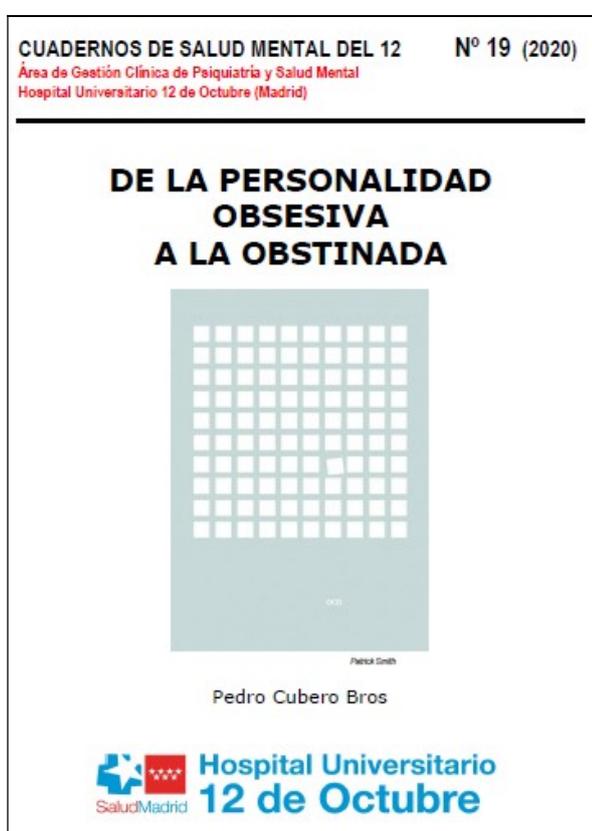


BOLETIN

Área de Gestión Clínica de PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

Número **67** – **Diciembre 2020**



NUEVA Web del AGCPM:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

NUEVO Cuadernos de Salud Mental del 12:

De la personalidad obsesiva a la obstinada (Pedro Cubero) (N° 19)

Vídeoconferencia 17 Diciembre: **Actualización en Depresión Resistente** (Isabel Mtnez.-Gras y Gabriel Rubio)

Memorias Residentes UDMSM: Rotación Longitudinal de Psicoterapia 2020-21:

Introducción (Ana López) - **Un gesto del cuidado sin medida** (Cristina Fernández) –

Del Yo aturdido al Yo entusiasmado (Alba Juanes) –

Un aprendizaje diferente... Del miedo paralizante al disfrute en la terapia (Helena Paineira)

Se está modificando la estructura de nuestra web oficial, como las del resto de hospitales y servicios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. En las próximas semanas continuaremos actualizando la misma. Este es el formato de la actual:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>



Periódicamente se continuará actualizando nuestra página web con la información sobre la sesión clínica del miércoles siguiente y otras novedades.

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



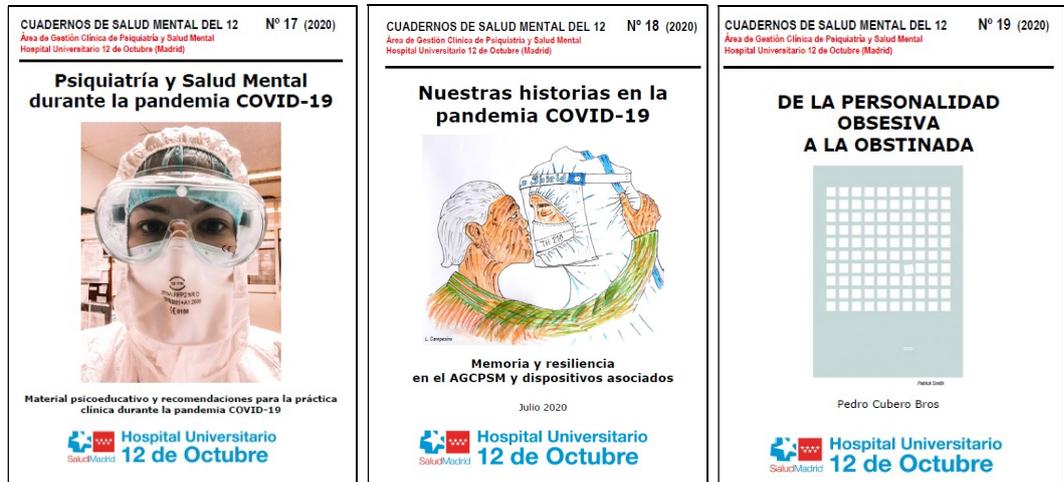
Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org

Además de en nuestra web, 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.

Para mantener permanentemente actualizada nuestra web oficial y que sirva como una herramienta efectiva de comunicación para los profesionales del AGCPSM, personal en formación de pre y postgrado en nuestro servicio y resto de personas interesadas, podéis mandar cualquier información relevante y/o propuesta de mejora de la web al correo santiago.vega@salud.madrid.org.

En las últimas semanas se han actualizado y cargado los siguientes documentos:

- SERVICIO / NOVEDADES
- PACIENTE
- ASISTENCIA
- DOCENCIA / PUBLICACIONES
 - Boletín AGCPSM hasta el actual (nº 67 - Diciembre 2020)
 - Cuadernos de Salud Mental del 12:
 - ***Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19. Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica clínica*** (Nº 17)
En: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4342/download?token=mGtuLYkE>
 - ***Historias en la pandemia COVID-19. Memoria y resiliencia en el AGCPSM y dispositivos asociados*** (Nº 18)
En: https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4454/download?token=O5B58i_J
 - ***De la personalidad obsesiva a la obstinada*** (Nº 19)
En: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4693/download?token=wXexuB6H>



<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

(Sección: DOCENCIA / PUBLICACIONES)

- INVESTIGACIÓN
- ESPECIALIDAD
- CONTACTO

Premio *Best in Class* al Servicio de Psiquiatría H.U. 12 de octubre



De: Rubio Valladolid.Gabriel
Enviado: viernes, 20 de noviembre de 2020
Asunto: Premio Best in Class

Querido equipo:

Hoy nos ha entregado el **Premio Best in Class edición 2020 AL MEJOR SERVICIO DE PSIQUIATRÍA** y hemos quedado finalistas al **MEJOR PROGRAMA DE ESQUIZOFRENIA**.

La entrega se ha realizado mediante una videoconferencia y estábamos un grupo de profesionales de nuestro Área de Gestión Clínica que representaban a todas las categorías profesionales. **Las palabras que he pronunciado han sido las siguientes:**

"En primer lugar, me gustaría agradecer a los organizadores de los premios BIC 2020, Gaceta Médica y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, por considerar que hemos sido merecedores del galardón al MEJOR SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

Es un premio que nos llena de orgullo, pero que supone además una gran responsabilidad, dado que nos da ánimos para seguir trabajando y mejorar la calidad de nuestra actividad asistencial.

Este año ha sido y está siendo un periodo muy duro para nuestros pacientes y para nuestros equipos. La COVID-19 ha puesto a prueba la capacidad de nuestro sistema sanitario y la resiliencia de pacientes y de profesionales. Esta pandemia ha sacado en algunos casos lo peor y en la mayoría lo mejor de nosotros mismos.

El jurado encargado de valorar los méritos ha tenido a su disposición datos, cifras, porcentajes, números fríos... pero detrás de esos números hay un gran equipo de profesionales (administrativos, celadores, auxiliares, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras y directivos) cuya calidad profesional y humana les hace merecedores de estos y muchos otros premios que se pudiesen dar.

Gracias a todos ellos por su esfuerzo".

Lo dicho, reitero mi agradecimiento a todos por vuestro esfuerzo y compromiso.

*Gabriel Rubio
Jefe de Servicio
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Catedrático de Psiquiatría, Universidad Complutense
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

Actualización procedimientos TCA – ORCSMyA 2020

De: [Oficina Regional Coordinación de Salud Mental y Adicciones](#)
Enviado: viernes, 6 de noviembre de 2020 10:56
Asunto: [Procedimiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria](#)

A/A JEFES DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y JEFES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Siguiendo indicaciones del Dr. Rodríguez Quirós, y con ocasión de la próxima apertura de la Unidad de Media Estancia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (UME-TCA) en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, se adjunta la actualización de los procedimientos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Ficha de continuidad de cuidados TCA, para su conocimiento y efectos oportunos.

Un cordial saludo.

*Julián Rodríguez Quirós
Coordinador Asistencial
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
D.G. del Proceso Integrado de Salud. Consejería de Sanidad.*

ACTUALIZACIÓN PROCEDIMIENTOS TCA



Índice:

- A. INTRODUCCIÓN
- B. OBJETIVOS
- C. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN A RECURSOS ESPECÍFICOS PARA EL TRATAMIENTO EN ADULTOS DE LOS TCA
- D. TABLA DE SECTORIZACIÓN DE RECURSOS ESPECÍFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TCA
- E. ESQUEMA CIRCUITO PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS CON TC
- F. PROCEDIMIENTO DERIVACIÓN ENTRE LOS RECURSOS ESPECÍFICOS PARA EL TRATAMIENTO EN ADULTOS DE LOS TCA
- G. COMISIÓN TCA
- H. FICHA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS TCA

A. Introducción:

En relación a las actuaciones previstas en la Línea estratégica 7 del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020, para la atención de las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se han desarrollado los siguientes documentos con la intención de favorecer la organización y coordinación de los diversos Servicios de Salud Mental y los recursos específicos para la atención de las personas que padecen un TCA.

B. Objetivos:

Principal:

- Mejorar la accesibilidad y el tratamiento de las personas con TCA del Servicio Madrileño de Salud con criterios de equidad, homogeneidad, racionalidad y eficiencia.

Específicos:

- Potenciar programas específicos para la atención de las personas con TCA en los Servicios de salud Mental.

- Retomar la figura del Referente de TCA por cada hospital/área de gestión clínica/servicio de salud mental, como interlocutor para la gestión de los casos complejos.
- Establecer Ficha de Continuidad de Cuidados (FCC) específica para personas con necesidad de atención en recursos específicos para el tratamiento de los TCA, y que sea compatible con la FCC habitual del Programa de Continuidad de Cuidados para Trastorno Mental Grave y en el ámbito infanto-juvenil.
- Establecer criterios de derivación a unidades específicas para el tratamiento de los TCA desde los Centros de Salud Mental (CSM)
- Establecer criterios de derivación entre unidades específicas de TCA.
- Establecer Comisión TCA para valoración de las derivaciones de los casos de alta complejidad y registro de los mismos

C. Procedimiento de derivación a recursos específicos para el tratamiento en adultos de los TCA:

1) Valoración en CSM y confirmación de diagnóstico de:

- Anorexia nerviosa F50.0 (307.1)
- Bulimia Nerviosa F50.2 (307.51)
- Trastorno por atracón F50.8 (307.51)
- Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado F50.9 (307.50). Los TCANE incluyen las formas no específicas, incompletas o parciales, que no cumplen todos los criterios, para AN o BN y TA.

2) Se han descartado otras patologías con alteraciones en el comportamiento alimentario:

- Secundarias a otros diagnósticos psiquiátricos o médicos.
- Trastorno orgánico de la personalidad premórbido al TCA
- Debido a retraso mental o deterioro cognitivo previo al TCA
- Obesidad mórbida que no tengan criterios específicos de TCA.

3) Requieren de una atención específica para las alteraciones de la conducta alimentaria, aunque presenten los siguientes diagnósticos:

- Trastornos de Personalidad. La sintomatología no se debe a un cuadro complejo de trastorno de personalidad que sea susceptible de tratamiento en el ámbito de los recursos específicos para TP.
- Trastorno por Uso de Sustancias. De existir consumo de sustancias, este no es susceptible de tratamiento en los recursos específicos de la red de adicciones.

4) Se ha descartado que la gravedad de la clínica indica ingreso en UHB:

- Pacientes con IMC igual o inferior a 16 kg/m² y que hayan sufrido una pérdida de peso superior al 30% en los últimos tres meses
- Pacientes con riesgo médico agudo: alteraciones metabólicas graves, malnutrición calórico-proteica muy severa o comportamientos compensatorios muy severos.
- Riesgo agudo de autólisis.
- Conductas heteroagresivas graves.

5) La gravedad de la clínica indica un tratamiento en un recurso específico para TCA:

- Síntomas y signos en el grado moderado, grave o extremo de la siguiente tabla:

| | IMC | Conductas compensatorias semanales | Atracones |
|----------|----------------------------|------------------------------------|-----------|
| Leve | IMC>17 kg/m ² | 1-3 | 1-3 |
| Moderado | 16-16.99 kg/m ² | 4-7 | 4-7 |
| Grave | 15-15.99 kg/m ² | 8-13 | 8-13 |
| Extremo | <15 kg/m ² | 14 o más | 14 o más |

- Alteración del estado nutricional o hábitos alimentarios con distorsiones perturbadoras de la conducta alimentaria que requieran intervención de otros profesionales o medios externos al CSM.
- Presentan alteraciones psicopatológicas, una distorsión o insatisfacción corporal que interfiere de forma relevante con su autonomía y con su desempeño social y laboral. O relaciones socio-laborales alteradas que dificultan su independencia o emancipación.

6) El referente de TCA del Servicio de Salud Mental remitirá la siguiente documentación al centro a derivar, el trámite burocrático no retrasará el acceso a la asistencia:

- Informe clínico realizado por facultativo responsable.
- Ficha de continuidad de cuidados TCA.
- Informe social (según lo precise).

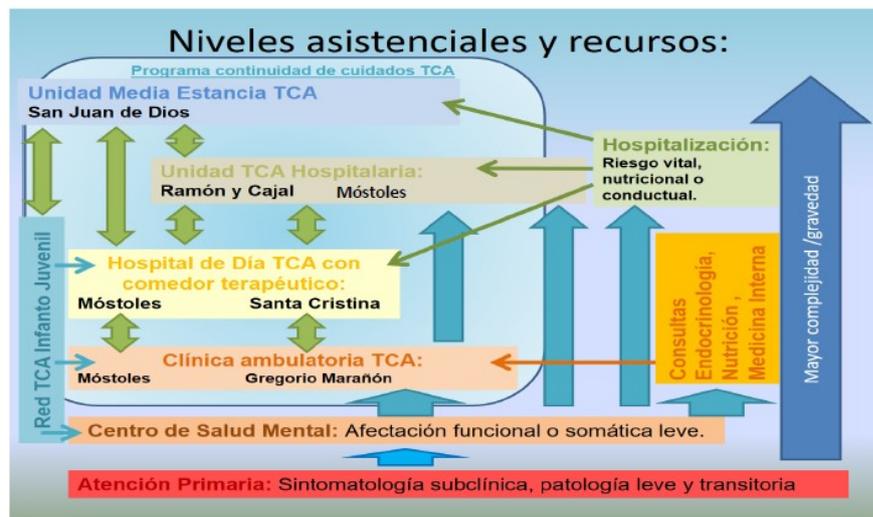
Anexo de sectorización:

Se adjunta tabla de sectorización de recursos específico para el tratamiento de los TCA y Esquema circuito para la atención a las personas adultas con TCA:

D. Tabla de sectorización de recursos específicos para el tratamiento de los TCA:

| Hospital de referencia | CSM | Clínica TCA | Hospital de Día TCA | UHB TCA | UHB de referencia | UME-TCA |
|--------------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------------------|-------------|---------------------------|---------------------|
| Hospital Universitario 12 de Octubre | Carabanchel | Clínica TCA 12 de Octubre | Hospital de Día TCA Santa Cristina | UHB TCA RyC | Hospital U. 12 de Octubre | C. San Juan de Dios |
| Hospital Universitario 12 de Octubre | Usiera | Clínica TCA 12 de Octubre | Hospital de Día TCA Santa Cristina | UHB TCA RyC | Hospital U. 12 de Octubre | C. San Juan de Dios |
| Hospital Universitario 12 de Octubre | Villaverde | Clínica TCA 12 de Octubre | Hospital de Día TCA Santa Cristina | UHB TCA RyC | Hospital U. 12 de Octubre | C. San Juan de Dios |

D. Esquema circuito para la atención a las personas adultas con TCA:



F. Procedimiento derivación entre los recursos específicos para el tratamiento en adultos de los TCA:

1) Características de los Recursos específicos para TCA:

Clínicas ambulatorias de TCA:

- Se realiza una evaluación y diagnóstico, aclarando el diagnóstico diferencial.
- Tratamiento que no requiere de intervención por parte de comedor terapéutico.
- Dispone de psicoterapia individual y grupal para las pacientes. También de intervenciones familiares de información, apoyo y psicoeducación.
- El tratamiento es integral con acceso a otras especialidades médicas (Endocrinología, Ginecología, Digestivo, etc.)
- Posibilita una atención más flexible a los pacientes y, por tanto, permite mantener una mayor autonomía.
- Requiere de un compromiso terapéutico por parte del paciente.
- La asistencia se realiza exclusivamente de manera voluntaria.

Hospitales de Día de TCA:

- La atención va dirigida a pacientes que requieren una intervención más intensa y frecuentemente con repetidos intentos terapéuticos fallidos.
- Se realiza una evaluación y diagnóstico, aclarando el diagnóstico diferencial.
- Dispone de psicoterapia individual y grupal. También de psicoterapia familiar.
- Ofrece la posibilidad de comedor terapéutico con apoyo de Nutricionista en la cartera de servicios.
- El tratamiento es integral pudiendo tener acceso a otras especialidades médicas (Endocrinología, Ginecología,) de manera PREFERENTE.
- Es preciso un compromiso de asistencia mayor.
- La asistencia se realiza exclusivamente de manera voluntaria.

Unidades Hospitalarias de TCA:

- Ofrece servicios de Unidad de Hospitalización Breve (UHB) para pacientes que requieren una atención más específica para TCA, ya sea por su gravedad, necesidad de coordinación entre recursos, tiempo estimado de ingreso más prolongado o repetidos ingresos en UHB previos.
- Se realiza una evaluación y diagnóstico, aclarando el diagnóstico diferencial.
- Dispone de psicoterapia individual y grupal. También de psicoterapia familiar.
- El tratamiento se presta en régimen de hospitalización completa, con los medios habituales de una Unidad de Hospitalización Breve y los específicos de atención integral con acceso a otras especialidades médicas (Endocrinología, Ginecología,) y medios disponibles (indicación de SNG, cuidados de UVI, etc.).
- La estancia media de los pacientes ingresados es superior a la de una UHB estándar.
- La asistencia se realiza de manera voluntaria o involuntaria, dependiendo del estado clínico de la paciente.

Unidad de Media Estancia para TCA:

- Para pacientes que requieran una intervención intensiva rehabilitadora durante un periodo de 1 a 6 meses, prolongables 6 meses adicionales.
- Se realiza una evaluación y diagnóstico, aclarando el diagnóstico diferencial.
- Dispone de psicoterapia individual y grupal. También de psicoterapia familiar.
- El tratamiento se presta en régimen de hospitalización completa.
- Requiere de una estabilidad somática para el abordaje terapéutico.
- El tratamiento es integral con acceso a Nutricionista y área médica de interconsulta.
- La asistencia se realiza de manera voluntaria o involuntaria, dependiendo del estado clínico de la paciente.

2) El responsable de la atención del paciente en el recurso específico de TCA informará al Referente de TCA de área de la indicación de traslado a otro recurso.

3) Una vez consensuado la nueva indicación con el Centro de Salud Mental se remitirá la siguiente documentación al centro a derivar:

- Informe clínico realizado por facultativo responsable.
- Informe social si precisase.
- Ficha de continuidad de cuidados TCA.

4) El recurso receptor, consensuará con el emisor y el Centro de Salud Mental la indicación, términos y condiciones del ingreso. En caso de discrepancias se valorará en la Comisión de casos complejos de TCA de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) que se reúne cada dos meses.

5) La Comisión de Casos de TCA estará compuesta por profesionales de la ORCSMyA, representantes de los recursos específicos de TCA y los referentes de CSM de los casos que se presenten.

G. Comisión TCA

Introducción:

En relación a las actuaciones previstas en el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 y en aras de mejorar la coordinación entre los recursos específicos para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) de los que dispone la red de atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid, se constituye una comisión para valoración de casos complejos y gestión de recursos

específicos para los TCA, auspiciada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Dirección General del Proceso Integrado de Salud.

Funciones:

- Gestión de los recursos específicos para TCA, a través de la valoración clínica del recurso más adecuado en los casos de TCA de alta complejidad.
- Valoración de derivaciones a recursos altamente específicos para el tratamiento en régimen de hospitalización completa específicos para TCA: Unidades de Hospitalización Breve para Trastornos de Conducta Alimentaria (UHB-TCA) y Unidad de Media Estancia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (UME-TCA).
- Valoración de la priorización de ingreso de los casos en lista de espera para ingreso en UHB-TCA y Unidad de Media Estancia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (UME-TCA).

Destinatarios:

Pacientes con diagnóstico de Trastorno de Conducta alimentaria en atención en la red de atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid con patología de alta complejidad.

Esta Comisión está destinada a los casos de alta complejidad que requieren de medidas excepcionales a los procedimientos reglados de derivación a los recursos específicos para TCA.

Se incluyen pacientes adolescentes con alta complejidad. También con la pretensión de favorecer la transición de estos casos a recursos de adultos.

Constitución de la Comisión y periodicidad:

La Comisión de TCA se reunirá con una periodicidad de dos meses (primer miércoles del mes a las 12:00 h, salvo que sea festivo o haya alguna incidencia) y estará compuesta por los representantes de los recursos específicos para TCA, responsables de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (o centro directivo competente en materia de atención especializada del Servicio Madrileño de Salud) y profesional/es (prioritariamente facultativos) al cargo de la atención clínica del caso presentado en los Centros de Salud Mental si fuera necesario.

Se adjunta listado de recursos específicos de TCA:

- UHB-TCA Hospital Universitario Ramón y Cajal
- UHB-TCA, Hospital de Día-TCA, Clínica TCA Hospital Universitario de Móstoles
- UHB, Hospital de Día, Clínica-TCA Hospital Universitario Niño Jesús
- Hospital de Día-TCA Hospital Universitario Santa Cristina.
- Hospital de Día-TCA Hospital Clínico San Carlos
- Clínica TCA Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Clínica TCA Hospital Universitario La Paz

Procedimiento de derivación de casos a la Comisión TCA:

1) Los profesionales al cargo de la atención clínica de la paciente propondrán la presentación del caso a la Comisión.

2) Cuando se encuentre en un recurso específico, se acordará la indicación del recurso con los responsables del caso en el Centro de Salud Mental (CSM) y se actualizará el programa de Continuidad de Cuidados en ese sentido. Desde el recurso específico se informará de la fecha de presentación con suficiente antelación al CSM para que puedan estar presentes en el momento de la presentación del caso en la Comisión.

3) El expediente del caso se remitirá por parte del facultativo responsable, con por lo menos tres días de antelación a la fecha de la Comisión TCA, al mail de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (orcsaludmental@salud.madrid.org) .

4) En la documentación clínica de la paciente para la valoración de la indicación del recurso adecuado se incluirá obligatoriamente:

- Informe clínico motivado con la indicación del recurso específico solicitado.
- Informe social actualizado
- Ficha de continuidad de cuidados específica para TCA.

5) La presentación del caso se realizará por parte de los profesionales con atención clínica de la paciente. Será preciso que haya por lo menos un facultativo en dicha presentación.

6) En la Comisión TCA se valorará la indicación del recurso solicitado, y si así fuese preciso de un recurso alternativo que se considerase más adecuado.

7) Se remitirá un acta a los participantes donde figuraran los asistentes, los casos tratados, profesional que presenta el caso, CSM de referencia, recurso solicitado y resolución de la Comisión al respecto. También fecha de la siguiente reunión de la Comisión de TCA.

8) La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (o centro directivo competente en materia de atención especializada del Servicio Madrileño de Salud) en el uso responsable de sus funciones tendrá la última palabra en la resolución motivada de la indicación del recurso asistencial.

9) Se realizará un registro centralizado de casos presentados y resoluciones de la Comisión. En el caso de las derivaciones a UHB-TCA quedarán en una lista de espera específica hasta que haya cama disponible en dichas unidades.

10) Los ingresos en las UHB- TCA se producirán de acuerdo con la disponibilidad de plazas, priorización clínica del paciente y orden de inscripción en lista de espera, si la hubiere.

11) La Comisión TCA valorará la priorización para ingreso de los casos en lista de espera para las UHB-TCA si fuese preciso.

12) El ingreso de las pacientes en las UHB-TCA deberá adecuarse en todo momento a la legislación vigente, en especial a lo dispuesto en el Código Civil.

13) Se informará a los referentes de TCA de los Servicios de Salud Mental de las fechas de la Comisión TCA para que puedan derivar casos si lo consideran oportuno.

14) También se remitirá el acta con las resoluciones de la Comisión TCA al referente de TCA del Servicio de Salud Mental de los casos presentados.

H. Ficha de Continuidad de Cuidados TCA

| CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA DE TCA | | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| DATOS SOCIODEMOGRAFICOS | | | | |
| Nº Historia clínica | | Nº Seguridad Social | | Fecha de presentación |
| DATOS DE IDENTIFICACION | | | | |
| Nombre y apellidos | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | Lugar | | |
| Dirección | | | Teléfono 1 | |
| | | | Teléfono 2 | |
| Localidad | | | D.N.I./Tarjeta de Residencia | |
| Incapacidad civil | Nombre de tutor/curador en caso de tutela/curatela: | | | |
| DATOS ASISTENCIALES | | | | |
| CSM | | Coordinador de cuidados | Correo electrónico | Teléfono |
| Psicólogo | | Psiquiatra | Correo electrónico | Teléfono |
| Enfermería | | Trabajador Social | Correo electrónico | Teléfono |
| Médico A. P. | | Otros profesionales implicados | Correo electrónico | Teléfono |
| Centro de Salud A. P. | | Referente TCA zona | Correo electrónico | Teléfono |
| DATOS SOCIOECONOMICOS Y FAMILIARES | | | | |
| Estado Civil | | Sexo | | |
| Nivel estudios | Ocupación | Situación laboral | | |
| Fuente de ingresos | Invalidez laboral | Discapacidad | | |

| | | |
|----------------------|-------------------|-------|
| Ingreso Mensual Neto | Tipo de Invalidez | Grado |
|----------------------|-------------------|-------|

| | | |
|-------------------------|-----------|----------|
| Antecedentes familiares | | |
| Persona de contacto | | |
| Relación | Dirección | Teléfono |

| COMPOSICIÓN FAMILIAR/PERSONAS RELEVANTES | | | | | |
|--|------------|----------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Nombres y apellidos | Parentesco | E. Civil | Nivel de estudios | Situación laboral | Conviven con el paciente |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Genograma:

DATOS CLINICOS

| | | |
|---------------------|--|---|
| Diagnóstico clínico | <input type="checkbox"/> Anorexia Nerviosa | <input type="checkbox"/> Bulimia Nerviosa |
| | <input type="checkbox"/> Trastorno por atracones | <input type="checkbox"/> Otros no especificados |

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| Peso | Talla | I.M.C. |
| Enfermedades orgánicas destacables | | |
| Pruebas complementarias interconsultas | | |
| Consumo sustancias: SI/NO | Atracones | Conductas compensatorias inadecuadas: |
| Anteriormente | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| Actualmente | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Laxantes |
| | <input type="checkbox"/> Subjetivos | <input type="checkbox"/> Diuréticos |
| | | <input type="checkbox"/> Enemas |
| | | <input type="checkbox"/> Otros medicamentos |
| | | <input type="checkbox"/> Ayuno/restricción |
| | | <input type="checkbox"/> Ejercicio físico excesivo |

INGRESOS

| | | |
|---------------------|----|--|
| Hospitalizaciones | SI | Descripción de la hospitalización /urgencias |
| | NO | |
| Visitas a urgencias | SI | |
| | NO | |

| |
|----------------------|
| TRATAMIENTOS PREVIOS |
|----------------------|

TRATAMIENTO ACTUAL

| | | |
|--|--|-------|
| Consultas terapéuticas | | Pauta |
| Psicoterapia | | |
| Tratamiento farmacológico | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Grupos | | |
| Colaboración del paciente y familia ante la enfermedad y tratamiento | | |

| AREAS DE INTERVENCIÓN |
|-----------------------|
| |
| |
| |
| |
| |

PLAN DE CONTENCIÓN EN CRISIS

| | |
|---|--|
| Situaciones desencadenantes | |
| Síntomas indicadores de recaída | |
| Servicios a utilizar ante la crisis dentro de las horas de servicio | |
| Servicios a utilizar ante la crisis fuera de las horas de servicio | |

COORDINADOR DE CUIDADOS

RESPONSABLE ASISTENCIAL



1

¹ [https://www.infobae.com/new-resizer/bz1A-GyNV2e6rubulWUTle9Y1e0=/420x280/filters:format\(jpg\):quality\(85\)/arc-anglerfish-arc2-prod-infobae.s3.amazonaws.com/public/VBK2TKGTNJD65N6B6BG5MC5CFU.jpg](https://www.infobae.com/new-resizer/bz1A-GyNV2e6rubulWUTle9Y1e0=/420x280/filters:format(jpg):quality(85)/arc-anglerfish-arc2-prod-infobae.s3.amazonaws.com/public/VBK2TKGTNJD65N6B6BG5MC5CFU.jpg)

Comité de Ética H.U., 12 de Octubre: Instrucciones previas

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

INSTRUCCIONES PREVIAS



COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA
HOSPITAL U. DOCE DE OCTUBRE

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

- 80% de los médicos declara no tener información suficiente sobre IIPP
- 50% de los médicos se ha planteado, ante un paciente en situación terminal, la posibilidad de que tuviera IIPP
- 5% de los médicos consultan de forma habitual el registro de IIPP
- 60% de las enfermeras de AP se considera capacitada para informar sobre IIPP
- 42% de las enfermeras de AP ha preguntado alguna vez a sus pacientes si tenía IIPP
- 18% de los pacientes conoce las IIPP
- 5% de pacientes ha otorgado y registrado IIPP

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

- España: 210.798 personas habían otorgado IIPP en julio 2016 (4,5 por 1000 habitantes):
 - Españoles: 4,45 por mil hab.
 - Extranjeros: 5,16 por mil hab.
- Por edades:
 - 18-30 años: 1,04 por mil hab.
 - 31-50 años: 2,72 por mil hab.
 - 51-65 años: 7,34 por mil hab.
 - >65 años: 11,62 por mil hab.
- Por sexo: 1,6 mujeres/ hombres
- Madrid tiene una tasa inferior a la media nacional 3,13

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

DEFINICIÓN

Las IIPP son las manifestaciones de voluntad plasmadas en un documento escrito, por medio de las cuales una persona, mayor de edad, capaz y libre, expresa sus deseos respecto a *cómo quiere ser tratado por su médico o equipo sanitario en el caso de que, en un momento posterior, no tenga ya capacidad para tomar decisiones*, o sobre el destino de sus propios órganos o de su cuerpo una vez se produzca el fallecimiento.

Ley 41/2002, de Autonomía

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

PRINCIPIOS ÉTICOS

- PRINCIPIO DE AUTONOMÍA:** considera que los ciudadanos tienen soberanía sobre sus propias decisiones, disfrutando del derecho a controlar su propia vida. Supone el derecho a ser y a pensar de forma diferente a los demás y a que se respeten sus valores y creencias.

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

ANTECEDENTES

- 1978 RD 2082 sobre las Garantías de los Usuarios de los Hospitales Públicos (anulado por el TS)
- 1984 Plan de Humanización de la AH del INSALUD
- 1986 Ley General de Sanidad
- 1986 Primer Testamento Vital (Asociación DMD)
- 1989 Testamento Vital de la Conferencia Episcopal
- 1999 Ratificación del Convenio de Oviedo
- 1999 Dictamen sobre situaciones al final de la vida (MSC y CGPJ)
- 1999 Código de Ética y Deontología Médica de la OMC
- 2002 Declaración sobre la Atención al final de la vida (OMC y SECP)
- 2002 Consentimiento Informado en CP (C. de Ética de la SECP)

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

REGULACIÓN LEGAL

NACIONAL:

- 1986 Ley General de Sanidad
- 1999 Ratificación del Convenio de Oviedo
- 2002 Ley 41, de 14 de nov, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

REGULACIÓN LEGAL

AUTONÓMICA:

- 2001 Ley de Ordenación Sanitaria de la CM.
- 2005 Ley 3, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.
- 2006 Decreto 101, de 16 de noviembre, por el que se regula el Registro de IIPP de la CM.
- 2006 Orden 2191, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2016 por el que se regula el Registro de IIPP de la CM y se establece el modelo oficial de documento de IIPP.

REGULACIÓN LEGAL

AUTONÓMICA:

•2007 Orden 645, de 19 de abril, del Consejo de Sanidad y Consumo, que regula el otorgamiento de IIPP, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.

•2017, Ley 4, de 9 de marzo, de *Derechos y Garantías de las Personas en el proceso de morir*

REQUISITOS

Personas:

- mayores de edad (> 18 años)
- Con capacidad de obrar (no sentencia de incapacidad)
- Libres

OBJETO

- Facilitar la asistencia sanitaria cuando la persona no sea capaz de tomar decisiones
- Supuestos de hecho:
 - **Situación terminal** (*enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en la que puedan concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa específica*)
 - **Situación de agonía** (*fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días*)

CONTENIDO

- Aceptar o rechazar tratamientos:
 - Adecuación de medidas de diagnóstico y tratamientos de SV
 - Tratamiento del dolor/nivel de conciencia
 - Cuidados paliativos integrales
 - Transfusiones y hemoderivados
- Valores y preferencias:
 - Dolor físico, psíquico, angustia intensa
 - Independencia funcional/ ABVD
 - Lugar de permanencia y tratamiento
 - Nivel del conciencia/capacidad de comunicación
 - Información sobre diagnóstico, pronóstico, tratamientos

CONTENIDO

- Circunstancias de aplicación
- Disposiciones sobre el propio cuerpo (*donación de los órganos y del cuerpo para docencia o investigación*)
- Acompañamiento familiar
- Otras instrucciones (asistencia religiosa, incineración, acompañamiento de familiares)

MODELO DE DOCUMENTO

DECLARO QUE QUIERO QUE SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- La capacidad para comunicarme y relacionarme con otras personas
- No padecer dolor físico o psíquico o angustia intensa e invalidante
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria
- Preferencia por no prolongar la vida, por sí misma, en situaciones clínicamente irreversibles
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal

MODELO DE DOCUMENTO

SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO:

- Enfermedad incurable avanzada** (*enfermedad de curso progresivo, con diverso grado de afectación de la autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico que evoluciona hacia la muerte a medio plazo*).
- Enfermedad terminal** (*enfermedad avanzada e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta a tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses, en un contexto de fragilidad excesiva*)
- Situación de agonía** (*la que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas*)

MODELO DE DOCUMENTO

INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA:

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, o que estas medidas se retiren, si ya han sido instauradas.
- Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca angustia intensa.
- Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

MODELO DE DOCUMENTO

INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA:

- Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el trance final de mi vida, si ellos así lo manifiestan, y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.
- Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico.

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

MODELO DE DOCUMENTO

INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO:

- Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que lo necesite.
- Deseo donar mis órganos para la investigación.
- Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria, según criterio facultativo.
- Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria.

OTRAS INSTRUCCIONES (transfusiones, servicios religiosos, etc.).

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/INTERLOCUTOR

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

CONTENIDO

- Nombramiento de representante**
 - No necesariamente familiar
 - Si hay sentencia de incapacidad, atenerse al contenido
 - Necesaria la aceptación del representante
- Si no se ha nombrado representante:
 - Orden de preferencia para identificar la persona receptora de la información asistencial y para prestar el consentimiento (grado de parentesco, edad, convivencia, relación afectiva, cuidador)

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

LÍMITES

- Ordenamiento jurídico
- Lex artis ad hoc
- Los supuestos de hecho

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

OTORGAMIENTO

- Unidades administrativas de los Centros de Salud
- Servicios de atención al paciente de los Centros sanitarios y sociosanitarios (públicos y privados)
- Ante 3 testigos, dos de ellos no familiares
- Ante 2 testigos, médico y enfermera (situaciones de riesgo vital), con cualquier soporte
- Novedad: ya no se pueden otorgar ante Notario

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

REGISTRO (C/ Sagasta nº 6)

- Se puede solicitar en el momento de otorgar las II PP o con posterioridad
- El otorgamiento sin registro es igual de válido, pero no tiene la misma eficacia.
- El registro se hará después de comprobar el documento de II PP y se comunicara a su emisor
- Sólo se deniega cuando se incumplen los requisitos legalmente establecidos

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

REGISTRO

- Lugares:
 - Registro de IIPP (C/ Sagasta nº 6)
 - Registro de cualquier órganos administrativo
 - Oficinas de correo
 - Delegaciones diplomáticas y consulados
 - En la Unidades Administrativas de los Centros de Salud
 - Servicios de Atención al paciente de lo centros sanitarios y sociosanitarios.
- Sin definir:
 - Registro telemático
 - Inclusión en la HC
 - Procedimiento de comunicación con el Registro

 Hospital Universitario
12 de Octubre
SaludAsist
Comunidad de Madrid

REVOCACIÓN O MODIFICACIÓN

- En cualquier momento
- Cuantas veces lo desee la persona
- En los mismos lugares de otorgamiento y registro
- Obliga a consultar el registro en cada intervención sanitaria


Hospital Universitario 12 de Octubre
 SaludMadrid
 Comunidad de Madrid

ACCESO Y CONSULTA AL REGISTRO

- Es **obligatorio** siempre que tratemos:
 - Una persona incapacitada legalmente
 - Una persona no competente para la toma de decisiones sanitarias
 - Una persona en la fase final de la vida


Hospital Universitario 12 de Octubre
 SaludMadrid
 Comunidad de Madrid

ACCESO Y CONSULTA AL REGISTRO

- Desde cualquier centro sanitario público: hay que solicitar claves para el acceso
 - Nivel avanzado (Médico responsable)
 - Nivel básico (otros profesionales)
 - Se solicitan las claves a través del Jefe de Servicio, el cual trasladará la petición a la Dirección Médica
- En el ámbito privado: a través del Colegio de Médicos
- POR DEFINIR EN LA ACTUALIDAD:
 - Inscripción en la Historia clínica
 - Centros sociosanitarios


Hospital Universitario 12 de Octubre
 SaludMadrid
 Comunidad de Madrid

DERECHOS DE LOS PACIENTES

- A recibir **información escrita** sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento sobre su estado de salud.
- A recibir **cuidados paliativos** integrales
- A **participar** en la toma de decisiones, incluso cuando estén en situación de incapacidad
- A **otorgar y registrar** IIPP
- A que **se respeten** sus II PP


Hospital Universitario 12 de Octubre
 SaludMadrid
 Comunidad de Madrid

DEBERES DE LOS PROFESIONALES

- Informar** al paciente sobre el derecho a formular IIPP
- Consultar** el registro de IIPP
- Registrar en la HC** la existencia de IIPP
- Respetar** los valores e instrucciones contenidos en las IIPP
- Valorar** la capacidad o incapacidad de hecho de un paciente y registrarlo en la HC
- Registrar** en la HC lo anterior


Hospital Universitario 12 de Octubre
 SaludMadrid
 Comunidad de Madrid

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

- No recogido expresamente en la Ley 4/2017 pero sí en el RD 3/2005, no derogado.
- Derecho a la objeción de conciencia:
 - Ejercicio Público: se comunica a través del Jefe de Servicio, el cual trasladará la información a la Dirección Médica
 - En el ámbito privado: se comunica al Colegio de Médicos
 - Conviene hacerlo antes de que nos veamos enfrentados a la situación que objetamos en un paciente concreto (objeción oportunista).
- En caso de duda consultar al **CEAS**


Hospital Universitario 12 de Octubre
 SaludMadrid
 Comunidad de Madrid

DEBERES DE LAS INSTITUCIONES

- Informar** por escrito a los usuarios
- Divulgar** entre la población el derecho al ejercicio de II PP
- Inscripción** en el registro de los documentos de IIPP
- Habilitar el otorgamiento** en las Unidades Administrativas y de Atención al Paciente
- Habilitar el **registro telemático**
- Facilitar a los profesionales **el acceso** al registro de II PP
- Garantizar el respeto** a las IIPP del paciente
- Formación continuada** de los profesionales en esta materia
- Creación de un **Comité Técnico Asesor**


Hospital Universitario 12 de Octubre
 SaludMadrid
 Comunidad de Madrid



¡MUCHAS GRACIAS!

COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE
CEAS.HDOC@salud.madrid.org

Convocatorias

Aunque estas dos primeras convocatorias ya han sido realizadas las incluimos como "memoria histórica" de nuestra actividad

V Jornada de Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría



V JORNADA DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA

JUEVES, 12 NOVIEMBRE DE 2020

18:15 BIENVENIDA

Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
Dr. José Martínez-Raga
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

18:30 TEC EN TIEMPOS DE COVID-19

Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
Dr. Mikel Urretavizcaya
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

19:00 PROYECTO UHB MAP COVID. IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LAS UHB

Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
Dr. José Martínez-Raga
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia
Dr. José Manuel Montes
Jefe de sección de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del H.U Ramón y Cajal, Madrid. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Vicepresidente de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid
Dr. Daniel Hernández Huerta
Servicio de Psiquiatría, H. U. Ramón y Cajal, Madrid

19:30-20:00 BREAK

20:00H NUEVA EVIDENCIA EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y REHOSPITALIZACIONES DESDE LA UHB

Dr. José Martínez-Raga
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia
Professor John M. Kane
Dept. of Psychiatry, The Zucker Hillside Hospital; Senior VP for Behavioral Health Services, Northwell Health; Professor and Chairman, Department of Psychiatry, The Donald and Barbara Zucker, School of Medicine at Hofstra/Northwell
Dr. José Manuel Olivares
Jefe del departamento de psiquiatría del H.U. Álvaro Cunqueiro, Vigo. Director del grupo de investigación en neurociencias y trastornos psiquiátricos (IISGS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Profesor asociado de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

21:00H CIERRE Y CONCLUSIONES



Reunión sobre Psicosis Resistente y uso de Clozapina

Docentes

Dr. Vicente Molina.
H Clínico. Universidad de Valladolid

Dr. Celso Arango.
U. Adolescentes HGU Gregorio Marañón,
U. Complutense Madrid

Dr. Emilio Fernández-Egea.
Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation
Trust. University of Cambridge

Dr. Benedicto Crespo.
Hospital Virgen del Rocío. Universidad de Sevilla.

Dra. Isabel Castillo.
CSM Villaverde, AGCPSM H12 Octubre

Dra. Eva Sánchez Morla.
UHB, AGCPSM H12 Octubre

Dr. Miguel Bernardo.
Hospital Clínico Universidad de Barcelona

Dr. José Villagrán.
Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz

Dr. Francisco Javier Sanz.
CSM Usera, AGCPSM H12 Octubre. Madrid

Dra. Marta Marín.
CSM Usera, AGCPSM H12 Octubre. Madrid

Organizado por:

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

Fundación Investigación Hospital 12 Octubre

Facultad de Medicina Universidad Complutense



20—21.11.2020

REUNIÓN SOBRE PSICOSIS RESISTENTE Y USO DE CLOZAPINA

Dirigido a:

- Médicos especialistas en Psiquiatría
- Profesionales con interés en la Esquizofrenia

Facultad de Medicina de
la Universidad Complutense
de Madrid

NEW-2006

Introducción

En un complejo momento de nuestro conocimiento sobre las psicosis, el interés por clozapina, un fármaco clásico en nuestro arsenal terapéutico, no sólo se mantiene sino que aumenta.

Clozapina es un fármaco eficaz en esquizofrenia no respondedora a otros tratamientos, pero también útil en aquellas situaciones en que se asocia a agresividad o riesgo de suicidio. A pesar de esta particular eficacia, su uso se mantiene por debajo de lo esperable. Los motivos de esta infrautilización son complejos, pero cualquier actuación que pretenda un uso apropiado pasa por actualizar el conocimiento de los prescriptores.

Este curso se propone, en consecuencia, actualizar la información disponible sobre manejo práctico de la sustancia en su uso habitual y en situaciones particulares; dotando al clínico de un marco seguro desde el que poder indicar y seguir este tratamiento en las situaciones en las que los pacientes lo precisen.

"La situación sanitaria actual, ha obligado a modificar la inicial propuesta de Curso presencial en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, por el formato online".

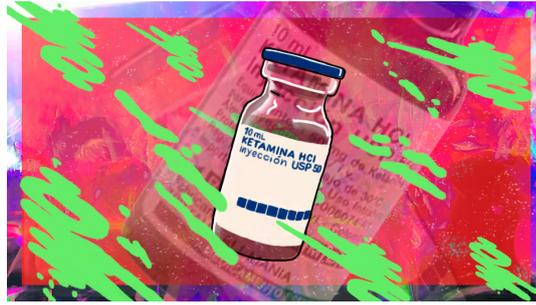
20 Viernes

| | |
|-----------------|--|
| | Introducción → Dr. Francisco Javier Sanz |
| 16 - 16,45 h | Sobre la Resistencia → Dr. José Villagrán |
| 16,45 - 17,30 h | Sustrato neurobiológico de la particularidad de clozapina → Dr. Vicente Molina |
| 17,30 - 18,15 h | Sobre el retraso en el inicio y el uso temprano: ¿Cuándo empezar? → Dr. Francisco Javier Sanz |
| 18,15 - 19 h | Clozapina en adolescentes → Dr. Celso Arango |
| 19 - 19,45 h | Clozapina y consumo de drogas en psicosis → Dra. Marta Marín |
| 19,45 - 20 h | Discusión |

21 Sábado

| | |
|-----------------|--|
| 9,30 - 10,15 h | Sintomatología obsesiva en contexto de tratamiento con clozapina, valoración y manejo → Dr. Emilio Fernández-Egea |
| 10,15 - 11 h | Ultra resistencia; TEC y clozapina → Dr. Miquel Bernardo |
| 11 - 11,45 h | Clozapina en la discapacidad intelectual → Dr. Benedicto Crespo |
| 11,45 - 12,30 h | Gestión de riesgos y manejo práctico → Dra. Isabel Castillo |
| 12,30 - 13,15 h | Manejo práctico y gestión de riesgos → Dra. Eva Sánchez Morla |
| 13,15 - 14 h | Discusión y Conclusiones |

Vídeoconferencia: Esketamina (17 Diciembre - 16 h)



Estimados compañeros:

En breve dispondremos de la **Esketamina en el mercado español para ser utilizada en pacientes con trastorno depresivo resistente.**

Teniendo en cuenta las peculiaridades de su administración, ésta se llevará a cabo en el hospital de día de adultos (UTH) por la Dra. Isabel Martínez-Gras.

El jueves 17 de diciembre a las 4 la tarde, por videoconferencia, haremos una presentación que incluirá los datos publicados sobre la eficacia del fármaco (Dra. Isabel Martínez Gras) y cómo se llevará a cabo la sistemática de derivación en nuestro Área (la haré yo personalmente).

Tras la exposición podemos intercambiar opiniones sobre el circuito propuesto.

A mediados de enero la Dra. Martínez llevará a cabo un seminario formativo para los equipos de enfermería del hospital.

En este correo tenéis el **enlace para dicha reunión.**

Reunión en Microsoft Teams

Únase en el ordenador o a través de una aplicación móvil

[Haga clic aquí para unirse a la reunión](#)

O llame (solo audio)

[+34 910 47 90 84,77361437#](tel:+3491047908477361437) Spain, Madrid

Id. de conferencia de teléfono: 773 614 37#

[Buscar un número local](#) | [Restablecer PIN](#)

https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_MWJIMGQyMmQtODY0OC00YTVkLWJiZDEtZDBkZTAyOGVIN2Fi%40thread.v2/0?context=%7b%22tid%22%3a%223ac94b33-9135-4821-9502-eafda6592a35%22%2c%22oid%22%3a%22505dc5ba-5c4f-4f14-839f-21c23be21e59%22%7d

*Dr. Gabriel Rubio Valladolid
Jefe de Servicio
AGC Psiquiatría y Salud Mental
H.U. 12 de Octubre*



ACTUALIZACIÓN EN DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

Image: Alzheimer's disease

17 de diciembre de 2020 a las 16:30h



Janssen-Cilag, S.A. © JC 2020

DIGITAL

Microsoft Teams

[Haz clic aquí para acceder al evento](#)

Con la colaboración de:



ACTUALIZACIÓN EN DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

Digital-Microsoft Teams



Introducción

- Según datos de 2015, se estima que 322 millones de personas en el mundo padecen depresión, siendo alrededor de 40 millones en Europa y 4-4,5% en España¹.
- En el estudio STAR*D, alrededor de un 30% de los pacientes no respondieron a los tratamientos antidepresivos habituales^{2,3}.
- Los fármacos antidepresivos actuales pueden tardar semanas o meses en alcanzar su eficacia completa, lo que conduce a menudo a morbilidad, reducción en la calidad de vida de los pacientes y aumento del riesgo de suicidio^{2,4}.
- Las opciones terapéuticas en los pacientes con depresión moderada a grave son limitadas después de una respuesta a un segundo fármaco, con unas tasas de remisión y respuesta que caen al 14%, y al 17% respectivamente².
- Por todo ello, se puede concluir que hay una necesidad médica no cubierta en estos pacientes², donde las opciones terapéuticas actuales no han sido suficientes para controlar.

Objetivos

- Ampliar el conocimiento de los psiquiatras en depresión moderada a grave que no ha respondido a dos opciones de tratamiento, definiendo los criterios diagnósticos y de tratamiento, epidemiología, comorbilidades y consecuencias de la enfermedad, de cara a poder tener más información y conseguir que los pacientes se vean beneficiados de opciones terapéuticas que controlen su sintomatología y devastadoras consecuencias.

Bibliografía

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders, global health estimates 2017. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/evr
2. Rush AJ, et al. Am J Psychiatry 2006; 163(11): 1905-1917
3. European Medicines Agency. Guideline on clinical investigation of medicinal products in the treatment of depression. May 2013.
4. Machado-Vieira M, et al. Pharmaceuticals 2010; 3(1): 19-41
5. Jaffe D., et al. BMC Psychiatry (2019)19:247

Programa Científico

- | | |
|-------------|---|
| 16:30-17:10 | Epidemiología y Manejo de la DRT Dra. Isabel Martínez Gras <i>Psiquiatra</i> <i>Hospital Universitario 12 de Octubre</i> |
| 17:10-17:50 | Aspectos Organizativos en el Manejo de la DRT Dr. Gabriel Rubio Valladolid <i>Jefe de Servicio de Psiquiatría</i> <i>Hospital Universitario 12 de Octubre</i> |
| 17:50-18:00 | Discusión y Cierre Todos |

Formación on line (MIR, PIR y EIR) - Diciembre 2020 a junio 2021

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA MIR, PIR, EIR EN LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

SESIONES Y DÍAS (*):

- La entrevista del paciente con trastorno mental leve. Julia García Albea (2 diciembre).
- ¿Son necesarias las pruebas complementarias en el trastorno mental? Jose Manuel Montes (16 diciembre).
- Las enfermedades neurodegenerativas: clínica y diagnóstico. Isabel Ramos (13 enero).
- Las enfermedades neurodegenerativas: cómo manejarlas psicofarmacológicamente. Isabel Ramos (27 enero).
- Los trastornos de ansiedad. Jerónimo Saiz (3 febrero).
- Innovaciones en la CIE 11 de relevancia para el clínico. José Luis Ayuso (17 febrero).
- Trastornos disociativos en la práctica clínica. Luis Caballero (3 marzo).
- Los antidepresivos: Revisión farmacológica y clínica. Jose Manuel Montes (17 marzo).
- Los antipsicóticos: Revisión farmacológica y clínica. Marina Díaz Marsá (7 abril).
- Los estabilizadores del humor: Revisión farmacológica y clínica. José Manuel Montes (21 abril).
- Otros tratamientos en Psiquiatría. Blanca Reneses (5 mayo).
- Prevención en salud mental, la hermana pobre de la Centenaria. Celso Arango (19 mayo).
- La Industria Farmacéutica y su papel en la Psiquiatría. Marina Díaz Marsá (2 junio).
- Covid y Trastornos mentales. Daniel Hernández (16 junio).

(*): Los temas no son definitivos, pudiendo sufrir modificación.

HORARIO: de 18:30 a 20h

METODOLOGÍA: exposición de 60 minutos, seguida de un foro de discusión con el experto

LUGAR: <https://www.youtube.com/channel/UCDbFqDQrxqBq0iX7LH4fnq> (canal de YouTube de la Sociedad Española de Psiquiatría-SEP)

Organizado por



Con la colaboración de



1ª SESIÓN (1/14) DE LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA MIR, PIR, EIR EN LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

La entrevista del paciente con trastorno mental leve, por Julia García Albea

Julia García Albea Martín - Hospital Clínico San Carlos

<https://www.youtube.com/watch?v=N0qC-sv8PtI>

Residentes UDMSM: Memorias Rotación Longitudinal de Psicoterapia

Cristina Fernández Díaz EIR 2), Helena Paineira Domínguez (PIR 1) y Alba Juanes González (MIR 4) comparten con todos nosotros sus Memorias de Psicoterapia del curso 2019-20.

Las tres merecen una lectura lenta y detallada, que os animo a realizar, de la que podremos aprender muchos y variados matices. Entre otras cosas, encontraremos descripciones pormenorizadas que nos ponen en situación del trabajo realizado; técnicas y estrategias de intervención a las que podremos recurrir, sobre las que podremos pensar y también adaptar en nuestro trabajo diario con los pacientes; vivencias en las que nos podremos reconocer o sugerencias que quizá compartamos.

Desde este espacio, os transmito otra lectura “entre líneas”, tomando fragmentos de sus propias palabras: La psicoterapia como espacio de cuidado **de** la intimidad y **en** la intimidad, de pensar y repensarse, de búsqueda, de tomar la (in)-experiencia como una ventaja que nos coloca en la posición de no saber, de proceso con pacientes con nombre y apellidos, de los que nos acordaremos siempre, de su historia y de su lección de resiliencia.

No podemos pensar en ser buenos psicoterapeutas sin reconocer todo lo que podemos recibir y cómo esta profesión nos transforma a nosotros mismos. Tampoco lo podríamos ser sin un equipo que nos dé un lugar y una voz y que convierta nuestras inquietudes iniciales, en sosiego y cálido acogimiento. Desde ahí podremos ir construyendo nuestro rol y manejando nuestras incertidumbres.

Helena, Alba y Cristina, vuestras Memorias nos empujan a ir superándonos cada día. ¡Muchas gracias!

Ana López Fuentetaja
Tutora de Psicoterapia
Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)



UN GESTO DEL CUIDADO SIN MEDIDA

EIR Salud Mental 2º año - Cristina Fernández Díaz

Con las experiencias y el valioso aprendizaje del primer año se configura la base del comienzo de este segundo año. Un periodo intenso y rápido, determinado por lo limitado del tiempo y a su vez, por la consecuente avidez para aprovechar y disfrutar de cada momento.

En medio de esta vorágine que constituye el formarse como enfermera especialista en salud mental, se mantiene y perdura el constante interrogante en torno a su figura: ¿qué significa ser enfermera? ¿cuál es el papel de la enfermera en psicoterapia? ¿qué es el cuidado? ...

Cuestionamientos que te lanzan en búsqueda de un lenguaje que permita pensar y repensarse, y que pueda dar cuenta de esas respuestas y de ese vacío que no deja de vertebrar nuestra propia historia: enfermeras que tuvieron que aprender a *hacer* antes que a *escribir* en pro de su superación, mujeres que cuidan...el gesto del cuidado siempre minusvalorado, invisibilizado, infrateorizado. Las intersecciones políticas y culturales que nos envuelven tornan explícitos los posibles porqués de este devenir, de la falta de respuestas y de las consideraciones hacia una disciplina que pone en el centro los cuidados.

Retomando la situación específica de la enfermera especialista en salud mental, desprendida de artificios instrumentales, queda al descubierto su verdadera naturaleza, como una forma de estar y de involucrarse con aquellos que necesitan atención; un espacio intersubjetivo que se abre y en el que la alianza terapéutica y un lenguaje sin medida abrirán paso a la recuperación.

Esta serie de consideraciones, permiten entrever una serie de elementos comunes entre disciplinas, que convierten al proceso psicoterapéutico en un aspecto esencial, también para Enfermería. La psicoterapia dota de herramientas y da soportes teóricos que, aunados al cuerpo de conocimientos enfermeros, posibilitan esta condición.

Estos pensamientos han ido surgiendo a lo largo del primer año de aprendizaje y evolucionando en este segundo año, conformado por las rotaciones que a continuación se describirán:

ROTATORIOS

ENFERMERA DE ENLACE (SERVICIO DE INTERCONSULTA) 25 de marzo – 13 de abril

El servicio de interconsulta, pese a la brevedad del rotatorio, ha resultado muy enriquecedor y me ha gustado especialmente. Por un lado, he conocido el papel de la enfermera en la continuidad de cuidados en este ámbito concreto, una figura que hasta este momento desconocía. Como además la enfermera se encarga de realizar las consultas de evaluación previas a cirugía bariátrica, se dio el añadido de que pude también realizar las entrevistas de valoración en ese campo.

Por otro lado, me he podido nutrir de la labor de cada uno de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinar. He acompañado a la psiquiatra y enfermera en el seguimiento de aquellas personas ingresadas y a sus vivencias de hospitalización. Asimismo, la buena disposición de la psicóloga me permitió conocer su intervención a lo largo de todo el hospital, atendiendo sufrimientos psíquicos muy diversos y complejos, desde el área de digestivo hasta la de maternidad. Además, también pude estar de observadora en sesiones con pacientes de seguimiento ambulatorio.

Este recorrer el hospital, además de dotarme a nivel formativo de muchas herramientas psicoterapéuticas, ha sido muy rica en todos los niveles: me he adentrado en historias de dolor, de imprevistos, cuerpos que enferman y curan, historias de resiliencia...biografías que dan cuenta de la infinita capacidad de adaptación del ser humano. Por otra parte, ha supuesto retomar el contacto con una figura que tenía difusa y a la que he vuelto a tener bien presente: la enfermera de planta, la persona que está 24h/7 cuidando y formando parte de estas historias.

ROTATORIO CONDUCTAS ADICTIVAS: ALCOHOL

DESHABITUACIÓN ALCOHÓLICA (15 - 20 de abril)

Mi incursión en el programa de alcohol comenzó en la fase de deshabituación, desarrollada en la interconsulta. Aquí pude asistir como observadora a las terapias grupales que la conforman: grupo de prevención de recaídas, de habilidades sociales y de preparación al alta.

Por otra parte, en este último tramo en la interconsulta, también pude conocer el funcionamiento del programa ARSUIIC así como asistir a alguna de las entrevistas llevadas a cabo por la psiquiatra y enfermera.

DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA (22 de abril – 13 de mayo)

El hecho de que mi recorrido surgiese al revés – pues esta constituye la primera fase del programa, y comencé por la segunda, el periodo de deshabituación– no ha impedido la adquisición de un valioso aprendizaje.

En esta fase la disponibilidad y flexibilidad se tornan como los ejes de la atención. Un cuidado enfermero lleno de matices, caracterizado por un contacto muy estrecho, acompañando a la persona diariamente en este periodo tan delicado. La toma del interdicator o la comprobación de la abstinencia se entretienen con unos cuidados de sostén y aprendizaje, ante las idas y venidas o las subidas y bajadas de la cotidianidad de la persona atendida.

Junto a la atención individual (también pude acudir a alguna de las entrevistas realizadas por el psiquiatra), también asistí a las terapias grupales. En primer lugar, el grupo de acogida, de carácter abierto y de periodicidad semanal, con el objetivo de favorecer la vinculación y el conocer y conocerse entre los miembros. Por otra parte, la terapia de apoyo a familiares, que me permitió aproximarme a las consecuencias e imbricaciones de estos procesos con el entorno.

De un modo transversal, estas semanas he podido asistir al grupo de ludopatía; un grupo abierto de periodicidad semanal y de dos horas de duración, que me ha permitido adentrarme en una realidad que hasta ese momento desconocía. Este grupo supone el fiel reflejo de lo determinante y esencial del apoyo entre pares ante estos problemas.

En resumen, aunque de forma muy breve, han supuesto unas semanas intensas en las que he podido acercarme a un proceso psicológico complejo como lo es la conducta adictiva, así como sus posibilidades de cuidado e intervención.

PATOLOGÍA DUAL: CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ (13 de mayo – 28 de junio)

Este rotatorio ha supuesto continuar profundizando en el aprendizaje de maneras de abordar la conducta adictiva, con la suma de tratar la complejidad y especificidad de la patología dual.

Nuevamente, he podido experimentar lo determinante y esencial del factor grupal. Por un lado, asistí como observadora a los grupos de prevención de recaídas, habilidades sociales y herramientas para el manejo de las adicciones, llevados a cabo por psiquiatría y psicología. Por otro lado, asistí a los talleres de animación sociocultural, los cuales me coincidieron con la preparación de una obra de teatro, lo que me permitió apreciar el enorme valor terapéutico del mismo. Además, participé como terapeuta principal en los grupos de psicoeducación de enfermería (mediante el desarrollo de sesiones como “manejo y control de impulsos” o “salud reproductiva”), lo que se tradujo – pese al vértigo inicial – en una grata experiencia dada la buena disposición de los usuarios.

Por otra parte, también roté durante una semana por el Centro de Día, en el que asistí a sus correspondientes terapias grupales: organización semanal, “terapia vida milagro” en la cual los objetivos se plantean a medio/largo plazo, exposición de un tema de interés al resto de compañeros en el desayuno, así como a las asambleas de usuarios y profesionales.

ROTATORIO EN LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DURADERO EN CARABANCHEL (1-31 de julio)

El rotatorio por los recursos sociocomunitarios ha supuesto la primera aproximación a la comunidad, al conocimiento de la función de cada recurso, al perfil de sus usuarios y a sus diferentes modos de trabajo. El hecho de no contar con figura enfermera, no le resta importancia a un rotatorio que aporta herramientas psicoterapéuticas claves para poder llegar a desarrollar un plan de continuidad de cuidados adaptado a la persona, resaltando aquí el valor de la coordinación entre los diferentes dispositivos de la red así como la disposición del foco de intervención en las fortalezas del usuario.

Por otra parte, el paso de la institución a la comunidad ha permitido una experiencia más genuina y horizontal de relación terapéutica, al encontrarnos en los entornos naturales y cotidianos de la persona. Asimismo, supone la constatación de la disposición del contexto como el elemento esencial de la salud mental.

La estancia en Centro de Día y en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) me permitió disfrutar con los usuarios de cada una de las actividades programadas (mindfulness, piscina, autogestión del tiempo, club de lectura, pintura...) y encontrarme con un equipo de trabajo implicado, que aboga por mantener a las personas atendidas integradas en su barrio en la mayor medida de lo posible.

En el Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) tuve la oportunidad de conocer la labor de cada miembro del equipo, participar en la atención grupal (grupo de ocio y búsqueda activa de empleo) y en los 3 talleres prelaborales – taller de administración y oficina, taller de oficios múltiples y taller de jardinería – junto a sus usuarios, resultando muy positivos cada uno de dichos encuentros.

A continuación, destacar la experiencia en el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de Carabanchel. Fueron dos semanas preciosas, en las que tuve la oportunidad de acompañar, en el sentido más auténtico de la palabra, a seis de las personas atendidas por el recurso.

Vale la pena señalar, a modo de anécdota, que se dio la casualidad de que con una de las personas atendidas había coincidido previamente; primero en larga estancia de Ciempozuelos, luego en el centro de día de Carabanchel, y finalmente aquí, con el EASC. Fue especialmente bonito ser testigo de que a veces, sí que se dan estos avances milagrosos.

Por otra parte, este acompañar el día a día de esas personas en sus quehaceres cotidianos; véase hacer la compra, preparar el pastillero, dar un paseo, tomar un café... me llevó a pensar de forma recurrente, en la figura enfermera ausente, como la esencia de esos cuidados elementales, así como el valor psicoterapéutico de los mismos.

Por último, la estancia en la Miniresidencia de Aranjuez fue especialmente provechosa. Pude conocer el funcionamiento general de la misma en la cual se me integró como enfermera, pudiendo participar asesorando en materia de autocuidados a sus usuarios.

Destacar en este sentido, el esfuerzo por parte del equipo terapéutico para poner en marcha el innovador documento de voluntades anticipadas, comenzando por los usuarios del piso supervisado; elemento que hasta este momento tan solo conocía a nivel teórico, y cuya aplicación práctica me ha posibilitado la comprobación de lo valioso de esta acción para el alcance del verdadero empoderamiento de estas personas.

En definitiva, este recorrido por lo comunitario y las iniciativas antes mencionadas han conformado una experiencia de disfrute y de aprendizaje fundamental. La enfermera especialista en salud mental dispone en la comunidad de un campo cuyo gesto de cuidar se torna imprescindible.

ROTATORIO EXTERNO: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE QUITO (ECUADOR) (1 de septiembre – 18 de octubre)

En el periodo correspondiente a la rotación externa, realicé una estancia junto a mi compañera residente en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón en Quito (Ecuador). El centro cuenta con seis unidades diferentes: “psiquiatría varones”, “psiquiatría mujeres”, “unidad infanto- juvenil”, “intervención en crisis” (equivalente a las unidades de hospitalización breve en España), “unidad de adicciones en varones” y “unidad de adicciones y trastornos de personalidad en mujeres”.

Durante este tiempo, roté por la “unidad infanto-juvenil” y por la “unidad de adicciones y trastornos de personalidad en mujeres”, reconvertida esta última en una comunidad terapéutica para mujeres con diversos problemas de salud mental.

En suma, un nuevo país, una cultura diferente y un hospital desconocido. Estos tres elementos se arremolinaron junto a los nervios y a la incertidumbre para dar inicio al primer rotatorio: unidad de adolescentes; otro mundo desconocido. Esta inquietud inicial fue rápidamente transformada en sosiego ante la más que cálida acogida y recibimiento por parte de cada uno de los miembros del equipo. Un equipo que me aportó un lugar y una voz, haciéndome sentir realmente valorada. Este detalle tan importante, determinante para el aprendizaje y el buen hacer, me acompañaría también en el siguiente rotatorio.

UNIDAD INFANTO-JUVENIL

A la unidad infanto-juvenil llegan pacientes derivadas de la red de hospitales públicos de Quito que cuenten con seguro social. Se trata de una unidad de ingreso voluntario, con fines de estabilización y contención tras situación previa de crisis. Con una capacidad para 12 chicas adolescentes, el tiempo medio de estancia suele estar entre los quince días y los tres meses.

Una vez que reciben el alta, suelen proseguir con seguimiento ambulatorio. Con respecto a los motivos de ingreso, estos son múltiples, pudiendo deberse a intentos autolíticos, autolesiones, episodios psicóticos etc.

El proceso de recuperación se ve favorecido por un entorno alejado de la estética hospitalaria, con amplios campos y jardines, que se aproxima más a un entorno cotidiano y naturalizado, en el que se fomenta además, una convivencia conjunta.

En relación a las personas atendidas, en este caso chicas adolescentes en dicho contexto tan específico – acompañamiento continuo en la cotidianidad de su día – ha supuesto para mí un enorme reto: una nueva forma de relación terapéutica, un vínculo diferente, un *invento* de búsqueda por un supuesto “punto equidistante” límite - cercanía, aunado a momentos que te traían tu propia adolescencia.

Durante el mes de estancia, coincidí con un grupo de adolescentes reducido (eran 6), bastante tranquilo y cohesionado, unión promovida por el mencionado enfoque de comunidad y de actividad común, que caracterizaba también a esta unidad (por ejemplo, ellas se encargaban de recoger la cocina, lavar los platos, vestían en todo momento con ropa de calle, recibían clases...).

A nivel cuantitativo, asistí a las entrevistas individuales que cada día realizaba el psiquiatra. Tuve la oportunidad de acudir a sesiones individuales con la psicóloga de corte cognitivo-conductual así como con la terapeuta familiar, resultando esto último especialmente importante, por ser mi primera aproximación a un enfoque familiar. Vale la pena destacar con su cariz cultural, la cercanía y flexibilidad con la que en general trabaja el equipo, construyendo una relación terapéutica fundamentada en el cariño y el cuidado.

Con respecto a la terapia grupal, participé como coterapeuta en los grupos de psicología, los cuales, eran llevados a cabo por estudiantes de grado y máster. Con una duración aproximada de 90 minutos y con un enfoque cognitivo-conductual, se realizaban dos sesiones por día (en horario de mañana y de tarde). De un modo resumido, estos versaban sobre reconocimiento de emociones, asertividad, actividades de cohesión grupal etc. También acudí y participé en los grupos de terapia ocupacional, la

cual se fundamentaba en el juego y en la práctica de deporte al aire libre (fútbol, baloncesto, pasear por los jardines...).

Por otro lado, a raíz de nuestra llegada, se abrió un espacio para la realización de grupos de enfermería por nuestra parte, los martes y los jueves de 11:00 – 12:00. Partiendo de la dificultad añadida del perfil grupal aunada a mi total inexperiencia, optamos por elaborar un programa de psicoeducación basando los temas en las prioridades de las chicas. De este modo, antes de finalizar el rotatorio pude llevar a cabo las primeras sesiones de introducción a las temáticas, así como una sesión de mindfulness basada en juegos dinámicos, lo que supuso un importante aprendizaje. En este sentido, estos grupos facilitaron la vinculación, y entre los emergentes, tomé consciencia de ciertos elementos disonantes en determinadas concepciones sociales, así como su papel determinante en los procesos de las chicas (cuestiones relativas a socialización de género o identidad y orientación sexual).

UNIDAD DE PSIQUIATRÍA MUJERES

Empecé este rotatorio con muchas ganas de conocer el funcionamiento de una Comunidad Terapéutica (CT), y aunque breve, dadas las circunstancias por las que atravesaba el país (estado de excepción y toque de queda), resultó en una experiencia nuevamente muy enriquecedora.

En la “unidad de psiquiatría mujeres”, ingresan con carácter voluntario mujeres mayores de 18 años con diversos problemas de salud mental: trastornos de personalidad, trastornos depresivos y trastornos por consumo de sustancias.

Las mujeres incluidas en la CT son derivadas, tras su consentimiento y firma del contrato terapéutico, desde la unidad de intervención en crisis del mismo hospital con la finalidad de establecer un tratamiento psicoterapéutico, basado en el abordaje grupal, que permitiera alcanzar los objetivos consensuados al inicio del proceso. La duración del tratamiento, aunque individualizable de una persona a otra, se plantea en un intervalo de uno a tres meses.

La unidad se integra físicamente en el módulo destinado a “psiquiatría mujeres”, formado por la unidad de psiquiatría de larga estancia y por la unidad de psicogeriatría. El equipo terapéutico está conformado por una psiquiatra, una psicóloga, un terapeuta ocupacional, una trabajadora social y una auxiliar de enfermería, cuya figura profesional está presente las 24 horas en la unidad.

Con respecto a la actividad grupal, se llevaban a cabo los siguientes grupos:

- “Matutina”: reunión diaria, organizada por las propias residentes, donde el personal puede asistir en calidad de observador. Cada día, se elige a una facilitadora que se encarga de guiar el evento matinal. Se realizan las siguientes actividades:
 - *Lectura conjunta de la filosofía*: marca el inicio de la reunión. Se trata de un texto elaborado por ellas, refleja visión frente al proceso de recuperación.
 - *Llamadas de atención y afirmaciones*: son momentos para hablar grupalmente sobre conflictos en la convivencia y como solucionarlos, o para reforzarse positivamente por los avances del proceso terapéutico.
 - *Anuncios*: consiste en que cada mujer explique al grupo, de la forma que decida, como se encuentra.
 - *Noticias y sociales*: momento lúdico de la reunión, cada día una mujer debe leer noticias relevantes que haya oído en la radio y hacer un juego.
- “Reunión de casa”: de cara a organizar la distribución de tareas y mantener el buen funcionamiento de la unidad.

La buena acogida por parte de las mujeres, así como su implicación en su proceso facilitó mi integración en la unidad y es que, al igual que los momentos de la terapia, destacaban los momentos “interterapia”, de conversaciones espontáneas y valiosas.

Con respecto a la terapia grupal, al igual que en la unidad infanto-juvenil, participé como coterapeuta en los grupos de psicología, los cuales, también eran realizados por estudiantes de grado y máster.

Mediante un enfoque cognitivo-conductual, se realizaban dos sesiones por día (en horario de mañana y de tarde). En los mismos, se abordaban cuestiones tales como asertividad, manejo de las adicciones, reconocimiento de emociones etc.

Del mismo modo, participé en los grupos de terapia ocupacional, cuyas actividades estaban dirigidas a la rehabilitación funcional en el área laboral y de ocio. Cabe destacar además, su colaboración en forma de voluntariado, a través de la elaboración de actividades de ocio y de cuidado para las personas ingresadas en la unidad de paliativos. Esto último lo percibí como especialmente importante, dado el rol en el que ellas se disponían y que agradecían enormemente.

Con respecto al espacio creado para los grupos de Enfermería de corte psicoeducativo, continuaron en función de las prioridades del grupo. Impartí parte de modos de afrontamiento y el bloque de hábitos saludables (alimentación, sueño, ejercicio físico). Asimismo, realicé dos sesiones de Mindfulness y sesión de cierre/despida. La buena predisposición y participación del grupo, facilitó el buen desarrollo de los mismos.

Por otra parte, cabe mencionar la manera en la que vivieron la situación de convulsión del país las mujeres de la comunidad; familiares que no podían ir a visitarles, salidas de fin de semana canceladas por precaución, la incertidumbre de cómo estarían sus seres queridos...incertidumbre por la que también pasaban los profesionales, lo que obligó a aumentar los cuidados y a fortalecer los vínculos allí creados.

En relación a la atención individual, pude asistir a las entrevistas diarias de la psiquiatra con cada una de ellas, así como a una entrevista inicial ante un ingreso. Asimismo, acudí en una de las ocasiones a una sesión familiar. También en el equipo, abordamos el manejo de los cursos de la contratransferencia a raíz de que una de las mujeres ingresadas causase mucho conflicto tanto en la comunidad como en el propio equipo terapéutico. Con respecto a las sesiones individuales con la psicóloga, esta me explicó que su trabajo lo fundamentaba en el trauma y que aplicaba técnicas como la EMDR. Ella, junto al resto de profesionales señalaban lo agotador que terminaba resultando esta unidad en comparación con otras del centro, dada la carga de acontecimientos dolorosos que arrastraban y su modo de expresión. Los mencionados acontecimientos, conformaban lugares comunes para las mujeres ingresadas, que tenían en esta Comunidad Terapéutica el espacio para sentirse comprendidas, escuchadas y liberadas. El vínculo originado entre ellas, este apoyo mutuo ante el cual yo me sentía una privilegiada de ser testigo, se erigía como el elemento central de la recuperación.

Por último, hacer mención al “ritual”, al que tuve la oportunidad de asistir en una ocasión. Así denominaban a la fiesta de despedida que realizaban cuando una mujer se iba de alta habiendo cumplido sus objetivos. Quien se iba de alta, junto a sus familiares, traían alimentos al hospital y se organizaba una comida, en el que participaban tanto las mujeres como los profesionales de dicha unidad. De esta manera, la persona que había recibido el alta podía despedirse de cada una de sus acompañantes a lo largo del proceso. Este acto refleja el sentido de Comunidad y la posición que ocupan los profesionales en la misma.

ROTATORIO HOSPITAL DE DÍA – CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO PRADERA DE SAN ISIDRO (4 de noviembre – 20 de diciembre)

Este rotatorio ha supuesto mi primer acercamiento al mundo de infantil. Entrar a este mundo nuevo ha traído consigo muchas inseguridades, muchas dudas y ha resultado impactante a nivel emocional; en consecuencia, ha sido una experiencia clave y de gran aprendizaje.

Destacar sin duda, el enfoque de trabajo centrado en el vínculo, y la forma de trabajar en equipo, su gran cohesión, unión y horizontalidad, elemento determinante para el buen hacer de la unidad. Sin duda, de los momentos de mayor enriquecimiento fueron sus reuniones, en las que para mí era un privilegio “escucharles pensar”.

Con los niños, además de los momentos de la terapia, resultaron fundamentales los momentos entre las mismas. Lo compartido en las comidas, en el patio, los momentos previos a subir a clase... Asimismo, tuve la suerte de poder asistir con ellos a la ya clásica excursión a San Ginés, que realizan anualmente junto al equipo, momento de mucha alegría para los niños.

Además, conocí al niño en los diferentes momentos de su proceso; niños que estaban en la fase final y en breves recibirían el alta, así como sus primeros momentos (pude acudir a dos entrevistas de evaluación inicial con la psicóloga).

En relación a los grupos terapéuticos, elaboré tres dinámicas grupales para cada uno de los subgrupos (A, B y C) aunque por falta de tiempo solo di una, al grupo A, consistente en el reconocimiento de emociones a través del juego; una experiencia que dio cuenta de lo complejo del abordaje grupal a estas edades. También pude asistir al grupo de enfermería para el grupo B de los lunes.

Por último, también pude asistir de observadora a sesiones familiares, con los padres y el niño/a, elemento de aprendizaje fundamental, que aunado a los grupos multifamiliares de los jueves, me sirvió para comprender y profundizar en la complejidad de las dinámicas familiares y su repercusión en el infante.

En suma, siento que ha sido un rotatorio con una elevada carga a nivel de conocimientos, experiencias y emociones. Me siento muy afortunada de haber podido pasar por esta experiencia de importante aprendizaje, tanto a nivel profesional como personal.

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: GUAYABA (7 – 31 de enero)

Podría considerar este rotatorio como mi punto de inflexión – “un antes y un después” – ante la forma de mirar y de expresión del cuidado con la que me encontré. Todo ello aunado a una calidez humana y a una dedicación que he podido sentir también hacia mí.

Aquellas preguntas sobre sentidos de la psicoterapia enfermera se diluyeron en un espacio terapéutico de co-creación, en el que la formulación del gesto de cuidar pende sobre lo tangible, lo que posibilita a su vez, la ilusión de aprehender lo inasible. La vertebración de la realidad a través del lenguaje se constituye en un proceso vivo de evocación desde la intersubjetividad: en el que la flexibilidad, la presencia, la escucha y el acompañamiento, en el sentido más puro del término, se tornan como los ejes imprescindibles de la acción.

Elementos que convergen en el complejo mundo infantil y adolescente. He podido detenerme y avanzar en las particularidades y cadencias del mismo. A través de la continuidad de cuidados, de las entrevistas de acogida, del seguimiento a niños/as y a los y las adolescentes, así como a sus familias – de intervenciones concretas que emocionan...– he integrado la importancia de una mirada amplia y contextual. En este sentido, también se despertó en mí un profundo interés por la terapia sistémica.

Abrir puertas de intervención psicoterapéuticas, hacer lo posible por el establecimiento y mantenimiento del vínculo; son cometidos de la enfermera que torna factible un trabajo en equipo, en el que cada miembro desempeña un rol esencial. De la misma manera, resulta la coordinación y comunicación entre distintos niveles (colegios, residencias, centros de atención a la infancia, hospital de día...).

A nivel grupal, he asistido al “Grupo Relacional” de enfermería, resultando también, una de las experiencias más gratas. El grupo tiene lugar tres veces por semana, destinando cada día a una edad: martes (6-7 años), jueves (4-5 años) y viernes (3-4 años). Se trata de un grupo abierto y flexible, de aproximadamente 4 o 5 participantes, los cuales se determinan tras un proceso de valoración y trabajo vincular (entrevista a padres y sesión de juego individual).

El perfil suele ser de TMG infantil, siendo los motivos de derivación más frecuentes: TEAs, trastornos vinculares, disarmonías evolutivas, desregulaciones emocionales o perturbaciones de conducta. Entre

los objetivos destacan: estimulación, habilidades sociales y de interacción, regulación emocional, observación y apoyo al diagnóstico.

Si algo ha determinado el paso por infanto-juvenil ha sido el contacto continuo con las vulnerabilidades de mi “mundo interno”. He aprendido cómo se puede hacer acopio de las mismas, empezando a percibir las como recursos de enorme potencialidad.

Otro elemento que he sentido que ha caracterizado la acción terapéutica enfermera es el cuidado de y en la intimidad. El encuadre se convierte en una atmósfera de resguardo, de calor y confianza, creíble gracias a un ejercicio de desvelamiento, de auto-revelación y de honestidad.

Actos no exentos de vértigo dada la difusión de los límites pero que, sin embargo, este se disolvía al experimentar las consecuencias.

La mencionada atmósfera emana con naturalidad, lo que no le excluye de lo que previamente ha sido meditado, reflexionado y planeado.

He visto apostar por la complejidad que reside en la sencillez, por lo relacional, por el progreso mutuo.

Sostener lo que hay, lo que se es, lo que somos: *“Cuidarse no es una opción”*.

CENTRO DE SALUD MENTAL CARABANCHEL: AGUACATE (10 de febrero – 13 de marzo)

El CSM constituye uno de los rotatorios más bonitos, gratificantes e importantes de la residencia. Desafortunadamente, las circunstancias externas imposibilitaron el curso del mismo, reduciéndose mi estancia a un mes.

No obstante, el poquito tiempo que pude disfrutar me sirvió para reafirmarme en la intuición de que la atención comunitaria es mi lugar más afín. Las enfermeras aquí disponen de *una habitación propia*, y como tal, pueden llevar el gesto del cuidado a su máxima expresión.

Mis semanas estuvieron llenas de aprendizajes, conociendo relaciones terapéuticas genuinas en las que la enfermera se implica en cada uno de aquellos aspectos que necesite la persona. He podido asistir y participar en el inicio de la construcción de las mismas, y ser testigo de vínculos de años y años de duración. Asimismo, la enfermera como figura de continuidad de cuidados, se torna como esencial en el buen devenir y acompañamiento de las personas atendidas. Cabe mencionar también las intervenciones en domicilio - aunque solo pude asistir a una - en la que pude comprobar las posibilidades que ofrece este espacio, el más íntimo y cotidiano de la persona y su familia.

Con respecto a la terapia grupal, he asistido como observadora a los grupos de relajación llevados a cabo por enfermería, especialmente enriquecedores, en los que además se aprovecha para trabajar de forma transversal aspectos contextuales determinantes de la salud mental de la persona. Por otro lado, asistí a los grupos de alcohol llevados a cabo por psiquiatría y enfermería, que me ha permitido refrescar y consolidar los conocimientos previos relativos a adicciones. Por último, acudí también al grupo semanal de trastorno mental grave, un espacio para mi esperanzador, dada la mirada “despatologizadora” con la que se abordaban los problemas cotidianos del día a día de los y las integrantes.

2. DOCENCIA

He acudido a la docencia multidisciplinar correspondiente al “Módulo Básico – Introducción a la Psicoterapia” del Área de Gestión Clínica de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Universitario Doce de Octubre. Los seminarios impartidos fueron los siguientes:

- 9 de octubre. El proceso de formación en psicoterapia. Ana López Fuentetaja y Jesús Fernández Rozas. (Ausente por rotación externa).
- 23 de octubre. Definición, proceso y fases de una psicoterapia. Ana López Fuentetaja.

- 13 noviembre. Aspectos comunes a todas las psicoterapias. Jesús Fernández Rozas.
- 4 de diciembre. Los grandes modelos en psicoterapia. Juan Antequera.
- 8 de enero. La construcción de la relación colaborativa en Psicoterapia (I). Javier Ramos.
- 29 de enero. La construcción de la relación colaborativa en Psicoterapia (y II). Javier Ramos.
- 19 de febrero. Formulación de casos en Psicoterapia. Ana López Fuentetaja.

Este segundo año de módulo básico – hasta donde se ha podido desarrollar dadas las circunstancias externas – ha contribuido a una mayor integración de los conocimientos impartidos así como a una mayor apreciación de los contenidos, promovido por el recorrido previo durante el primer año.

Podría destacar por su gran utilidad en el proceso de aprendizaje los seminarios fundamentados en la visualización de vídeos de extractos de terapia y su paralela reflexión, así como aquellos en los que se llevaban a cabo ejercicios de *role-playing*.

Resulta preciso subrayar también el papel fundamental del equipo docente en el buen funcionamiento de las sesiones. Desde mi punto de vista, no sólo se han establecido como meros transmisores de conocimiento, sino que también han logrado contagiar su entusiasmo por el mismo, con el consecuente cultivo de la curiosidad y el interés.

Además, hemos continuado asistiendo al **Seminario de Lectura de Clásicos**, de periodicidad mensual. Como ya mencioné en otras ocasiones, considero especialmente valioso nuestra inclusión en un seminario como este. Un espacio que percibo como luminoso; abierto para la reflexión compartida, de lectura crítica y detallada, que permite acercarnos a las obras y al pensamiento de los grandes autores. Cabe señalar el esfuerzo por mantener este importante espacio aún en tiempos de pandemia, haciéndolo posible de modo *on line*.

2.1 SEMINARIO EXPERIENCIAL

Durante este segundo año, por incompatibilidad con rotaciones y/o circunstancias externas (crisis COVID), no he podido asistir con toda la regularidad con la que me hubiese gustado.

Destacar la bonita iniciativa de mantenerlo vía *on line* y hacerlo de periodicidad semanal ante la situación de pandemia. Por lo tanto, este año he echado de menos poder acudir con mayor frecuencia, lo que ha puesto en evidencia que se trata de un elemento imprescindible de nuestro cuidado como residentes.

Un lugar definido en una polifonía de voces con las que dar forma, sentido y comprensión a los miedos, inseguridades y preocupaciones que nos asolan en nuestro día a día. Un espacio de apoyo mutuo enormemente valioso, dado que nos obliga a detenernos y a abrir un paréntesis en medio de la vorágine de la residencia; contribuyendo además al fortalecimiento y a la creación de vínculos entre cada uno de nosotros.

3. CURSOS Y JORNADAS

- XXVIII Jornadas Nacionales de Salud Mental de la Asociación Galega de Saúde Mental-AEN “Fronteras” celebradas en Santiago de Compostela del 20 al 22 de Junio de 2019 (11 horas lectivas y acreditadas con 1,4 créditos CFC).
- II Curso de psicopatología y clínica psicoanalítica de la Otra Psiquiatría – octubre 2019 a junio de 2020 (un viernes/mes - 4h/seminario).
- IX jornada de Enfermería de Salud Mental: “Avances en humanización: mejorando la relación terapéutica” 25 de noviembre de 2019 en Hospital Santa Cristina, (9 a 14h).
- II Jornadas de la Unidad de Psicoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre. 29 y 30 de noviembre de 2019 (9h).
- III Reunión internacional de psiquiatría y psicoterapia. Hospital Universitario 12 de Octubre. 1 de febrero de 2020, (9 a 15:30h).

4. VALORACIÓN PERSONAL

No podría sentirme más privilegiada. Es lo que se me viene a la mente al releer estas palabras con añoranza y rememorar los momentos de los que están hechas. Este año ha resultado ser otro proceso de descubrimiento y de auto-conocimiento, en el que se me han abierto nuevas perspectivas gracias a cada uno de los profesionales – incluyendo por supuesto a los demás residentes – para lo que ha resultado determinante sin duda, su más que buena disposición.

Como especialistas en salud mental cuidamos del límite, de los márgenes, abrazamos lo diferente. “¿Qué es cuidar?” Las posibles respuestas que devienen son muestra de lo complejo de delimitar la acción, fruto precisamente de su capacidad performativa; un concepto que muta en función de la unicidad del otro, que queda convocado en un horizonte, en un “estarse haciendo” continuo, posándose en lo tangible a través de la formulación del gesto.

Escribo estas últimas líneas tras llevar semanas trabajando en la planta COVID de psiquiatría. En medio de ese sentir de que estamos todos en lo mismo pero que a la vez resulta imposible escapar del enclaustramiento propio. Me encuentro sumergida en la tarea, lo que me impide pararme a pensar. Cuando pueda reposar esto, quedará por definir su consecuencia epistémica.

Por mi parte, destinaré cada elemento aprendido durante estos dos años en dar un paso más.



En: <https://elpais.com/opinion/2020-07-24/el-roto.html>

DEL YO ATURDIDO AL ENTUSIASMADO

MIR Psiquiatría 4º año - Alba Juanes González

1. Dispositivos de Rotación a lo largo del año (abril 2019-abril 2020)

PROGRAMA DE ALCOHOL:

- Duración: Abril – Junio de 2018 (3 meses).
- Servicio y Unidad:
 - UNIDAD DE INTERCONSULTA
 - UNIDAD DE TRANSICIÓN HOSPITALARIA

PSICOGERIATRÍA:

- Duración: Julio-Septiembre de 2019 (3 meses).
- Servicio y Unidad: UNIDAD DE INTERCONSULTA

ROTACIÓN EXTERNA: CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (TORONTO, CANADA)

- Duración: 2 meses
- Servicio y Unidad:
 - WOMEN'S INPATIENT UNIT (Octubre 2019)
 - BORDERLINE PERSONALITY DISORDER CLINIC (Noviembre 2019)

INTERCONSULTA GENERAL (ROTACIÓN SENIOR):

- Duración: Diciembre de 2019 (1 mes)
- Servicio y Unidad: UNIDAD DE INTERCONSULTA

URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA:

- Duración: Enero de 2020 (1 mes)
- Servicio y Unidad: URGENCIAS

ROTACIÓN EXTERNA: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA (VITORIA)

- Duración: Febrero-Marzo de 2020 (2 meses)
- Servicio y Unidad: UNIDAD DE PSICOSIS REFRACTARIA

2. Aspectos asistenciales

ADICCIONES

Esta rotación tiene dos partes:

- 1) Unidad de Interconsulta
- 2) Unidad de Transición Hospitalaria (dos últimas semanas de la rotación)

En la Unidad de Interconsulta, asimismo, desarrollamos nuestra actividad asistencial en dos ámbitos, los grupos terapéuticos y la interconsulta hospitalaria de adicciones.

Terapia Grupal

Una parte fundamental de la rotación por el programa de alcohol son los grupos terapéuticos, los cuales están estructurados en sesiones determinadas y tienen un enfoque cognitivo-conductual. Los pacientes van pasando de un grupo a otro en función del tiempo de abstinencia y de su fase en cuanto a motivación para el cambio o riesgo de recaída:

Grupo de acogida => Grupo de Prevención de Recaídas => Grupo de Habilidades Sociales => Grupo de Preparación al Alta. Los residentes nos encargamos fundamentalmente del grupo de Prevención de Recaídas, aunque en mi caso también he dirigido el grupo de Habilidades Sociales en alguna ocasión.

Durante mi rotación, en el grupo de Hepatópatas realizaron actividades de rehabilitación cognitiva dirigidos por otra terapeuta, y el grupo de Preparación al Alta lo dirige Enfermería; en ambos he tenido la oportunidad de participar como observadora. Destacar también el grupo de ludopatía semanal, el cual dirige el Dr. López-Trabada, y en el que los residentes también tenemos un papel activo desde el principio como co-terapeutas.

| LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---|---|---|---|---|
| | | Grupo de acogida (UTH) Dr. López-Trabada y DUE (9:00-11:00) | | |
| Habilidades Sociales Dr. Rubio (9:00-10:30) | Juego patológico Dr. López-Trabada (9:00-11:00) | Pretrasplante Dr. Arias (9:30-10:30) | Prevención de Recaídas 1 Dr. Arias (9:00-10:30) | Prevención de Recaídas 2 Dr. Rubio (9:00-10:30) |
| | Preparación al alta 1 DUE (11:00-12:30) | Grupo de familias (UTH) Dr. López-Trabada y DUE | | Preparación al alta 2 DUE (11:00-12:30) |

Grupo de Prevención de Recaídas

El grupo de prevención de recaídas está diseñado para que los pacientes a lo largo de las 12 sesiones aprendan a afrontar situaciones de riesgo de manera alternativa, o en casos concretos, reducir la gravedad o duración de las recaídas. Se trabaja identificar qué situaciones, pensamientos emociones pueden acercarlos al consumo de alcohol y cómo afrontarlos adecuadamente; a identificar las señales que anuncian la posibilidad de recaída; y cómo enfrentarse a una recaída antes y después de haber bebido. Durante todo el proceso se promueve asimismo el cambio de hábitos y estilo de vida que favorecen la abstinencia (ejercicio, autocuidados, alimentación saludable...), pues los pacientes al abandonar el consumo se quedan sin la actividad a la que dedicaban prácticamente todo su tiempo. Se hace mucho énfasis en la exposición a situaciones de riesgo, tanto internas (estados emocionales) como externas (conflictos interpersonales o presión social). El contenido del grupo se estructura en 16 sesiones repartidas en 3 módulos:

- Módulo 1, Identificación de antecedentes:
 - o 1. Análisis de conducta
 - o 2. Cadenas de conducta y aprendizaje
 - o 3. Identificación de estímulos internos y externos
 - o 4. Identificación de la respuesta fisiológica del deseo de beber
 - o 5. Análisis de consecuencias
- Módulo 2, Estrategias de afrontamiento:
 - o 6. Estrategias de afrontamiento del deseo de beber
 - o 7. Manejo de la ansiedad
 - o 8. Afrontamiento de la depresión
 - o 9. Afrontamiento de las situaciones de riesgo
 - o 10. Estrategias para afrontar los pensamientos molestos
 - o 11. Afrontamiento de situaciones de presión: Aprender a decir "no"
 - o 12. Cambios en el estilo de vida
 - o 13. Abordaje de resolución de problemas
- Módulo 3, Identificación y control del proceso de recaída
 - o 14. El proceso de recaída
 - o 15. Afrontamiento de las trampas psicológicas ocurridas durante el proceso terapéutico
 - o 16. Recapitulación de lo explicado

Los primeros minutos del grupo se dedican a hacer un repaso individual de la semana, explorando bien las situaciones de riesgo a las que se ha podido exponer el paciente de forma consciente o inconsciente, analizando su reacción cognitiva y emocional, y discutiendo alternativas. Posteriormente se exponen los

aspectos teóricos del contenido de la sesión, intentándolo hacer de forma participativa, dinámica y accesible para todos los pacientes (algunos tienen afectación cognitiva). Tiene una duración de 1h y media, habiendo dos grupos diferentes, uno los jueves, que es el que solemos dar los residentes, y otro los viernes, que es el que dirige el Dr. Rubio y en el que participamos como co-terapeutas u observadores.

Grupo de Habilidades Sociales

Esta terapia de grupo se basa en parte en el proyecto MATCH, o el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid.

Cuando los pacientes terminan el módulo de prevención de recaídas, pasarían a este módulo.

La estructura del grupo y las normas básicas con iguales que en el grupo de prevención de recaídas. Son 12 sesiones, cada una de 1h y media de duración:

- SESIÓN PRIMERA: Introducción. Qué son las habilidades sociales y por qué las trabajamos.
- SESIÓN SEGUNDA: Comunicación no verbal y escucha activa.
- SESIÓN TERCERA: Iniciar, mantener y cerrar conversaciones.
- SESIÓN CUARTA: Introducción a la asertividad.
- SESIÓN QUINTA: Pedir ayuda.
- SESIÓN SEXTA: Expresar y defender opiniones.
- SESIÓN SÉPTIMA: Negociar.
- SESIÓN OCTAVA: Expresar y recibir críticas.
- SESIÓN NOVENA: Expresar emociones negativas.
- SESIÓN DÉCIMA: Reconocer y Manejar la Ira.
- SESIÓN UNDÉCIMA: Reconocer y Manejar la Ansiedad.
- SESIÓN DUODÉCIMA: Reconocer y Manejar la Depresión

La premisa es que el alcoholismo es una estrategia de afrontamiento desadaptativo a problemas vitales, y que la adquisición de habilidades sociales aumentarían la capacidad de la persona para afrontar situaciones difíciles a nivel interpersonal, y que supondrían un alto riesgo de consumo o recaída. Además, la adicción muchas veces genera aislamiento y empobrecimiento de la red social de apoyo, o vinculación a entornos de consumo perjudiciales, con lo que las habilidades sociales también les sirven para poder establecer otro tipo de relaciones más saludables en el marco del nuevo estilo de vida de abstinencia. Se trata de pautas psicoeducativas de enfoque cognitivo-conductual, con énfasis en el aprendizaje de nuevas conductas adaptativas.

Los primeros minutos del grupo se dedican como he mencionado anteriormente, a realizar un repaso de la semana de cada asistente, interesándonos sobre todo por posibles situaciones de riesgo de recaída que han podido experimentar, o estados emocionales tanto negativos como positivos que también pueden desembocar en una recaída. Importante también identificar estrategias que hayan aprendido en los grupos y puesto en práctica para afrontar estas situaciones, reforzando de forma positiva esta conducta y motivando para continuar con el cambio.

Tras esto, se introduce el tema a tratar en la sesión. Se describe y contextualiza la habilidad a trabajar ese día, de la forma más clara y práctica posible, con ejemplos con los que se puedan sentir identificados. Se fomenta la participación de los pacientes y que sean ellos mismos los que pongan ejemplos propios o discutan alternativas. Se plantean también situaciones de role-playing, modelado u otros ejercicios más prácticos para consolidar los aspectos teóricos.

El grupo de hepatópatas también es una terapia estructurada. Los pacientes suelen ser más graves en el sentido de que están más afectados orgánicamente, muchos de ellos a la espera de trasplante hepático o ya trasplantados. Están también más deteriorados a nivel cognitivo, con lo que el contenido de las sesiones está adaptado, y el terapeuta debe también ajustarse. Durante los meses de mi rotación trabajaron ejercicios de psicoeducación y de rehabilitación cognitiva.

Grupo de Juego Patológico

El grupo de ludopatía es el único que tiene una dinámica diferente. Resulta bastante atractivo y especial puesto que es un grupo muy consolidado, son pacientes muy participativos, no afectados cognitivamente por la adicción, y que en general tienen mucha capacidad de introspección y de desarrollo de narrativas.

Las intervenciones de los profesionales son menos dirigidas, admiten mucha mayor profundización al no tener una estructura o contenidos teóricos que dar en cada sesión, y conoces mucho más a los pacientes.

Es interesante además porque dentro del grupo hay diferentes perfiles, pacientes que juegan a las tragaperras “de toda la vida”, otros más jóvenes que juegan a las apuestas deportivas a través del móvil, otros que han jugado en bolsa... Esto hace que se haga muy ameno y uno de los puntos más interesantes de la rotación. En mi caso, estaba muy poco familiarizada con el paciente ludópata, por lo que también ha sido una gran oportunidad de aprendizaje.

Interconsulta hospitalaria

Además de los grupos, los residentes nos encargamos de atender las interconsultas de pacientes ingresados en el hospital y en los que se detecta un problema adictivo. El perfil suele ser pacientes con dependencia de alcohol, generalmente crónica y de varios años de evolución, con un consumo bastante elevado y antecedentes de varios intentos de deshabituación. También atendemos pacientes con dependencia de otros tóxicos (opiáceos, cocaína) o de medicación (benzodiacepinas, mórficos...).

En estos casos aplicamos técnicas de entrevista motivacional para intentar vincular al paciente a nuestro programa de alcohol (si pertenecen al área) o para influir en su motivación al cambio. Me resultó curioso que muchos de los pacientes aceptan la ayuda y el acompañamiento durante el ingreso, incluso los consumidores más crónicos que nunca se han planteado tratamiento para la adicción o un cambio en este sentido.

Unidad de Transición Hospitalaria

Tuve también la oportunidad de pasar las últimas dos semanas de la rotación junto al Dr. Lopez-Trabada en la Unidad de Transición Hospitalaria. A su consulta, especializada en desintoxicación ambulatoria, acuden multitud de pacientes en las primeras etapas de su rehabilitación de la adicción, en distintas fases del cambio... Quiero destacar también la importancia del trabajo del Dr. Trabada a la hora de establecer la alianza terapéutica y trabajar la motivación al cambio con los pacientes, algo que muchas veces resulta difícil en personas con problemas adictivos y con biografías o circunstancias psicosociales complejas, como suele ser el caso en nuestro área.

Aquí pude participar de las dos terapias de grupo que se realizan, las dos semanas que estuve rotando en esta unidad.

Acudí al llamado “grupo de acogida”, que tiene lugar un día a la semana en la sala de grupos de la UTH. Es el primer espacio grupal al que acuden los pacientes que inician su proceso terapéutico en el programa de alcohol del hospital, por lo que se encuentran en abstinencia desde hace poco tiempo. Es un grupo muy numeroso y heterogéneo, en el cual los pacientes comparten sus dificultades, cambios y aspectos positivos en las primeras semanas de abstinencia, y que sirve como establecimiento de nuevos vínculos, psicoeducación básica, y de preparación para los grupos terapéuticos posteriores.

Asistí también al grupo de familias de la UTH, un recurso de apoyo semanal para familiares de pacientes con dependencia de alcohol. Me pareció un espacio muy interesante, donde puede descubrirse mucho acerca del paciente, de la dinámica que le rodea y del sufrimiento de su entorno, además de servir de alianza con las familias y que el paciente tenga una red de apoyo más sólida. El estilo cercano de los terapeutas favorece la apertura de las familias. Creo que son necesarios más espacios como este en otras unidades para sostener un poco más a las familias de nuestros pacientes, en términos psicoeducativos y de apoyo.

PSICOGERIATRÍA

En esta rotación, en general no hay oportunidad de realizar una labor psicoterapéutica significativa dada la situación mental de los pacientes (cuadros confusionales, deterioro cognitivo...). En ocasiones he podido hacer intervenciones de apoyo, holding, escucha activa, etc. También es importante el apoyo a las familias y realizar psicoeducación con los cuidadores.

WOMEN'S INPATIENT UNIT (TORONTO)

Durante el mes de octubre de 2019 desarrollé la primera parte de mi rotación externa bajo la supervisión de la Dra. Suvercha Pasricha en la *Women's Inpatient Unit* del Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), en Toronto (Canadá). Ésta es una unidad de hospitalización diseñada específicamente como un entorno seguro (en inglés, *sanctuary model*) para el tratamiento agudo de mujeres cuya psicopatología está marcada por una biografía traumática. Se trata de un dispositivo muy especializado, único en Canadá y del que existen muy pocos similares en el mundo.

La premisa fundamental sobre la que se basa el cuidado y tratamiento en esta unidad es la del compromiso y esfuerzo de todos (personal y pacientes) por conservar el un espacio acogedor y seguro, física y emocionalmente. Hay normas muy claras respecto al respeto de los límites, la seguridad y las conductas disruptivas o agresivas. En general, todo el mundo intenta ser muy cuidadoso con el lenguaje y contenidos audiovisuales debido a la posibilidad de que aparezcan *triggers* para las pacientes.

El perfil de paciente son mujeres con historias vitales complejas y traumáticas, que se encuentran en crisis o descompensación de su patología. Lo más común es que esta descompensación sea en forma de riesgo autolítico, pero también pueden presentar sintomatología psicótica o afectiva moderados-graves (tanto en el polo maníforme como depresivo). Suelen tener diagnóstico de trastorno límite de personalidad y/o trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, la realidad de estas pacientes es mucho más compleja, con sintomatología muy variada (que ocasiona que algunas veces las pacientes vengan con 6 o 7 diagnósticos comórbidos, algo inasumible) y en muchos casos es más coherente y adecuado integrarlo todo desde la perspectiva de la sintomatología postraumática compleja. Durante mi residencia había leído algo sobre el trastorno por estrés postraumático complejo, pero no le había dado esta dimensión. Me ha hecho reflexionar acerca de cómo abordamos a muchas de estas pacientes en nuestro medio y como a veces obviamos realidades muy complejas cuando nos quedamos en los criterios DSM de un TLP.

La mayoría de los ingresos son voluntarios y las pacientes tienen un amplio horario de salidas y visitas familiares, además de un variado horario de grupos durante toda la semana. Se permiten dispositivos electrónicos, objetos personales significativos para la persona... ¡pueden incluso pedir pizza! Entre las actividades programadas se incluyen terapia con perros, cocina, deporte, grupos de nutrición o espiritualidad... Me agradó mucho que dieran importancia y facilitaran todo esto integrándolo dentro del tratamiento.

En el hospital, y en la Universidad de Toronto adscrita a él, trabajan bajo el marco de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT). Todos los profesionales, especialmente trabajadores sociales y psicólogos clínicos, están formados en este tipo de terapia, y en la docencia para los residentes hay muchas sesiones dedicadas a la DBT.

En las entrevistas individuales a las nuevas pacientes, recogemos una historia psicobiográfica detallada, siendo muy importante conocer la dinámica familiar y el contexto global en el que sucedió el evento traumático (o en la mayoría de los casos, cómo fue la sucesión de traumas crónicos). Resulta muy importante la expresión a través de la escritura, y tras cada sesión individual la psiquiatra les pedía hacer una "tarea", dentro de un material diseñado por ella. En él se incluye que reflexionen acerca de sus objetivos para el ingreso actual, que indiquen recuerdos o hechos dolorosos de los que no hayan podido hablar antes, análisis en cadena (como herramienta de la DBT), tarjeta diaria... Se les invita a relatar los recuerdos traumáticos en detalle para favorecer la creación de una nueva narrativa, además del procesamiento de esas emociones que en muchas de estas pacientes están bloqueadas o proyectadas y

son el núcleo de la psicopatología. Cuando es relevante, se indica además que monitoricen la intensidad de las ideas de muerte o de autolesión, las conductas problema, etc., en la tarjeta diaria de la DBT.

Uno de los puntos fuertes de la unidad son sin duda los grupos terapéuticos, que ocupan varias horas en el día a día de las pacientes. Son conducidos en general por las psicólogas, trabajadoras sociales y terapeuta ocupacional. Tuve oportunidad de poder estar de observadora en todos ellos, y también de participar activamente en los post-grupos con las terapeutas.

- **Community Forum:** Todos los jueves, 30 minutos de duración. Espacio donde se reúnen pacientes y profesionales de la unidad. En él se discuten incidencias, conflictos de convivencia que interfieren con la premisa del espacio seguro, sugerencias... Se fomenta la resolución de problemas por parte de las pacientes, el sentido de comunidad y el vínculo con los profesionales, algo muy importante en este tipo de pacientes con dificultades interpersonales crónicas. Es además el espacio donde se presentan las pacientes que han ingresado en la unidad durante esa semana, y donde se despiden aquellas que van a recibir pronto el alta. Las pacientes tienen además la oportunidad de ser voluntarias para co-dirigir el siguiente *Community Forum* junto a la psicóloga; o de ser "admission buddies" o "ECT buddies" y así guiar a los nuevos ingresos a través del funcionamiento de la unidad, o ayudar a las pacientes que reciben TEC durante la recuperación después de cada sesión.
- **DBT (Terapia Dialectico Conductual):** Lunes y jueves, 1 hora y media de duración. Para adaptarlo a una unidad de hospitalización, han condensado cada módulo básico de la DBT (que se suele abordar durante varias semanas en los grupos ambulatorios), en una sola sesión, de manera que se repite cada dos semanas. Es un grupo fundamentalmente de habilidades que se centra en que las pacientes conozcan y empiecen a practicar las estrategias más importantes de la DBT, así como sus principios básicos de balance entre aceptación y cambio. Siguiendo los objetivos de la DBT, se trabajan nuevas estrategias de regulación de emociones y tolerancia a situaciones de angustia evitando las conductas autodestructivas.
 - **Mindfulness:** Se enseñan los principios básicos del mindfulness (atención consciente al momento presente, experimentar la emoción sin juzgar, sin aferrarse a la experiencia pasada ni futura...), el concepto de mente sabia frente a la mente emocional o la racional, y las habilidades con los acrónimos WHAT (que hacer al practicar mindfulness) y HOW (como hacerlo).
 - **Tolerancia a la angustia** (o como soportarlo sin ponerlo peor): Se trabajan habilidades para aceptar momentos de crisis, desbordamiento, situaciones o emociones dolorosas... y evitar actuar impulsivamente con reacciones disfuncionales o destructivas. Se centran en la aceptación radical de las cosas que no se pueden cambiar (sin que signifique estar de acuerdo), las habilidades de STOP (acrónimo en inglés de parar, dar un paso atrás, observar y proceder de forma consciente), pros y contras de la conducta disfuncional vs cambio, habilidades "TIPP" (acrónimo en inglés de temperatura, ejercicio intenso, respiración controlada, relajación muscular), estrategias de distracción (acrónimo "ACCEPTS") y de autorregulación (mediante los distintos sentidos y el movimiento), y habilidades de mejorar el momento (acrónimo "IMPROVE").
 - **Regulación emocional** (o aprender a experimentar las emociones como una ola): Se discuten los factores que dificultan la adquisición de una buena capacidad de regulación, y se trabajan habilidades para mejorarla, como la revisión de los hechos objetivos, la acción opuesta (cambiar la emoción mediante la acción opuesta al impulso), la ola (experimentar la emoción como una ola que viene y va, dejar que pase, sin intentar agarrarnos a ella, evitarla, actuar etc.), el acrónimo "PLEASE" (cuidar salud física, alimentación, evitar drogas, descanso nocturno y ejercicio) y el "ABC" (acumular experiencias positivas, practicar alguna actividad, y estar preparado para poder manejar situaciones emocionales que surjan).
 - **Efectividad interpersonal** (o construir y mantener relaciones positivas): Se trabajan habilidades asertivas y de comunicación distinguiendo según el objetivo de la interacción (conseguir tus objetivos, mantener una relación importante, mantener el respeto a ti mismo). La premisa básica

es el acrónimo DEAR (describir la situación, expresar tus sentimientos, asertividad, reforzar al otro), y dependiendo del objetivo se enseñan otras estrategias mediante diferentes acrónimos (MAN, GIVE, FAST).

- **Chain analysis** (Análisis en cadena): Todos los martes, 45 minutos. El análisis en cadena es una herramienta importante dentro de la DBT por lo que tiene su espacio específico también en formato grupal. Al inicio de cada grupo se escoge un “comportamiento problema” que puede ser común a la mayoría de las pacientes del grupo (evitación, aislamiento, autolesiones...) y siguiendo una situación concreta real como ejemplo, se analiza punto por punto los distintos pasos de la cadena (ver ficha en Anexos): Conducta problema, consecuencias a corto (refuerzos positivos y negativos) y largo plazo, disparador (pensamientos, emociones, acciones), eslabones que relacionan el disparador con la conducta problema, vulnerabilidades previas, conductas adaptativas alternativas... El análisis es grupal y se van incluyendo las aportaciones de las distintas pacientes aunque no se corresponda con su situación.
- **Trauma Education**: Martes y miércoles, 1 hora. Grupo psicoeducativo en el que se les muestra como las experiencias tempranas o eventos traumáticos concretos han podido impactar en su desarrollo y han generado las dificultades, vulnerabilidades, mecanismos desadaptativos y síntomas. Se habla por ejemplo de cómo evoluciona la respuesta fisiológica ante el estrés, la ventana de tolerancia, el triángulo del trauma... Se refuerzan también estrategias de tolerancia al distrés similares a las del grupo de DBT. Es el grupo más delicado para las terapeutas, puesto que, aunque se habla de las experiencias traumáticas de forma genérica y sin ejemplos concretos, resulta a veces muy complicado para las pacientes mantenerse reguladas.
- **Keeping Safe**: Lunes y martes, 45 minutos. En este grupo las pacientes trabajan en su “*Wellness Plan*”, el plan de crisis el cual tienen la responsabilidad de tener completado antes del alta. Se trata de un documento escrito que deben tener siempre a mano, y que está diseñado para poder acudir a él durante una crisis y que sea sencillo de aplicar. Está dividido en diferentes niveles (*Green, Yellow y Red Zone*) dependiendo del malestar. Para cada nivel tienen que identificar de manera individual los precipitantes, síntomas físicos, pensamientos, emociones, estrategias de autorregulación eficaces, detallar a quien pedir ayuda y como... La zona verde supone capacidad de autorregulación, la zona amarilla implica el inicio de la disregulación, y la zona roja se refiere al máximo nivel de distrés como pueden ser en algunos casos síntomas disociativos. Se discuten también para cada zona las dificultades que pueden tener a la hora de aplicar cada estrategia. El formato grupal favorece que aprendan de las experiencias de otras pacientes, identifiquen desencadenantes o síntomas, compartan estrategias... Es uno de los grupos que me pareció más interesante puesto que además de ayudarme a entender mejor el *continuum* de los síntomas y como entran en juego los esquemas disfuncionales, también fue una oportunidad de reflexión a nivel personal.
- **Self-care and coping**: Todos los jueves, 45 minutos. Se centra en identificar y trabajar mecanismos de afrontamiento positivos en relación a los diferentes niveles de angustia, haciendo hincapié sobre todo en los autocuidados y técnicas de autorregulación. Se fomenta que cada paciente reflexione sobre sus propias dificultades y *triggers* así como sus fortalezas y estrategias para el cambio, y a la vez el formato grupal da cohesión y contención.
- **Substance Use Group**: Todos los miércoles, 1 h de duración. El abuso de sustancias es frecuentemente un mecanismo de evasión o de manejo de la disregulación emocional en personas con historia biográfica compleja. Muchas de las pacientes que ingresan en la unidad presentan comorbilidad con dependencia de alcohol, cocaína u otras drogas, y su abordaje es incluido también en el tratamiento durante el ingreso. En este grupo se realiza psicoeducación y se da significado al abuso de sustancias en el contexto del trauma, trabajándose además el balance decisional del cambio y la búsqueda y establecimiento de nuevos mecanismos más adaptativos para el manejo de emociones.

- **“Hungry for change”** (Grupo de nutrición): Todos los viernes, 45 minutos. Dirigido por una nutricionista todos los viernes. En el aprenden y discuten sobre alimentación saludable, la influencia de la dieta en el estado de ánimo, la imagen corporal, síntomas en la esfera alimentaria, conductas de escape relacionadas con la comida...
- **Leisure education**: Todos los jueves, 45 minutos. Grupo más informal en el que comparten y discuten experiencias relacionadas con el ocio y tiempo libre, recursos de ocio comunitarios, creación de espacio y estructura para el ocio como parte de la recuperación...
- **Journaling Group**: Todos los jueves, 45 minutos. En este grupo más reducido se fomenta la expresión y apoyo mutuo a través de la escritura, mediante diferentes técnicas y formatos narrativos. En muchas ocasiones y debido a su propia historia, para las pacientes es más fácil expresarse a través de este grupo, lo que ayuda a que posteriormente puedan abordarlo mejor en terapia individual.
- **Spirituality Group**: Todos los miércoles, 1 hora. La mayoría de personas que viven en Toronto no han nacido en Canadá, y tienen orígenes muy diversos, siendo en muchos casos la espiritualidad una parte importante de su cultura. El grupo de espiritualidad reúne a todas esas culturas, y aporta un espacio seguro donde hablan de sus dificultades y experiencias desde un punto de vista diferente, dejando fuera la enfermedad mental. No se discute en términos religiosos, sino de conexión con algo fuera de uno mismo.
- **Goal setting group**: Todos los lunes, 45 minutos. Se centra en reflexionar y trabajar en objetivos semanales individualizados a corto plazo que les ayuden a encontrarse mejor. Se discute el plan, además de las dificultades que se hayan encontrado para llevarlo a cabo. Por ejemplo, las pacientes se proponían aprender una canción al piano, relacionarse con alguna otra paciente, organizar alguna actividad en la unidad...

Antes de cada grupo se anima a las participantes a nombrar las normas, las cuales son las mismas para todos los grupos:

- Confidencialidad: Inherente a cualquier terapia grupal, lo compartido en cada grupo específico no puede ser discutido fuera del mismo.
- “Estar aquí es suficiente”: Se intenta fomentar la participación, pero se valida que la persona haya acudido al grupo y realice una escucha activa.
- “No juzgarse a sí mismo ni a los demás”. Dada la gran influencia de la terapia dialectico-conductual en la mayoría de los programas del CAMH, está muy presente el uso cuidadoso del lenguaje a la hora de referirse tanto a uno mismo como a los demás.
- Uso de lenguaje vago y genérico para evitar afectar tanto a nosotros mismos como a otra persona.
- Si durante el grupo alguien se empieza a sentir angustiado o disregulado, siempre hay disponibles varias herramientas de *grounding* en el centro de la sala (hielos, peluches, pelotas, diferentes juguetes...). También puede pedir realizar un ejercicio de *grounding* grupal, o en caso extremo puede salir de la sala para pedir ayuda a su enfermero/a. Los paquetes de hielo son sin duda la opción más popular y lo que según las pacientes mejor les ayuda a controlar el *arousal* y la hiperactivación física.
- Evitar conversaciones paralelas o comentarios en bajo

Los grupos están relativamente estructurados, y el contenido de todos ellos está diseñado para que se repita cada 2 semanas, que suele ser la duración de estancia media en el ingreso, así todas las pacientes han podido recibir todo el contenido. En todos los grupos se aporta a cada asistente los “apuntes” para ir siguiendo todo el contenido y que puedan continuar trabajando sobre ello posteriormente; para mí además fue bastante útil para no perderme, sobre todo durante los primeros días hasta que mi cerebro se acostumbró a vivir en inglés.

Aunque no tuve un papel activo en los grupos, sólo observar ya fue enriquecedor. Los grupos de corte más psicoeducativo me ayudaron además a conectar varios conceptos que estaban aislados en mi

cabeza. He aprendido las habilidades básicas de la DBT en formato grupal, y cómo los módulos se complementan unos a otros.

En la terapia individual, ha sido muy interesante poder observar el gran trabajo y evolución de las pacientes en solo 2-3 semanas de ingreso. El poder de la narrativa consciente para poner palabras al dolor y la confusión, como primer paso para la integración. Ver a través de sus historias cómo estrategias de supervivencia se iban convirtiendo en síntomas y deterioro progresivo. Y cómo todo este trabajo puede hacerse de manera estructurada para evitar perderte en la complejidad de estas pacientes. He podido ver diferentes presentaciones de la sintomatología postraumática completa, y ahondar un poco más en el diagnóstico diferencial y comorbilidad con otras patologías.

Globalmente fue una experiencia corta pero apasionante, que ha abierto una nueva perspectiva que creo que me puede ayudar a conectar con muchas pacientes que necesitan otra oportunidad. Creo que esta unidad es el ejemplo de que debería haber más comprensión del trauma e inversión pública en su tratamiento; si no, muchas personas nunca podrán salir de la cronificación, discapacidad, incomprensión y retraumatización.

| Mis "disparadores" son: | | | |
|---|------------------------------------|---|-----------------------|
| ZONA AMARILLA (cuando empiezo a notar angustia leve-moderada) | | | |
| SIENTO... | ESTRATEGIAS | BARRERAS QUE IMPIDEN UTILIZAR LAS ESTRATEGIAS | RECURSOS COMUNITARIOS |
| Sensaciones corporales: | ¿Qué cosas hago que funcionan? | ¿CUÁLES SON LAS BARRERAS? | |
| Emociones: | | <u>Internas:</u> | |
| Pensamientos: | ¿Qué hacen los demás que me ayuda? | <u>Externas:</u> | |
| Comportamientos/Impulsos: | | ¿CUÁLES SON LAS POSIBLES SOLUCIONES? | |

Ejemplo traducido de las hojas del Wellness Plan, que se entregan a cada paciente al ingreso y van siendo rellenadas a lo largo del mismo en diferentes grupos. Tendrían otras similares para la "zona verde" y "zona roja".

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER CLINIC (TORONTO)

Durante el mes de noviembre de 2019 complete mi rotación externa en Toronto bajo la supervisión del Dr. Robert Cardish en la *Borderline Personality Disorder* del *Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)*. Es un dispositivo ambulatorio de evaluación y tratamiento del trastorno límite de personalidad bajo el marco de la terapia dialéctico-conductual (*dialectical behaviour therapy - DBT*) según la teoría y manual desarrollado por Marsha Linehan.

A la hora de complementar la rotación por la Women's Inpatient Unit, este dispositivo me pareció una buena opción dentro de la oferta del CAMH. Buscaba una unidad ambulatoria en la que trataran de forma específica trastornos de personalidad, con énfasis en terapia grupal, pues en mi rotación por el Centro de Salud Mental de Usera fue de lo que más disfruté. Además, me ofrecía la posibilidad de aprender de DBT,

a la cual me había acercado de R1 gracias a Diego Padilla, que por aquel entonces era nuestro tutor de investigación y me habló de la DBT y el grupo de adolescentes que conducía. Al ser una de las terapias con más evidencia de eficacia para el TLP, me parecía importante, además de las bases teóricas que podemos adquirir mediante los libros, verlo de forma directa.

Las derivaciones surgen desde otros dispositivos del CAMH, especialmente del servicio de Urgencias, por ejemplo, tras un gesto autolítico. La lista de espera para la primera evaluación es variable; en el momento de mi rotación no era muy larga, de hecho tuve la oportunidad de estar en una evaluación de una paciente que conocí en mi rotación previa en la *Women's Inpatient Unit*. Una vez que en la evaluación se confirma que el paciente es elegible para iniciar tratamiento, es decir, que cumple criterios DSM para trastorno límite de personalidad (y posiblemente otros trastornos comórbidos como TEPT o dependencia de sustancias), la incorporación al programa es también variable, entre una semana y dos meses aproximadamente. Al paciente se le asigna un terapeuta con el que realizará la DBT individual semanal, y entrará también en un grupo de habilidades en DBT semanal. El terapeuta individual ofrece además de las sesiones semanales, consultas telefónicas cuando sean necesarias, y se compromete a apoyarse en el resto del equipo (*Consultation Team*) para solucionar sus dificultades durante el tratamiento

Las sesiones individuales suelen ser de una hora o una hora y media, dependiendo si el plan de tratamiento incluye sesiones de terapia de exposición prolongada para el abordaje de un trastorno por estrés postraumático comórbido o no.

Hay varias salas para grupos, una de ellas conectada a través de un espejo unidireccional a la sala de observación, donde nos encontramos los observadores. Los grupos suelen tener dos facilitadores, un terapeuta del centro (psiquiatra, psicóloga o trabajadora social) y un residente o estudiante en prácticas (de psiquiatría o psicología).

El programa tiene una duración de 6 o 12 meses, dependiendo de lo acordado entre el paciente y el terapeuta individual según las dificultades detectadas.

La mayor parte de la rotación estuvo orientada a la observación de grupos de habilidades en DBT. Son de dos horas semanales, y tienen una duración de 6 o de 12 meses. El contenido se cubre en 6 meses, por lo que los grupos de 12 meses dan una segunda vuelta a las habilidades para consolidarlas. Cada uno tiene unos 6-8 pacientes, y no todos se incorporan a la vez o en el primer módulo, sino que van entrando a medida que otros completan los meses de tratamiento o abandonan. Esto lo están intentando cambiar ya que detectan más dificultades en los pacientes que se incorporan de nuevas en el último módulo (efectividad interpersonal, quizás el más exigente) sin conocer las habilidades de los módulos anteriores. Todos los pacientes tienen su propia carpeta con los "apuntes" y todo el material necesario para el momento del grupo y las tareas para casa, a modo de libro de texto, por lo que les es muy sencillo seguir el ritmo del grupo y no perderse si faltan algún día. Además, los terapeutas ofrecen disponibilidad telefónica y vía email para contestar cualquier duda acerca del contenido o las tareas.

Todos los grupos tienen la misma estructura. En los primeros 2-3 minutos realizan un ejercicio de mindfulness grupal. He podido ver ejercicios muy diferentes, como cerrar los ojos y relajar distintas partes del cuerpo, anotar los diferentes pensamientos que les van surgiendo, o algunos más dinámicos como pasarse objetos entre los distintos miembros del grupo. Puede parecer sencillo, o "una chorrada", y reconozco que la primera vez me lo pareció. Pero cuando observas unos cuantos, y sobre todo cuando los haces tú también, te das cuenta de que lo que no es nada fácil ser consciente de todos esos pensamientos que nos van apareciendo, de lo que nos generan, ser capaces de no dejarnos llevar por ellos, no juzgar, y el resto de principios del mindfulness. Tras este pequeño ejercicio, que ayuda a todos a prepararse para el espacio grupal, debaten durante unos 10 minutos sobre cómo se han encontrado durante el mismo, las dificultades surgidas, etc. Me resulto muy curioso ver como ejercicios tan sencillos generan diferentes reacciones y reflexiones en cada uno.

Tras el mindfulness, comienzan con la revisión de la tarea que han tenido para la semana, que es normalmente la aplicación práctica de la habilidad aprendida en el grupo anterior. Esto suele durar unos

45 minutos. Uno de los pilares de la DBT es la validación, por lo que aunque el paciente no haya hecho la tarea asignada, validan que durante la semana haya pensado hacerla, o que intente hacerlo sobre la marcha en el grupo. La estrategia de la validación creo que es importante y algo que sin duda integrare más en mis intervenciones terapéuticas, pero creo que también a veces puede ser un arma de doble filo y que no puede usarse siempre, aunque según la DBT haya que esforzarse en buscar ese “algo” que validar en cualquier circunstancia. Encontré que en muchas ocasiones los pacientes no “hacen la tarea” y esa actitud no es confrontada.

Tras un descanso de 15 minutos, comienza la parte en la que el otro terapeuta enseña las habilidades de esa semana. Para ello, además del manual, Linehan también ha desarrollado “*Teaching Notes*” con todas las indicaciones de cómo hacerlo, los puntos clave en los que se debe hacer más énfasis, ejemplos, posibles dudas que puedan plantear los pacientes etc. Esto se complementa con la supervisión por parte de otros terapeutas y el feedback entre compañeros. En los postgrupos, aparte de hablar sobre el desempeño y evolución de los pacientes, me gusto que dedican bastante tiempo a dar feedback y se preocupan por mejorar, incluso siendo terapeutas con mucha experiencia que hayan dado muchísimas veces ese mismo contenido.

He podido también asistir al grupo de habilidades en DBT multifamiliar que se hace una vez en semana. Esta es una adaptación de la DBT inicialmente desarrollada para ser incluida en el tratamiento de adolescentes con conductas suicidas, pero en este grupo pueden participar pacientes más mayores. En él, cinco pacientes del programa y sus convivientes (padres, pareja...) trabajan las mismas habilidades que en los grupos habituales con lo que pueden conocerlas y ayudar a los pacientes a trabajarlas en su entorno, además de aplicarlas a sí mismos. Es una de las cosas que más interesante me ha resultado ya que en general me parece fundamental la integración de las familias en el tratamiento, sobre todo cuando la disfunción familiar ha sido una de las fuentes del trastorno, y muchas veces aunque el paciente modifique conductas sigue habiendo un ambiente invalidante. Además, al hablar de las dificultades de los pacientes, salen a colación también dificultades previas de los propios padres de las que no eran conscientes, y es sorprendente como eso les impacta. Este grupo tiene la misma estructura y duración que los grupos de habilidades para pacientes, con la particularidad de que lo imparten tres terapeutas, una de ellas en formación durante el tiempo en el que estuve yo. Este aspecto fue muy interesante para mí porque en el postgrupo las terapeutas más veteranas le ofrecían *feedback* más práctico que en otros contextos.

Al ser una unidad tan específica, orientada en su totalidad en la terapia dialectico/conductual, de la cual mis conocimientos previos eran muy escasos, mi rol fue de observadora. En las cuatro semanas he podido observar distintos grupos, teniendo así la oportunidad de ver diferentes terapeutas y estilos dentro de la DBT, así como el trabajo en los diferentes módulos de la misma (mindfulness, tolerancia a la angustia, regulación emocional y efectividad interpersonal), con lo que aunque ha sido poco tiempo he tenido una experiencia bastante completa.

Por otro lado acompañé al Dr. Cardish en varias primeras evaluaciones de pacientes derivados a la clínica. Estas primeras entrevistas duran unas 3-4 horas. En la primera parte obtienen una anamnesis y psicobiografía básicas, y posteriormente pasan varias entrevistas semiestructuradas. Para evaluar los criterios de trastorno límite de la personalidad, siguen la entrevista IPDE versión DSM-IV para trastorno límite de personalidad; para valorar la conducta suicida, la entrevista L-SASI (*Lifetime Suicide Attemp & Self-Injury Inquiry*); y por último la *MINI International Neuropsychiatric Interview* para evaluar posibles comorbilidades, centrándose en unos trastornos u otros según síntomas que hayan surgido durante la entrevista o diagnósticos previos.

Este aspecto de la rotación fue muy interesante puesto que además de aprender a explorar en profundidad los rasgos característicos del TLP, me ayudo a darme cuenta de la heterogeneidad que puede existir dentro de este trastorno (como decía el Dr. Cardish, “dentro del TLP puedes encontrarte más de 200 pacientes totalmente diferentes”). Por otro lado, al ser entrevistas tan largas a veces se hacían un poco tediosas, sobre todo para el paciente, lo que creo que puede influir en las respuestas.

También creo que el seguir una entrevista “a rajatabla”, aunque este diseñada específicamente para el TLP, puede dar lugar a sesgos y confusión con otros trastornos de personalidad, los cuales, al menos que yo pudiera ver, no se exploran específicamente. Sin duda este tipo de entrevistas son muy diferentes a las que realizamos en nuestro medio y cada una tiene sus limitaciones y fuentes de error.

Tuve acceso a grabaciones de sesiones de terapia individual por lo que también he tenido la oportunidad de conocer el formato de las mismas y ver de forma práctica como se aplican las diferentes estrategias en el transcurso de la terapia. He podido observar diferentes terapeutas, diferentes estilos y perfiles de paciente diferentes (adolescentes, varones...). Me interesó especialmente la DBT adaptada al TEPT y la integración de la exposición prolongada al tratamiento individual.

INTERCONSULTA GENERAL

En esta breve rotación “senior”, regresé a la Interconsulta, unidad donde me siento muy cómoda. Al haber ya un equipo de Psicología Clínica, desde Psiquiatría solemos abordar el manejo de los pacientes desde el punto de vista farmacológico, por lo que no tuve la oportunidad de aplicar habilidades psicoterapéuticas más allá de intervenciones de apoyo. En algunas ocasiones simplemente brindar comprensión, empatía y apoyo al paciente o a sus familiares durante el ingreso era suficiente, sobre todo en ingresos muy largos, evoluciones tórpidas, pronósticos desfavorables o diagnósticos infaustos.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Las urgencias suponen un contexto complejo, sobre todo en este hospital “tan de batalla”. Muchas de nuestras intervenciones deben ser rápidas, eficientes y dirigidas a la toma de decisiones respecto al manejo del paciente (ingreso vs seguimiento ambulatorio). En cuanto a psicoterapia, en ocasiones hay oportunidad de realizar intervención en crisis, sobre todo en personas con trastornos de personalidad, riesgo autolítico o cuadros ansioso-depresivos. En estos pacientes pude poner en práctica algunas de las técnicas de la Terapia Dialéctico-Conductual aprendidas durante mi rotación externa, como análisis en cadena, habilidades de autorregulación, tolerancia a la angustia o pequeños ejercicios de mindfulness.

UNIDAD DE PSICOSIS REFRACTARIA (UPR, VITORIA)

Para la otra parte de mi rotación externa elegí un dispositivo de media estancia para pacientes con trastorno mental grave. En esta unidad, además obviamente de la estabilización psicopatológica y la optimización farmacológica, dan mucha importancia a la rehabilitación cognitiva y los grupos. Debido a la gravedad de la enfermedad, muchos pacientes están muy interferidos por los síntomas o incluso muy deteriorados a nivel cognitivo, y los grupos por tanto son de relativa baja exigencia, aunque no por ello menos interesantes. En esta unidad los pacientes suelen ser muy jóvenes, con relativamente pocos años de evolución de la enfermedad pero varias descompensaciones y evolución tórpida, en la mayoría de los casos con síntomas persistentes.

Destacaría el grupo de rehabilitación cognitiva (basado en la metodología REHACOP), y el grupo de manejo de emociones.

El REHACOP es un programa de rehabilitación cognitiva desarrollado para pacientes con psicosis por un equipo de la Universidad de Deusto. El objetivo es restaurar la función dañada, compensar la función perdida y optimizar las funciones residuales. A través de un cuaderno de actividades, dividido en módulos, los pacientes trabajan las distintas áreas que presentan déficits en la esquizofrenia: atención, lenguaje, aprendizaje y memoria, actividades de la vida diaria, funciones ejecutivas, habilidades sociales, cognición social y psicoeducación. El cuaderno consta además de varios niveles de dificultad para poder adaptarlo al paciente de manera individualizada. Un punto positivo destacable y que creo que facilita su implantación, es que no requiere de formación específica por parte del terapeuta, y que en el mismo cuadernillo hay instrucciones sencillas para cada actividad, e incluso ideas para aumentar la dificultad en el caso de que haya pacientes mejor conservados.

En Euskadi este programa está muy extendido, y se aplica en diversos dispositivos de la red de Salud Mental. En la UPR, es el personal de Enfermería quien se encarga de dirigir los grupos, y en el caso de que algún paciente precise de refuerzo a nivel individual, también se encarga su enfermera o enfermero referente. Me centraré en los grupos puesto que fue el contexto al que pude asistir como observadora.

Las sesiones eran de 1 hora, dos días en semana, y no asistían todos los pacientes de la unidad, al menos en el momento de mi rotación, sino sólo los que estaban incluidos en un estudio que están llevando a cabo.

- Módulo “Atención, concentración y velocidad de procesamiento”: Se trabajan los distintos subtipos de atención (focal, sostenida, selectiva, alternante, dividida). Por ejemplo, tachar un número concreto de una lista aleatoria, tareas cambiantes...
- Módulo “Aprendizaje y memoria”: Se trabaja la memoria sensorial, la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo. Se entrena el recuerdo de imágenes, listas de palabras, listas de números, noticias, historias, conversaciones, redacción de un diario, etc. Todo ello relacionándolo con actividades de la vida cotidiana (lista de la compra, citas médicas, etc.).
- Módulo “Funciones ejecutivas y actividades de la vida diaria”: Para las funciones ejecutivas, se incide en la organización y planificación conductual, mediante ejecución de conductas de la vida diaria de distintos niveles de dificultad (lavarse los dientes, hacer recados...). Para trabajar autorregulación de la conducta se exponen normas sociales adecuadas y situaciones que requieren una respuesta razonada y apropiada. La mayor parte de los ejercicios se centran en trabajar las actividades instrumentales de la vida diaria (hacer compras, usar el teléfono, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, usar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc) para fomentar la independencia y funcionalidad en el entorno; y en actividades avanzadas (viajar, participación social, trabajos, jardinería y bricolaje, deportes, etc) para mejorar la calidad de vida.
- Módulo “Lenguaje”: En la esquizofrenia se ve muy afectada por ejemplo la interpretación del significado de las palabras, la fluidez verbal, o el contenido del discurso, que se empobrece significativamente. Las tareas de este módulo trabajan gramática, sintaxis, vocabulario, fluidez verbal, comprensión verbal y lenguaje abstracto. Por ejemplo, a través de ejercicios de búsqueda de antónimos, sinónimos o palabras fonética y semánticamente similares, tratan de generar un discurso menos perseverante. Con tareas de elaboración u organización de palabras, frases o párrafos, se trata de que integren el desarrollo de un discurso más comprensible y coherente. Con lectura de textos y el trabajo sobre lo escrito se trabaja la comprensión verbal, y mediante los juegos con refranes trabajan el lenguaje abstracto.
- Módulo “Cognición social y habilidades sociales”: Incluye tareas que entrenan los procesos cognitivos implicados en entender el modo de pensar sobre uno mismo, los demás y las interacciones sociales. Hay ejercicios sobre procesamiento emocional, teoría de la mente, percepción social, conocimiento social y el estilo atribucional. También trabajan la empatía, asertividad, escucha activa y comunicación no verbal. Con todo esto se pretende que mejoren sus experiencias interpersonales, inserción social y laboral.
- Módulo “Psicoeducación”: Incluye ejercicios e información sobre la enfermedad, los síntomas, el consumo de tóxicos, la medicación, manejo del estrés... Está dirigido para el paciente y también para la familia, con la idea de que ayude a comprender el proceso y significado de la enfermedad, mejorar el *insight* y la implicación del paciente y la familia en la rehabilitación.

Este grupo resulta complicado para el terapeuta puesto que los pacientes son muy diferentes en cuanto a nivel de implicación, colaboración en las tareas, capacidades cognitivas... Las sesiones pueden resultar muy fluidas o todo un desastre. Fue muy interesante ver de forma práctica cómo tareas en principio muy sencillas para nosotros, les resultan extremadamente complicadas, y cómo eso se traduce en su realidad diaria habitual, lo que ayuda a entender mejor cómo estos déficits cognitivos suponen un gran obstáculo para ellos y algo que se debe incluir en el tratamiento integral de estos pacientes, sobre todo en los primeros años de evolución de la enfermedad.

El grupo de manejo de emociones consiste en una sesión semanal de 1 hora y media de duración, y está dirigido por la Psicóloga Clínica de la unidad. Mi rol fue de observadora y de apoyo a la terapeuta junto con el otro residente externo. Acuden todos los pacientes, con grados variables de implicación, derivados en muchas ocasiones de dificultades reales en cuanto a identificación de emociones, mostrándose bastante perdidos durante el grupo. Durante mi rotación, se emplearon varias sesiones en visualizar la película "Del Revés", enfocada en principio al público infantil, pero muy conveniente para trabajar las emociones primarias en los pacientes. Además de ver la película y explorar las impresiones de los pacientes, organizamos pequeños juegos que además intentaban fomentar la interacción social (por ejemplo, se le entregaba a cada uno un papel con una emoción o una definición, y tenían que buscar entre los compañeros quién tenía el complementario). Les resulta inmensamente difícil iniciar la conversación sobre las emociones, y muchas veces lo hacen de forma superficial. Tras conocer a las familias pudimos relacionarlo también con que en su desarrollo hubo una pobre comunicación emocional entre las numerosas dinámicas disfuncionales. Los pacientes mejor conservados cognitivamente también demostraban un mejor reconocimiento de sus emociones y desempeño en el grupo, pero también caían fácilmente en la inatención o el aburrimiento. Algunos de ellos, en las entrevistas individuales también verbalizaban que les daba vergüenza (recordar que todos eran varones jóvenes, muchos de áreas rurales de Euskadi). A pesar de todo, me resultó un espacio muy interesante, con un contenido que no había visto trabajar previamente en pacientes psicóticos y que creo que al igual que la rehabilitación cognitiva, debe potenciarse pues mejoraría sus experiencias sociales y calidad de vida.

3. Supervisiones.

He seguido teniendo pacientes de psicoterapia del CSM de Usera hasta septiembre de 2019. Los he estado viendo una vez al mes, y he seguido supervisándolos con la Dra. Fernández, sin un espacio o tiempo de supervisión fijos.

No he podido asistir a los grupos de supervisión debido a que he estado la mayor parte del tiempo de rotación externa.

4. Formulación del caso.

Este año no he tenido pacientes de psicoterapia debido a las rotaciones externas, por lo que he decidido desarrollar el caso de una paciente con la que estuve trabajando durante mi rotación en la unidad de hospitalización de mujeres con historia traumática, y posteriormente la transcripción de un grupo de terapia dialéctico-conductual que observé en la unidad de trastorno límite de personalidad.

CASO 1

Me gustaría hablar un poco más en detalle de una paciente, a la que estaré siempre agradecida puesto que supuso para mí un aprendizaje brutal, y cuya historia y sobre todo evolución durante el ingreso impactó a todo el equipo. Me acordaré siempre de su historia y de su lección de resiliencia.

Conocí a M en mi primer día en la unidad, cuando acudí al primer grupo terapéutico. En los días siguientes, al igual que yo, ella acudía a todos los grupos y actividades que se organizaban. Siempre tenía una sonrisa, se mostraba participativa en los grupos, y cercana con las demás pacientes, también interesándose por mí y preguntándome muchas cosas sobre España. Por sus intervenciones en los grupos, me parecía una mujer muy inteligente, con una gran capacidad de introspección, que conocía bien sus dificultades y era capaz de trabajar en ellas. No conocía su historia, pero no entendía por qué tenía que estar ingresada. Aparentemente estaba bien. A los pocos días se incorporó la Dr. Pasricha y nos hicimos cargo del caso de M, después de que llevara ya dos semanas con otro psiquiatra. En la primera entrevista descubrí que había ingresado por ideación autolítica, la cual ya no presentaba. Era capaz de hablar de su experiencia traumática, tenía planes de futuro, se mostraba motivada con continuar

la terapia ambulatoria... todo parecía ir bien, encaminado a un alta muy próxima. Pero algo no encajaba. Al segundo día nos dimos cuenta de que, aunque M hablaba de emociones y podía pensar y hablar sobre ellas, no las sentía. Que gracias a su inteligencia era capaz de explicarte en qué consistía la DBT y hablarte de multitud de estrategias que había aprendido, pero era todo automático. Que había bloqueado todo su mundo emocional para poder funcionar mínimamente en la unidad. Por eso decidimos empezar de cero y hacer toda la reconstrucción biográfica.

Era la segunda de cuatro hermanos. Nacida y criada en un área despoblada y rural de Nueva Escocia, era hija de dos médicos y disfrutaban por lo tanto con buena posición social y económica dentro de su entorno. Los niños fueron escolarizados todos juntos, en una especie de granja, algo al parecer muy común en estas zonas rurales más aisladas. Su padre era médico de familia de la zona, conocido y muy querido por todos, y su madre era una respetada médica deportiva de su provincia.

Sin embargo, durante toda su infancia y adolescencia M sufrió constantes humillaciones y desprecios por parte de su madre, de la cual solo tiene recuerdos traumáticos, aterradores y dolorosos, y de la que describe graves rasgos disfuncionales de personalidad. Todo esto sucedió durante años sin que su padre ni sus hermanos se enteraran ni fueran víctimas de la ira de la madre. Su madre demostraba a M con cada interacción que era una persona despreciable, de la que se avergonzaba, que no merecía ningún tipo de cariño ni atención.

Por si esto no fuera suficiente impacto en su desarrollo psíquico, a los 13 años M sufre una agresión sexual con riesgo vital perpetrada por parte de su hermano pequeño. Recuerda haber estado horas encerrada en el baño, llorando y pidiendo ayuda a gritos, con miedo real de que la matara. Para ese momento ya había pensado varias veces en suicidarse, sintiéndose, como le recordaba su madre a menudo, un ser asqueroso y una carga para todos. Nadie se daba cuenta de que dentro de ella había un profundo sufrimiento. Ni siquiera su padre, que sí era cariñoso y se preocupaba por ella, ni su hermana mayor, a la que admiraba. No le contó a nadie acerca de la agresión, ni alertó de las conductas cada vez más psicopáticas de su hermano pequeño. Su madre estaba muy unida a él, probablemente la acusaría de mentirosa, y su forma de tratarla sería todavía peor. No quiso arriesgarse, ya tenía suficiente miedo. Pensó que su padre se daría cuenta algún día, pero no fue así, o al menos no quiso destaparlo. Y su hermana estaba demasiado ocupada estudiando y siendo la hija perfecta, futura médico como sus padres, como para que su vida se trastocara de esa manera.

La agresión desata los síntomas ansiosodepresivos, que inicialmente son tratados por sus padres, como buenos médicos y padres de familia idílica que eran. Pero curiosamente el cerebro de M no respondía a la recaptación de monoaminas, por lo que finalmente tuvieron que llevarla a Salud Mental, para ver qué era lo que no funcionaba bien en ella. Según su madre, algo era defectuoso, y ella encima no ponía de su parte. No dormía, estaba siempre como ida y atontada, y no salía de su habitación.

M finalmente un día le contó todo lo sucedido a su padre (tanto los abusos de su madre como de su hermano), éste la creyó y la ha apoyado desde entonces a nivel emocional, pero nunca ha tomado medidas definitivas, paralizado por la culpa. Los padres siguen juntos y no hubo represalias hacia el hijo menor. Nunca se habló del tema. Durante la adolescencia M se las apañó como pudo, tomando la medicación (que era cada vez más numerosa), acudiendo a terapia, dedicándose a sus estudios y vigilando por las noches la habitación del más pequeño de sus hermanos para que no le pasara nada. Evitaba quedarse sola con su madre, y una de las pocas veces que lo hizo recuerda como ésta le administro 9 o 10 comprimidos de bupropion porque no estaba mejorando “y la psiquiatra no tenía ni idea de nada”. M tuvo una crisis convulsiva delante de su madre, cuya respuesta fue meterla en la cama, y cuando se enteró su padre (recordemos, ambos médicos) tampoco se enfrentó a la madre. A pesar de todo ello, M consiguió la beca de estudios universitarios más prestigiosa, que otorga el gobierno canadiense a los mejores estudiantes al terminar el instituto. Con ella podía estudiar en la universidad que quisiera, por lo que se fue a Vancouver, lo más lejos de casa que pudo. Podríamos pensar que con esto se acabaron todos sus problemas, se graduó con honores y comenzó una nueva vida en la costa oeste. Sin embargo, fue incapaz de salir de su habitación durante meses, tuvo infecciones cutáneas porque no

se duchaba ni se cambiaba la ropa, hacia sus necesidades en botellas de plástico, y se pasaba días (que para ella eran minutos) escondida en el armario. Como desde la universidad la creyeron cuando dijo que tenía una enfermedad física, le dieron otras tres oportunidades para estudiar en otras universidades del país, volviéndose a repetir la situación hasta que al cuarto año le retiraron la beca. Mientras tanto se habían sucedido varios intentos de suicidio desde los 13 años, algún que otro ingreso en Psiquiatría, y distintos diagnósticos y medicaciones que poco habían mejorado su calidad de vida. Depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno límite de personalidad... No se encontraba en todo el DSM el constructo que explicara lo que le pasaba. Vivía entre la intelectualización y la disociación, escribiendo compulsivamente todas sus conductas e interacciones sociales para repasarlas posteriormente y comprobar que no estaba actuando como su madre y convirtiéndose en ella.

Una vez que estuvieron todas las cartas sobre la mesa, y establecido un buen vínculo y relación de seguridad, se inició un potente trabajo de exposición a través de la narrativa, con un esfuerzo increíble por parte de la paciente, que detalló numerosos recuerdos y experiencias traumáticas, cada vez con más contacto con la emoción pasada y presente. Poco a poco fue permitiéndose llorar, estar enfadada con su padre... Y sobre todo entender que todo lo que la pasó no fue culpa suya, sino de sus abusadores. Gracias a varias entrevistas telefónicas junto con su padre y su hermana mayor, pudimos asimismo reconectarles, y el padre fue capaz de pedirle perdón.

Este trabajo en las sesiones individuales permitió mayor aprovechamiento de los grupos, desprendimiento de los mecanismos de defensa, relaciones más reales con el resto de pacientes, y un desbloqueo generalizado.

Un mayor contacto con su realidad y con su identidad favoreció además que potenciara sus habilidades artísticas, musicales y culinarias, lo que ayudó a mejorar su autoconcepto y a construir nuevas habilidades de autorregulación.

CASO 2: GRUPO DE TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (BORDERLINE PERSONALITY DISORDER CLINIC, TORONTO)

Módulo de Tolerancia al estrés: “Aceptación radical” (“*Radical acceptance*”)

- Primera parte: Ejercicio de mindfulness (3 minutos)

El terapeuta da la bienvenida al grupo a todos, y solicita que se levanten para comenzar con el ejercicio de mindfulness de hoy, que explica será más dinámico y divertido que a lo que suelen estar acostumbrados. En total han acudido 4 pacientes. La terapeuta tiene una pequeña pelota entre sus manos, y para el ejercicio, primero escogerán una categoría, por ejemplo “animales”. Se irán pasando la pelota unos a otros, y cada persona irá diciendo la lista de animales que han ido diciendo los demás, y añadirá uno nuevo. Así, hasta que se cumplan los 3 minutos de ejercicio. Aclara, como cada semana, que es un ejercicio en el que tenemos que evitar juzgarnos a nosotros mismos, centrarnos en el momento y prestar atención a todos nuestros sentidos durante el mismo.

Realizan la actividad, y la terapeuta va animando a los pacientes a compartir sus sensaciones durante el mismo. Una paciente se muestra ansiosa, refiere que cree que se ha olvidado de algunos animales al recitar la lista. Otra paciente refiere que sintió que estaba tan concentrada, intentando memorizar los animales que iba diciendo la gente, que no prestó atención a otras sensaciones corporales. Otro paciente reconoce que se sintió desbordado porque le pasaron la pelota más veces que a otros. Otro refiere que a veces el ejercicio le resultó demasiado rápido y que no pudo evitar descentrarse.

Se validan todas las intervenciones, explicando que es normal sentirse de todas esas formas. Como a la primera paciente, cuando se detecta que alguien ha tenido un pensamiento crítico consigo mismo/a, se le señala y se le anima a que la próxima vez que detecte algo similar “lo deje ir”, sin quedarse enganchad/a. La terapeuta pregunta también qué otras sensaciones corporales notaron: Mencionan por ejemplo tensión muscular, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración en las manos. Se validan todas las reacciones.

- Segunda parte: Revisión de la tarea (50 minutos)

Tras el ejercicio de mindfulness, la terapeuta pide a todos que se sienten de nuevo, puesto que van a revisar la tarea que se indicó la semana pasada. Pregunta inicialmente si hay alguien que no ha podido hacerla, dos personas levantan la mano. Uno de ellos refiere que “ha tenido una mala semana” y que “pensó en hacer la tarea, pero le hizo angustiarse más”. La terapeuta valida que se haya acordado de la tarea, y se acepta que en ese momento no se sintiera bien para hacerla. Se le anima a participar si durante la discusión de la tarea se le ocurre algún comentario. El paciente parece más aliviado.

La terapeuta insta a todos a abrir el cuadernillo por la ficha correspondiente a la tarea (en este caso, llamada “*Improve the moment*” – “Mejorar el momento”). En ella los pacientes han trabajado durante la semana las habilidades del acrónimo IMPROVE (*Imaginery, Meaning, Prayer, Relaxation, One thing in the momento, Vacation y Encouragement*). En español, se podrían traducir como Imaginación, Significado, Oración, Relajación, Cada cosa en su momento, Descanso y Ánimo. Se les anima a compartir las habilidades que han aplicado durante la semana, las cuales además han podido puntuar según si fueron o no efectivas para tolerar el estrés y manejar la situación.

Una paciente describe que estaba estudiando para un examen de la universidad que le estaba agobiando en las últimas semanas. Llegó a una parte de la que no tenía apuntes y que no entendía, intentó preguntarle a una compañera de clase pero no le contestaba. Empezó a pensar que “pasaba de ella”, después se arrepintió de haberle pedido ayuda porque “seguro que era tan fácil que se iba a reír de ella”. Cada vez se notaba más inquieta y enfadada con esta compañera, con ganas de arrancar las hojas del cuaderno y de gritar. Detectó que se estaba disregulando y entrando en bucle, por lo que decidió levantarse un rato del escritorio, olvidarse por unos minutos del examen y distraerse con un baño caliente. La terapeuta pregunta qué técnicas ha utilizado esta paciente, los demás van respondiendo: Tomar un descanso, relajación. La paciente refiere que lo ha puntuado con “un 8”, que el baño le ayudó a anclarse al presente y a desengancharse de la espiral de pensamientos negativos. Los demás le felicitan por haber detectado las emociones y pensamientos negativos, y haber

Otro paciente comenta que tuvo un enfrentamiento con el dependiente de una tienda, por el que se sintió ignorado cuando preguntó acerca de un producto. Reconoce que se enfadó y tiró el producto al suelo. Que quiso gritar al dependiente y exigir la hoja de reclamaciones o hablar con el encargado, pero que lo pensó mejor y decidió evitar problemas, hizo un par de respiraciones profundas y se fue del establecimiento. Se le felicita por haber evitado que la situación empeorara, y haber pensado en esa técnica de respiración. Se le valida asimismo la emoción y el haberse sentido rabioso en ese momento. El paciente refiere que las respiraciones le fueron bastante útiles (“un 7”).

En ese momento llega otra paciente, se le valida que haya podido acudir aunque sea tarde.

El resto de pacientes van exponiendo sus tareas, y el terapeuta va aplicando las técnicas de validación en sus distintos niveles. Desde la escucha y observación sin juzgar, hasta validación por las causas o el contexto presente, haciendo reflejos empáticos, etc.

Durante la exposición de cada paciente, se percibe que algunos se ponen algo ansiosos. En la mesa están disponibles varios objetos como bolsas de hielo, pinturas para colorear o plastilina, que van cogiendo para autorregularse.

- Descanso (15 minutos)

Durante este tiempo la mayoría de pacientes salen para tomar un refrigerio. Una de ellas se queda en la sala coloreando mandalas.

- Tercera parte: Enseñanza de la habilidad de esta semana (Aceptación Radical) (50 minutos)

Regresan todos para la última parte del grupo. La terapeuta explica que esta semana hablarán de la aceptación radical y les indica la página del cuadernillo que seguirán.

Para entrar en el tema, la terapeuta pone el ejemplo de cómo los judíos tuvieron que vivir en los campos de concentración. Describe que, además de la suerte de que no les mataran de forma aleatoria, tenían que aceptar de forma radical que eran prisioneros en el campo de concentración y que los guardias de las SS tenían el poder. Que daba igual lo que fuera justo, bueno o malo, y que los que tiraban la toalla o se rebelaban, morían. Los que finalmente sobrevivieron, además de tener suerte, habían aceptado de forma radical las reglas impuestas por los Nazis, y dentro de esas reglas, aunque sabían que eran injustas y crueles, hicieron lo que pudieron.

La terapeuta entonces pregunta a los pacientes por ejemplos de sus propias vidas en las que la aceptación de lo sucedido ha sido importante, bien porque ha hecho que las cosas mejoren, o porque el fracaso en aceptarlo ha empeorado la situación. Un paciente menciona el no haber podido ir a la universidad para poder ayudar a su familia económicamente. La terapeuta agradece al paciente su aportación, y explica que efectivamente, al ponerse a trabajar ayudó a mejorar la situación de la familia, algo que era necesario en ese momento, y que si se hubiera enfadado o se hubiera ido de casa su familia lo habría pasado cada vez peor, incluido él. Aclara además que haber aceptado la situación de no poder ir a la universidad no significa que estuviera de acuerdo con ello, o que su deseo no fuera importante.

La terapeuta entonces explica que la aceptación radical se puede utilizar cuando no puedes evitar que sucedan los eventos o emociones dolorosas. Que aceptación significa abrirnos a una experimentar la realidad como es en ese momento, reconociendo los hechos que son verdad, y desechando el luchar contra ello. Continúa matizando lo que significa aceptación radical, que esa aceptación tiene que venir “de lo más profundo de nosotros”, y que tiene ser “completa y total”. Aceptar en nuestra mente, nuestro corazón y nuestro cuerpo. Que es cuando dejamos de luchar contra la realidad o dar pataletas porque la realidad no es como nosotros queremos que sea, y nos desprendemos de esa amargura.

Desde fuera se nota entre los pacientes que no terminan de entender el concepto. La terapeuta lo detecta también, e incide en que es una habilidad extremadamente difícil para muchas personas, incluidos terapeutas durante su formación. Que hay confusión entre aceptar y aprobar. O que creen que si aceptan algo como es, no pueden cambiarlo. Menciona también que la aceptación no puede explicarse del todo, que es algo que terminamos sintiendo dentro de nosotros. Les pide que piensen en una situación en la que estuvieron disgustados con algo, por ejemplo, perdieron algo importante o se sintieron rechazados. Cómo finalmente siguieron con sus vidas. Les pide que se imaginen ese primer momento de decepción, cuando se dieron cuenta de lo que sucedía, cómo lo notaron. La terapeuta deja unos segundos para que todos conecten con su biografía. Posteriormente les pide que imaginen de nuevo pero ese momento en el que finalmente aceptaron que aquello había sucedido. Una paciente habla del fallecimiento de su mascota, describiendo que fue muy doloroso porque lo tenía desde que era una niña y estaba en todos sus recuerdos; pero que con el tiempo fue capaz de pensar en lo sucedido sin sentir dolor, sino agradecimiento y alegría por todos esos años que pudo pasar con la mascota.

Para ponerlo en práctica, la terapeuta les pide que vayan a otra hoja del cuadernillo, correspondiente a las tareas. Les pide que hagan una lista de dos cosas importantes en su vida que consideren que tienen que aceptar de forma radical, y que les asocien un número del 1 al 5 que indique cuánto lo aceptan. Todos los pacientes son capaces de escribir al menos una cosa. Se les indica que no se les pedirá que lo compartan, lo que facilita el ejercicio. Lo que sí se intenta discutir es cómo se han sentido al identificar esos hechos que debían aceptar. Se les valida asimismo que el que lo hayan escrito ya significa que lo aceptan al menos en parte.

La terapeuta pasa a explicar el siguiente punto, “qué es lo que tiene que ser aceptado”. Primero, que la realidad es la que es, que los hechos del pasado y del presente son así incluso si no nos gustan. Incide en que sólo tenemos que aceptar hechos, no distorsiones del pasado, exageraciones, catástrofes,

asunciones o otras creencias que no son hechos. Pone el ejemplo de comentarios del tipo “mi madre me ha odiado toda la vida”, “todo se arruinó después de que me despidieran”, o “nunca consigo lo que quiero”.

Pone varios ejemplos, como aceptar que un ser querido ha fallecido, uniéndolo con el relato de la paciente referido previamente, o, con un toque de humor, aceptar que en algún momento nos saldrán canas.

Continúa con la ficha, explicando que todos tenemos limitaciones en nuestro futuro, pero que sólo las realistas tienen que ser aceptadas, sólo las que son más probables que sucedan. Y que esto les ayudará para establecerse objetivos realistas y evitar fracasos.

- Por ejemplo, que estamos limitados por nuestra biología o nuestro ambiente. Si nacemos varón, no podremos hacer cosas que hacen las mujeres como quedarse embarazada. Que si tienes poco talento para la pintura, es poco probable que seas un artista exitoso. Los genes, la biología, la ausencia de educación durante la infancia, negligencias parentales, un bajo nivel socioeconómico, el país de nacimiento, la raza, el tipo de cuerpo, la altura, la edad, si tenemos enfermedades físicas o discapacidades... No tenemos control sobre todo esto.
- También podemos estar limitados por nuestra conducta en el pasado. Por ejemplo si nos saltamos muchas clases en el colegio o no estudiamos, tendremos menos posibilidades de entrar en una buena universidad que alguien que ha sido buen estudiante. O si tuvimos que renunciar a nuestra carrera para cuidar de nuestros hijos, tendremos menos opciones a la hora de buscar empleo después con mayor edad que una persona que ha estado trabajando y ganando experiencia.

Hay que aceptar asimismo que todo tiene una causa, incluidos los eventos y situaciones que nos causan dolor y sufrimiento. Y que la vida merece la pena vivirla incluso si nos ocurren cosas dolorosas.

La terapeuta incide además en que el futuro no hay que aceptarlo, porque no podemos saber lo que va a ocurrir, aunque conozcamos que hay más o menos posibilidades. Que el futuro no existe y no es un hecho, por lo que no hay nada que aceptar. Pone el ejemplo de creencias como “nadie me querrá nunca”, “nunca encontraré un trabajo”; que esto no son hechos que debemos aceptar. Que lo único que podemos aceptar es que tenemos ese pensamiento.

En este momento les propone que piensen en las veces que han intentado aceptar cosas del futuro.

Siguiendo con la explicación, la terapeuta se detiene en “lo que no es aceptación radical”.

- Aprobar: Es fácil aceptar algo que nos gusta, pero es igual de importante aceptar algo y a la vez no estar de acuerdo, aunque es muy difícil.
- Compasión o amor: Aceptar lo que la gente hace o dice no quiere decir que les tengas que querer o tener compasión. La compasión es más fácil cuando lo aceptas, pero no es una condición necesaria. En realidad, no necesitas tener sentimientos por personas, animales o cosas que aceptes radicalmente. Pone el ejemplo de que puedes aceptar que en tu desván hay ratas, pero que eso no quiere decir que quieras a esas ratas; o que puedes aceptar que hay personas que cometen abusos contra niños pero obviamente no aprobar esa conducta.
- Pasividad, tirar la toalla o ceder. Explica de nuevo que muchas personas tienen miedo de aceptar las cosas porque temen que si lo hacen no intentarán cambiarlo, que se volverán pasivos e indefensos. Les pone el ejemplo de que imaginen que odian el color morado, pero su habitación está pintada de ese color. Que si se niegan a aceptar que su habitación es morada, nunca la pintarán de un color que les guste.

Por último, la terapeuta desarrolla “por qué aceptar la realidad”.

- Incide en que rechazar la realidad no la cambia y en que cambiarla requiere primero aceptarla. Pone el ejemplo de padres a los que les cuesta aceptar que sus hijos han crecido y se van a la universidad o se independizan a otra ciudad, y cómo esto les puede impedir relacionarse con sus hijos de una nueva manera también satisfactoria, o de disfrutar de otras aficiones. Incide además

en que negarnos a aceptar la realidad interfiere con dejar de sufrir, como una nube que no nos deja ver el problema y por tanto no podemos resolverlo. Por ejemplo, cuando perdemos a alguien querido, cuando pasa el tiempo y aceptamos la pérdida sigue doliendo pero podemos seguir con nuestras vidas.

- Que el dolor no puede evitarse, y que rechazar la realidad convierte el dolor en sufrimiento. Explica que el sufrimiento es dolor más la no aceptación de ese dolor; que el sufrimiento sobreviene cuando no podemos o nos negamos a aceptar el dolor, nos resistimos a la realidad. Que el dolor es difícil, pero más lo es el sufrimiento. Y que la aceptación radical nos ayuda a transformar ese sufrimiento en dolor.
- Que si nos quedamos en ese rechazo nos estancamos en infelicidad, amargura, enfado, tristeza, vergüenza y otras emociones dolorosas.
- Que aunque la aceptación nos lleve a la tristeza, no dura para siempre y encontraremos calma después.

5. Formación teórica realizada en el ámbito de la psicoterapia.

1. He finalizado el 2º año del “Curso Especialista en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica” impartido por el Dr. Hugo Bleichmar, y basado en el enfoque Modular-Transformacional en psicoterapia psicoanalítica.
2. He finalizado el curso el título “Experto en Trastornos Afectivos: Neurobiología, diagnóstico y tratamiento” de la Universidad de Alcalá vía online.
3. Estoy cursando el “Curso Experto en Trastornos de Personalidad” de la Asociación Española para el Fomento y Desarrollo de la Psicoterapia (J.F. Fernández Rego).
4. Asistencia a la Jornada del Aula Complutense de la Personalidad 2020, “Trastornos de la conducta alimentaria: Una aproximación integral y personal al TCA”; el pasado 17 de enero en el H. Clínico San Carlos.
5. “III Reunión de Psiquiatría y Psicoterapia centrada en el paciente”, organizada en el hospital el pasado 1 de febrero de 2020.
6. Asistencia regular a seminarios *Lunch & Learn* en la Borderline Personality Disorder Clinic del CAMH de Toronto. En ellos un profesional de la unidad, experto en DBT, explica a los residentes y estudiantes rotantes diferentes conceptos de la terapia importantes para la labor del terapeuta, por ejemplo la validación.
7. Curso online “Trastornos de adaptación” (duelo, envejecimiento, violencia de género, acoso laboral, cuidador del dependiente, persona con enfermedad física)
8. Curso online “Herramientas para fomentar la conversación terapéutica en el paciente con esquizofrenia”, coordinado por Dr. Fernando Mora y Dr. Jose Manuel Montes.
9. Seminario online “How to Skillfully Apply Compassion in the Treatment of Trauma and Attachment Ruptures” (Dr. Buczynski, National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine)
10. Curso online “Psychological First Aid”, del National Child Traumatic Stress Network.
11. Lecturas realizadas:
 - *Addiction as an attachment disorder*; P. Flores.
 - *Trauma and recovery*; J. Herman.
 - *Creating Sanctuary: Toward the Evolution of Sane Societies*; S. Bloom.
 - *Cognitive-Behavior Treatment of Borderline Personality Disorder*, M. Linehan.
 - *Doing Dialectical Behavior Therapy*; K. Koerner.
 - *Entrar en terapia: Las siete puertas de la terapia sistémica*, S. Cirillo.
 - *El yo atormentado*, O. Van der Hart.
 - *El apego en psicoterapia*, D.J. Wallin.
 - *Más allá de Freud*, S. Mitchell.
 - *Trastornos de personalidad: Más allá del DSM-IV*, T. Millon.
 - *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*, H. Bleichmar.
 - *Tratamiento Basado en la Mentalización Para Trastornos de la Personalidad*, A. Bateman y P. Fonagy.
 - *Intervención en crisis*, A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega.
 - Artículos de la revista online Aperturas Psicoanalíticas recomendados por el Dr. Hugo Bleichmar en las clases.

6. Valoración personal de la rotación

Este año debido a las rotaciones externas no he podido continuar con los pacientes de psicoterapia, lo que supone una pérdida respecto a otros años. También las posibilidades de desarrollar habilidades en este sentido han sido irregulares a lo largo de las rotaciones. Como punto a destacar, sin duda las rotaciones externas en Toronto, sobre todo la unidad de hospitalización de mujeres con historia de trauma, que ha supuesto para mí un gran impacto en cuanto a la comprensión de los cuadros postraumáticos complejos; y la aproximación a la DBT, de la cual creo que, sin tener de momento la posibilidad de continuar formándome en ella de forma oficial, puedo aplicar algunas de sus habilidades en otros contextos.

Echando la vista atrás y haciendo un repaso de mi formación longitudinal en psicoterapia durante la residencia, creo que he realizado un gran progreso desde la ignorancia y escepticismo de R1, en aquellas docencias en las que no entendía nada. En estos años he podido conocer diversas aproximaciones, comprender la enfermedad desde distintos puntos de vista, y descubrir las teorías que más se acercan a mi forma de entender las cosas. Creo además que he tenido la suerte de haber estado en muchos grupos terapéuticos para distintos tipos de pacientes y con terapeutas muy diferentes, y de todos ellos he podido aprender muchísimo.

Sin duda no he hecho más que empezar, y me queda muchísimo por aprender. Pero creo que actualmente tengo las habilidades y herramientas básicas, y sobre todo, la curiosidad y el respeto suficiente a la psicoterapia como para avanzar en los próximos años en las áreas que más me interesan.

Como cosas a mejorar, sin duda el no haber podido asistir al grupo experiencial, y las dificultades que tenemos los MIRes para tener una supervisión reglada y consistente.

En cuanto a la docencia de psicoterapia, propondría un espacio donde poder trabajar la formulación de casos de forma más específica desde R1, pues creo que es un punto en el que nuestra formación MIR flojea y podría resultarnos de mucha utilidad en los primeros años de la residencia.

Agradecer desde aquí a todos los profesionales que han participado en mi formación y me han aportado, tanto en docencia como en los distintos dispositivos en los que he rotado.

Un recuerdo especial a **Hugo Bleichmar**, sin duda un referente del que somos afortunados de haber podido aprender.



UN APRENDIZAJE DIFERENTE...

DEL MIEDO PARALIZANTE AL DISFRUTE EN LA TERAPIA

PIR 1º año Psicología Clínica Helena Paineira Domínguez

1. VARIABLE ASISTENCIAL

1.1 Aspectos asistenciales y supervisiones:

En mi primer año de residencia, estoy realizando la rotación en **Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria** en el Centro de Salud Mental (CSM) de Villaverde y dos tardes a la semana de Atención Continuada en el Servicio de Psiquiatría, en el Centro de Actividades Ambulatorias del Hospital Universitario 12 de Octubre.

En el Centro de Salud Mental he comenzado con un rol de observadora de primeras entrevistas, sesiones de psicoterapia y seguimientos a nivel individual; para posteriormente y de forma gradual realizar las primeras entrevistas y abordaje psicoterapéutico con mis propios pacientes. En cuanto al formato grupal, desde mi incorporación formé parte de los grupos terapéuticos, asumiendo el rol de coterapeuta, inicialmente dando comienzo a la sesión y posteriormente y de forma gradual interviniendo en cualquier momento de la sesión.

Además del trabajo terapéutico con los pacientes y del aprendizaje que ha supuesto la observación de los adjuntos así como mis propias sesiones, esta rotación me ha permitido observar cómo se trabaja en un CSM, en concreto, el CSM de Villaverde. He podido clarificar las funciones de cada especialista respecto de los pacientes, resaltando la importancia de cada uno de ellos y especialmente del trabajo en equipo y la coordinación entre profesionales. Me parecen aspectos fundamentales para un buen abordaje del paciente, si bien en la realidad estas funciones no se llevan a cabo tan a menudo como considero que sería oportuno.

Además de la **observación** de psicólogos clínicos y del resto de profesionales de salud mental, he iniciado la práctica de **psicoterapia individual** con los pacientes derivados por el Médico de Atención Primaria. De forma complementaria, he asumido el abordaje terapéutico complementario y bajo supervisión de una paciente de la psicóloga clínica María Ballesteros García, que precisaba un abordaje más intensivo durante unas semanas en las que realizamos un entrenamiento en técnicas de relajación y mindfulness.

He trabajado con pacientes con diversos trastornos: reactivos y adaptativos, duelos complicados, trastornos y estados de ansiedad, depresión, trastornos disociativos, etc... Todos ellos, bajo supervisión reglada semanal o quincenalmente, según el paciente y según el momento de la rotación. He podido observar, asumir y supervisar pacientes de las agendas de las tres psicólogas clínicas que trabajan en el centro, por lo que he podido aprender de diferentes profesionales con distintos estilos terapéuticos y recibir sus recomendaciones y consejos para aplicarlos a mi práctica clínica.

Las **supervisiones realizadas**, me han ayudado a trabajar mis propias inseguridades, así como a ampliar mi visión sobre cada caso, a ver y apreciar un montón de detalles que se me estaban escapando. Las recomendaciones que recibía me servían como "base segura" sobre la que trabajar, y comentar los casos me forzaba a poner en palabras todo lo que se me pasaba por la cabeza y a organizar la información. También me han parecido espacios muy importantes por la facilidad y espontaneidad con la que se puede hablar de cómo uno se siente ante los pacientes, explorar la contratransferencia sin juzgar y sin intentar negarla, normalizándola y dándole un lugar.

El **encuadre** establecido con los pacientes ha sido quincenal, haciendo excepciones en algunos casos en los que algunas sesiones has sido más seguidas u otros que presentaban una mejor evolución, con los que he mantenido sesiones de seguimiento cada tres semanas.

He tenido también la oportunidad de participar en **psicoterapia grupal** en el CSM en los siguientes grupos instaurados: *Tratamiento grupal para trastornos adaptativos*, basado en el protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales de Barlow; *Tratamiento grupal para trastornos afectivos, basado en la Psicoterapia Interpersonal de Klerman*; y *Tratamiento grupal para trastornos afectivos crónicos, basado en el sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia de McCullough*.

En todos ellos, mis tareas han consistido en la participación en las reflexiones pre y post-grupo, así como la asunción del rol de coterapeuta junto al psicólogo Jesús Fernández Rozas. En cada uno de los grupos he tenido la oportunidad de coordinar una sesión como única terapeuta. En el mes de Julio

llevé a cabo una sesión en el grupo de trastornos adaptativos centrada en la comprensión y manejo de las emociones. En los otros dos grupos seguí el enfoque interpersonal trabajado hasta el momento, a partir del material que los pacientes trajeron en la propia sesión y rescatando material compartido previamente.

Considero que esta experiencia me ha ayudado a entender el grupo de forma muy diferente a la que tenía previamente. Primero porque me he dado cuenta de que las dinámicas que se crean en él son terapéuticas en sí mismas, el grupo da lugar a procesos que no se dan en terapia individual y es mucho más que un mero formato de terapia en el que se abarcan a más pacientes como forma de agilizar recursos. A raíz de las interacciones entre los participantes, se dan situaciones incómodas, difíciles, de conflicto, que reflejan muchas veces situaciones “reales”, que ocurren fuera de la terapia. Para mí como coterapeuta ha supuesto entrenar de forma considerable mi tolerancia a la incertidumbre. Aunque los grupos en los que he participado están basados en terapias protocolizadas, y los terapeutas teníamos en la cabeza el enfoque y la orientación a seguir, las sesiones no las guiamos de forma estructurada desde un guión previo, sino que estábamos abiertos a lo que trajeran los pacientes. Para mí, recién estrenada en esta profesión, resultaba mucho más seguro seguir una base estructurada, pero creo que lo mejor que he podido aprender con Jesús ha sido que esto sólo respondía ante mi propia inexperiencia, desconocimiento e inseguridad. Cuando he podido manejar esto, me he dado cuenta de que esta forma de trabajar mucho más compleja, es también más profunda, interesante y útil para los pacientes. Creo que la terapia de grupo implica el desarrollo de una gran creatividad y originalidad, así como mucha agilidad mental para poder encontrar los puntos en común de las diferentes narrativas, dada la heterogeneidad de los pacientes, y poder trabajar sobre un aspecto en común a todos los miembros. El grupo permite observar cómo se relacionan los pacientes con los demás y dilucidar como se muestran en su vida cotidiana, lo que añade la perspectiva interpersonal y enriquece la visión del paciente.

En la **Atención Continuada**, realizada en el CAA del HDOC, he tenido la oportunidad de participar en terapias grupales, tratamientos individuales y familiares, asumiendo tareas de forma gradual.

A partir de septiembre de 2019 he formado parte del **Programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC)**, que es un programa estructurado de 8 sesiones a lo largo de 2-3 meses, dirigido a pacientes que han realizado un intento autolítico reciente y que no tienen antecedentes en Salud Mental durante el último año. En la primera aplicación del programa, participé como observadora participante. En la segunda aplicación, desempeñé el papel de co-terapeuta con el psicólogo clínico Jesús Fernández. Se me asignó mi primer caso en Febrero de 2020, con el que contacté telefónicamente para la presentación del programa y la concertación de una primera entrevista. Dado que la paciente no acudió a la primera sesión en dos repetidas ocasiones y que en una tercera llamada renunció al tratamiento, fue dada de alta. Actualmente me encuentro en espera de futuros casos.

Este programa está siendo una gran fuente de aprendizaje, ya que se aleja sustancialmente del tipo de terapia que se realiza en el CSM, tanto por las limitaciones temporales como por los propios objetivos de la intervención. Supone un reto para mí de encontrar un equilibrio en el que se puedan trabajar aspectos importantes para la persona, pero sin ahondar demasiado de forma que se queden aspectos abiertos que luego no se podrán abordar, siendo el objetivo la estabilización del paciente.

En cuanto a la **psicoterapia grupal**, asistí como observadora a la primera y segunda edición del grupo, llevada a cabo por las residentes de segundo año junto a la psicóloga clínica Sara Solera y por las residentes de segundo año como co-terapeutas, respectivamente. El comienzo de la tercera edición estaba previsto para de abril 2019 y en ella, desempeñaré el rol de co-terapeuta junto a mi compañera de primer año y a Sara Solera. Para esta nueva edición habré de realizar entrevistas psicológicas individuales para valorar la inclusión de los pacientes en el grupo.

También participé como observadora en el grupo para pacientes con trastornos afectivos de la Unidad de Psicoterapia, coordinados por Jesús Fernández y un residente que iba rotando: observación y posterior reflexión.

Respecto de las **terapias de familia**, he participado como observadora en entrevistas de 3 familias diferentes, con Cristina Rivas Santiago, en las que me encargué de tomar notas y transcribir un resumen de las sesiones. También estuve presente en una reunión de coordinación con la educadora social de una de las pacientes.

A **nivel individual**, he formado parte de un caso de trauma complejo de la psicóloga clínica Rosa Claudia Sánchez González desde el inicio. Al principio participaba como observadora, tomando notas y transcribiendo un resumen de cada sesión. Progresivamente he ido asumiendo una función más activa

en la terapia, haciendo la devolución final de cada sesión a la paciente, haciendo un resumen de lo trabajado y aportando mis propias reflexiones. Después de cada sesión, hemos realizado una reflexión sobre el caso, que me ha permitido poner en común las sensaciones y dudas, así como aportar mis propias hipótesis en la transcripción de la entrevista. Este caso me ha suscitado mucho interés por el trauma complejo, por lo que he ido complementado la labor asistencial con la lectura de artículos y revisión bibliográfica sobre este tema.

De forma **autónoma**, he realizado sesiones de psicoterapia con una paciente que provenía del grupo de psicoterapia de trastornos afectivos crónicos del CSM Villaverde, bajo la supervisión de Jesús Fernández Rozas. Las sesiones comenzaron posteriormente al alta de este grupo, dado que tanto los coterapeutas como la paciente considerábamos que su trabajo en el grupo había finalizado, pero posteriormente la paciente solicitó ayuda por encontrarse de nuevo en un momento de mayor vulnerabilidad.

Otro aspecto importante, ha sido la **asistencia a supervisiones clínicas** con Ana López Fuentetaja y Rosa Claudia Sánchez González, los segundos y cuartos martes del mes en el horario de 16 a 17h, así como a alguna supervisión eventual con Javier Ramos García, los miércoles de 16 a 17h. En las supervisiones he podido exponer mis dudas sobre un caso de CSM en el que tenía dificultades para el manejo de la relación terapéutica y de los tiempos, así como reflexionar sobre los casos traídos por mis compañeras, que han enriquecido mi forma de entender los casos, ver formas diferentes de trabajo y me ha reportado sensación de equipo y entendimiento.

Por último, cabe destacar la **planificación y creación de un nuevo grupo de terapia**, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, junto a mi compañera de primer año, Ana García Menéndez y la supervisión de Juan José Belloso Roperó (psicólogo clínico) y de Jesús Fernández Rozas, como coordinador de la Unidad de Psicoterapia. Basándonos en el manual de Terapia de Aceptación y Compromiso, así como diversos artículos y material sobre esta terapia de tercera generación y sobre el mindfulness elaboramos el programa de las sesiones de grupo (*anexo I*). Posteriormente enviamos la información sobre el grupo a los profesionales de los diferentes centros de salud del área y realizamos las primeras entrevistas psicológicas individuales con los pacientes derivados para valorar su inclusión en el grupo, encuadrar la terapia y ajustar las expectativas de los pacientes. Hasta la fecha hemos llevado a cabo tres sesiones grupales, con frecuencia quincenal, los martes de 18h a 20h en la Unidad de Psicoterapia. En todas las sesiones dedicamos un tiempo a hacer la “ronda”, en la que se anima a los pacientes a que cuenten algún aspecto importante sobre su semana, y hacemos ejercicios experienciales ajustados a las vivencias de los pacientes. La idea de este grupo surgió como forma de cubrir la necesidad de atender a este tipo de pacientes, así como por nuestra iniciativa e interés tanto en la terapia de grupo como en las terapias de tercera generación. Aunque el grupo haya surgido como tarea asistencial, planeamos aprovechar esta oportunidad para realizar investigación al respecto.

Durante todo este año, gracias a mi actividad en ambos dispositivos, he podido adquirir, desarrollar y perfilar **habilidades** esenciales para mi labor terapéutica. Algunas han sido más específicas, y han supuesto poner en práctica conocimientos teóricos adquiridos en la carrera, como la aplicación de técnicas terapéuticas. Otras tienen que ver con la comunicación con el paciente como la habilidad de escucha activa, de entrevista y evaluación. En general, he tenido que practicar mucho la flexibilidad, adaptando cada estrategia, ritmo a cada paciente y sus características. Y más que habilidades como tal, creo que lo más importante que se ha reforzado en mí ha sido la actitud de respeto hacia el paciente y sus circunstancias, así como la forma de ver a los pacientes como agentes activos de su cambio, con recursos propios valiosos.

Me he encontrado con multitud de **dificultades**, tanto en el ámbito profesional en el sentido estricto, como las consecuencias de este en el personal. Pero ciñéndome a las dificultades asociadas a la relación con los pacientes, una de ellas ha sido saber diferenciar cuando el paciente está preparado para el cambio, o si la motivación venía únicamente de mí. Es decir, saber escuchar la demanda del paciente más allá de las palabras que utiliza, y aprender a respetar sus tiempos y la decisión de no tratamiento. Otro aspecto que también me ha costado asimilar ha sido el abandono de la terapia o la no adherencia a ella por parte de dos pacientes.

1.2 Caso clínico supervisado:

Motivo para coger este caso:

Conocí a esta paciente en el centro de salud mental, durante la primera entrevista, que realicé yo misma. Aunque llevaba un par de meses realizando primeras entrevistas, en esta me quedé bloqueada al inicio, desbordada por la intensa emoción y el discurso de la paciente, así como por lo que parecía una historia familiar compleja y difícil.

Más allá de la sintomatología, me interesó este caso por ver la relación entre la demanda actual de la paciente y su historia personal previa, así como me parecía un reto en cuanto a la relación terapéutica, dada la alta emocionalidad que suscitó en mí y que debía aprender a manejar, pero también porque parecía una persona dañada y con dificultades en el establecimiento de relaciones de apego.

FILIACIÓN

Mujer de 32 años. Vive independizada y sola, trabaja en una empresa de marketing. Padres fallecidos en un accidente cuando la paciente era niña. Contacto esporádico con familia paterna.

¿CÓMO SE PRESENTA LA PACIENTE?

Es una mujer de tez clara que tiende a sonrojarse cuando se emociona o se altera. En la primera entrevista se muestra muy desbordada, en las siguientes esto disminuye pero se mantiene el hecho de que habla mucho, siendo difícil de interrumpir, así como la emocionalidad tras sus palabras.

Modo de relacionarse con el terapeuta:

Acude regularmente y puntual a las citas. Se muestra colaboradora, muy educada en el trato conmigo, siempre me pregunta por mí, como estoy yo. Actitud cuidadora hacia mí, a la vez se cuida de cómo expresarse, se disculpa cuando va a decir algo que no considera correcto.

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere sintomatología afectiva de unos meses de evolución en relación a dificultades en las relaciones interpersonales.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA: ¿Cuándo? ¿Por qué ahora? Cadena de acontecimientos.

La paciente relaciona la sintomatología actual con un acontecimiento estresor concreto, si bien reconoce que las dificultades son previas.

Listado de problemas

- Dificultades para conciliar el sueño.
- Sintomatología depresiva reactiva: apatía, clinofilia, disminución del apetito y del sueño.
- Dificultades en la concentración.
- Sintomatología ansiosa en forma de ataques de ansiedad y nerviosismo general.
- Tendencia a la rumiación.
- Refiere dificultades para el manejo de las emociones.

Funcionamiento interpersonal

Refiere tener amistades pero expresa ciertas dificultades para confiar en los demás. Entregada a su profesión, tiene muchas expectativas puestas en su carrera profesional. Se describe como fuerte, lo que relaciona con dificultades para pedir ayuda.

FAMILIA

- Padres fallecidos en la infancia de la paciente.
- No figura de apego de referencia.

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

- Construir una relación terapéutica de confianza y un ambiente que favorezca la expresión emocional y el establecimiento de objetivos conjuntos.
- A través de la experiencia emocional correctiva del vínculo terapéutico, ensayo de una relación de apego saludable.
- Trabajar en la comprensión y normalización de las propias emociones. Abandonar la lucha contra ellas y la intelectualización en exceso.
- Explorar la narrativa con la que se explica la paciente su historia, identificar los puntos que le hayan influido en sus dificultades actuales y co-reconstruir dicha narrativa.

Puntos fuertes

Se trata de una paciente muy colaboradora y reflexiva, con capacidad para el trabajo personal y con gran interés e ímpetu por cambiar.

Dificultades

Dado que es la primera vez que cuenta su historia, transmite muchas emociones que me abruma por momentos. Las dificultades que encuentro son sobretodo mías, en cuanto al manejo de la sesión y de su discurso, para no destapar mucha información que no da tiempo a ser trabajada y que la paciente se vaya demasiado expuesta.

También he notado que la paciente suscita en mí una tendencia a normalizar sus reacciones y desculpabilizar, que en principio creo positiva, pero no me gustaría que esto no me permitiese trabajar lo que sí puede cambiar.

Veo a una persona fuerte y con recursos, que siempre se ha cuidado sola, pero a la vez me surge la necesidad de cuidarla.

SITUACIÓN ACTUAL Y EVOLUCIÓN

Este caso iba a exponerlo en Casos Complejos, pero la semana que me tocaba tuve que coger una baja laboral y luego ya sobrevino la situación de confinamiento. Expuse este caso en una supervisión de los martes con Ana López y Rosa Claudia Sánchez. Resumen de lo recibido en la sesión de supervisión en la que presenté este caso:

- Necesidad de poner límites por mi parte en cuanto a su discurso, de forma que pueda dar tiempo a trabajar y elaborar lo que ella va contando. Tener cuidado con hacerlo desde mi propia necesidad para entender mejor y no como dificultades de la paciente para regularse, evitando la culpabilización.
- Tener cuidado con la idealización del terapeuta, ya que parece que se mueve entre dos polos extremos (idealización-demonización).
- Preguntarle qué cree que le diría a alguien si le contase las vivencias que ella ha tenido, para que se pueda vivir de una forma menos desbordada.
- Ayudarle a encontrar sentido a su experiencia, evitando las explicaciones de corte únicamente racional.

Reflexiones con la tutora de rotación:

- Como esta paciente genera en mí tendencia a desculpabilizarla y cuidarla, me inquietaba caer en exceso en esta parte. Las supervisiones me ayudaron a entender que la relación terapéutica podría servir para reparar el daño en el vínculo, y que para ello la paciente necesitaba una base segura como la que le estaba dando.
- Dado que yo tenía el foco en el objetivo de la terapia que tenía en mente, tenía sensación de estar perdiendo cuando en cada sesión la paciente traía contenidos muy diferentes, de estar actuando como un “apagafuegos”. Las supervisiones me hicieron ver que es importante trabajar con lo que trae el paciente, y que esto se puede enfocar de manera que acabe conectando con vivencias pasadas, sin perder de vista el foco de la terapia. Me ayudaron a ser más flexible y a integrar las experiencias actuales con la historia personal.

1.3. Valoración cualitativa de la rotación:

Este primer año de residencia ha supuesto un cambio irreversible en mi forma de entender la psicología y el ser humano. No solo a nivel profesional, sino también y especialmente a nivel personal, de una forma que no podía llegar a imaginar antes de empezar.

Considero que la rotación por el CSM ha sido una muy buena forma de empezar la residencia, dadas las características del dispositivo y la duración de la rotación, que permiten una estabilidad que favorece el primer contacto con la clínica. Siento que en este año he aprendido mucho más que en todos los años de carrera y estudios previos, y de una manera mucha más complicada de describir, puesto que no se trata de repetir lo que viene en los libros, sino que forma parte de mis vivencias y experiencias, de mi contacto directo con los pacientes, con los compañeros y de mi propia introspección.

Aunque siento que muchas de las cosas aprendidas en este año son no son comunicables y que se me quedan muchas por contar, resumo a continuación algunas de ellas:

- A gestionar mi sensación de urgencia, a aprender a leer el momento en el que se encuentra la persona y respetar su ritmo de cambio, su proceso, apoyando y animando al cambio pero respetando sus límites. También me ha ayudado a aliviar la carga sobre mí misma darme cuenta del papel que tenemos en la vida de los pacientes, que si bien es muy importante, somos una pequeña parte.
- A diferenciar entre los procesos “normales” de sufrimiento (por duelo, crisis vitales...), de la patología. Aún con la sensación de que siempre hay aspectos a trabajar y mejorar, he aprendido a seleccionar qué casos dar de alta y cuales quedarme, dados los recursos disponibles y el contexto de “salud mental”. A este respecto, devolver la indicación de no tratamiento como una forma de reforzar los recursos personales, normalizando y despatologizando situaciones vitales adaptativas.
- Que las demandas de los pacientes y su explicación de la problemática suelen estar restringidas a lo actual, mientras que parte de nuestro trabajo consiste en hacernos una idea más global y

holística de la persona, entendiendo que su historia y sus vínculos previos tienen un papel fundamental en el desarrollo de patología.

- A mantener la mente abierta y aprender a ver el mundo del paciente como lo ve él, en lugar de intentar que mis creencias encajen con él. A despaternalizar a los pacientes, entenderlos como agentes de su cambio. A equilibrar hasta qué punto fomentar la motivación al cambio y cuándo aceptar que el paciente no quiere cambiar y respetarlo.

Esta etapa ha supuesto para mí mucho impacto a nivel emocional, especialmente durante los primeros meses de observadora, por el contacto tan directo con el sufrimiento humano, por lo bonito de la intimidad y confianza que se genera entre terapeuta y paciente, por las historias tan terribles... También he ido aprendiendo a suavizar el impacto que me han generado los casos en los que he visto reflejadas vivencias propias o aspecto de mi historia o familia. Muchas de las cosas que escuchaba a los terapeutas me las quedaba para mí, pero pronto sentí que no era suficiente. Sentía que tenía muchas dudas, muchos “huecos” que rellenar, muchas angustias por explorar, me di cuenta de que tenía mucho trabajar y que necesitaba buscar mi espacio de trabajo personal propio. Empecé un análisis personal para sostener este proceso tan difícil y conocerme mejor, para también poder ser mejor como terapeuta. Para mí, trabajar estas dificultades ha resultado muy necesario, tanto a nivel personal como profesional, pero reconozco que ha sido muy duro. Cada vez se han ido destapando más cosas que trabajar y que sanar, mientras que día a día, tenía que seguir desempeñando el rol inverso para otros. Creo que esta experiencia me acerca más a los pacientes, en cuanto a que me he podido poner al otro lado de la mesa, con todas mis inquietudes y vulnerabilidades expuestas ante otra persona, así como vivir la construcción de la relación terapéutica desde el otro lado.

Al principio de mi rotación, cuando empecé a realizar las primeras entrevistas, sentía un miedo paralizante, me encontraba en autoobservación continua, juzgando lo que decía y lo que no y de qué manera. Por una parte, miedo a dañar o herir al paciente o no saber recoger adecuadamente su sufrimiento. Por otra, se me agolpaban en la cabeza voces que expresaban mis miedos desde que supe que había sacado plaza: “que no sabía nada y que no iba a poder dar lo que se esperaba de mí, que era una impostora”. Esto me dificultaba ver realmente a quién tenía delante, a ajustar la entrevista a sus características, a lo que contaba y callaba, a su modo de relacionarse... Gracias a mi tutora, fui aprendiendo a mover el foco rígidamente puesto en mí, y a disfrutar de cada momento con el paciente.

Este año ha supuesto una lucha interna constante conmigo misma, aprendiendo a lidiar con mi autoexigencia y con la constante incertidumbre sobre si lo estoy haciendo bien. Si bien aún a día de hoy cada vez que entra el paciente me pongo nerviosa, voy también sintiéndome más cómoda en mi rol de terapeuta, más espontánea, más “yo”.

Sigue habiendo muchas angustias y frustraciones, sigo siendo consciente de lo poco que sé y de todo lo que me queda por aprender, pero esto lo empiezo a ver como un reto ilusionante, en lugar de una continua amenaza. Estoy aprendiendo a tomar mi inexperiencia como una ventaja, colocándome desde la posición de “no saber”, que creo que me ayuda a escuchar al paciente de forma más abierta, no tan contaminada por ideas preconcebidas.

Siento que se este primer año se ha pasado muy rápido y que ahora que me empiezo a encontrarme más cómoda y segura (o al menos a manejar mejor con la inseguridad) tengo que irme. Pero sé que lo que he aprendido en esta etapa me acompañará siempre.

2. FORMACIÓN TEÓRICA

2.1. Formación teórica realizada dentro y fuera del Servicio:

- **Seminario de Lectura de Textos Clásicos** impartido por Javier Ramos en el Hospital Universitario 12 de Octubre, un miércoles al mes, 8:30 a 11:30h.
- **Grupo Experiencial de Psicoterapia**, llevado a cabo por Javier Ramos y Jesús Fernández. Psicólogos clínicos del área. Frecuencia mensual, miércoles 16:00h a 17:00h.
- **Seminario de Legal** coordinado por María Jesús del Yerro e impartida por diversos profesionales del área, un miércoles al mes, de 9 a 11h.
- **Docencia Multiprofesional del Área de Gestión Clínica de Salud Mental y Psiquiatría del HDOC**, miércoles de 11:30 a 13:30 y Sesiones del Área de 13:30 a 15:30h.
- **Curso Utilización de la Historia Clínica Electrónica HCIS**. Hospital Universitario 12 de Octubre. 12 de junio de 2019. 5 horas lectivas (de 9h a 14h).
- **Curso Habilidades de entrevista en Salud Mental**. Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, Leganés. 11, 18 y 25 de septiembre de 2018. 15 horas lectivas (de 9h a 14h).
- **Curso Soporte Vital Inmediato para residentes**. 5ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7 de Octubre de 2019. 10 horas lectivas (de 9h a 20h).
- **Curso de seguridad del paciente**. Hospital Ramón y Cajal. 22 de octubre de 2019. 5 horas y media lectivas (de 9h a 14:30h).

- **XVI Jornadas de La Otra psiquiatría. Clínica del malestar actual: hacer y dejar hacer**, 31 de mayo y 1 de junio de 2019, en el Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. (9 horas).
- **Taller teórico-práctico sobre la clínica de pacientes con riesgo de suicidio. Entrenamiento en Protocolo de Suicidio desde la Terapia Dialéctica Conductual**, impartido por Pablo Gagliesi. Hospital 12 de Octubre. 6 septiembre de 2019, 8 horas lectivas.
- Curso organizado por el Instituto de Estudios Psicosomáticos y **Psicoterapia Médica. Clínica y Teoría Psicosomática** (2019-2020). Los miércoles de Octubre a Mayo de forma quincenal, de 19:30 a 21h.
- Asistencia a **Jornadas sobre Trastorno del Vínculo**. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. 29 de Octubre, de 9 a 14:30h.
- Curso **Intervención familiar en TCA: Modelo Maudsley** (9ª edición). Universidad Autónoma de Madrid. 23 de Noviembre de 2019. 10 horas lectivas.
- **Jornadas de Psicoterapia** del Hospital Universitario 12 de Octubre. 29 y 30 de Noviembre de 2019.
- **Curso de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una aproximación integral y personal al TCA**. Hospital Clínico San Carlos. 17 de enero, 2020. 4 horas lectivas.
- **III Reunión Internacional de Psiquiatría y Psicoterapia centrada en el Paciente**, 1 de Febrero 2020, en el Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Seminario de Histeria** impartido por Pedro Cubero en el Hospital Universitario 12 de Octubre. 19 de Febrero de 2020.
- Asistencia al curso "**Supervisiones - 2019**", realizado en el CSM Villaverde. Impartido por Pedro Sanz Correcher y Nuria Tur Salamanca. 4 sesiones los viernes en los meses de octubre y noviembre, de 13 a 15h.
- Asistencia a curso "**Supervisión MBT para personas con trastorno límite de la personalidad**", realizado en el CSM de Villaverde. Coordinado por Pedro Sanz Correcher y María Ballesteros García, un viernes al mes, de 12 a 15h, desde enero de 2020.
- Curso online "**Psicoanálisis Relacional Para los Psicólogos Clínicos**". FOCAD (Formación continuada a distancia) del consejo general de psicología de España.
- Curso online "**Los programas alternativos al cumplimiento de las penas enfocados desde la psicología**". FOCAD (Formación continuada a distancia) del consejo general de psicología de España.
- Curso "**Estrés agudo, reacción traumática y duelo en la emergencia sanitaria**". Hospital Universitario La Paz. Del 13 al 20 de abril de 2020. 14 horas lectivas (de 16 a 18h).
- Curso "**Duelo por Covid-19: Retos terapéuticos en su abordaje**" del Instituto IPIR. 6 de abril de 2020. 2 horas y media lectivas.
- Sesiones on-line "**Covid- 19: Trabajo con personal asistencial para Tratamiento Psicológico de Estrés Traumático Agudo: Cuidando al cuidador**". Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 26 de marzo y 2 de abril de 2020. 3 horas lectivas.
- Estoy realizando el curso online "**Curso práctico ACT y Mindfulness en niños y adolescentes**" del Instituto Europeo de Psicología Aplicada. 65 horas lectivas.
- Estoy realizando el curso online "**Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)**" de la Universidad Autónoma de Barcelona. 15 horas lectivas.

2.1.2 Seminario teórico de Psicoterapia:

Durante este año he asistido al seminario de psicoterapia del programa docente para residentes de Salud Mental, organizado por Ana López. En mi primer año, he asistido al seminario básico de psicoterapia junto con residentes de enfermería y de psiquiatría de primer y segundo año, además de los alumnos del máster de psicología general sanitaria. Las sesiones hasta la fecha han sido las siguientes:

- El proceso de formación en psicoterapia, Ana López Fuentetaja y Jesús Fernández Rozas.
- Definición, proceso y fases de una psicoterapia, Ana López Fuentetaja.
- Aspectos comunes a todas las psicoterapias, Jesús Fernández Rozas.
- Los grandes modelos en Psicoterapia, Juan Antequera.
- La construcción de la relación colaborativa en Psicoterapia (I), Javier Ramos.
- La construcción de la relación colaborativa en Psicoterapia (II), Javier Ramos.
- Formulación de casos en Psicoterapia, Ana López Fuentetaja.
- 5 sesiones de Casos Complejos, Juanjo Belloso.

2.3 Valoración cualitativa de la formación teórica:

La asistencia a los seminarios teóricos me ha servido para reforzar los conocimientos en este área ya aprendidos durante el período académico, para aprender nuevos y para ir integrado lo teórico y lo práctico.

Considero que la docencia sobre psicoterapia es fundamental para complementar nuestra formación clínica, especialmente las actividades más activas y participativas, como son el visionado de vídeos y discusión y role-playing, así como la oportunidad de que los propios residentes podamos exponer casos propios y las dificultades que surgen.

Me parece relevante también que los seminarios se impartan de forma conjunta a los residentes de las tres especialidades de salud mental, de manera que sea otro espacio más en el que fomentar la

coordinación multidisciplinar y el aprendizaje de otras disciplinas. No obstante, este punto fuerte también implica una gran desventaja en mi opinión, y es que los conocimientos previos difieren mucho de un tipo de profesionales a otros. En concreto, yo como residente de Psicología Clínica considero que los contenidos teóricos han sido básicos y redundantes con los adquiridos en la carrera universitaria, mientras que para otros compañeros han podido resultar abrumadores. Una propuesta para intentar solucionar esto, sería que los contenidos se diesen de manera mucho más práctica, con ejercicios y materiales sobre los que trabajar y que estos contenidos acompañen a las rotaciones en las que se encuentren los residentes de las tres especialidades.

Debido a mi situación de baja laboral, no he podido presentar mi caso en la docencia de casos complejos, pero sí he elaborado el material a presentar. Esto me ha permitido aprender a realizar la formulación de casos, tarea que ya vislumbraba como complicada cuando escuchaba a mis compañeros, y he podido comprobar que así es, pero también muy útil. Gracias a este ejercicio, he puesto en orden la información que tenía de la paciente y mis ideas, expresar con palabras mis sensaciones y experiencias ha hecho que yo misma me de cuenta de muchas cosas, tanto de ella como mías, que no había percatado. Además, la visión única y personal de cada uno de mis compañeros y adjunto han enriquecido mi forma de entender el caso y las posibilidades de trabajo en la consulta. También me han parecido fundamentales las sesiones en las que, en lugar de trabajar sobre un caso concreto, hemos podido abordar temas con lo que todos experimentamos dificultades, como el acuerdo en los objetivos con el paciente, las formas de terminar la sesión, cómo y cuándo dar un alta, etc...

Sé que la formación teórica es una tarea que me acompañará en toda mi carrera profesional, porque en mi experiencia no ha habido lectura que, al margen del modelo en el que esté basada, no haya suscitado mi curiosidad, interés o me haya hecho reflexionar. Entiendo que en esta profesión es necesario actualizarse continuamente y ser crítico con lo aprendido, para no acomodarnos en una posición de conocimiento absoluto que limite nuestra comprensión de la psicología y el ser humano.

3. VARIABLE EXPERIENCIAL

3.1 Participación en el seminario mensual:

He asistido al grupo de experiencial, coordinado por los psicólogos Jesús Fernández Rozas y Javier Ramos García, un miércoles al mes en horario de 15:45 a 17:15h.

A pesar de que todavía he asistido a un número de sesiones pequeño, han sido suficientes para reforzar mi idea de la importancia de espacios como este. Un espacio seguro en el que poder poner en común dudas, inquietudes y dificultades, normalizándolas viendo que son comunes en la mayoría de mis compañeros de salud mental.

Pero no sólo como un espacio en el que depositar dudas o quejas, sino mucho más, un lugar donde poder reflexionar sobre el origen de las dificultades desde diferentes puntos de vista y también sobre las posibles soluciones o aceptación de dichas dificultades como parte del proceso de formación y práctica clínica.

Es cierto que implica un esfuerzo en tratar de comunicar lo que nos mueve de una manera más organizada, clara y diferenciando otros espacios como pueden ser las conversaciones con compañeros en los descansos o en las comidas.

Si bien el grupo está creado con la idea de que podamos aprovecharlo todos los residentes de salud mental, me hubiera gustado que hubiese mayor participación por parte de los compañeros de psiquiatría, ya que habitualmente quedaba reducido a los residentes de psicología clínica y enfermería. Me parece importante poder averiguar qué causa la falta de asistencia, dado que resultaría muy enriquecedor contar con los puntos de vista de compañeros de otras especialidades, de cara a mejorar la comprensión y el respeto hacia el trabajo de los otros, así como fomentar la coordinación y la formación de un equipo multidisciplinar también desde este espacio.

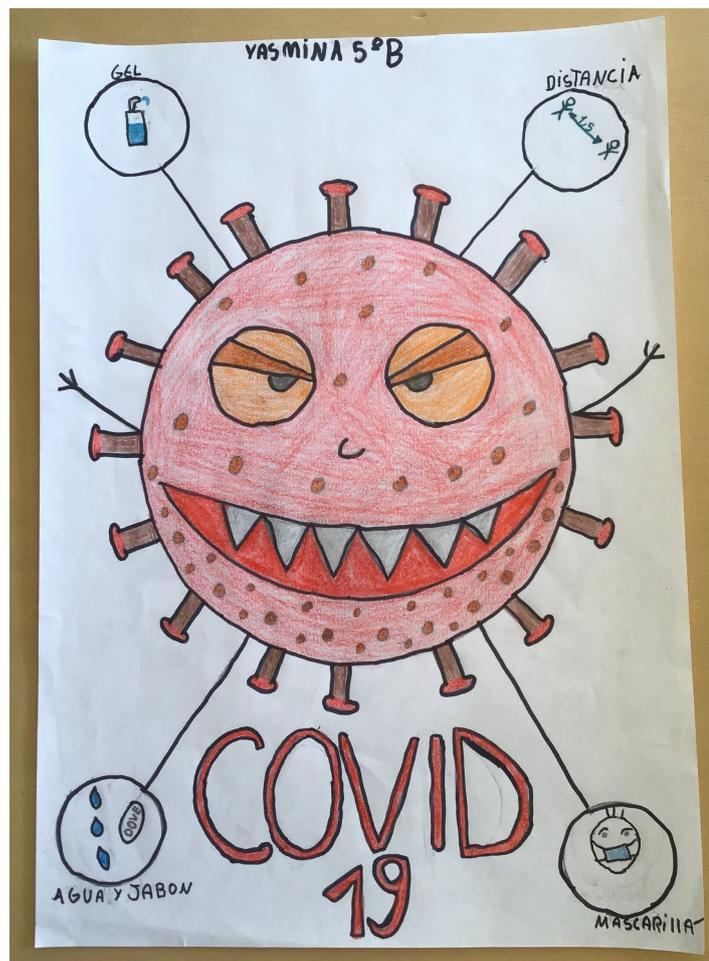
También me ha servido en mi tarea constante de rebajar mi autoexigencia y las comparaciones con mis compañeros, de forma que he podido comprobar que muchos han pasado por situaciones parecidas a las mías y que no importa tanto el año en el que te encuentres, el proceso de cada uno es único y cada cual lleva su ritmo.

Como sugerencia, pediría dentro de lo posible una mayor frecuencia de las sesiones, dado que más continuidad ayudaría a trabajar mejor en las sesiones, con mayor fluidez y se atenderían en mayor medida nuestras necesidades surgidas en el día a día.

ANEXO I
PROYECTO DE TERAPIA GRUPAL DESDE LA PERSPECTIVA ACT

ESQUEMA GENERAL (18 SESIONES, 2 HORAS CADA UNA)

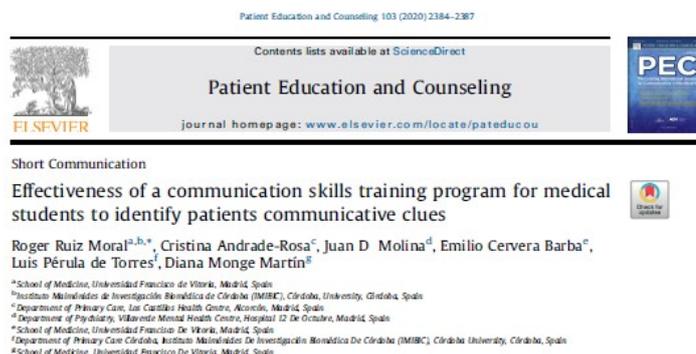
- **FASE INICIAL** (2 ses. ACT + 2 ses. Mindfulness + 1 ses. ACT)
 - 1ª sesión: Presentación → **Aceptación y Compromiso**
 - 2ª sesión: La condición humana → **El sufrimiento es universal**
 - 3ª sesión: Mindfulness I
 - 4ª sesión: Mindfulness II
 - 5ª sesión: Desesperanza creativa → **Tienes que ser feliz... o no**
- **FASE PROFUNDIZACIÓN** (4 ACT + 1 Mindfulness + 3 ACT + 1 Mindfulness)
 - 6ª sesión: La fuerza de la evitación → **La Evitación Experiencial**
 - 7ª sesión: El control como problema → **La solución es el problema ***
 - 8ª sesión: La práctica experiencial de la Aceptación I → **Estar dispuesto a**
 - 9ª sesión: Mindfulness III *
 - 10ª sesión: Yo como contexto
 - 11ª sesión: Defusión cognitiva I
 - 12ª sesión: Defusión cognitiva II → **Si no soy mis pensamientos... ¿quién soy?**
 - 13ª sesión: Mindfulness IV
- **FASE FINAL** (3 ACT + 2 Repaso)
 - 14ª sesión: Aceptación → **Lo que es y lo que no es "estar dispuesto a" ***
 - 15ª sesión: La práctica experiencial de la Aceptación II → **Aprender a saltar**
 - 16ª sesión: Compromiso con los valores → **Acercamiento a lo que importa**
 - 17ª sesión: Repaso
 - 18ª sesión: Repaso



Artículos

- Ruiz Moral R, Andrade-Rosa C, Molina Martín JD, Cervera Barba E, Pérula de Torres L y Monge Martín D. **Effectiveness of a communication skills training program for medical students to identify patients communicative clues.** *Patient Education and Counseling* (2020) 103,11:2384-2387.

Pdf en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399120302846?via%3Dihub>



- Molina Martín JD, Vega González LS y Sanz Correcher P. **Diagnóstico psiquiátrico.** *Medicine* (2019) 12,85: 4967-74. DOI: 10.1016/j.med.2019.09.001.

Pdf en: <https://www.medicineonline.es/es-diagnostico-psiquiatrico-articulo-S0304541219302124> .

- Sanz Correcher P, Vega González LS y Molina Martín JD. **Trastornos de la personalidad. Formas límites. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.** *Medicine* (2019) 12,85: 4975-83. DOI: 10.1016/j.med.2019.09.002.

Pdf en: <https://www.medicineonline.es/es-trastornos-personalidad-formas-limite-trastorno-articulo-S0304541219302136> .

- Marín Mayor M, Arias Horcajadas F, López Trabada JR y Rubio Valladolid G. **Trastornos por consumo de alcohol.** *Medicine* (2019) 12,85: 4993-5003. DOI: 10.1016/j.med.2019.09.004.

Pdf en: <https://www.medicineonline.es/es-trastornos-por-consumo-alcohol-articulo-S030454121930215X> .

- López Trabada JR, Arias Horcajadas F, Marín Mayor M y Rubio Valladolid G. **Protocolo de desintoxicación de pacientes dependientes del alcohol.** *Medicine* (2019) 12,85: 5009-12. DOI: 10.1016/j.med.2019.09.006

Pdf en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-desintoxicacion-pacientes-dependientes-del-articulo-S0304541219302173> .

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 su formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilizéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

- Marín Mayor M, Arias Horcajadas F, López Trabada JR y Rubio Valladolid G. **Protocolo diagnóstico de las complicaciones crónicas del alcohol.** *Medicine* (2019) 12,85: 5012-16. DOI: 10.1016/j.med.2019.09.007.

Pdf en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-complicaciones-cronicas-del-articulo-S0304541219302185> .

- Sanz Correcher P. **Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente agitado.** *Medicine* (2019) 12,85: 5017-20. DOI: 10.1016/j.med.2019.09.008.

Pdf en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-terapeutico-del-paciente-articulo-S0304541219302197> .

- Arias Horcajadas F, Marín Mayor M, López Trabada JR y Rubio Valladolid G.. **Varón de 48 años con consumo de alcohol, traumatismo craneo-encefálico, cuadro convulsivo y alteraciones conductuales.** *Medicine* (2019) 12,85: 5021.e1-5021e3. . DOI: 10.1016/j.med.2019.09.009.

Pdf en: <https://www.medicineonline.es/es-varon-48-anos-con-consumo-articulo-S0304541219302203> .



SEPTIEMBRE

Vol. 12. Núm. 85.

Enfermedades psiquiátricas (II) Trastornos de la personalidad. Trastornos por uso de sustancias

Páginas 4967-5022

PROGRAMA SISTEMÁTICO DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA Y PROTOCOLOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

MEDICINE

www.medicineonline.es

12ª serie

92 Unidades Temáticas con Actualizaciones Clínicas y Terapéuticas, Protocolos de Práctica Asistencial y Casos Clínicos (22+1 unidades/año) Duración del programa: 4 años

Unidad Temática **85**

Enfermedades psiquiátricas (II)

Trastornos de la personalidad. Trastornos por uso de sustancias

| Actualizaciones Clínicas y Terapéuticas | Protocolos de Práctica Asistencial | Casos Clínicos |
|--|---|--|
| Diagnóstico psiquiátrico Trastornos de la personalidad. Formas límite. Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno por consumo de sustancias Trastornos por consumo de alcohol | Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome de abstinencia Protocolo de desintoxicación de pacientes dependientes del alcohol Protocolo diagnóstico de las complicaciones crónicas del alcoholismo Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente agitado | Varón de 48 años con consumo de alcohol, traumatismo craneoencefálico, cuadro convulsivo y alteraciones conductuales |

La Web no accede "on-line" a todos los contenidos publicados en la Revista ni todos los artículos y programas complementarios.

- Visión de los contenidos diagnósticos e imagenológicos.
- Realización de diagnósticos por imagen.
- Casos Clínicos. Acceso a 10 artículos completos al mes actualizados del fondo de publicaciones periódicas de Elsevier España, S.L.U.
- Acceso a los Cursos Actualización Médica
- Noticias
- Banco de imágenes. Newsletter

Trastornos de la personalidad. Trastornos por uso de sustancias

1,5 créditos

- **Cubero Bros P. De la personalidad obsesiva a la obstinada. Cuadernos de Salud Mental del 12 (2020) 19.**

Presentamos a continuación un nuevo ejemplar digital de nuestros *Cuadernos de Salud Mental del 12*, publicación del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid), que desde 2009 trata de recoger y divulgar material de interés para nuestra actividad clínica, investigadora y docente generada por nuestros profesionales y residentes. En los 19 títulos de la colección (reseñados al final de esta publicación) hay interesantes trabajos sobre psicopatología, psicofarmacología, psicoterapia, salud mental infanto-juvenil y psiquiatría y salud mental comunitaria.



En esta ocasión, el Dr. Pedro Cubero Bros, médico psiquiatra de vasta cultura, gusto por la conversación y la polémica (“la personalidad obsesiva no es obsesiva”, leemos en su web) y amplia experiencia clínica, reflexiona sobre la personalidad obsesiva. Partiendo de diez viñetas clínicas en las que podemos ver reflejos de algunos de los pacientes que cada uno de nosotros atendemos en nuestros Servicios de Salud Mental y tras realizar una breve revisión histórica desde las clásicas aportaciones de Pierre Janet, el Dr. Cubero – con su siempre aguda mirada sobre la clínica – realiza una original propuesta de reconceptualización de lo obsesivo en relación con el mundo paranoide (tema tan estudiado y querido para el autor), sosteniendo su argumentación con numerosas citas de la literatura de los autores revisados. No desvelaremos aquí precozmente sus conclusiones... para animar a la lectura de esta monografía.

Este nuevo trabajo de reflexión psicopatológica de nuestro compañero Pedro Cubero complementa a otros suyos que asimismo recomendamos a quien esté interesado en la psicopatología “a pie de clínica”: su original capítulo “Histeria con mayúsculas”³, su monográfico “El individuo paranoide”⁴ y, en especial, su imprescindible libro “El grupo paranoide”⁵ y su web <https://www.elgrupoparanoide.com/el-grupo-paranoide>.

Finalmente, ponemos de nuevo a disposición de nuestros profesionales y residentes estos *Cuadernos de Salud Mental del 12* - instrumento modesto que tratamos de cuidar tanto en sus contenidos como en su presentación - para compartir y divulgar en ellos sus trabajos. Su acceso desde la web oficial del AGCPSM del 12 de Octubre⁶ favorece su visibilidad y accesibilidad pública, sintiéndonos satisfechos cuando recibimos palabras de agradecimiento al ser utilizado dicho material con finalidad docente pre y postgrado dentro y fuera de nuestro Servicio.

En Madrid, diciembre de 2020, en tiempos de la pandemia COVID-19.

Dr. L. Santiago Vega González
Coordinador Cuadernos de Salud Mental del 12
santiago.vega@salud.madrid.org

³ Cubero P. Histeria con mayúsculas. En: Ramos J (coord.). Aproximaciones contemporáneas de la Histeria. *Cuad S Mental del 12* (2009) 1: 117-143.

⁴ Cubero P. El individuo Paranoide. *Cuad S Mental del 12* (2016) 12.

⁵ Cubero Bros P. El grupo paranoide. Barcelona: Ediciones Experiencia; 2005.

⁶ <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>, actualmente en reconstrucción tras la migración de la anterior web al actual formato oficial de la Comunidad de Madrid (para obtener el pdf gratuito de los números provisionalmente no disponibles en la web, solicitar a santiago.vega@salud.madrid.org).

Calendario Sesiones Clínicas de Área: diciembre 2020 – febrero 2021

Inscripción para profesionales de staff contratados por la Consejería de Sanidad en ForMADRID:
<https://campusmadrid.csod.com>

Taller de casos clínicos. Hospital 12 de octubre. Nº de localizador 4229

Diciembre 2020

2 **Sesión Clínica del Residente**

9 **Unidad de Psicoterapia**

16 **Programa ARSUIC**

Título: El programa de atención a pacientes con tentativas de suicidio (ARSUIC) en nuestra área: 7 años de seguimiento

Ponente: Gabriel Rubio Valladolid

El programa ARSUIC fue una propuesta de la Oficina en Coordinación en Salud Mental dentro del Plan Estratégico (2010-2014). Desde su implantación en nuestra Área de Gestión se han realizado pequeñas adaptaciones para hacerlo más flexible y eficaz, pero en ningún momento se ha llevado a cabo una evaluación del mismo. En 2013 los pacientes nuevos atendidos en el programa ARSUIC eran 125 y 245 los sucesivos. En 2019 se atendieron 120 nuevos y 113 sucesivos. Durante la sesión clínica se describirán las características del programa y los miembros del equipo realizaran diferentes consideraciones para poder evaluarlo a lo largo de 2021 y proponer las mejoras pertinentes.



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



En: <https://elpais.com/opinion/2020-09-14/el-roto.html>

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>