cambiantes. Se atiende con tanta frecuencia como se requiera. Se convoca a todas las personas relevantes para el caso. Toda la red social constituye un recurso terapéutico.
- Actitud psicoterapéutica** en todos los contextos, basada en un imperativo ético que les anima a “actuar siempre de tal forma que se incremente el número de opciones”.

Los valores, nuevamente, representan una **ética de máximos**, orientada a mantener el esfuerzo del profesional centrado en las necesidades de los usuarios, minimizando el riesgo de que la consabida inercia institucional lleve a intentar colmar en primer lugar las necesidades del sistema.

Eso no quiere decir, que **su famoso principio nº 1 “no se permite hablar sobre los pacientes o familiares cuando no estén presentes”** no admita matices prácticos. Esta autoexigencia intenta alimentar un clima de respeto por la autonomía de los usuarios, considerándose muy inapropiado planificar medidas o tomar decisiones clínicas en ausencia de los principales interesados.

En resumen: el Diálogo Abierto de Tornio representa un modelo de atención en crisis, en la comunidad y centrado en la necesidad de los sujetos. Según el mismo “todas las voces son importantes” y se intenta “hablar para aumentar el deseo de escuchar y escuchar para aumentar el deseo de hablar”.

Para ampliar, enlazamos [el documental de Daniel Mackler](#) acerca del Diálogo Abierto.

2. Experiencias de participación en salud mental. Derechos y emancipación.

La segunda mesa quiso ofrecer su propio espacio a los usuarios, a fin de incluir sus puntos de vista y sus voces en el conjunto del debate.

Por un lado, **Mª Dolores Romero**, presidenta del colectivo [En Primera Persona](#) defendió la participación activa y la visibilidad de los usuarios no como un hecho esporádico, ornamental, sino como parte del ejercicio de los propios derechos ciudadanos. Los grupos de apoyo mutuo o autoayuda, en este sentido representarían una herramienta de gran utilidad. Debido, no obstante, a las dificultades y retos que pueden plantearse durante la conformación de los grupos de usuarios, nos habló de algunas experiencias exitosas en las que se había contado con la ayuda inicial de un profesional en salud mental, que había guiado el proceso para luego retirarse una vez encauzadas las dinámicas grupales. Mencionó la posibilidad de que, en un futuro, esta facilitación de los grupos la pudieran ejercer usuarios formados a tal efecto (“*peer to peer*”), aunque siempre advirtiendo del riesgo de sustituir el “yo sé lo que tú necesitas” del profesional por idénticas palabras, procedentes esta vez de un igual ubicado en una pretendida posición de autoridad.

Martín Rodríguez, miembro del Proyecto Ícaro y director del [Arcadia Clubhouse de Sevilla](#), puso el dedo en la llaga a propósito de la participación de los usuarios: “¿participar... para qué?”. Articuló su punto de vista como “superviviente” y anarquista, haciendo una relectura de la locura como la posesión de “un don peligroso”, y como “la opción más sensata en una sociedad enferma”. Reivindicó, aportando su experiencia como coordinador de comunidades de apoyo mutuo, el valor del conocimiento adquirido en primera persona, la experiencia individual del usuario. Hizo hincapié en la importancia de dotar de sentido y de herramientas compatibles con los valores de la persona que sufre, enumerando los crecientes recursos disponibles en Internet (kit de apoyo a la locura, manuales para la discontinuación de psicofármacos...) y resumió su intervención en dos lemas al afirmar que “los amigos son la mejor medicina” y que “queremos narrativas que nos den esperanza”.

Vicente Ibáñez, psiquiatra y miembro del grupo de derechos humanos y salud mental del Plan Integral de SM Andaluz, expuso la [Guía de apoyo para la planificación de decisiones anticipadas en salud mental](#), un documento de 40 páginas dirigido a mejorar la toma de decisiones nuestro ámbito. El documento incluye toda una serie de recomendaciones prácticas a la hora de poner en marcha este tipo de medida. Apoya la información más técnica con varios ejemplos en forma de viñetas clínicas e incluye varios modelos estandarizados en sus anexos. Se señalaron las dificultades que con más frecuencia se habían encontrado en su elaboración planteándose la necesidad de llevar a cabo

actuaciones concretas: en primer lugar la legislación no contempla estas decisiones consensuadas con el paciente al mismo rango que unas voluntades anticipadas, por lo que serían necesarios cambios legislativos en esta línea. Por otra parte, la inclusión del documento elaborado con el paciente en los registros electrónicos (historia clínica de urgencias, por ejemplo) y el respeto a dichas decisiones por parte de otros profesionales que contactan con el paciente, son aspectos fundamentales para que el consenso no quede en papel mojado. Un aspecto primordial por ello consiste en la difusión a través de la docencia y la formación continuada de la existencia de estas herramientas.

3. Unidades de Hospitalización Breve.

Cuatro psiquiatras abordaron, en esta mesa, los retos cotidianos para el buen trato dentro de las unidades de hospitalización.

Déborah Ortiz (del HUPA) y **Esther Gómez** (H. Getafe) departieron acerca de la necesidad de generar un ambiente en la unidad que sea terapéutico en sí mismo. En su opinión, una herramienta especialmente útil para ello son los grupos diarios en los que pacientes y equipo abordan abiertamente los aspectos menos satisfactorios del ingreso. Esta práctica crea un espacio para la queja, posibilitando una mirada constructiva hacia problemas que, de otra forma, suelen quedar acallados por la dinámica de la unidad, apareciendo más tarde como emergentes. Expusieron así mismo las que consideran las principales dificultades que obstaculizan el buen desempeño en las UHB: la elevada rotación del personal, la falta de especialización en parte del equipo, así como la arbitrariedad y rigidez normativas.

Ignacio García (HGUGM) nos habló del programa ATTICO, una de tantas innovaciones asistenciales destinadas a servir de solución de compromiso entre los ingresos excesivamente prolongados en UHB y el riesgo de inasistencia al CSM. A pesar del tono desapasionado y técnico de la ponencia, la tensión aumentó notablemente cuando varios usuarios abandonaron la sala como gesto de protesta en el momento en que se hablaba del papel de la inmovilización terapéutica.

De la erudita charla de **Víctor Ribelles** destacó su elocuente descripción de lo que definió como *“el presupuesto ideológico que choca con las contradicciones inherentes a la profesión”*. Con fina ironía, sin duda inspirada por [uno de los más famosos y corrosivos ensayos de Jay Haley](#), consiguió dibujar medias sonrisas en los profesionales que reconocieron la presencia de la tragicomedia en su labor habitual, al tiempo que indignó a algunos de los usuarios allí presentes, quizás por no aclarar suficientemente que describir no es lo mismo que prescribir, y quién sabe si por no citar a Haley.

El debate que se abrió posteriormente fue uno de los más intensos que se recuerdan en las jornadas, especialmente por el rechazo abierto de buena parte del público a las medidas coercitivas en salud mental. También surgieron interesantes reflexiones acerca de la necesidad de abordar en profundidad el tema de la disputa por el poder, no solo entre profesionales y usuarios, sino dentro de cada colectivo.

4. La psicosis como continuum o como algo diferente.

A fin de no alargar en exceso este resumen no abundaremos en las comunicaciones libres que abrieron la segunda de las jornadas. Pasamos directamente a la intervención de Jim van Os, quien expuso sus reflexiones en torno a las psicosis en un español muy meritorio y que todos agradecemos. Se centró en la obsolescencia del término “esquizofrenia.” Habló de los preconceptos y los heurísticos (atajos cognitivos) que muchas veces empleamos en nuestro trabajo sin plantearnos verdaderamente

su consistencia (Garb H, 2013). A través de datos epidemiológicos y genéticos fue sentando su tesis: el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos sería parte de la condición humana. La característica clave en las psicosis podría ser denominada “*hypermeaning*”, o atribución aberrante de sentido/relevancia. Esta se podría conceptualizar como una dimensión transdiagnóstica, de forma similar a cómo la dimensión Psicoticismo se encuentra presente entre los “cinco grandes” del modelo de personalidad de Eysenk. Esta continuidad fenomenológica de las psicosis, desde las experiencias más cotidianas a las menos frecuentes, lo que nos situaría es ante la siguiente división, ya no exclusivamente fenomenológica: quién necesita o no necesita cuidados en un momento dado. Frente al pesimismo implícito en muchos de nuestros preconceptos (ej: esquizofrenia = mal pronóstico), un abordaje basado en las necesidades del paciente y abierto a las diferentes presentaciones sindrómicas sería mucho más beneficioso a largo plazo. Para finalizar su intervención planteó la siguiente pregunta: si el diagnóstico de esquizofrenia presenta una débil correlación con un set homogéneo de síntomas (*las esquizofrenias*), una débil correlación con las necesidades expresadas por cada paciente, así como una baja correlación con el pronóstico, ¿por qué se sigue usando?

5. Recuperación y Neoliberalismo.

El broche de las jornadas lo puso [el sociólogo César Rendueles](#) (efectivamente, hijo del conocido psiquiatra asturiano), quien comenzó compartiendo con los asistentes el caso de [la localidad estadounidense de Roseto](#), de raíces italianas. Fue la primera vez que los sociólogos dispusieron de evidencia empírica de algo poco a poco vamos incorporando: “el poder benéfico de los vínculos sociales”. Lamentablemente el reverso de esta experiencia está a la orden del día, y es que no hay más que observar nuestro actual modelo de funcionamiento social tras veinte años de políticas neoliberales. Éstas habrían favorecido una progresiva atomización social, dando pie a una convivencia altamente individualista, con nichos crecientes de desigualdad relativa en aras del mérito, todo lo cual parece orientado a la consecución de rentas para acceder a bienes de consumo. Tras años de desarrollar modelos matemáticos que dibujaban un homo oeconomicus que parecía encajar únicamente en las fantasías de los estudiantes de economía y ciencias empresariales, surge ahora abundante información que nos habla de la protomoral de los primates, en la que ya se observan sesgos igualitarios (Frans de Waal), así como numerosos registros antropológicos de diferentes culturas que siempre han alentado diferentes estrategias de neutralización de los fanfarrones o los ambiciosos en aras de la paz social. Alentó así mismo un altruismo consciente, pragmático no para uno sino para todos los demás, pues “el lenguaje de la emancipación no es el de los derechos, sino el de los deberes”. Y quizás no esté de más obligarnos a cuidar un poco más de los demás. Vale la pena sin duda revisar el video de su ponencia, una intervención que fue capaz de aliviar muchas de las tensiones acumuladas a lo largo de dos días muy intensos.

Finalizaron las jornadas y muchos nos marchamos doloridos pero satisfechos, como quien se lleva las agujetas después de un ejercicio extenuante. Sabiendo que, pasadas unas semanas, habremos ganado en tolerancia, en flexibilidad. Y acaso nos indignaremos un poco más ante aquellas cosas que, a fuerza de rutina, habíamos olvidado.

Aquí se enlaza al [resumen](#) elaborado desde la AMSM.

Aquí el [canal de Youtube](#) de la Asociación, al que irán subiendo las intervenciones en video.

José Camilo Vázquez Caubet
Médico Psiquiatra
Miembro de la AEN/AMSM

• **Feed-back PIR C.H.U. Insular – Materno infantil de Las Palmas): Programa de Alcohol AGCPsm, Septiembre a Diciembre 2015**

Buenas tardes, me dispongo a contestarle punto por punto.

- información previa a su solicitud sobre nuestro servicio: La información fue apropiada y me facilitó hacerme una idea de las tareas a desempeñar y del modo de operar.

- tramitación de la solicitud: Respondisteis a mi solicitud rápidamente con mucha facilidad.

- estancia formativa realizada en el dispositivo / programa elegido (**Programa de Alcohol**): La estancia fue muy gratificante tanto a nivel profesional como personal, con diferentes tareas a realizar: Interconsulta, terapia grupal y evaluación.

- actividades docentes en las que participó de mayor interés para Ud.: Los seminarios sobre casos complicados y sobre psicodrama impartidos por el psicólogo Juan José Belloso.

- aspectos positivos / negativos que valora de su estancia: Los positivos son el trato tan cariñoso y respetuoso que recibí por parte del equipo desde el primer momento, el aprendizaje de diferentes formas de trabajar en el ámbito del alcoholismo sobre todo las terapias grupales y que me hayan derivado responsabilidad de forma progresiva, incluso facilitando la realización de cursos de Risoterapia con los que he disfrutado muchísimo.

Lo negativo es que no había ningún psicólogo que trabajase en el programa y no se realizaba psicoterapia familiar.

- propuestas de mejora para futuras rotaciones de otros residentes como Ud. Facilitar la cesión de casos para psicoterapia individual y familiar desde el principio de la rotación.

*Emilio Pozo Sáez-López
PIR Psicología Clínica
C.H.U. Insular - Materno infantil
Las Palmas De Gran Canaria*

• *Feed-back* PIR UDMSM Centro San Juan de Dios: Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil – CSM Carabanchel-Usera, Octubre 2015 a Febrero 2016

Tal y como se me ha solicitado desde la UDMSM, paso a comentar la valoración de mi estancia en el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil:

- Respecto a la información previa sobre el servicio, comentar que no tenía conocimiento de la web AGCPSM. Sí que conocía el servicio porque la UDM de San Juan de Dios de Ciempozuelos a la que yo pertenezco es unidad docente asociada a la UDM del 12 de Octubre. También porque coincidí con residentes del 12 de Octubre en rotaciones anteriores y me informaron sobre el servicio y los distintos profesionales que trabajan en él.

- La tramitación de la rotación fue muy rápida y no tuve ningún problema. En este sentido tengo que agradecer tanto al Dr. Vega como al Servicio de Infanto-Juvenil el que se me concediera la rotación a pesar de haber informado con tan poco tiempo de mi interés en la misma.

- Valoro de forma muy positiva la estancia en este programa. He tenido una acogida excelente, tanto por los tutores de rotación (Diego Padilla y Clara Gómez), como por el resto del equipo quienes me han integrado en todas sus actividades clínicas, de coordinación y docentes. He recibido supervisión semanal respecto a los casos que he llevado y no he tenido ningún problema a la hora de consultar dudas y resolver dificultades. Creo que la formación recibida en este programa ha sido muy satisfactoria.

- Dentro de todas las actividades docentes en las que he participado creo que la más interesante para mí ha sido la exposición de casos clínicos difíciles (Juan José Belloso) que se hace una vez al mes sólo para los PIR. Me parece una oportunidad excelente el poder compartir con un adjunto y con el resto de compañeros dudas respecto a casos clínicos complicados y poder reflexionar en conjunto sobre el abordaje de estos pacientes.

- Los aspectos más positivos para mí han sido la buena acogida del equipo y la profesionalidad de los adjuntos con los que he rotado. Como aspectos a mejorar, comentar que me hubiera gustado haber hecho seguimiento de un mayor número de pacientes. Entiendo que esto es complicado ya que las rotaciones externas son de cuatro meses y, además, en mi caso estuvieron por medio las vacaciones de Navidad. También comentar que me hubiera gustado asistir a alguna terapia grupal lo que no ha sido posible ya que ésta pertenecía a la unidad de psicoterapia.

- Como propuesta de mejora insistir en el tema de poder ver un mayor número de pacientes y poder acudir a todas las terapias grupales siempre que esto sea posible.

*Mónica Quesada Laborda
PIR Psicología Clínica
UDMSM Centro San Juan de Dios
Ciempozuelos (Madrid)*

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA ROTACIÓN. BALANCE PERSONAL

Me gustaría empezar esta valoración personal y experiencial de la rotación recordando a algunos pacientes que sin lugar a dudas han formado parte de mis mayores dudas e inseguridades tanto a nivel personal como profesional. Durante el grupo de Cáncer de Mamá una de las pacientes falleció, habiendo asistido días antes al grupo, expresando su deseo de vivir y recomponerse de la enfermedad. Fue sin duda uno de esos momentos donde te alegras de ser residente y poder afrontar ese momento con una Psicóloga Clínica y tus compañeras, teniendo en cuenta en todo momento que era necesario dar esta noticia en el grupo. Siguiendo con mi periodo rotando en Interconsulta- Enlace destacaría la oportunidad de poder aprender de pacientes con ELA, unidad que aunque existe en mi hospital no había conocido tan de cerca, creo que por el propio miedo personal a enfrentarme a una enfermedad tan cruel como son todas las enfermedades degenerativas que se diagnostican a una edad similar a la que yo tengo. Siguiendo en esta línea, mencionar también lo duro que se hace en muchos momentos dar malas noticias a los pacientes y sus familiares, destacando los casos de diagnóstico oncológico e imposibilidad de realizar un trasplante, siendo consciente que le estas comunicando a una persona que le queda por delante un corto espacio de vida. Respecto al programa de Duelo Perinatal comentar lo difícil que ha sido conocer historias tan difíciles, donde unos padres (algunos de los cuales ya se habían enfrentado a pérdidas previas) no dejan de luchar por aferrarse a la vida de su hijo, en este sentido vuelvo a identificarme por el propio miedo personal a ser madre en un futuro y pueda ocurrirme algo similar a mi o personas queridas. Por mi mente se pasa ahora en estos momentos también el caso de una chica gitana donde estaba presente un importante componente cultural que la impedía poder reconocer su deseo de abortar y expresaba somáticamente su rechazo a dicho embarazo.

He de reconocermé a mí misma que en un primer momento cuando solicite la rotación en esta Unidad de Psicoterapia desconocía que estaba ligada a Interconsulta- Enlace, dando por hecho que funcionaría en horario de mañana como se lleva a cabo en la UP de mi hospital. Meses previos a empezar en este hospital conocí en unas Jornadas de Grupo Análisis a una de las residentes de aquí y fue con ella con quien comprendí la realidad de donde iba a rotar. En esos meses previos se me vinieron muchas dudas encima, llegando incluso a plantearme anular la rotación y proseguir tres meses más rotando en el CSM Infantil donde me encontraba. Me parecían horarios muy exigentes y sentía que no me apetecía rotar 3 meses en Interconsulta- Enlace cuando ya había realizado esta rotación en mi hospital. El mes de Enero fue especialmente complicado para mí, me incorporé al Doce Octubre tras estar de vacaciones todas las navidades, era un sitio nuevo, con un funcionamiento mucho más exigente y estructurado que lo que yo estaba acostumbrada en mi hospital. Fueron los horarios, el desplazamiento hasta allí (1hora) y sobretodo el ritmo tan exigente que conlleva la Interconsulta. Sin embargo poco a poco fui acostumbrándome a ese ritmo, a ver las ventajas de la organización, y sobretodo el tener la posibilidad de ver trabajar a una Psicóloga Clínica de verdad en la Interconsulta, con la profesionalidad y la experiencia de la persona con quien tuve la suerte fuese mi tutora. Me gusta la defensa de la especialidad del Psicólogo Clínico dentro de un hospital, y sobretodo el cuidado al residente, no utilizarlo como mano de obra barata como sucede en muchos otros sitios. Al acabar mi rotación allí a finales de febrero no me quería ir, sabía que iba a echar de menos a Ana y mis compañeras (Carolina, Inés, Alba) y me costaba realizar otro cambio, teniendo en cuenta también que estaba a las puertas de acabar la residencia y el cansancio que eso conlleva ligado a la necesidad de estabilidad.

Por casualidad, meses previos a mi incorporación conocí a Juanjo en mi hospital donde vino a contarnos el funcionamiento de la UTH y del Programa de Primeros Episodios Psicóticos. Recuerdo que realizamos un ejercicio de Psicodrama que me ayudo a cerrar otro ejercicio que había realizado casualmente en las Jornadas de Grupo Análisis anteriormente comentadas. Me encantó y quería intentar la posibilidad de poder conocer más a fondo el funcionamiento de la unidad durante mi estancia en el hospital, así que se lo solicite vía correo electrónico a mi tutora. Me alegre mucho cuando empecé en el hospital y se me comunicó que podía bajar allí a finales de febrero. Me ha encantado ver trabajar a un Psicólogo Clínico con pacientes de Trastorno Mental Grave. Desafortunadamente en mi hospital no existe

esta figura y cuando realice mi rotación en Agudos estuve pasando consulta con los psiquiatras de allí, donde tan solo una de ellas en ese momento tenía formación psicoterapéutica. Desde hace dos años realizo guardias en Psiquiatría en mi hospital, siendo un intento de que los psicólogos clínicos residentes no nos desenganchásemos de este perfil de pacientes, sin embargo ni por asomo se consiguió el objetivo propuesto ya que en Urgencias es donde menor cabida tiene un Psicólogo Clínico desde mi punto de vista. Sin embargo aquí he tenido la oportunidad de ver un trabajo bien hecho de verdad, con una persona experta en el área, con un acercamiento genuino al paciente y donde el sentido del humor me parece esencial. He aprendido mucho de Psi coeducación "bien hecha" y Psicodrama, siendo ésta última una formación que en un futuro planteo realizar. El primer día que lleve el grupo de la planta me angustie bastante, supongo que es lo normal ya que nunca antes había llevado yo sola un grupo de estas características. Durante los grupos de la UTH me he emocionado, conectado con muchos aspectos personales (miedos, duelos, obstáculos...). Destacaría varios ejercicios, pero fundamente "La Carta Autocompasión" dirigido por Ángela con quien ha sido muy fácil realizar esta rotación. De los dirigidos por el propio Juanjo me quedaría con "El camino de obstáculos y metas"; "¿Que le regalarías a cada uno de tus compañeros?". Me gustó mucho poder realizar una salida terapéutica con los pacientes, lo cual me conecto con mi experiencia de voluntariado en Rehabilitación Psicosocial durante la facultad.

Sobre la docencia comentar que la primera parte más encaminada a Pires y dirigida por profesionales de la Unidad de Psicoterapia me ha parecido excelente. He rememorado con Jesús esas clases de mi adorado Hugo Bleichmar quien nos enseñaba a raíz de videos de casos clínicos. Sin embargo y siendo sincera algunas de las sesiones de área me han parecido excesivamente biologicistas y muy centradas en el conocimiento académico. Me perdí una de las más interesantes según me comentaron mis compañeros posteriormente, la de Beatriz Rodríguez Vega, coordinadora de la UP de mi hospital. Me hubiese gustado escucharla ya que siempre es un placer y un pozo de sabiduría sin embargo en esos momentos me encontraba realizando una entrevista de trabajo que ha cambiado mi futuro profesional.

Me ha gustado poder profundizar en Psicoanálisis y Psicodrama ya que sin duda conectan con mi manera de entender la Psicoterapia y se ponen en relación con la elección de mi propia terapia personal que empecé de R1. El salir estos meses de mi hospital y encontrarme con este modelo de trabajo, con los profesionales con los que he trabajado y mis compañeras (externas y del propio hospital) me ha hecho resurgir una motivación por la profesión que en muchos momentos durante la residencia se ha ido desdibujando. En este hospital me he sentido apreciada, valorada y reconocida tanto en lo personal como en lo profesional y en muchos instantes se me ha pasado esta frase por la cabeza "*Muchas veces tienes que salir de tu casa para que te reconozcan*". Considero que esta Unidad de Psicoterapia está orientada a pires mientras que la de mi hospital lo es más para mires.

Para concluir señalar lo importante que ha sido para mí compartir con Ana, Jesús, Juanjo, Carolina, Inés, Alba, Esther... el final de mi residencia como Psicóloga Clínica, donde sin duda me he convertido en Adjunta, y salgo de aquí con un contrato como Psicóloga Clínica para el día siguiente de acabar mi residencia en la Paz. La última semana ha sido especialmente confusa ya que me estaba despidiendo del Doce Octubre, al mismo tiempo que fui a organizar mi agenda como adjunta, tenía que acabar al mismo tiempo que estaba empezando un nuevo proyecto. Ahora vuelvo a mi hospital, pero vuelvo de una manera diferente, mucho más segura y con el futuro más decidido. Vuelvo un mes para despedirme, para hacer balance de estos cuatro años donde he crecido personal y profesionalmente.

*Nuria García Barbacil
PIR Psicología Clínica
H.U. La Paz (Madrid)*

**PSICOONCOLOGÍA:
A PROPÓSITO DE UNA ROTACIÓN EN EL
INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA**

Hospital Duran i Reynals (L'Hospitalet de Llobregat)
y Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

Angela Concepción Vargas Villate (PIR Psicología Clínica)

Rotación externa: **Junio – Octubre 2015**

Breve introducción histórica de la Psicooncología

Echando siglos la vista atrás, la labor fundamental de la medicina, y por tanto de aquellos que la ejercían, era prolongar la vida (biológica) del enfermo. Pero ya, en el S.XIX, dos médicos franceses, Berad y Gubles formularon el papel que en aquel entonces ésta iba adquiriendo: *“Curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre”*.

Frente a una perspectiva o modelo biomédico, en 1977, un psiquiatra norteamericano, George Engel, postula un modelo biopsicosocial de enfermedad. En éste se reconoce que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. Extrapolando esto a la individualidad del ser humano y paciente, todos sus componentes quedarían afectados, requiriendo, por ello, una atención de forma integral. De este modo la enfermedad generaría síntomas físicos como el dolor; síntomas emocionales como el miedo, la ansiedad, la depresión; necesidades espirituales, como el sentimiento de culpa, perdón y demandas sociales como consideración y no abandono.

Afortunadamente, la especialidad de la oncología ha sido una abanderada de dicho modelo biopsicosocial, circunscribiéndose los aspectos psicológicos, al área de la Psicooncología.

Ésta, la Psicooncología, nace en los años 50, y los primeros referentes que se tienen se sitúan en EEUU. El primer referente se origina en la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) dirigida por el psiquiatra A. Sutherland. En los años 70, otra psiquiatra, J.C. Holland comienza a dirigir dicho servicio, y gracias a su labor, la psicooncología va adquiriendo cada vez mayor reconocimiento dentro del acercamiento integral del paciente oncológico. En 1998, desde la AFCOS (American Federation of Clinical Oncologic Societies) se establece la necesidad de un equipo multidisciplinar de atención al paciente con cáncer que incluye los servicios psicosociales y los cuidados paliativos.

Todo este trabajo realizado en EEUU se traslada a España en los años 80 y las Universidades de Valencia, Zaragoza y la Autónoma de Barcelona comienzan a interesarse por la problemática emocional asociada al cáncer.

La primera Unidad de psicooncología creada en España, consta de 1996, en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, por la Psicóloga Clínica, Dra. Die Trill, a la que siguió la Unidad de psicooncología del Instituto Catalán de Oncología (ICO) de Barcelona, dirigida por el Psicólogo Clínico, el Dr. Gil Moncayo desde septiembre de 1998.

Como se señaló anteriormente, la psicooncología podría considerarse como un área de capacitación específica dentro de la Psicología Clínica y la psiquiatría, siendo los profesionales de la Salud Mental los que han impulsado el desarrollo de esta disciplina. Dichas unidades surgen de la necesidad de atender las demandas de atención psicológicas solicitadas desde los equipos de oncología como un servicio asistencial más dentro del modelo integral.

La Dra. Holland define 2 áreas básicas de interés para la psicooncología: la valoración de la respuesta emocional del paciente y de sus familiares ante la enfermedad (área psicosocial), y el estudio de factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden influir en la morbilidad del cáncer (área psicobiológica)

Descripción del Instituto Catalán de Oncología (ICO)

El ICO está formado por 4 centros:

- El ICO de L'Hospitalet de Llobregat, ubicado en el Hospital Duran i Reynals, que trabaja junto con el Hospital Universitario de Bellvitge
- El ICO de Girona, que trabaja junto con el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta
- El ICO de Badalona, que trabaja junto con el Hospital Universitario Hermanos Trias i Pujol
- El ICO de Tarragona i Terres d'Ebre, que trabaja junto con el Hospital Joan XXIII y el Hospital Verge de la Cinta.

Actualmente, el ICO es el centro oncológico de referencia para el 40% de la población adulta catalana.



ICO L'Hospitalet (Centro de Rotación Externa)

En el año 1996 el ICO L'Hospitalet inició su actividad en el Hospital Duran i Reynals, como centro asistencial de referencia para el tratamiento del cáncer. Trabaja conjuntamente con el H. U. Bellvitge, y además cuenta con una red de colaboración con 7 hospitales comarcales.

Desde su creación, y con el objetivo de mejorar la eficacia de la atención y el confort para el paciente se implantaron las unidades funcionales de atención oncológica. Se trata de una estructura organizativa fundamentada en la valoración inicial del enfermo por parte de equipos interdisciplinarios especializados en cada tipo de cáncer. En estas unidades, los especialistas comparten espacio durante las visitas. En la actualidad, existen 10 unidades funcionales: Mama, pulmón, ginecología, tumores óseos y sarcomas, neurooncología, cabeza y cuello, próstata, colorrectal, linfomas y tumores esofagogástricos. La implantación de estas unidades ha dado como resultado la facilitación de un diagnóstico rápido y meticuloso, una mejora significativa en las interacciones diagnóstico-tratamiento, un impacto positivo en la supervivencia de los pacientes y la posibilidad de ofrecer al paciente y a su familia una atención global y más personalizada.

Centrándonos en la atención psicológica, la Unidad de Psicooncología realiza atención psicológica individual a pacientes y familiares. También coordina el comité psicosocial y realiza psicoterapia de grupo a pacientes con cáncer. Asimismo lleva a cabo una serie de actividades docentes y de investigación para la mejora continua de la especialidad, tanto para el centro como para la sociedad. En el año 2005, la Estrategia Nacional de Cáncer reconoció a la Unidad de Psicooncología como *"Ejemplo de Buenas Prácticas"*.

Descripción de las actividades a realizar durante la rotación

Los objetivos específicos de la formación en psicooncología, y por lo tanto, durante el periodo de la rotación externa en la Unidad de psicooncología del ICO, son:

1. Adquirir la capacidad de realizar una entrevista clínica al paciente con cáncer, lo cual engloba reconocer síntomas emocionales, conductuales y cognitivos, identificar trastornos psicopatológicos, realizar diagnóstico clínico (CIE 10-DSM-IV), efectuar el diagnóstico diferencial con los trastornos psicopatológicos de etiología orgánica debidos a enfermedad neoplásica o al tratamiento médico y a diferenciar los síntomas asociados a la enfermedad de los claramente psiquiátricos.
2. Planificar y aplicar una adecuada intervención psicoterapéutica según el trastorno o sintomatología presentada por el paciente, además de valorar la necesidad de instaurar una intervención psicofarmacológica a través del médico de cabecera, oncólogo o psiquiatra.
3. Adquirir los conocimientos básicos sobre tipos de cáncer, estadios, tratamientos oncológicos, efectos secundarios de los mismos, evolución de la enfermedad, pronóstico y recursos asistenciales dentro del servicio.
4. Conseguir una adecuada formación en comunicación y desarrollar la capacidad necesaria para asesorar al equipo, con el fin de facilitar el manejo del impacto emocional de la información del diagnóstico, pronóstico y/o recidiva que produce en el enfermo, además de facilitar la escucha, saber contener emociones, promover la empatía y dar soporte emocional tanto al paciente como a su familia.
5. Adquirir nociones básicas para la creación y evaluación de proyectos de investigación en psicooncología, así como fomentar la capacidad para la gestión y realización de programas específicos.

Práctica clínico-asistencial

La Unidad cuenta con 3 adjuntos que presentan perfiles diferentes: uno trata especialmente con supervivientes de cáncer, otro con cáncer avanzado y otro en cuidados paliativos. Según la adjudicación a uno u otro adjunto, el residente se especializa más en un área o en otra. En mi caso personal, mi formación ha estado más especializada en pacientes con cáncer avanzado.

En las dos primeras semanas la función principal del residente es la observación de entrevista clínicas y sesiones de seguimiento realizadas por el adjunto y comentadas posteriormente con éste. Posteriormente, y de manera gradual, el residente va adquiriendo una mayor autonomía y gestionando una agenda propia.

La agenda semanal del residente (con el mismo perfil de rotación) consta de:

- Consultas individuales ambulatorias o externas: se realiza psicoterapia individual dos días en semana (martes y viernes) con un volumen de pacientes que puede oscilar entre 2 y 5 al día. A pesar de que se fomenta la adherencia al tratamiento psicoterapéutico es importante tener en cuenta que la realidad clínica de estos pacientes es muy variable, desde malestar físico, pruebas médicas, consultas con otros especialistas, etc., impidiendo, en muchas ocasiones, el cumplimiento totalmente regular de las consultas.
- Intervención en hospitalización: Como promedio se realizan intervenciones psicoterapéuticas 3 días a la semana (lunes, miércoles y jueves), pero se atiende siempre cualquier situación extraordinaria o necesaria que surja en el día.
- Psicoterapia Grupal en pacientes con enfermedad avanzada. Se realiza psicoterapia de grupo todos los lunes en horario de 13.00 a 14.30 horas. El papel del residente es de coterapeuta junto con el adjunto. El modelo predominante es el enfoque CFT (Compassion Focused Therapy,

Psicoterapia centrada en la compasión), cuyo objetivo es reducir el malestar emocional de éstos pacientes a través de mantener o aumentar la capacidad de compasión y autocompasión de los mismos. La CFT es de orientación cognitivo-existencial y a través de técnicas cognitivas, conductuales y narrativas pretende disminuir los niveles de ansiedad y depresión y favorecer el crecimiento personal y espiritual.

- Asistencia a:
 - Comité Psicosocial. Todos los miércoles, a primera hora de la mañana, 8,15 horas, se realiza el comité psicosocial, en el que psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeras y trabajadoras sociales se reúnen para comentar casos de interés clínico y posibles derivaciones de los pacientes.
 - Reunión de coordinación con el equipo de hospitalización. Todos los martes en horario de 13,30 horas se reúnen todos los profesionales de la planta médica, oncólogos, enfermeros, psicólogos clínicos y trabajadores sociales y se comentan los casos más complejos.
- Durante la rotación los síntomas más prevalentes presentados por los pacientes oncológicos, y por los que más se solicita asistencia psicoterapéutica suelen ser:
- A nivel sintomático, el dolor, las náuseas, los vómitos, la fatiga y la anorexia
 - A nivel emocional, estado de ánimo deprimido, la tristeza, sentimientos de desesperanza y minusvalía, falta de ilusión y anhedonia y ansiedad
 - A nivel cognitivo, ideación autolítica o pensamientos recurrentes de muerte, pérdida de memoria, desorientación temporo-espacial, sentimientos de culpa, rumiaciones cognitivas acerca de la enfermedad y de la evolución de la misma
 - A nivel conductual, la agitación, ansiedad, mutismo, aislamiento social, pérdida de apetito, llanto fácil, apatía
 - A nivel sociofamiliar manifestación de bajo apoyo social, aislamiento, dificultades de relación intrafamiliar, impacto emocional en los cuidadores, riesgo de claudicación familiar o conspiración del silencio

Formación teórica:

- Lectura de material formativo práctico sobre evaluación e intervención psicooncológica básica elaborado específicamente para los residentes
- Lectura de libros y artículos específicos del área: Counselling y psicoterapia en cáncer (Gil Moncayo), Terapia centrada en la compasión (Gilbert), Sobre la muerte y los moribundos (Kubler-Ross), Mirar al sol (Yalom), entre muchos otros.
- Seminarios semanales/quincenales, de supervisión de casos complejos o de exposición temática de relevancia clínica. Esta actividad se desarrolla tanto por parte de los residentes como de los adjuntos.

VALORACIÓN CRÍTICA

El mayor aspecto positivo a destacar de la Unidad de Psicooncología del ICO, es su compromiso y defensa del psicólogo clínico en el campo de la psicooncología. Su defensa por una atención integral al paciente y a sus familias, así como su empeño en la formación especializada de quien la ejerza.

Como aspectos negativos o dificultades encontradas, recojo la necesidad de disponer de más espacios de supervisión de casos y de formación teórica, partiendo del necesario equilibrio entre la formación teórica y la actividad asistencial, siendo ésta última muy alta en dicha Unidad.

EXPERIENCIA PERSONAL

La rotación por la Unidad de Psicooncología del ICO marca un antes y un después a aquellos residentes que se permiten vivir de manera plena la experiencia.

Uno puede llegar allí, aproximarse superficialmente a esta nueva realidad y marcharse, únicamente tocado o, mejor dicho, rozado por ésta. O por el contrario, puede sumergirse y empaparse de esta nueva realidad “sagrada” con los pacientes, dejándose romper y transformarse por ella.

Llegué creyendo que comprendía y tenía integrado emocionalmente el cauce de la vida: nacer, crecer, desarrollarse, envejecer y morir; pero ésta última parte, la muerte, sólo estaba teorizada en mi cabeza. La muerte entendida desde la emoción noquea. Es el miedo más intenso que se puede experimentar cuando ésta asoma tímidamente a través del diagnóstico de una enfermedad o cuando se hace totalmente presente tras el pronóstico fatal de una de éstas.

Tal es su calibre, que crea una de las conexiones más potentes con otro ser humano. Es el acompañamiento en estado puro. El “baile” más cuidadoso que uno emprende con el otro; nunca un paso por delante del paciente, nunca un paso por detrás. Uno se pone en la piel y en la necesidad del otro. Se pone al completo servicio del que padece.

Ésta idea, que no nació en mí de la teoría, si no de la vivencia, me trajo a la mente el concepto de Holding de Winnicott. Surgió una conexión, más allá de la lógica, de la teoría o de lo estrictamente académico y científico, entre dicho concepto y la actitud del terapeuta en este campo.

Éste, el terapeuta, así como describía Winnicott, actúa de sostén humano. Sostiene la angustia y el miedo del que tiene enfrente o al lado, como una “madre” a su bebé. En palabras del autor, la madre, realiza una adaptación activa de las necesidades psíquicas y corporales del bebé y trata de prolongar sin solución de continuidad, el devenir de la vida intrauterina y la extrauterina del bebé, como el terapeuta al paciente, que trata de prolongar sin solución de continuidad, el devenir de la vida a la muerte.

Se insufla esperanza, cuando la hay, o incluso cuando no la hay pero es lo único que necesita el paciente. Se ayuda a morir. Y esto topa de lleno con la muerte de uno mismo, con las expectativas que uno pone en la experiencia del otro. Y es labor del terapeuta aprender a gestionarlo para consigo mismo. Desde aquí aprendí algo muy importante: *“que uno muere como puede”*. Aceptarlo, me llevó mi tiempo.

Durante estos 4 meses de experiencia, y como señalé al principio, si uno se sumerge en esta nueva realidad, experimenta un sinfín de emociones que necesitan ser digeridas lentamente. La esperanza, el miedo, la angustia, la falsa omnipotencia, etc., todas ellas coexistiendo en tiempo y espacio. Y entre medias, y cuando consiguen momentáneamente apaciguar su intensidad, todo cobra sentido. La profesión cobra sentido, la dedicación cobra sentido y el sufrimiento por el otro cobra sentido... y esta experiencia engancha, y uno ya no se quiere ir de ese lugar. Como dije al principio, te transforma.

Agradezco infinitamente a los profesionales de la Unidad que me acompañaron durante todo este proceso y tanto me enseñaron. Me quedo con una frase que me regaló el mejor profesor jamás visto de este baile: *“No dejes de emocionarte nunca”*.

Y agradecimientos infinitos también a los pacientes y sus familias, a todos y cada uno de ellos, que me permitieron acompañarles en su proceso y experimentar el sentido de la vida. También resumo en una frase que leí, todas sus enseñanzas: *“Y cuando tuve tiempo, me di cuenta de que mi tiempo había acabado”*.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Gil Moncayo, F.L. (2015). *Counselling y Psicoterapia en Cáncer*. Barcelona, España: Elsevier
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión. Características distintivas*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer
- Sanz, J., Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1 (1), 3-1
- Hollenstein, M. F., Maté, J., Gil, F. L.(2003). Programa de formación en Psico-oncología para residentes de Psiquiatría y Psicología clínica: modelo de interconsulta. *Psicooncología*, 5 (8), 443-9
- Instituto Catalán de Oncología (ICO). (2016). <http://ico.gencat.cat/ca>

Angela Concepción Vargas Villate
PIR Psicología Clínica - 3º año
AGCPSM H.U. 12 de Octubre



⁴ "Bleu de Ciel" (Kandinsky. 1940)

ROTACIÓN LIBRE: HOSPITAL DE DÍA “TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”. HOSPITAL SANTA CRISTINA (MADRID)

Nazaret Saiz Briones (EIR Salud Mental)

Rotación externa: **Septiembre – Octubre 2015**

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD

El Hospital Universitario Santa Cristina fue inaugurado en 1924. En 1987 es integrado en la red sanitaria del INSALUD. En la actualidad el Hospital se compone del Edificio B o de consultas externas inaugurado en diciembre 2001, el Edificio A (Bloque quirúrgico) y hospitalización, inaugurado en diciembre de 2006, con entrada ambos por la C/ Maestro Vives, números 2 y 3.

La UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) que fue inaugurada en 2006, está situada en la 3ª planta del edificio A del Hospital Santa Cristina. Es una unidad de hospitalización de día, de carácter voluntario, para pacientes mayores de 18 años con diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón que previamente hayan sido tratados en otros dispositivos de Salud Mental, no logrando un resultado satisfactorio o requiriendo un tipo de tratamiento no disponible en su centro habitual.

La unidad tiene 5 salas: dos de ellas habilitadas como comedores, una sala de estar para los pacientes, una sala con sillones para ejercicios de relajación y otra para terapias grupales. Asimismo hay una sala de reuniones y el control de enfermería (el resto de salas incluye baño con cerradura excepto estas dos).

En un pasillo perpendicular, se encuentran 4 despachos: para los terapeutas, auxiliar administrativo y coordinador. También se haya otra sala donde se almacenan las Historias Clínicas y además se encuentra el electrocardiograma y monitor de constantes vitales.

RECURSOS HUMANOS

	MAÑANA	TARDE
ENFERMERA	2	1
AUXILIAR ENFERMERIA	2	2
PSIQUIATRA	2	1
PSICOLOGA CLINICA	1	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Horario Compartido	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	-
NUTRICIONISTA	1	1
COORDINADOR (psiquiatra)	1	-

OFERTA ASISTENCIAL

La oferta de plazas es de 20 pacientes por turno. Durante el periodo de la rotación se encontraban en tratamiento aproximadamente 15 pacientes en el turno de mañana y 14 en el turno de tarde.

El tiempo en la unidad está determinado por la evolución clínica del paciente. A los 6 meses del ingreso se revisan los objetivos alcanzados y en función de ello se plantea el paso a consultas externas o la continuación del tratamiento, el cual puede alargarse hasta el año y medio teniendo presente en todo momento las necesidades del paciente.

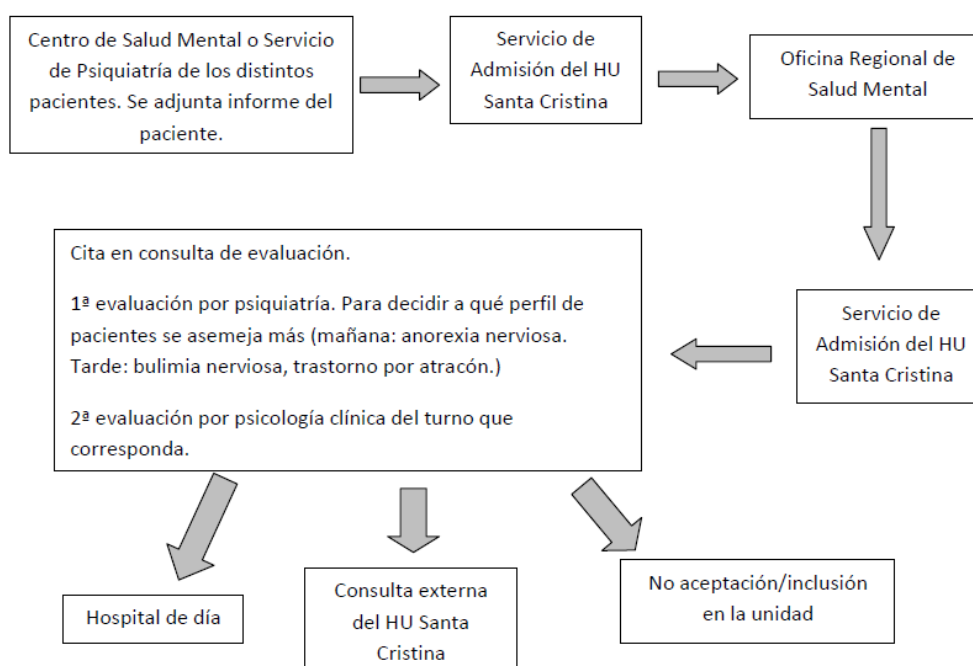
CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser mayor de 18 años.
- Acudir de manera voluntaria.
- Superar la puntuación de 14 en el Índice de Masa Corporal (IMC).
- Fracaso de tratamientos anteriores.
- Aceptación y firma del contrato y del compromiso terapéutico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alto riesgo de suicidio y/o conductas heteroagresivas.
- Enfermedad médica en fase aguda.
- Abuso de tóxicos y sustancias.
- Huelga de hambre.
- Alteraciones del comportamiento alimentario secundarias a otros diagnósticos psiquiátricos/médicos.
- Retraso mental.

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA UTCA



HORARIO Y RUTINA DE ACTIVIDADES

- **8:30h**- Acuden los pacientes, se reparten las llaves de las taquillas.
- **8:40h**- Grupo terapéutico de 'Buenos días'. Mientras tanto enfermería prepara la medicación, revisa las citas médicas de los pacientes y selecciona a qué pacientes se les hará la valoración física.
- **9:30h**- Desayuno terapéutico. Enfermería administra el tratamiento médico, está presente en el comedor y controla junto con la auxiliar. Posteriormente supervisan el reposo y a su vez realizan valoración física.
- **10:15h**- Grupo terapéutico. Enfermería transcribe los parámetros antropométricos obtenidos en la Historia del paciente y calcula IMC y las variaciones de peso con respecto a la semana anterior.
- **11:30h**- Apertura de los baños y preparación de la Media Mañana.
- **12h**- Grupo terapéutico
- **13:30h**- Apertura de baños. Enfermería continúa valorando los parámetros físicos, realiza electrocardiogramas correspondientes, e individualmente entrevista a los pacientes para completar el registro de síntomas semanales.
- **13:45h**- Comida terapéutica. Enfermería supervisa el comedor y administra la medicación pautada.
- **14:30h**- Se continúa recabando información para completar la historia y gráficas.
- **15:15h**- Se procede a dar las llaves de las taquillas para que recojan sus pertenencias y puedan abandonar la unidad.

ALGUNAS NORMAS DE LA UNIDAD

- Por la mañana el horario de entrada son las 08:30h y el de salida las 15:15h (viernes de 08:30h a 15h). Por la tarde el horario de entrada es las 14:30 y de salida las 21:15h (viernes de 12h a 17h).
- La duración de las comidas está estipulada de la misma manera en ambos grupos:
 - Desayuno, media mañana y merienda: 30 minutos.
 - Comida y cena: 45 minutos.
- No se permiten conductas alteradas a la hora de ingerir las comidas: los platos se toman en el orden adecuado (primer plato, segundo plato, pan combinado con los platos y el postre), no esparcir la comida por el plato, no utilizar edulcorantes, tomar el agua prescrita por nutrición repartida a lo largo del turno, durante las comidas no se hablará de temas relacionados con la misma.
- No está permitido usar el aseo hasta pasados 60 minutos tras las comidas.
- No pueden traer a la unidad comida, bebida, medicación, ni tomar chicles, caramelos, utilizar el móvil, fumar.

NORMAS EN EL COMEDOR TERAPÉUTICO

- Ingerir a una velocidad adecuada.
- Hay que tomar lo que se pone en la bandeja. De manera excepcional hay pacientes que tienen individualizadas la cantidad que se pueden tomar de las raciones que vienen desde cocina.
- No trocear excesivamente la comida, no dejar comida en los bordes.
- Usar correctamente los cubiertos.
- Se tomará el líquido que Nutrición determine.
- Evitar hablar temas de comida.
- No hacer comentarios inadecuados sobre la comida de la bandeja.
- No esconder la comida, ni que se le caiga comida ni agua.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA UTCA

La misión que posee es cuidar y fomentar el autocuidado mediante educación para la salud, con la finalidad de que los pacientes modifiquen los hábitos higiénicos dietéticos y estilos de vida adquiridos para mejorar su salud y bienestar físico. Los profesionales de enfermería son expertos en realizar funciones específicas de atención biopsicosocial individual y grupal.

Algunos de los objetivos que tiene enfermería son: informar y dar el consentimiento terapéutico, tratar con el equipo las complicaciones físicas derivadas de sus disfunciones, mediar en las situaciones conflictivas en los comedores, fomentar a que asuman responsabilidades de forma progresiva, ayudar a establecer relaciones interpersonales y de apoyo mutuo.

Actuaciones de enfermería:

- Valoración física: peso, talla, IMC, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca.
- Realización de ECG al ingreso y los sucesivos según el estado físico:
 - ECG semanal si IMC < 16,5
 - ECG mensual si IMC está entre 16,5 y 17,7
 - ECG bimensual si IMC > 17,5
- Registro de síntomas semanal. Se hará 1 vez a la semana y se preguntará por cantidad de líquidos ingeridos (leche, agua, zumos, refrescos, infusiones, café, bebidas alcohólicas, etc), por la presencia o no de vómitos, atracones; consumo de laxantes o diuréticos, hábitos intestinales, realización de ejercicio físico (qué tipo, cuánto tiempo), si suprimen alguna de las tomas de comida, la cantidad que ingieren (se utiliza como referencia la cantidad de la unidad, puesto que hay alteración en cuando a lo que consideran “poco”, “normal/adequado”, “mucho”) y la cantidad y calidad del sueño (número de horas de sueño, si es reparador, discontinuo, tipo de insomnio, presencia de sueños o pesadillas, si aparece sudoración).
- Administración del tratamiento farmacológico.
- Realización de grupos de educación sanitaria (higiene dental, alteraciones electrolíticas y cardíacas en TCA, osteoporosis, trastornos gastrointestinales en TCA, higiene del sueño, hábitos de vida saludables, etc), educación sexual (anatomía y fisiología del aparato reproductor, fisiología del ciclo menstrual, tipos de anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual) y terapias de relajación (relajación muscular progresiva de Jacobson, método de Schultz, técnicas de visualización).

ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE SE REALIZAN EN LA UNIDAD

Los diferentes grupos terapéuticos pueden ser dirigidos tanto por enfermería, como por nutrición, psiquiatría, terapia ocupacional o psicología. Algunos de ellos son:

- Grupo de acogida: `buenos días` o `buenas tardes`
- Comedor terapéutico (desayuno, media mañana, comida/merienda, cena)
- Habilidades sociales
- Terapia creativa
- Relajación
- Educación nutricional
- Grupo de psicoeducación a padres
- Grupo psicoterapéutico multifamiliar
- Grupo comunitario
- Análisis funcional
- Taller de imagen corporal
- Educación sexual
- Educación sanitaria
- Actualidad y organización del ocio
- Manejo de conductas purgativas
- Videofórum
- Exposiciones de los propios pacientes sobre un tema que elijan
- Terapia motivacional y afrontamiento de conflictos

LINEAS DE INVESTIGACIÓN

- Relación entre los antecedentes de abuso infantil y el desarrollo de TCA.
- Toma de decisiones y funcionalidad ejecutiva en los Trastornos Bulímicos.
- El suicidio en la evolución de los TCA.
- Los test de imagen corporal en la evaluación y tratamiento de los pacientes con TCA.
- Factores que condicionan la cronicidad en los pacientes con TCA.
- Comorbilidad entre TCA, trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos.

EXPERIENCIA PERSONAL

Mi estancia durante estos dos meses ha sido grata. Opté por esta unidad, para realizar mi rotación libre, con la idea de adquirir más conocimientos sobre la psicopatología y manejo de estos pacientes y poder aprender de primera mano la idoneidad del trabajo multidisciplinar en un trastorno tan complejo.

Durante la rotación he asistido un mes en el horario de mañana y el otro mes en el horario de tarde, para conocer ambos perfiles de pacientes. He participado como observadora en las terapias manejadas por nutrición, psicología y psiquiatría. Y he conducido los grupos de enfermería de relajación, educación sanitaria y educación sexual.

Cabe destacar la complejidad de las pacientes y su resistencia al cambio, dando lugar, en varias ocasiones a enfrentamientos y tensiones en la relación entre los propios pacientes y los mismos con el equipo terapéutico. Pero con ello he aprendido a manejar mejor esas situaciones y ha resultado enriquecedor tanto en lo humano como en lo profesional.

He tenido la oportunidad, al final de la rotación, de presenciar un alta clínica por mejoría de la paciente. Fue sorprendente y positivo escuchar su discurso de despedida, el cual fue realista, emocionante y motivador. Me agradó vivirlo, ya que está muy presente la creencia de la imposibilidad de 'salir' del trastorno.

Por último señalar la gran experiencia del equipo y el adecuado manejo que hace con los pacientes con estas patologías. Y sobre todo por la excelente acogida y trato con los que me recibieron y la magnífica inserción que hicieron de mi papel dentro del equipo multidisciplinar.

*Nazaret Saiz Briones
EIR Salud Mental - 2º año
AGCPSM H.U. 12 de Octubre*

APRENDIZAJE Y EXPERIENCIA DEL RESIDENTE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ESCUELA DE TERAPIA FAMILIAR DEL HOSPITAL DE SANT PAU (BARCELONA)

Nuria Giner Gosálbez (PIR Psicología Clínica)

Rotación externa: **Septiembre – Diciembre 2015**

1. BREVE CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA

El marco teórico en el que se adhiere la Escuela de Terapia Familiar tiene mucho que ver con la formación y la trayectoria profesional de sus fundadores: Juan Luis Linares y Carmen Campo. En ellos confluyen diversas influencias sistémicas derivadas en un principio de las visitas realizadas a Barcelona de figuras como Minuchin, Sluzki o Colapinto a finales de los años setenta o de las estancias de Juan Luis Linares en Palo Alto, Milán y Roma a principios de los ochenta. El modelo propio que han ido configurando parte de fundamentos estructurales y comunicacionalistas de la terapia familiar sistémica, así como de la incorporación progresiva de elementos narrativistas, todo ello desde la perspectiva de las reformas psiquiátricas desinstitucionalizadoras de los años setenta.

Esta rotación me ha permitido observar la labor psicoterapéutica que desarrollan estos dos grandes profesionales: el doctor Linares y la doctora Campo, quedando de manifiesto que cada uno de ellos adapta estos principios teóricos a su propia idiosincrasia, personalidad y estilo terapéutico. He de remarcar que ambos trabajan desde una perspectiva relacional de los trastornos mentales, considerando que existe una continuidad entre la personalidad y las manifestaciones psicopatológicas, siendo éstas la manifestación en el individuo de la experiencia relacional acumulada.

Juan Luis Linares publicó en 2012 el libro *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Esta obra hace un repaso por la historia de la terapia familiar sistémica tal como la realizó el propio autor, de tal forma que a través de las influencias recibidas, elabora su propia teoría. Este manual es la base para entender el marco teórico de la escuela, ya que en él desarrolla todos sus conceptos teóricos y la forma de entender su psicoterapia. Brevemente esta perspectiva:

- Reivindica la necesidad de un diagnóstico psicopatológico sustentado en pautas relacionales.
- Define la personalidad individual como el resultado de la experiencia relacional acumulada.
- Integra la causalidad lineal en una más compleja: la causalidad circular.
- Entiende al terapeuta como experto y como tal es responsable de la conversación terapéutica.
- Reivindica la implicación personal del terapeuta usando sus propios recursos: cognitivos, emocionales y pragmáticos, para provocar cambios en el individuo en estos tres ámbitos.

Todo ello vinculado a dos elementos que definen al individuo: el amor y el lenguaje, entendiendo la psicoterapia como un proceso restaurador de un amor interrumpido por interferencias que conducen al maltrato: “Somos criaturas primariamente amorosas y secundariamente maltratantes; cuando el poder nos bloquea el amor, enfermamos y hacemos enfermar, pero la inteligencia terapéutica nos devuelve la salud” (Linares, 2012).

2. DESCRIPCIÓN DE LA ESCUELA DE TERAPIA FAMILIAR

La Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau nació en los años ochenta y desde entonces se encuentra adscrita al servicio de psiquiatría del hospital, formando parte de su Unidad de Psicoterapia. Hasta hace unos meses también estaba vinculada a la Universitat Autònoma de Barcelona (ubicada en el mismo recinto del Hospital Sant Pau), pero recientemente rompieron sus vínculos, quedando adscrita a la Universitat de Ramon Llull y así poder mantener sus cursos de postgrado: Formación básica en terapia familiar (2 años) y Máster en terapia familiar, que se puede realizar tras haber finalizado la formación básica (2 años). Ambos cursos se imparten tanto en la escuela como en ISBA (Institut Sistemàic de Barcelona), fundado por Juan Luis Linares en 2007.

Físicamente se encuentra situada en uno de los barracones “provisionales” del recinto hospitalario de Sant Pau, en las mismas consultas externas de psiquiatría. La escuela cuenta con tres despachos que disponen de grabación audiovisual, junto con tres salas de observación adyacentes a los mismos, que disponen de un espejo unidireccional y un equipo de televisión para el visionado de las sesiones terapéuticas.



El personal responsable son: el Dr. Juan Luis Linares (psiquiatra y director de la escuela), Carmen Campo (psicóloga clínica y subdirectora) y Ricardo Ramos (psiquiatra adjunto), ellos son los terapeutas de referencia de la Escuela y quienes reciben al grueso de los pacientes. Asimismo también cuentan con personal docente (psicólogos formados en terapia familiar) que aparte de encargarse de las clases teóricas de los cursos, también actúan como psicoterapeutas en algunos programas específicos de la escuela.

Por tanto la escuela tiene una doble vertiente: la asistencial y la docente. Allí se forman los alumnos de los cursos mencionados anteriormente, pero también acuden durante algunos meses estudiantes de otros centros formativos de terapia familiar, en especial de procedencia latinoamericana, a través de las relaciones que mantiene la escuela en la Red RELATES (Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistemáticas). Por supuesto también acuden rotantes externos MIR y PIR.

Al tratarse de un centro de referencia en terapia familiar, los pacientes y las familias que son visitados en la escuela son privilegiados en el sentido que son atendidos por grandes profesionales y con una frecuencia quincenal o incluso semanal, teniendo en cuenta que se trata de un recurso público. Todos ellos saben que las sesiones se usarán también con un fin docente e investigador, por lo que firman un consentimiento informado de todo lo que esto supone, como por ejemplo la grabación de las sesiones o la observación a través del espejo. Cada profesional de referencia se encarga de una “parcela” de las derivaciones, existiendo una lista de espera de varios meses para ser atendidos en la escuela. Las derivaciones básicamente se hacen a través del mismo servicio de psiquiatría de Sant Pau, de otros servicios de psiquiatría y médicos de Atención Primaria del área de Barcelona y de centros judiciales.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA ROTACIÓN

Mis actividades durante la rotación externa han girado en torno a los programas específicos que llevaban a cabo los profesionales de la escuela, existiendo gran diversidad en estos programas y en los modos de hacer de cada psicólogo-psiquiatra, todos ellos por supuesto desde la perspectiva sistémica.

En todos los programas mi papel como rotante era esencialmente de observadora, estando tras el espejo unidireccional y sólo asistiendo dentro de la consulta en ocasiones puntuales. Todos los rotantes asumíamos un papel activo en las supervisiones del caso, tanto en los momentos previos a la sesión terapéutica (en la que recordábamos la sesión anterior y elaborábamos un plan para la sesión con el terapeuta responsable) como en la post-sesión, en la que se establecía un debate sobre los aspectos tratados durante la visita, reflexiones, preguntas y sugerencias sobre el caso, siendo estos momentos los más enriquecedores para mi formación durante la rotación.

Concretamente mi actividad durante la semana consistía generalmente en:

- LUNES MAÑANA: Espacio de observación de casos con Paola Lapdjan.

Observábamos casos (dos o tres familias) de Carmen Campo o Juan Luis Linares, en ocasiones podíamos supervisar con ellos o si no, lo hacíamos con Paola Lapdjan, psicóloga especialista en terapia familiar y docente del máster.

- LUNES TARDE: Programa de psicología transcultural con Isabel Cárdenas.

Eran casos de familias que habían sufrido una reagrupación familiar tras un período de separación por la inmigración de alguno/s de sus miembros.

Se exploraban y abordaban sobretodo las triangulaciones, los apegos, la historia familiar de migración y las experiencias de abandono. Normalmente se observaban dificultades entre los miembros para hablar del tiempo de separación y se trabaja para reconstruir la historia familiar sin culpas, asumiendo el tiempo pasado y la evolución que tanto padres como hijos habían sufrido durante ese periodo.

- MARTES: Programa de psicosis con Dora Ortiz.

Este espacio estaba dedicado a pacientes psicóticos y a sus familias. La primera parte de la mañana estaba dedicada a visitas individuales o familiares y a las 13:00h se daba paso a la terapia grupal.

Psicoterapia familiar: Eran casos con diagnóstico de psicosis que normalmente se encontraban en una fase más bien crónica, habiendo pasado anteriormente por otros tratamientos psiquiátricos y en los que todos habían tenido dificultades en la vinculación con distintos dispositivos. Las familias también parecían cronificadas, con patrones muy rígidos y círculos viciosos. Por ejemplo, se observaba una gran cantidad de padres instalados en la crítica hacia el hijo y de hijos en una postura culpabilizadora hacia los padres. También se daban casos en que la petición de ayuda venía motivada por el momento evolutivo familiar, en el que los padres ya no se podían responsabilizar tanto de sus hijos enfermos, debido a su avanzada edad.

Psicoterapia grupal: Existían dos grupos: el grupo relacional y el grupo de padres, de frecuencia quincenal. El grupo relacional estaba formado por pacientes post-psicóticos (según la terminología de Linares), es decir, con buena evolución, y en él se trabaja sobretodo la validación y la normalización de la vida de estos pacientes, invitándoles a que conversaran desde su parte más sana; entendiendo la psicosis desde la teoría de la desconfirmación de Linares. El grupo de padres estaba más enfocado al apoyo mutuo y al manejo de estos pacientes en el contexto familiar.

- Miércoles: Familias multiproblemáticas con Juan Luis Linares.

Observábamos casos dirigidos por Linares, preparando las sesiones con él y debatiendo posteriormente la sesión. Se trataba de familias con muchos problemas a distintos niveles (sociales, emocionales, comportamentales, maltratos, agresiones, etc...), instalados en un contexto relacional desorganizado y caótico. Linares en muchas ocasiones adoptaba un rol de terapeuta paterno, como modelo para que la familia cambie y lo integre como propio.

- Jueves: Terapia de pareja con Carmen Campo y asistencia a las clases teóricas de 2º del Máster de Terapia Sistémica.

Carmen usaba la terapia de pareja como elección principal de tratamiento, siendo las demandas muy diferentes: demandas específicas de terapia de pareja, demandas respecto a la problemática de los hijos y demandas por la psicopatología de uno de los cónyuges (trastorno límite de personalidad, depresión mayor, distimia, etc...). Ella seguía siempre un esquema de trabajo que consistía en tres sesiones de evaluación (1: evaluación de la demanda, 2: historia vital de cada cónyuge y 3: historia de amor de la pareja), el establecimiento del compromiso y objetivos terapéuticos y después el proceso terapéutico propiamente dicho.

En las clases teóricas asistíamos a las sesiones según el calendario docente del 2º año de formación máster, siendo los profesores de este espacio Carmen Campo y Juan Luis Linares.

- Viernes: Terapia centrada en soluciones con Ricardo Ramos.

La organización de este espacio era la siguiente: como éramos varios rotantes y alumnos del máster, para cada familia se establecía un equipo terapéutico, formado por Ricardo Ramos como terapeuta, un co-terapeuta que estaba dentro de la sesión y dos miembros del equipo que permanecían detrás del espejo. Todos los miembros del equipo eran presentados a la familia, aunque durante la sesión estuviesen tras el espejo. Se hacía una pre-sesión en la que se acordaban los objetivos a trabajar y cómo se abordarían con la familia. A continuación tenía lugar la sesión con la familia al completo o con algunos miembros y tras la misma se le pedía al paciente/s que esperaran fuera mientras el equipo se reunía para debatir cual sería la devolución. Pasaba de nuevo el paciente, salía el equipo y el terapeuta le devolvía lo acordado. Posteriormente el equipo se volvía a reunir para reflexionar sobre todo el proceso.

El tipo de familias que se visitaban eran sobretudo derivaciones judiciales por separación no amistosa y conflictiva parento-filial.

La terapia centrada en soluciones: Teóricamente algunos de los preceptos con los que trabaja el Dr. Ramos son:

- ✓ No hace falta conocer el problema para encontrar la solución, se busca una solución de amplio espectro.
- ✓ Hay que aprovechar las excepciones al problema que ya se están dando en la familia.
- ✓ La convocatoria de los miembros a la terapia es condicional, por ejemplo se les puede dar la indicación de *“si tenéis esta conversación que venga la madre y el hijo, si no es así, que venga solo la madre”*.
- ✓ En la sesión se trata de activar para que la verdadera terapia tenga lugar fuera.
- ✓ El terapeuta siempre empieza la sesión con un temario acordado previamente por el equipo, y únicamente eso es lo que se habla con el paciente.
- ✓ Los problemas no se resuelven, se redimensionan y hay que ayudar a las familias a convivir con ellos.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

Los profesionales de la Escuela te ofrecían la posibilidad de acudir a las actividades formativas que tenían lugar fuera del horario asistencial: los seminarios. El horario de los mismos era el viernes por la tarde (15:30 – 20:00h) y el sábado por la mañana (9:00 – 13:30h). Siendo una buena oportunidad para complementar la formación en terapia familiar.

Seminarios ordinarios:

Son impartidos cada fin de semana por los docentes de la escuela y están organizados según el curso del Máster de sistémica: hay seminarios con contenido más básico para primer y segundo curso del máster (formación básica) y seminarios más avanzados y centrados en la práctica psicoterapéutica para tercero y cuarto del máster (formación avanzada). Yo acudí a los impartidos por Carmen Campo y Juan Luis Linares:

- *Terapia familiar ultramoderna*. Juan Luis Linares. 16 y 17 de Octubre de 2015.
- *Terapia de pareja*. Carmen Campo. 6 y 7 de Noviembre de 2015.
- *Terapia de pareja con patología asociada*. Carmen Campo. 27 de Noviembre de 2015.
- *El terapeuta desde el modelo sistémico*. Carmen Campo. 11 y 12 de Diciembre de 2015.
- *La inteligencia terapéutica*. Juan Luis Linares. 18 y 19 de Diciembre de 2015.

Seminarios Extraordinarios:

Estos seminarios son impartidos por profesionales (psicólogos y psiquiatras) de terapia familiar, suelen ser personalidades reconocidas en este ámbito. Desde la escuela se les invita y suele haber uno por trimestre. Son en el mismo horario que los ordinarios (viernes y sábado) y yo acudí al que coincidió en mi estancia allí:

- *Abordaje terapéutico de los ataques de pánico*. Seminario impartido por el profesor Marcelo Ceberio. 13 y 14 Noviembre de 2015.

Otros:

- Jornada de Actualización en Trastorno Límite de la Personalidad. 27 de Noviembre de 2015.
- *La cura de las infancias infelices*. Luigi Cancrini.
- *El abordaje del trastorno límite de la personalidad desde la terapia sistémica*. Yolanda D'Ascenzo.

4. VALORACIÓN CRÍTICA

Como aspectos positivos de la terapia familiar sistémica me gustaría destacar que este enfoque permite un abordaje más complejo y realista de la psicopatología, ampliando el foco de intervención a todo el sistema familiar, posibilitando que los cambios en el paciente se puedan dar más rápidamente y se consoliden, ya que su entorno también habrá cambiado de una forma más adaptativa.

Respecto a la Escuela de terapia familiar, el hecho de ser un marco muy enfocado a la docencia permite que los profesionales seleccionen los casos concienzudamente, teniendo en cuenta su aprovechamiento para la formación. Esto repercute positivamente en que, a pesar de que mi estancia allí fue breve, haya podido analizar los casos en profundidad, leer literatura sobre el tema y disponer de amplios espacios de reflexión de los mismos, antes y después de cada sesión. Esto además posibilita un análisis muy detallado del caso, con múltiples ojos (los del equipo) que permiten tener una visión más amplia y compleja del paciente.

Como aspectos negativos, en contrapartida a esto último, este sistema no permite tener una agenda amplia de pacientes, existiendo una larga lista de espera de varios meses, siendo esta una

importante dificultad a la hora de incluir la terapia familiar en un sistema de salud pública. También puede ser un problema el hecho de que al ofrecer sólo la terapia familiar como opción terapéutica, algún miembro de la familia rechaza el tratamiento, imposibilitando que se pueda llevar a cabo el proceso terapéutico.

5. EXPERIENCIA PERSONAL

La rotación externa es algo con lo que soñamos desde el principio de la residencia, algo deseado con lo que vamos fantaseando: ¿dónde iré?, ¿en qué campo elijo la rotación?, ¿prefiero profundizar en algo que me guste o prefiero descubrir algo novedoso? Muchas preguntas sobrevuelan esta decisión, que se va gestando poco a poco y que en ocasiones se puede ver precipitada por las antelaciones con las que hay que solicitarla. En mi caso no tenía nada pensado de antemano, tenía la esperanza de que con el paso de los días y el contacto con los pacientes, de momento surgiese la idea. Y fue esto lo que me sucedió estando en mi rotación de infanto-juvenil. Pensé que el trabajo con estos pacientes despertaba en mí algo nuevo y quería saber más. Así que empecé mi búsqueda de dispositivos de infantil por España, pero no encontraba ninguno “perfecto para mí”, faltaba algo. Y de pronto tuve la certeza de lo que quería hacer: terapia familiar. Hasta entonces había visto adultos y niños, hijos, padres, maridos, esposas, abuelos, tíos... pero por separado, quería ver al conjunto para poder entenderlos mejor. Así que ya con mi idea clara y buscando sitios de referencia, encontré la Escuela de terapia familiar de Sant Pau en Barcelona.

Mi experiencia en la escuela ha sido muy buena y ha cumplido mis expectativas de formación. Tuve el privilegio de observar sesiones de psicoterapia llevadas a cabo por grandes profesionales de la clínica y de la terapia familiar, dispuse de tiempo con ellos para compartir opiniones sobre los casos, preguntas, tuve tiempo para leer y formarme también a nivel teórico, asistí a seminarios... no había otra actividad docente o asistencial que no tuviese que ver con la sistémica, y eso me permitió adentrarme por completo en este enfoque.

También el hecho de poder observar a distintos profesionales con distintas formas de entender a la familia y de trabajar con ella, me hizo ampliar la visión simplista que hasta entonces había tenido de la terapia familiar. Resulta que es un mundo por descubrir y que en el arte de ser terapeuta familiar caben puntos de vista, teorías y maneras de hacer diferentes. Creo que siendo R4 y habiendo pasado por múltiples profesionales de distintos dispositivos y servicios, vas componiendo tu propia forma de ser terapeuta, con tus peculiaridades y pudiendo encajar todas las experiencias vividas durante estos intensos años.

El hecho de estar detrás del espejo también fue una experiencia novedosa, te permite una libertad que no tienes estando dentro de la sesión y sientes como no estás tan presente para el paciente. También debo reconocer que durante toda la rotación mi papel fue de observadora, delante y detrás del espejo, lo que me hizo echar de menos tener un papel activo, llevar pacientes propios y verme en el rol de terapeuta.

Durante mi estancia allí había una gran cantidad de rotantes conviviendo en la escuela, esto fue muy enriquecedor para mí, el poder compartir visiones diferentes de pires y mires provenientes de hospitales del resto de España y de Latinoamérica. Pero al haber también muchos alumnos del máster, de la propia escuela y de otras escuelas, a veces las residentes nos sentíamos perdidas entre tanto estudiante, colándonos en sus clases, en sus grupos de trabajo y no encontrando en ocasiones nuestro lugar.

En definitiva, mi experiencia en la rotación externa ha sido muy gratificante para mí, a nivel personal y sobretodo profesional, me ha permitido descubrir una nueva forma de hacer psicoterapia que espero poder incorporar en mi labor profesional.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Cárdenas Ruiz-Velasco, M. I. (2014). La reagrupación familiar, ¿qué dice la literatura? Una revisión más allá de lo sistémico. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 30, 117-134.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2015). *Prácticas alienadoras familiares. El síndrome de la alienación parental reformulado*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (1977). *El lenguaje del cambio. Técnica de comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. D. (1981). *La teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Nuria Giner Gosálbez
PIR Psicología Clínica - 4º año
AGCPSM H.U. 12 de Octubre



⁵ "Auf Weiss II" (En blanco II) (Kandinsky, 1923)

**MEMORIA DE ROTACIÓN EXTERNA:
INSTITUTO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR.
MULTICENTRO DE APRENDIZAJE, PASANTÍAS Y ROTACIONES.
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (ARGENTINA)**

Thais López Moreno (PIR Psicología Clínica)

Rotación externa: **Octubre – Diciembre 2015**



Breve conceptualización teórica del Psicoanálisis Multifamiliar

El Psicoanálisis Multifamiliar es una orientación terapéutica de carácter grupal creada por el Dr. Jorge García Badaracco a comienzos de los años 60, en el Hospital Psiquiátrico Borda de la ciudad de Buenos Aires.

El Dr. García Badaracco realizando grupos psicoterapéuticos con los pacientes internados en el hospital, observó las limitaciones que presentaba el uso de la interpretación y técnica psicoanalíticas clásicas en el trabajo con pacientes con trastorno mental grave, realizando un proceso de re-contextualización de la técnica para adaptarla al abordaje de estos pacientes a través de un encuadre basado en la espontaneidad y disponibilidad del terapeuta. El trabajo con personas con psicosis le lleva a establecer su propia teoría para explicar el trastorno mental grave. Dicha teoría es fundamentalmente psicoanalítica, pero también tiene influencias de la terapia familiar y el concepto de comunidad terapéutica de Maxwell Jones.

Dentro de su teoría del enfermar y de la cura, García Badaracco otorga gran relevancia a los fenómenos vinculares. Así el concepto de “interdependencias recíprocas” constituye uno de los pilares fundamentales de su teorización. La identidad se va construyendo en el ámbito de estas interdependencias normogénicas o patogénicas. Por un lado, las interdependencias normogénicas dan lugar a un proceso de desarrollo y enriquecimiento del yo, activando los recursos propios genuinos que todo individuo posee y que desde el Psicoanálisis Multifamiliar se denomina virtualidad sana. Por otro, las experiencias vividas en interdependencias recíprocas patógenas, traumáticas, constituyen las identificaciones enfermas que conforman la locura, impidiendo el desarrollo de recursos y generando relaciones fijas que impiden crear nuevos vínculos y que mantienen atrapada a la persona en esta trama relacional.

Es en el contexto del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, y la familia sustituta que éste representa, donde se intentará desarmar estas estructuras patógenas y elaborar el conflicto que le permita desplegar sus aspectos más sanos. De este modo el paciente puede comenzar a ser visto de otra forma por los presentes y por su familia, logrando una ‘desalineación’ progresiva, un crecimiento ‘psicoemocional’ y la adquisición de autonomía. Para generar el espacio donde compartir vivencias y ofrecer la posibilidad de pensar libre y autónomamente a cada participante será fundamental la creación de un clima emocional favorable (G. Badaracco, 2000, p. 257).

El Psicoanálisis es utilizado más como una forma de pensar dentro del grupo que como un modo de intervenir específico promoviéndose una actitud reflexiva y de escucha. El contexto multifamiliar permite que emerjan multiplicidad de identificaciones y así a través de lo dicho por “otros”,

todos los presentes pueden acceder a contenidos de “sí mismos”. La interpretación psicoanalítica ya no es necesaria porque los conflictos se van resolviendo en la posibilidad de ‘insight’ que se presenta después de haber pensado a través de los otros, en una experiencia grupal correctiva. Así, lo que se plantea es que solo en la medida en que podemos compartir nuestras vivencias, podemos desarrollar todas nuestras capacidades, de modo que es en el vínculo donde se da la cura (más allá de la técnica usada).

Aunque en los inicios surgió como una forma de aplicación del psicoanálisis al trastorno mental grave, a lo largo de los años los grupos multifamiliares se han constituido como una forma de terapia grupal apta para todo tipo de pacientes, pudiendo abreviar el proceso terapéutico en pacientes menos graves o incluso favorecer la prevención.

Descripción del Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar

El Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar engloba diversas instituciones donde se llevan a cabo tareas de difusión así como intervenciones desde un enfoque multifamiliar. En estas instituciones se incluyen varios hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires (Hospital de T. Borda, Hospital Braulio Moyano, Sanatorio Dr. Méndez, Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”), la Fundación María Luisa Mitre, la Asociación Psicoanalítica Argentina, la Universidad de Buenos Aires y diferentes Comunidades Terapéuticas. Desde el mismo, se ofrecen rotaciones en sus dispositivos asistenciales a estudiantes de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y a residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica de diferentes países.

Descripción de las actividades a realizar durante la rotación

El contexto multifamiliar en el que se desarrolla el proceso de re-desarrollo de los pacientes resulta innovador por su apertura tanto a pacientes y sus familiares como al conjunto de profesionales de la institución. Se trata de reuniones de hasta 80 -100 personas, entre las cuales hay psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, auxiliares, y pacientes (con diversos diagnósticos) y sus familiares. Estos grupos tienen una duración de unas 2 horas y siempre van seguidos de un ateneo, un espacio formado por terapeutas y rotantes, donde además de clarificar aspectos técnicos que hayan acontecido durante el grupo, también supone un espacio donde poder compartir dificultades percibidas a nivel personal, o simplemente comentar aquello que te ha movilizado.

En el grupo uno de los terapeutas funciona como coordinador principal, mientras que el resto de terapeutas (psicólogos y/o psiquiatras) ejercen de co-terapeutas (uno o varios en función de las necesidades del grupo en cuestión). El coordinador no ocupa un lugar de saber frente al grupo (este también se involucra vivencialmente para mejorar el contexto emocional), su labor es la de extraer un hilo conductor a partir de los emergentes grupales y desde ahí ir dando la palabra a los pacientes que irán participando en la construcción del mismo con la única consigna de “hablar desde sí mismos”, que están sintiendo, que ha evocado en ellos el relato del otro.

Los agentes de cambio son múltiples, ampliándose la dimensión terapéutica hacia una multiterapia donde, más allá de la técnica, lo más importante es el encuentro con el paciente fundamentado en un encuadre espontáneo y en la incondicionalidad, con el objetivo de facilitar el re-desarrollo de la virtualidad sana de cada paciente a través de los recursos propios de todos los participantes (de esta forma se va creando lo que ellos llaman “mente ampliada”).

La participación vivencial y compartida es un indicador de la mejoría de los pacientes. Los rotantes estamos invitados a participar de este modo en los grupos, siempre de forma voluntaria y pudiendo decidir hasta donde quiere involucrarse. Es importante señalar que no desarrolla funciones de terapeuta ni coterapeuta.

Estos grupos tienen la característica de ser “abiertos”, es decir, pueden incorporarse nuevos integrantes en cualquier momento del mismo.

Los grupos tienen lugar en las siguientes instituciones:

Hospital José T. Borda

Hospital psiquiátrico de hombres de la Ciudad de Buenos Aires fundado en 1865. Una de las principales instituciones dedicadas a la salud mental en Argentina, así como un importante centro de investigación en neurobiología y psicopatología. Los pacientes que asisten a los grupos de psicoanálisis multifamiliar son derivados desde los servicios de Consultas Externas y del Servicio de Evaluación y

Observación, en este caso pacientes en régimen de hospitalización total. El Jefe de Servicio, Dr. García Novarini, es el encargado de la coordinación de dichos grupos, que tienen lugar una vez a la semana.

Hospital Braulio Moyano

Hospital psiquiátrico de mujeres de la Ciudad de Buenos Aires fundado en 1852. Supone el primer hospital de asistencia monovalente de las enfermedades mentales que se ocupó de la atención a las mujeres con problemas de demencia.

Las pacientes asistentes a los grupos junto con sus familiares son derivadas desde consultas externas del Servicio de Psiquiatría. Estos grupos están a cargo del Dr. Jacobo Tacus y tienen lugar una vez a la semana.

Asociación Psicoanalítica Argentina

Organización científica y profesional de psicólogos y psicoanalistas de Argentina, fundada en 1942 en la Ciudad de Buenos Aires. Es una institución académica que está dedicada a la formación de psicoanalistas y desarrolla además tareas de investigación y asistencia. En ella tienen lugar grupos de psicoanálisis multifamiliar abierto a los que acuden tanto profesionales de la salud mental, como pacientes y familiares. Tienen lugar una vez a la semana y son coordinados por el Dr. Sandro Fonzi.

Escuela para Padres Multifamiliar

Fundada en el año 2000 por Eva Rotenberg (psicoanalista) e incluida dentro del Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar al basar su trabajo en los principios teóricos de dicha orientación. Su objeto de estudio e intervención es el niño y sus figuras significativas. La Escuela desarrolla grupos psicoterapéuticos en distintas sedes dentro de la ciudad de Buenos Aires. El residente tiene la posibilidad de asistir a una de ellas:

Hospital de Niños, Ricardo Gutiérrez: dentro del Servicio de Dermatología se desarrolla un programa de interconsulta donde se llevan a cabo grupos de psicoanálisis multifamiliar una vez a la semana coordinado por Eva Rotenberg. Los pacientes son derivados por su médico dermatólogo, cuando éste considera que podría beneficiarse de una intervención psicológica pudiendo ser derivados tanto pacientes que no han obtenido los resultados esperados con el tratamiento farmacológico, como pacientes en los que sí se ha observado mejoría, pero se considera que una intervención sobre los factores psicoemocionales del trastorno podría aumentar la eficacia del mismo y contribuiría a disminuir las dosis farmacológicas necesarias. De esta forma, el equipo terapéutico ejerce también una función de sensibilización y orientación al equipo médico.

Fundación María Elisa Mitre. Hospital de Día DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamientos de Enfermedades Mentales).

La Clínica de Día funciona como una Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar, en la que todo lo que acontece forma parte del proceso terapéutico.

Para ingresar a la comunidad, se llevan a cabo dos entrevistas. La primera, grupal, funciona como primer contacto con el centro y los profesionales tratantes. La segunda, es la entrevista de admisión propiamente dicha. Es una entrevista personal con el propósito de conocer al paciente y a sus familiares. Es requisito imprescindible para comenzar el tratamiento que haya al menos un familiar implicado en el mismo. Luego el paciente podrá hacer una semana de prueba, en la que participará de todas las actividades. Una vez finalizada, entre el paciente y los terapeutas se determinará la frecuencia semanal de asistencia.

El objetivo básico es re-integrar a los participantes a la vida cotidiana,

Estructuración temporal:

El centro está abierto de lunes a viernes, de 14 a 20 h. (con horario ampliado los jueves hasta las 23:00). Cada paciente tiene un programa terapéutico individualizado, pudiendo variar la intensidad del tratamiento de unos pacientes a otros según sus necesidades.

Diariamente, lo primero que se lleva a cabo de las 14:00 a las 16:00 es el grupo terapéutico multifamiliar, coordinado por los profesionales de la institución. Al finalizar el grupo, pasantes y terapeutas realizan un ateneo clínico y tras el mismo se unen a una breve merienda en uno de los espacios comunes con los pacientes (se le otorga un papel muy importante a estos espacios menos

estructurados en el tratamiento). Cada día de 17: 00 a 18:00 se realiza una actividad diferente en forma de taller (los pacientes que no desean participar de los mismos pueden realizar otro tipo de actividad o simplemente conversar, siempre acompañados por terapeutas).

Entre las 18:00 y las 20:00 se realizan entrevistas con alguno de los pacientes y su familia, los rotantes asistimos a las mismas en calidad de observadores y después de cada entrevista debemos realizar un informe donde se recojan los aspectos más importantes, tanto a nivel de contenido como a nivel vivencial.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
14:00 - 16:00	Terapia Grupal	Terapia Grupal	Terapia Grupal	Terapia Grupal	Terapia Grupal
16:00- 17:00	Ateneo / Café	Ateneo / Café	Ateneo / Café	Ateneo / Café	Ateneo / Café
17:00- 18:00	Música	Yoga	Origami	Eutonía / Docencia	Teatro
18:00- 19:00	Entrevistas Familiares	Entrevistas Familiares	Entrevistas Familiares	Docencia	Entrevistas Familiares
19:00- 20:00				Cena	
20:00- 22:00				Terapia Grupal	
22:00- 23:00				Ateneo Clínico	

Cada jueves, alguno de los pacientes, en vez de acudir al taller, cocina (acompañado por algún familiar y el terapeuta ocupacional) para todos sus compañeros y el equipo terapéutico. Entre las 19 y las 20h. todo el que quiera puede quedarse a cenar en la clínica. Después de la cena, se acude a un grupo multifamiliar abierto al que acuden pacientes del centro pero también pacientes en seguimiento individual por otros profesionales y ciudadanos ordinarios. Este grupo tiene una duración de dos horas y tras el mismo se realiza un ateneo de una hora de duración.

Además de la observación y participación en grupos multifamiliares (con una carga mensual de entre 100 y 150 horas), la rotación consta de una amplia formación teórica (15 horas semanales de estudio y discusión de los aspectos clínicos y prácticos del Psicoanálisis Multifamiliar).

Dentro de esta formación teórica se incluyen:

- Vídeos.
- Enseñanza directa de la coordinación (de la mano del Dr. García Badaracco) de Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, a través de filmaciones realizadas en los Hospitales 'Borda' y 'Moyano' (psiquiátricos de varones y de mujeres, respectivamente) de la Ciudad de Buenos Aires. Estas sesiones tienen una frecuencia semanal y una duración aproximada de una hora. Tras el visionado de los videos, donde se puede ver a Badaracco coordinando los distintos grupos con pacientes en régimen de hospitalización, se lleva a cabo una discusión teórica sobre lo acontecido en los mismos. En estas discusiones se reúne el Dr. J. Tacus, junto con los residentes y los miembros del equipo terapéutico que lo deseen.
- Seminarios teóricos: Los jueves durante dos horas se reúnen los pasantes y residentes con el tutor (Dr. J. Tacus) para comentar conjuntamente la obra del Dr. García Badaracco (G. Badaracco, J. (1989). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura familiar. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.). Así mismo, durante estos seminarios, se proponen otras lecturas tanto de el Dr. García Badaracco como de otros autores en función de los intereses y conocimientos de los pasantes y las cuestiones de debate que van surgiendo en torno a los grupos de terapia y la comprensión del funcionamiento interno de los pacientes que son trabajadas de forma conjunta los viernes por la mañana en la clínica DITEM.
- Asistencia a 3 de las comisiones científicas del Instituto de Psicoanálisis Argentino de carácter mensual realizadas en la clínica DITEM el último sábado de cada mes.

Valoración crítica

Esta rotación es tremendamente enriquecedora, especialmente para un residente de cuarto año que está en el momento de poder integrar todos aquellos aspectos que durante cuatro años ha ido

asimilando y que de algún modo de pronto se asientan, encajan, dejan de depender de un contexto clínico u otro y se configuran como una red comprensiva flexible, creativa, prudente, curiosa y más despierta que nunca. En esta rotación los residentes rotamos con gran variedad de profesionales en diferentes dispositivos y, por lo tanto, acercándonos a diversas poblaciones y patologías. Aunque se tratan de tratamientos prolongados, el hecho de que estos grupos funcionen como grupos abiertos permite apreciar las distintas fases del tratamiento dando una visión que pueda ir más allá de los tres meses que, en mi caso, duró la rotación y que efectivamente puede ser un tiempo escaso para apreciar cambios en pacientes que graves, que a pesar de esto, he observado en la Clínica de día DITEM, donde en el contacto diario con los pacientes es posible ir percibiendo cambios que constituyen verdaderos avances en su proceso terapéutico.

Personalmente me pareció fundamental la experiencia en la Escuela de Padres ya que todos los aspectos vinculares sobre los que se trabajan en los diferentes grupos aparecen expresamente como núcleo de esta intervención sobre las relaciones parento-filiales y el impacto de estas en el desarrollo psíquico del niño.

Por último, y para mí uno de los puntos más interesantes, señalar el componente vivencial y experiencial de la rotación. Al participar en los grupos como integrante del mismo te lleva a experimentar en primera persona algunos fenómenos transferenciales, contratransferenciales, grupales... lo que permite entender desde lo vivencial la base teórica en la que se sustenta el modelo.

Experiencia personal

En primer lugar me parece importante señalar el enriquecimiento que ha supuesto la posibilidad de ponerme en contacto con otra cultura, con una concepción distinta de la enfermedad mental y su abordaje, así como la perspectiva que da el hecho de desenvolverse fuera de mi contexto habitual. Creo que ha sido una experiencia de crecimiento a muchos niveles en lo profesional y personal.

La realidad de lo vivido dentro de la comunidad terapéutica se impone para todos y cada uno de los que formamos parte de la misma y en cierto modo creo que a todos nos ayuda a deconstruir aquellos equilibrios que se sostienen desde el sufrimiento y restituir la salud y potenciar nuestro desarrollo (se trata de una rotación experiencial, no hay escapatoria ante esto).

A lo largo de los tres meses de rotación pude ir entendiendo la importancia de leer los climas y tejer pensamientos de manera grupal (sigo aprendiendo y sorprendiéndome de la fuerza los grupos). Además, fue calándome esa mirada al paciente que atiende a su potencialidad, una mirada de salud que requiere de una disponibilidad total para permitir salir del lugar de soledad y aislamiento en que se encuentran los pacientes.

García Badaracco decía en uno de sus textos: *“Lo que realmente importa es colocarnos nosotros y colocar a los demás en la mejor situación posible para poder hacer descubrimientos que nos permitan conocernos mejor”*. Yo creo que, en esta rotación encontré ese lugar, de integrar conocimientos adquiridos en otros momentos en un nivel comprensivo que no había alcanzado previamente.

Para finalizar quiero dar las gracias especialmente a los pacientes por su generosidad y sabiduría y a todos los profesionales del Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar, por su interés docente, por escucharme con curiosidad, acogerme y enseñarme tanto. Al Hospital 12 de Octubre y la Comisión de Docencia por permitirme realizar esta rotación. Y a todos los que compartieron conmigo esta experiencia.

Bibliografía

- García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- García Badaracco, J. E. (2007d). *Sobre la mente cerrada y el paciente mental como especialista del no cambio*. Inédito.
- Mitre de Larreta, M. E. (2001). *El miedo de ser uno mismo, como consecuencia de las interdependencias recíprocas enloquecedoras, y su relación con la llamada “situación traumática”*. Inédito.
- Mitre de Larreta, M. E. (2003). Las interdependencias recíprocas. Un caso clínico sobre la base de la experiencia transmitida por Jorge García Badaracco. *Revista de Psicoanálisis*, LX: 4, 1009-1038.
- Mitre de Larreta, M. E. (2008). *Sobre el proceso terapéutico*. Inédito.

- Mitre de Larreta, M. E. y Tacus J. (2013). Guía para pasantes. Buenos Aires: Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar (inédito).
- Rotenberg, E. (2014). *Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Seligmann, K. (20 de marzo de 2014). Fundación María Elisa Mitre. Obtenido en <http://www.fundamitre.net/>

*Thais López Moreno
PIR Psicología Clínica - 4º año
AGCPSM H.U. 12 de Octubre*

MEMORIA DE ROTACIÓN EN EL “CENTER FOR NEUROCOGNITION AND EMOTION IN SCHIZOPHRENIA” ¿LOS ANGELES, CALIFORNIA. ESTADOS UNIDOS)

Iosune Torío Palmero (MIR Psiquiatría)

Durante mi cuarto y último año del programa de residencia de Psiquiatría, tuve la oportunidad de realizar una estancia de cuatro meses (de octubre del 2015 a enero del 2016) en el **Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia**, situado en la ciudad de Los Ángeles, California (Estados Unidos).

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es un trastorno crónico que produce un importante deterioro en el funcionamiento tanto personal como social, manifestándose este deterioro en áreas tan diversas como son las relaciones interpersonales, las actividades de la vida cotidiana, y el rendimiento académico y laboral. Actualmente, junto con el control de los síntomas y la mejora en la calidad de vida, uno de los objetivos terapéuticos principales en los pacientes con esquizofrenia es precisamente la reducción del impacto que la enfermedad produce sobre su funcionalidad. En las últimas décadas se han producido importantes progresos en el abordaje terapéutico de esta enfermedad, pero los tratamientos actuales están lejos de lograr devolver al paciente a su nivel de funcionamiento premórbido. El rendimiento cognitivo es considerado uno de los principales predictores de la funcionalidad en estos pacientes, y tiene por tanto una especial relevancia a la hora de predecir el pronóstico de estos pacientes. El déficit cognitivo ha sido considerado un síntoma cardinal de la esquizofrenia desde las descripciones más iniciales del trastorno, existiendo dicho déficit incluso antes de la aparición del primer episodio psicótico.

Uno de los centros pioneros en el estudio de la cognición y funcionalidad en esquizofrenia es el *Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia* (<http://www.semel.ucla.edu/schizophrenia>), un centro de referencia internacional en esta materia. Tiene su sede en el *Semel Institute of Neuroscience and Human Behavior* de la Universidad de California, Los Angeles (UCLA) (<http://www.semel.ucla.edu/>), una institución multidisciplinar dedicada al estudio de la conducta humana y las enfermedades mentales.

El *Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia* tiene entre sus principales objetivos el estudio de las alteraciones cognitivas y emocionales presentes en los pacientes con esquizofrenia, y de su relación con el deterioro en la funcionalidad. Sus estudios abarcan campos tan diversos como son el desarrollo de nuevos sistemas de evaluación, programas de rehabilitación cognitiva, ensayos clínicos de intervenciones psicofarmacológicas, y estudios genéticos de los endofenotipos en la esquizofrenia. La relevancia de este centro se pone de manifiesto en el papel fundamental que sus profesionales desempeñaron dentro de la iniciativa *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia* (MATRICS), una iniciativa que partió del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos con el objetivo de facilitar el desarrollo de estrategias para la mejora cognitiva y funcional de los pacientes con esquizofrenia. Una de las aportaciones de esta iniciativa fue el desarrollo de la *MATRICS Consensus Cognitive Battery* (MCCB) (<http://www.matricsinc.org>), una batería cognitiva estandarizada para la evaluación de los siete dominios cognitivos afectados en la esquizofrenia.

El centro, dirigido por el Prof. Keith Nuechterlein, cuenta entre sus miembros con profesionales de un gran nivel como son el Prof. Michael Green y el Dr. Robert Kern:

- Keith Nuechterlein. Director del *UCLA Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia*, y Copresidente del Comité de Neurocognición de la iniciativa MATRICS del NIMH de Estados Unidos.
- Michael Green. Director del *UCLA Green Lab*, Copresidente del Comité de Neurocognición de la iniciativa MATRICS, y Director del *Treatment Unit of the Department of Veteran Affairs VISN 22 Mental Illness Research, Education, and Clinical Center* (MIRECC).
- Robert Kern. Codirector del programa de postdoctorado del MIRECC, miembro del *UCLA Green Lab*, responsable del proceso de estandarización de la MATRICS Consensus Cognitive Battery, y referente en rehabilitación cognitiva mediante el método *errorless learning*.

Por todo lo previo, resultaba innegable que un centro de referencia en la materia como es el *Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia* podría resultar una experiencia extraordinariamente enriquecedora tanto a nivel personal como a nivel institucional.



OBJETIVOS PERSONALES Y DESARROLLO DE LA ROTACIÓN

Por todo lo previo y dado mi especial interés en el campo de la cognición y funcionalidad esquizofrenia, decidí solicitar mi período de rotación libre durante mi cuarto año de residencia de Psiquiatría en el *Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia*. Algunos de los objetivos que me planteé para esta rotación fueron conocer los diferentes grupos y programas del centro, así como sus dinámicas de funcionamiento; conocer otras líneas de investigación traslacional que se llevaran a cabo en el centro, fundamentalmente en lo relativo a esquizofrenia; conocer el abordaje multidisciplinar e integrador del centro, asistiendo al proceso de investigación en este campo desde diferentes perspectivas, desde las neurociencias básicas hasta las investigaciones en el ámbito más clínico; ampliar conocimientos sobre aspectos concretos de neurocognición, cognición social, y funcionalidad, y conocer las nuevas estrategias terapéuticas, tanto farmacológicas como psicosociales, que se encontraran en estudio para la mejora de la cognición y la funcionalidad.

Explicar la estructura de la actividad en dicho centro resulta complejo, ya que al tratarse de un centro únicamente dedicado a la labor investigadora, su actividad es mayormente cambiante y se adapta a las necesidades de los diferentes proyectos de investigación y a la redacción de numerosos artículos científicos. Durante mi estancia he podido formar parte activa de un gran número de actividades que este pionero grupo lleva a cabo, lo cual me ha permitido experimentar en primera persona lo que es la actividad investigadora de primer nivel, y adquirir conocimientos generales y específicos que solamente la estancia en un centro de este nivel permite adquirir.

Así, he podido formar parte activa en actividades del campo de la investigación a las que nunca había asistido con anterioridad, como es el proceso global de un proyecto de investigación, el cual conlleva una rigurosa planificación previa prestando especial atención a su justificación y a la elección de las escalas clínicas y neuropsicológicas, el proceso de solicitud de financiación económica, así como la evaluación y la recogida de datos posterior. Sin olvidar las revisiones posteriores que se realizan del proyecto a lo largo de su desarrollo, y que permite que proyectos de larga duración continúen siendo de referencia con el paso del tiempo. Asimismo, dado que en dicho centro existe personal especializado en el reclutamiento de pacientes y sujetos sanos, he podido asistir a un proceso de reclutamiento intensivo y reglado.

En cuanto a las actividades docentes llevadas a cabo, pude asistir a todos los ciclos formativos que el personal en formación del centro recibía, una actividad docente de alto interés y calidad científica. Además, pude asistir a múltiples evaluaciones clínicas y neuropsicológicas realizadas con instrumentos de vanguardia, así como participar en los ciclos formativos que el personal del centro recibe con el objetivo de ser autorizados a realizar dichas evaluaciones.

Todo ello permitió que pudiera adquirir los conocimientos necesarios para que, junto con los miembros de este centro, realizara y desarrollara una propuesta de proyecto de investigación que presenté previo a mi regreso, y sobre el cual recibí una respuesta muy positiva.

COMENTARIOS Y EXPERIENCIA PERSONAL

Mi experiencia en el *Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia* ha sido verdaderamente positiva. Los profesionales que trabajan allí son sin duda alguna de alto nivel, tanto en lo profesional como en lo personal. Hicieron de mi estancia una experiencia inolvidable desde el primer día, habiendo ofrecido su ayuda y orientación de forma constante. Todo ello me ha permitido adquirir unos conocimientos en el ámbito de la investigación que considero tienen alto interés tanto en lo personal como en lo institucional.

Por todo lo previo, agradezco enormemente la ayuda de todas aquellas personas que dentro y fuera del *Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia* hicieron posible mi experiencia.

Iosune Torío Palmero
MIR Psiquiatría - 4º año
AGCPSM H.U. 12 de Octubre

MEMORIA DE ROTACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (BOGOTÁ, COLOMBIA)

Laura Hernández Arroyo (MIR Psiquiatría)

Los médicos en general, y los psiquiatras en particular, entramos en contacto con el mundo judicial en el desarrollo de nuestra práctica clínica diaria.

Así, los psiquiatras clínicos debemos notificar a las autoridades judiciales las situaciones de ingresos involuntarios o de traslados forzosos. Por su parte, las autoridades pueden darnos la indicación de realizar una valoración mental a un sujeto o pedirnos un informe clínico sobre la competencia de un paciente. Dichas valoraciones pueden tenerse en consideración, por ejemplo, dentro de procedimientos legales de incapacitación.

En otras ocasiones, podemos ser llamados a declarar en calidad de testigo-perito respecto de algún paciente tratado por nosotros. También, seremos los psiquiatras tratantes de aquellos sujetos declarados inimputables y a los que se imponga el ingreso en un centro psiquiátrico o el tratamiento psiquiátrico ambulatorio involuntario.

Finalmente, nosotros mismos podemos vernos involucrados en cuestiones de responsabilidad profesional (suicidios, secreto profesional, historia clínica...)

Todo lo previo refleja la realidad de una interacción frecuente entre ambos mundos, el judicial y el sanitario (específicamente, el de la psiquiatría). Sin embargo, mi percepción es que la formación en aspectos legales y forenses para psiquiatras es escasa a lo largo de la residencia. Esta situación fue la principal motivación para que, aprovechando la oportunidad que supone una rotación externa, decidiese realizarla en Psiquiatría Forense.

Una vez elegido el ámbito, lo siguiente era decidir el lugar. Como muchas veces ocurre, solicitamos información y orientación a nuestro entorno más cercano (residentes mayores, adjuntos...). Es así como conocí el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá.



100 años
de aporte técnico científico
a la administración de justicia

Dicho Instituto representa una sólida institución con más de 100 años de historia, siendo su actual director en Dr. Carlos Eduardo Valdés Moreno. El instituto es referente a nivel nacional y oferta, entre otros, servicios forenses de genética, física, toxicología, estupefacientes, balística, lofoscopia, entomología, grafología, antropología, odontología, patología, psiquiatría-psicología forenses y valoración del riesgo de feminicidio. Otro aspecto que hacía atractiva esta elección es que, a diferencia de la estructura de nuestra residencia, los psiquiatras colombianos en formación (el equivalente al “MIR” español) rotan de forma estipulada por los servicios forenses, de forma que la Institución cuenta con experiencia, un programa estructurado y unos objetivos definidos de cara la rotación de sus residentes.

Mi estancia en Bogotá ha abarcado desde noviembre de 2015 hasta el 15 de Enero de 2016. Los objetivos fundamentales que quería cumplir al llegar a dicho Instituto eran, por un lado, conocer las bases teóricas generales para la realización de las pericias en psiquiátricas

forense; por otro lado, entrar en contacto práctico con la realización de dichas pericias y, finalmente, poder conocer o colaborar en la elaboración de los informes emitidos destinados a la autoridad judicial solicitante.

En este tiempo he tenido la posibilidad de asistir a una amplia variedad de exámenes periciales.

Así, he asistido y participado en la realización de las siguientes evaluaciones: pericia sobre el Estado de Salud Mental del privado de Libertad (estado grave por enfermedad o enfermedad muy grave incompatible con la vida en reclusión); pericias sobre la Capacidad de Comprensión y Autodeterminación (inimputabilidad); pericias sobre el mantenimiento, cambio o levantamiento de Medidas de Seguridad; pericias sobre presuntas víctimas de delitos sexuales; pericias mediante Autopsia Psicológica en la determinación de la manera de la muerte y pericias sobre Perturbación Psíquica.

También he tenido la posibilidad, en algunos casos, de colaborar con la redacción de los informes emitidos.

Desde el Instituto siempre se han mostrado colaboradores y ocupados en que mi estancia fuese lo más provechosa posible. Así, siempre me facilitaron el acceso a exámenes y la posibilidad de rotar con distintos profesionales (Dr. Tamayo Fonseca, Dra. González Pardo, Dra. Salamanca Ruíz y Dr. Ortiz Jérez). En todas las evaluaciones me dieron la oportunidad de participar de forma activa, no únicamente como “observadora”, lo cual sin duda son dos perspectivas bien distintas.

A mi llegada, me aportaron el Protocolo de Evaluación Básica propio del Instituto, así como material adicional que me han facilitado a propósito de los casos valorados.

Además, varias veces en semana, la rotación se veía complementada con la realización de seminarios teórico-prácticos dirigidos en su mayoría la Dra. de la Hoz. En ellos compartía espacio con residentes nacionales. Esta actividad ha resultado especialmente valiosa, siendo un formato dinámico y de interacción adjunto-residente.

Como actividad complementaria, durante mi estancia en Colombia acudí al LIV Congreso Colombiano de Psiquiatría. En esta edición el hilo conductor fue la Salud Mental en el postacuerdo (tras los acuerdos de Paz entre el Gobierno de Colombia y las FARC). En este contexto, la participación del Instituto de Medicina Legal y Forense, en concreto Psiquiatría Forense, tenía un papel protagonista dada su implicación en valoraciones de tortura y violencia sociopolítica. Así, se organizaron varios simposios que contaron también con la participación del psiquiatra español Pau Pérez, del H. La Paz (Madrid).

Finalmente, para cerrar la memoria, destacaría el valor añadido (profesional y personal) que representa hacer una rotación externa en una cultura diferente a la tuya. En este sentido, no he podido estar más satisfecha con mi inmersión en la vida colombiana.

*Laura Hernández Arroyo
MIR Psiquiatría - 4º año
AGCPSM H.U. 12 de Octubre*

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 ⁶

Abril 2016

6 **Sesión Clínica del Residente**

13 **Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil**

20 **Sesión Extraordinaria**

20 de abril

Las tareas del equipo de salud mental en la interconsulta de un hospital infantil. La experiencia en el Hospital Universitario de La Paz. Margarita Acamí Pertejo. Psiquiatra de UIH Hospital La Paz

27 **Unidad de Transición Hospitalaria**

Mayo 2016

4 **Sesión Clínica del Residente**

11 **Programa de Alcohol**

18 **Sesión Extraordinaria**

18 de mayo

Saxa loquuntur. Las piedras hablan. Los síntomas también. José Luis Lledó Sandoval. Psiquiatra, psicoanalista. Presidente de FEAP

25 **CSM Villaverde**

⁶ 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

Junio 2016

- 1 Sesión Clínica del Residente
- 8 Programa de Psicogeriatría
- 15 Sesión Extraordinaria

15 de junio
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 Centro San Juan de Dios – Clínica Ntra. Sra. de la Paz

AUTOEVALUACION Post-Sesión Clínica del AGCPSM

Las sesiones clínicas tienen un objetivo, además del de reflexionar e intercambiar pautas de actuación sobre un caso clínico concreto, de **FORMACION CONTINUADA** de los profesionales. En este sentido, muchas de las sesiones clínicas que presentamos se acompañan de una muy interesante revisión actualizada de la literatura a propósito del caso.

Para aprovechar algo más el esfuerzo que realizamos al preparar la sesión clínica y que nos podamos beneficiar todos los profesionales del área os proponemos que después de cada sesión que presentéis en la Sesión Clínica de Área semanal enviéis a santiago.vega@salud.madrid.org, para su posterior inclusión en este Boletín bimestral:

- **una o varias PREGUNTAS TIPO TEST** (verdadero/falso o de respuesta múltiple) extraídas de la revisión y discusión del caso que habéis presentado. Si es posible, con una breve y concisa explicación de por qué son verdaderos o falsos cada uno de los enunciados,
- **una breve RECOMENDACION CLINICA** que podamos extraer del caso (solemos ponerla en Conclusiones y a veces se enriquece en la discusión) y
- **una o dos REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS** muy seleccionadas (si es posible, con una breve motivación sobre lo que aporta).

AUTOEVALUACIÓN

Ana Cabrera Lozano y Esther González Martínez ⁷

1. **Estudios actuales establecen una correlación entre el estrés y un estado de hipercoagulabilidad en los sujetos que lo padecen. Respecto a lo previo señala la respuesta FALSA:**
 - A. Los sujetos sanos sometidos a un estrés agudo muestran un estado de hipercoagulabilidad que podría considerarse un beneficio evolutivo.
 - B. El principal mecanismo subyacente que explica la hipercoagulabilidad secundaria al estrés agudo es la alteración en el funcionamiento eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.
 - C. Factores psicosociales como el estatus socioeconómico, el cuidado de personas dependientes o el estrés laboral se asocian a estados de hipercoagulabilidad
2. **Los pacientes con esquizofrenia tienen mayor riesgo de padecer un cuadro protrombótico (trombosis de miembros inferiores o tromboembolismo pulmonar), entre las posibles causas de esta afirmación señala la falsa:**
 - A. Los sujetos con Esquizofrenia en muchas ocasiones cumplen una o más condiciones de la triada de Virchow: sedentarismo, diabetes, dislipemia, tabaquismo, aumento de fibrinógeno...
 - B. Muchos antipsicóticos se asocian a estados de hipercoagulabilidad
 - C. Estudios recientes han encontrado un aumento de activador tisular de plasminógeno (tPA)
3. **Estudios actuales han asociado a los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) con diversos efectos a nivel hematológico. Indica cual de las siguientes aseveraciones sobre los ISRS es FALSA:**
 - A. Los ISRS se asocian a mayor riesgo de hemorragia digestiva alta, sobre todo con el uso concomitante de AINEs o antiagregantes plaquetarios.
 - B. Algunos estudios han relacionado un aumento de riesgo de ACVA con ISRS, pero el riesgo absoluto sería bajo. Sin embargo a su vez otros estudios establecen una relación entre el empleo de ISRS en paciente que han sufrido un ictus y la recuperación de la funcionalidad postictus.
 - C. Diferentes autores describen un aumento de la agregación plaquetaria secundaria a la toma de ISRS.
4. **Respecto a la relación entre antipsicóticos y aumento del riesgo tromboembólico señale la respuesta VERDADERA:**
 - A. La clozapina es el antipsicótico que más se asocia a un aumento del riesgo tromboembólico.
 - B. El mecanismo de acción es bien conocido, ya que los antipsicóticos producen un aumento de la activación y agregación plaquetaria gracias a su agonismo 5-HT_{2A}.
 - C. Hay establecidos diferentes protocolos para prevenir eventos tromboembólicos en pacientes en tratamiento antipsicótico.

⁷ SESIÓN CLÍNICA semanal del AGCPSM del 13 de Enero del 2016

AUTORAS: **Ana Cabrera Lozano y Esther González Martínez**. MIR Psiquiatría 2º año

TÍTULO: **Alteraciones hematológicas y trastornos mentales**

• Referencias

- Hoirisch-Clapauch S, Nardi AE. *Improvement of Psychotic Symptoms and the Role of Tissue Plasminogen Activator*. International Journal of Molecular Sciences. 18 November, 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26593907>
- Austin AW, Wissman T, von Kanel R. *Stress and Hemostasis: An Update*. Semin Thromb 2013; 39: 902-912. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24114007>
Descarga gratuita en pdf: https://www.researchgate.net/publication/257647975_Stress_and_Hemostasis_An_Update
- Hai-Yin Jiang, et al. *Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-analysis*. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2015;13:42–50 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24993365>
- Benoit Allenet et al. *Antipsychotic drugs and risk of pulmonary embolism*. Pharmacoepidemiology and drug safety 2012; 21: 42–48 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22052683>.
Descarga gratuita en pdf: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4661911/pdf/ijms-16-26053.pdf>

• Lectura recomendada

Stress and Hemostasis: An Update

Anthony W. Austin, PhD^{1,2,3} Thomas Wissmann, BSc⁴ Roland von Kanel, MD^{4,5,6}

Semin Thromb Hemost 2013;39:902–912.

Abstract

Numerous naturalistic, experimental, and mechanistic studies strongly support the notion that—as part of fight-or-flight response—hemostatic responses to acute psychosocial stress result in net hypercoagulability, which would protect a healthy organism from bleeding in case of injury. Sociodemographic factors, mental states, and comorbidities are important modulators of the acute prothrombotic stress response. In patients with atherosclerosis, exaggerated and prolonged stress-hypercoagulability might accelerate coronary thrombus growth following plaque rupture. Against a background risk from acquired prothrombotic conditions and inherited thrombophilia, acute stress also might trigger venous thromboembolic events. Chronic stressors such as job strain, dementia caregiving, and posttraumatic stress disorder as well as psychological distress from depressive and anxiety symptoms elicit a chronic low-grade hypercoagulable state that is no longer viewed as physiological but might impair vascular health. Through activation of the sympathetic nervous system, higher order cognitive processes and corticolimbic brain areas shape the acute prothrombotic stress response. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis and autonomic dysfunction, including vagal withdrawal, are important regulators of hemostatic activity with longer lasting stress. Randomized placebo-controlled trials suggest that several cardiovascular drugs attenuate the acute prothrombotic stress response. Behavioral interventions and psychotropic medications might mitigate chronic low-grade hypercoagulability in stressed individuals, but further studies are clearly needed. Restoring normal hemostatic function with biobehavioral interventions bears the potential to ultimately decrease the risk of thrombotic diseases.

Keywords

- blood coagulation
- fibrinolysis
- platelets
- psychological stress
- risk factor

En: https://www.researchgate.net/publication/257647975_Stress_and_Hemostasis_An_Update

• Puntos clave para la práctica clínica

- Nuestros pacientes tiene mayor riesgo que la población general de presentar estados protrombóticos. Además suponen un mayor reto diagnóstico.
- El estrés agudo y el estrés crónico producen estados de hipercoagulabilidad. Subyacen diferentes mecanismos.
- Estudios en la actualidad abordan la relación entre las alteraciones de la coagulación y otras alteraciones neuronales, metabólicas y neoplásicas en pacientes con esquizofrenia.
- No demostrado aumento de sangrado con ISRS y otros AD, salvo en el caso de la HDA al ser administrados junto con AINEs o antiagregantes o en pacientes con riesgo (antecedentes de úlcera). En ese caso valorar IBP.
- Demostrada asociación entre AP y tromboembolismo, sobre todo atípicos (clozapina). A esto se suma estado procoagulante en la psicosis y otros FR que los propios AP producen (aumento de peso, síndrome metabólico...).
- Escasa utilidad de pruebas laboratorio para el screening (reducción TTPa con Clozapina, Fibrinógeno, PCR, triglicéridos..). Atender a síntomas y signos.
- Profilaxis antitrombótica frente a la Inmovilización Terapéutica.
 - HBPM
 - Hidratación
 - Aflojar y reducir sujeciones
- Tener en cuenta riesgo tromboembólico en el paciente psiquiátrico.

Protocolo Salud Física del AGCPSM

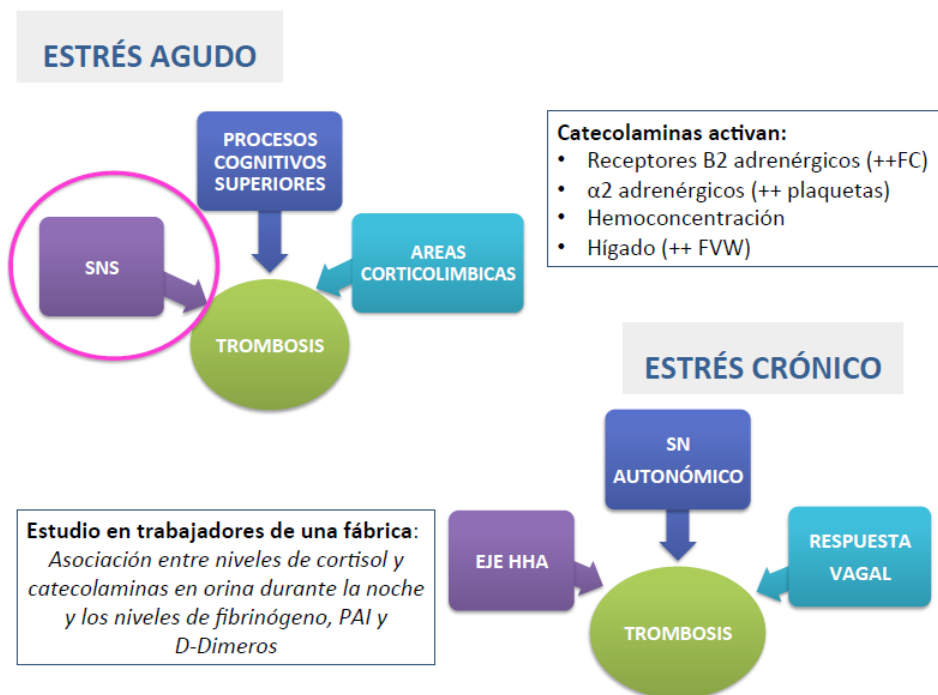
Todos										
PARAMETROS	BASAL	mes 1	mes 2	mes 3	mes 6	mes 9	mes 12	mes 18	mes 24	OBSERVACIONES
Calendario de Exploración física										
Peso, IMC	X				X		X			Anual desde el 12 mes
TA, FC, TEMP	X				X		X			Anual desde el 12 mes
Calendario de pruebas complementarias										
Hemograma	X						X			Anual
Bioquímica (Urea, Cr	X						X			Anual
Perfil hepático	X						X			Anual
Coagulación	X									Anual
(*)ECG	X									Repetir previo a rango dosis altas
(*)VIH,VHB,VHC,VDRL										Si sospecha clínica

RESPUESTAS

1. **Respuesta A: VERDADERA.** El estado de hipercoagulabilidad asociado a un estresor agudo en personas sanas puede considerarse fisiológico, formando parte de un beneficio evolutivo (“respuesta de lucha o huida”). Ejemplo: pensemos que un sujeto se enfrenta a un león, en este se activarán una serie de mecanismos de protección: aumento de la frecuencia cardíaca para que llegue el flujo sanguíneo a los músculos, vasoconstricción periférica y palidez cutánea. De esta forma un estado de hipercoagulabilidad aguda favorecerá la hemostasia en caso de sufrir una lesión. Sin embargo, en personas de edad avanzada con diferentes comorbilidades: diabetes, antecedentes de IAM o HTA esta respuesta procoagulante puede suponer un riesgo para la salud.

Respuesta B: FALSA. Los mecanismos que explican la hipercoagulabilidad secundaria al estrés agudo y al estrés crónico son diferentes. La activación del Sistema Nervioso Simpático sería el principal mediador de la activación de los factores procoagulantes en el estrés agudo.

Respuesta C: VERDADERA. Diferentes estudios han hallado un aumento de factores procoagulantes como el fibrinógeno en sujetos en situación de desempleo, bajo nivel de formación, cuidadores de pacientes con Alzheimer o con indicadores de estrés laboral elevado.



2. **Respuesta A: VERDADERA.** En la práctica clínica encontramos muchos pacientes con Esquizofrenia que cumplen una o más condiciones de la triada de Virchow: alteraciones en el flujo sanguíneo, lesión en el endotelio vascular, alteración en los elementos sanguíneos.

Respuesta B: VERDADERA. Muchos antipsicóticos se asocian a un aumento en la incidencia de cuadros protrombóticos.

Respuesta C: FALSA. Estudio recientes han hallado una disminución en el tPA, lo que podría explicar una menor conversión del plasminógeno en plasmina. La plasmina tiene un papel fundamental en la destrucción del coágulo de fibrina por lo que su ausencia podría explicar un estado procoagulante. Además de su importancia en la cascada de la coagulación, el tPA tiene un papel fundamental en la neurogenesis, la migración neuronal, la angiogenesis y procesos metabólicos.

3. **Respuesta A: VERDADERA.** Diferentes estudios de tipo observacional han establecido un aumento del riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes en tratamiento con ISRS, siendo este riesgo mayor en paciente con historia de sangrado previo, o en tratamiento concomitante con AINEs y/o antiagregantes, por lo que aunque no hay un protocolo establecido, quedando por tanto a la elección del médico; se recomienda pautar un inhibidor de la bomba de protones en dichos casos.

Respuesta B: VERDADERA. También existen estudios que establecen relación entre los ISRS y el aumento de hemorragias intraparenquimatosas cerebrales, no de hemorragia subaracnoidea; pero el riesgo absoluto de esto sería de 1 caso: 10.000 pacientes/año. Por otro lado también se ha asociado el empleo de ISRS en pacientes supervivientes a un ictus con la mejora de variables como la dependencia, el déficit neurológico y la discapacidad.

Respuesta C: FALSA. El mecanismo de acción propuesto para explicar el aumento de riesgo de sangrado asociado a los ISRS consistiría en una reducción de la agregación plaquetaria debida a la inhibición del SERT (transportador de serotonina) que reduciría la recaptación de serotonina por la plaqueta. La serotonina actúa a este nivel favoreciendo en la agregación plaquetaria, pero se trata de la única sustancia que lo hace; por lo tanto no resulta imprescindible para ello.

4. **Respuesta A: VERDADERA.** Muchos antipsicóticos se han relacionado con eventos tromboembólicos, principalmente los atípicos y dentro de estos sobre toda la clozapina; resultado obtenido en muchos estudios. También in vitro se demostró aumento de la agregación plaquetaria con clozapina, sin embargo en no se reprodujeron los resultados con haloperidol, ni con olanzapina o risperidona.

Respuesta B: FALSA. Se han postulado múltiples hipótesis sobre el mecanismo por el cual los antipsicóticos producirían un estado protrombótico; entre ellos se encuentra el aumento de la agregación plaquetaria, pero también otros como la propia sedación, el aumento de peso e IMC, la hiperprolactinemia, el aumento del anticoagulante lupíco y Ac cardiolipina (Ac antifosfolípido) y la hiperhomocistinemia

Respuesta C: FALSA. Todavía no se han establecidos protocolos para prevenir el riesgo tromboembólico en pacientes en tratamiento antipsicótico, aunque ha habido intentos de algoritmos han sido escasos y sin haberse publicado resultados tras su aplicación. Aún así se recomienda como medidas profilácticas el ejercicio físico, mantener una adecuada hidratación, usar medias de compresión en pacientes con insuficiencia venosa...

AUTOEVALUACIÓN

Sergio Benavente López ⁸

1. Dentro de la clasificación actual de la ILAE, señale la afirmación falsa:

- a) La epilepsia temporal mesial se incluye dentro de las clasificaciones de las Epilepsias focales sintomáticas límbicas
- b) La epilepsia temporal mesial se diferencia en Epilepsia Temporal Medial con Esclerosis del Hipocampo y en Epilepsia Temporal Medial
- c) Los términos de epilepsia temporal mesial y epilepsia medial del lóbulo temporal describen la misma entidad
- d) La epilepsia temporal mesial forma parte de un conjunto de síntomas neuropsiquiátricos no incluidos en la clasificación de la ILAE

2. Señale la respuesta falsa sobre la epilepsia temporal mesial:

- a) Ambos sexos se afectan por igual
- b) Es el síndrome epiléptico más frecuente
- c) No presenta una afectación estructural del hipocampo
- d) La presentan el 65% de los pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal

3. ¿Cuál de los siguientes síntomas es el que más frecuentemente se presenta en una epilepsia temporal mesial?

- a) Síntomas psicóticos
- b) Síntomas gástricos, especialmente a nivel del epigastrio, que suelen presentarse como el inicio de la sintomatología
- c) Síntomas afectivos
- d) Síntomas disociativos o experiencias en forma de “*deja vu*”

4. Sobre las características que podemos encontrar de forma más frecuente en el EEG de una epilepsia temporal mesial, señale la afirmación falsa:

- a) Es más probable encontrar alteraciones diagnósticas específicas en pacientes que no presenten alteraciones del sueño y hayan presentado adecuado descanso nocturno en días previos
- b) El EEG basal puede ser normal
- c) El EEG característico en periodo intercrítico presenta punta onda sobre región temporal anterior derecha
- d) Las posibilidades de obtener un EEG diagnóstico aumentan al doble realizando registros EEG basales repetidos

⁸ SESIÓN CLÍNICA semanal del AGCPSM del 1 Octubre 2014
AUTOR: **Sergio Benavente López**. MIR Psiquiatría 3º año
TÍTULO: **Epilepsia Temporal Mesial y síntomas psicóticos**

RESPUESTAS

1. D.
2. C.
3. B.
4. A.

AUTOEVALUACIÓN

Sonia Alvarez Sesmero y Patricia Fernández Sotos ⁹

1. ¿Qué datos de los expuestos a continuación nos harían sospechar un episodio psicótico secundario?

- A. Presencia de sintomatología negativa
- B. Fase prodrómica consistente en pensamientos extraños o percepciones inusuales
- C. Nivel de consciencia alterado
- D. Alucinaciones cenestésicas
- E. Ninguna de las anteriores

2. Ante un primer episodio, ¿cuál de las siguientes pruebas complementarias no estaría indicada siempre de rutina según algunas guías clínicas?

- A. Hemograma completo
- B. Perfil hepático y renal (incluyendo iones)
- C. TC craneal
- D. Serologías de sífilis y VIH
- E. Todas las anteriores estarían indicadas de rutina

⁹ SESIÓN CLÍNICA semanal del AGCPSM del 6 Abril 2016

AUTORAS: **Sonia Alvarez Sesmero y Patricia Fernández Sotos**. MIR Psiquiatría 1º año

TÍTULO: **Primer episodio psicótico: ¿qué tengo, doctor?**

• Lectura recomendada

Recomendamos dos artículos que recogen dos de los puntos más importantes de la presentación. El primero contiene varias tablas donde de manera esquemática se resumen las enfermedades médicas que se pueden presentar con síntomas psicóticos. En el segundo, las indicaciones de las pruebas de imagen a considerar ante estos casos:

- Griswold KS, Del Regno PA, Berger RC. **Recognition and differential diagnosis of psychosis in Primary Care.** Am Fam Physician. 2015 Jun 15;91(12):856-863.
En: <http://www.aafp.org/afp/2015/0615/p856.html>
- Khandanpour N, Hoggard N, Connolly DJA. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. Clin Radiol. 2013 Mar;68(3):245-50.
En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959259>

• Puntos clave para la práctica clínica

Hay una tendencia en la práctica clínica habitual de atribuir los síntomas psicóticos a los trastornos psiquiátricos primarios sin descartar otras posibles causas secundarias.

Sobre todo, debemos centrar nuestra atención y realizar una búsqueda exhaustiva de posibles etiologías secundarias ante un cuadro psicótico atípico.

Las causas secundarias de psicosis son múltiples y, por lo tanto, debemos tener en cuenta aquellas patologías médicas que pueden ser causa de psicosis, así como realizar una anamnesis detallada, buscando nuevos fármacos o tóxicos introducidos recientemente en el paciente.

RESPUESTAS

1. C. Una alteración del nivel de consciencia debe hacernos pensar que el cuadro psicótico pueda deberse a una causa secundaria. El resto de sintomatología es típica de psicosis primaria, más concretamente de Esquizofrenia Paranoide.
2. E. A pesar de que no ser indicado en todas las guías clínicas revisadas, habría que realizar un TC craneal ante un primer episodio psicótico, lo cual está bastante generalizado en la práctica clínica habitual en nuestro medio. El resto de pruebas complementarias también estarían indicadas.

**APRENDIZAJE Y EXPERIENCIA DEL RESIDENTE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN
LA PSICOTERAPIA DE GRUPO DIARIA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN
BREVE DEL H. U. 12 DE OCTUBRE**

*María Díaz Medina y Thais López Moreno*¹⁰

Los grupos de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) son un reto: adecuarse al momento en que se encuentran los pacientes, lidiar con los efectos de los tratamientos que están recibiendo, ajustarse a las necesidades de un grupo heterogéneo y cambiante sin desatender a ningún miembro, pudiendo escuchar unas veces desde el bullicio, otras desde el silencio. La riqueza de estos grupos es difícil contemplarla desde fuera, el papel del terapeuta es el de impulsarla y darle forma, creando un clima emocional y pudiendo adoptar un papel activo que no acalle sino facilite, incorporando a todos los que se encuentran allí, pacientes y profesionales, en un complejo proceso en el que integrar y coordinar la dinámica que se establece cada día. Las habilidades técnicas deben ser creativas y flexibles; la postura, curiosa, que estimule la atención de los miembros del grupo y el autoconocimiento, abriendo el foco desde lo concreto hacia la experiencia compartida.

Cuando un residente de Psicología Clínica se enfrenta por primera vez a la coordinación de un grupo con pacientes agudos se pueden activar muchos miedos e inquietudes. Aunque son aspectos subjetivos e individuales, se podrían nombrar algunos más frecuentes según la experiencia compartida entre residentes: inseguridad sobre las propias capacidades y recursos, anticipación a situaciones temidas, impacto emocional de las historias traumáticas subyacentes a los síntomas de muchos pacientes y manejo de la transferencia y contratransferencia, entre otras.

El trabajo en la UHB implica enfrentarse a situaciones con alta carga emocional y la labor de validación y contención es fundamental para poder conocer, reflexionar e intercambiar experiencias en el grupo. Esta contención sería muy difícil sin la presencia de un equipo de profesionales. Es importante reconocer la dificultad de trabajar con pacientes que sufren un trastorno mental grave y contar con un equipo multidisciplinar que aporte otros puntos de vista y ayude al coordinador cuando éste se ve involucrado en los dilemas que le plantean los pacientes en el grupo. La figura del psicólogo clínico adjunto facilita al residente poder ir elaborando y amortiguando el impacto de dichas situaciones, convirtiéndose éstas en un contexto potencial de oportunidades en su aprendizaje como conductor de grupos difíciles.

Una parte muy enriquecedora de la experiencia en los grupos en la Unidad de Agudos de Psiquiatría es la convivencia diaria con los pacientes, que permite entender y observar las dificultades para vincularse, las carencias a nivel afectivo y cognitivo, los avances y retrocesos en la recuperación, la salida de la posición autística para poner la mirada en el exterior y, en definitiva, la psicopatología de forma profunda, práctica y real; pero sobre todo permite ver la parte sana, el potencial de cambio, la valentía y esfuerzo por seguir adelante.

¹⁰ María Díaz Medina acabó su residencia en Psicología Clínica en el H.U. 12 de Octubre el pasado Mayo 2015. Thais López Moreno es actualmente PIR de 4º año en este hospital

Los relatos y experiencias de los pacientes pueden ser caóticos. Escuchar atentamente, con paciencia e interés, permite ir buscando sentido a lo que puede parecer incomprensible y abordarlo. La sorpresa se instala, entonces, al descubrir que todos pueden sentirse identificados con los problemas y dificultades que se plantean en los grupos y que a veces el poder poner palabras y compartir lo que hace sufrir es el primer paso para la recuperación.

La siguiente viñeta clínica refleja las intensas emociones y cargas que tiene que afrontar el residente de Psicología Clínica en este tipo de grupos:

PACIENTE 1 (P1): *Todo me asusta, me da miedo que me vayan a hacer daño, todo me da desconfianza.*

TERAPEUTA (T): *Ahora no pareces asustado y además estás pudiendo confiar en nosotros al contarnos esto.*

P1: *Es cierto, pero antes de ingresar estaba así. Era como si llevase siempre un velo en la cara a través del cual veía el mundo.*

T: *¿Como si todo tuviese el mismo matiz?*

P1: *Sí.*

T: *¿Cómo llamarías a ese velo?*

P1: *El de la desconfianza.*

T: (Dirigiéndose al grupo) *¿Cuál sería el velo a través del que miráis?*

P2: *El de la tristeza.*

P3: *El del enfado.*

P4: *El de la desgana.*

Los pacientes van identificando ese “velo” que emplean de filtro y desde el que se relacionan con el mundo. En las siguientes sesiones se continuará utilizando esta metáfora para poder abordar cuánto tiempo llevan con el velo, cómo sería su vida si se lo quitasen, qué podrían hacer para permanecer sin él ¹¹.



¹¹ Un artículo complementario a esta reflexión se publicó en la revista de la AEN: Beloso Roper JJ, Díaz Medina M, López Moreno T. **Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve**. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2015; 35 (128):759-774. En: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16927/16797>

Proyecto "Hospital Sinfónico"

SaludMadrid Hospital Universitario 12 de Octubre Comunidad de Madrid en colaboración con MÚSICA EN VENA

Proyecto "Hospital Sinfónico"

Flamenco en Vena

Antonio Lizana Trío

EPI PACHECO Percusión
ADRIANO LOZANO Guitarra

Martes 12 de abril de 2016 a las 18,00 horas
Salón de Actos de la Residencia General

Escucha aquí su música...

Concierto para pacientes, familiares y profesionales
Los profesionales que quieran entradas pueden recogerlas en el Gabinete de Comunicación. Planta 1 Residencia General
Del 5 al 12 de abril de 2016
Los pacientes y sus familiares no necesitan entrada
Entradas no numeradas. 10 minutos antes del inicio se permitirá el acceso libre.

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

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) 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>