

BOLETIN

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

Número **57** – **Abril 2018**



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

- Convocatorias de cursos y reuniones científicas en las que participan miembros del AGCPSM y otros:

Conferencias AGCPSM: 2º trimestre 2018

(José Manuel Quintana Touza / Pedro Cubero Bros / Juan Carlos Duro Martínez) -

VII Jornada de Actualización en Psiquiatría de Cabecera:

"El abordaje de la conducta suicida desde Atención Primaria" (24 mayo 2018) y otros

Rotaciones Externas Residentes: **"Equipo de Calle: otra forma de entender la psiquiatría"** (Ana Cabrera Lozano) - **"El disfraz de las emociones"** (Marta Feito García) - **"Neuropsychiatric Unit. Royal Melbourne Hospital"** (Ester González Martínez) - **"Viatge a Itaka. Una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil"** (Carolina Pastor Jordá) - **"Mi experiencia en la cárcel. UHPP-Catalunya"** (Ana Cabrera Lozano) - **"Trastornos del neurodesarrollo en adultos: rituales, repeticiones, alteraciones y desconocimiento"** (Carolina Pastor Jordá)

Nueva sección: **5 libros sobre... APEGO** (Raúl Cuesta Arenas - Prólogo: Jesús Fernández Rozas)

Periódicamente se actualiza nuestra página web con la información sobre la sesión clínica del miércoles siguiente y otras novedades en los distintos apartados de la web.



The screenshot shows the website header for the Psychiatry service. It includes the Hospital Universitario 12 de Octubre logo, the Madrid Region logo, and the Madrid Health Service logo. The main navigation bar is blue with the word "Psiquiatría" in white. Below it is a dark grey bar with menu items: "El Servicio", "Pacientes", "Asistencia", "Formación", "Investigación", and "Profesionales". A date indicator shows "Sábado, 23 de noviembre de 2013" and an "Inicio" button. The main content area features a large "Bienvenido al Servicio de Psiquiatría" message with the URL www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria. A photograph of a hospital hallway is visible, and a blue sidebar on the right is labeled "Bloque B Psiquiatría".

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



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

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

¹ Portada: "Almendro en flor" o "Flor de almendro" (Van Gogh, 1890; museo Van Gogh, Amsterdam). "Pintada para su sobrino y ahijado recién nacido, esta obra muestra a un Van Gogh luminoso, lleno de optimismo por el nacimiento del bebé, que sería bautizado con el nombre de Vincent. La primavera llegó a Arlés e influido por los grabados japoneses, Van Gogh pinta en el manicomio de Saint Paul en Saint-Remy esta oda a una nueva vida, a la naturaleza. La luz parece irradiar del cuadro. Pero no sólo se percibe un símbolo de la nueva vida de su sobrino. El pintor también quiere plasmar una posible nueva vida para sí mismo y su futuro artístico, aunque como sabemos, el artista fallecería sólo tres meses después de acabar esta obra maestra" (<https://historia-arte.com/obras/almendro-en-flor-de-van-gogh>).

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:

- INICIO – Novedades
 - **Sesión clínico semanal**
 - **Calendario docente UDMSM 2017-18** (versión actualizada desde abril 2018)
 - Tríptico **"Hacer la Residencia en el 12 de Octubre"**
- ASISTENCIA
- DOCENCIA
- INVESTIGACIÓN
- BOLETINES y otras Publicaciones
 - Boletín AGCPSM hasta el actual (nº 57)
 - Cuadernos de Salud Mental del 12:
 - ***Aproximaciones Contemporáneas a la Histeria*** (Nº 1): ahora ya en versión completa (!!!!)
 - ***Prácticas de Psicología en el Hospital 12 de Octubre*** (Nº 4): versión curso académico 2017-18 (!!!!)
 - ***El individuo Paranoide*** (Nº 12)
 - ***Documento del AGCPSM sobre manejo clínico y uso eficiente de antidepresivos en Atención Especializada*** (Nº 13)
 - ***Estudios sobre trastornos afectivos*** (Nº 14)
- EVENTOS
 - **VII Jornada de actualización en Psiquiatría de Cabecera: "Manejo de la conducta suicida en Atención Primaria"** (24 mayo 2018): programa completo



Resultados del Proyecto Ayúdate, Ayúdanos

Psiquiatría confirma que los pacientes alcohólicos incrementan la abstinencia cuatro años más si acuden a grupos de mutua ayuda

El Servicio de Psiquiatría ha demostrado que los pacientes con dependencia grave de alcohol que acuden a grupos de mutua-ayuda incrementan el periodo de abstinencia en 44 meses más sobre los que no lo hacen y al mismo tiempo reducen la tasa de recaída y abandono del tratamiento. Estos resultados, publicados en la revista *Alcohol and Alcoholism*, son fruto del Proyecto *Ayúdate, Ayúdanos*, iniciativa puesta en marcha por este servicio en 2010 para integrar estas asociaciones dentro de la planificación terapéutica y así mejorar la fidelidad de pacientes y familiares a su control sanitario.

Para valorar si la inclusión de los grupos de mutua-ayuda favorece el pronóstico de dependencia del alcohol, los psiquiatras del Hospital han analizado durante los últimos seis años la evolución de 250 pacientes divididos en dos grupos, diferenciando por un lado los que han recibido el modelo terapéutico tradicio-



nal -123- y, por otro -126-, los que lo han complementado con la asistencia a sesiones organizadas por asociaciones de mutua-ayuda.

Las conclusiones del estudio ponen de manifiesto que los pacientes del segundo grupo han aumentado en casi cuatro años más el periodo de abstinencia. Asimismo, prueban que apenas el 30 por ciento de ellos ha sufrido una recaída en el último año de seguimiento y que tan solo un nueve por ciento ha abandonado el tratamiento. Estas cifras se contraponen a las

obtenidas por el primer grupo, en el que el periodo sin ingerir alcohol fue de 29 meses, con más del 77 por ciento de ellos con recaídas y un 22 por ciento con abandono de tratamiento.

El Proyecto *Ayúdate, Ayúdanos* del Servicio de Psiquiatría, pionero en Europa, se creó en colaboración con profesionales de otras especialidades, centros de salud mental, Atención Primaria, Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid -FACOMA Red C.A.P.A.- y la Red de Atención al Drogodependiente del Ayuntamiento de Madrid.

El programa está dirigido a la recuperación de personas con adicción al alcohol y a sus familias, y orientado a la abstinencia, adquisición y consolidación de nuevos hábitos de vida saludable, práctica de actividades de ocio y adquisición de nuevos valores. Todo ello contribuye a evitar el consumo de alcohol y consolidar su recuperación psicológica y la de sus familiares.



Fran Careros (<https://www.facebook.com/FranCareros>)



Jornadas de Casos Clínicos para Residentes

17 Abril 2018

Envío de trabajos hasta el 02 de Abril

 Hospital Universitario 12 de Octubre

 Fundación Investigación Biomédica
Hospital Universitario 12 Octubre

 i+12
Instituto de Investigación
Hospital 12 de Octubre



Jornadas de Orientación Profesional

23 de Abril 2018

15:30 Salón de Actos Materno Infantil

Se requiere inscripción ON-LINE: <https://goo.gl/forms/OelkxLp5isPOmMSU2>

 Hospital Universitario 12 de Octubre

 Fundación Investigación Biomédica
Hospital Universitario 12 Octubre

 i+12
Instituto de Investigación
Hospital 12 de Octubre

FORMACION CONTINUADA ON-LINE

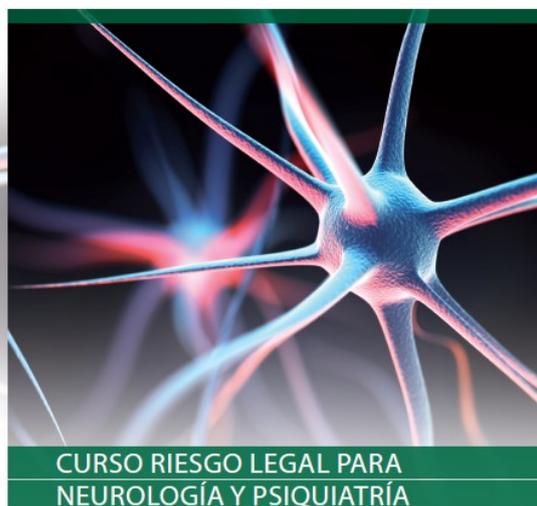
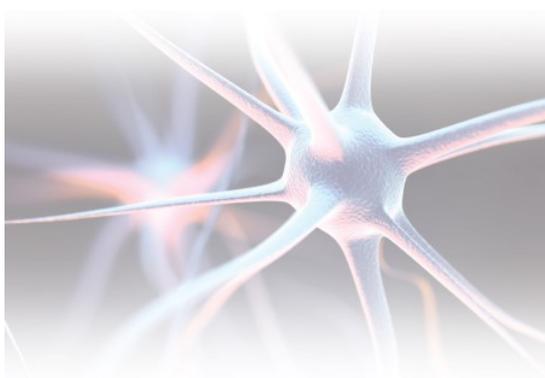
Coordinación y Secretaría Técnica

saned
GRUPO

e-mail: mar.perez@gruposaned.com

El Médico Interactivo

asjusa abogados



PATROCINADO POR



El Médico Interactivo

CURSO RIESGO LEGAL PARA NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

DESCRIPCIÓN

Programa de formación a distancia, eminentemente práctico, que ofrece una introducción al conocimiento de las herramientas legales para mejorar la seguridad del paciente, como instrumento de calidad asistencial, valorando el riesgo legal relacionado con el error de diagnóstico, el manejo de la información, la demora en la asistencia y el alta.

Esta formación propiciará, por una parte, un plus de formación del riesgo legal en la actividad asistencial y por otra, una mayor seguridad en la actuación profesional y en el cumplimiento de los derechos de los pacientes y por tanto de los deberes éticos y jurídicos que las normas le exigen al médico en su quehacer profesional en cualquiera de los ámbitos donde desarrolle la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS

Desarrollar la formación práctica de los profesionales en materia legal con el fin de facilitar la práctica diaria y mejorar la calidad en la asistencia al paciente.

ASISTENTES

Profesionales de la salud de Neurología y Psiquiatría con deseo de actualizar su formación en el ámbito legal.

DOCENTES

- **María Luisa Albelda De La Haza**
Licenciada en Derecho y Diplomada en Relaciones Laborales.
Socia de Asjusa Abogados.
Miembro legal del Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Univ. Doce de Octubre
- **Mercedes Santamaría Pastor**
Licenciada en Derecho y Diplomada en Trabajo Social.
Socia Fundadora de Asjusa Abogados y Consejera
Ha sido Jefa de Servicio de Trabajo Social y Atención al Paciente y Gestor de la responsabilidad profesional del H.U. La Princesa.
- **Eduardo Asensi Pallarés**
Licenciado en Derecho.
Socio Director de Asjusa Abogados.
Profesor honorario Facultad Medicina Univ. Rey Juan Carlos
Profesor Máster Derecho a la Salud
Profesor Máster acceso a la Abogacía Univ. Pontificia Comillas-ICADE

- **Iñigo Cid-Luna Clarés**
Licenciado en Derecho.
Socio de Asjusa Abogados.
Profesor Máster en Derecho de la Salud CESIF
Profesor Máster en Asesoría Jurídica de Empresas de la Universidad Carlos III de Madrid.
- **Igor Pinedo García**
Licenciado en Derecho.
Asociado de Asjusa Abogados. Coordinador del departamento de DATA y del Área de PHARMA.
Profesor Máster Seguridad del Paciente del Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

TEMARIO

El programa de formación a distancia se divide en 4 módulos

- MÓDULO 1** La información asistencial
- MÓDULO 2** Documentación Clínica
- MÓDULO 3** Responsabilidad Profesional del Médico
- MÓDULO 4** El Equipo Médico

Además del temario y la evaluación se podrá acceder a:

- Presentación en vídeo de cada módulo
- Sentencias, legislación actualizadas y comentadas
- Caso práctico
- Encuesta de satisfacción

ACREDITACIONES

Solicitada la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Sanidad de la Región de Murcia

Para obtener los créditos será necesario superar correctamente el 80% de las preguntas del test de evaluación y tener la especialidad en Neurología o Psiquiatría

FORMAS DE ACCESO



El curso se publicará en la web de El Médico Interactivo.
<http://elmedicointeractivo.com/>

Inicio del curso: 5 febrero 2018

Duración: 12 meses

CONVOCATORIAS

Conferencias AGCP SM 2º trimestre 2018 (18 abril, 16 mayo y 20 junio 2018)



-Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS) con fecha 14/03/2018

Conferencias

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre. 2ª ed.

18 de abril, 16 de mayo y 20 de junio de 2018

Para apuntarte al curso pincha aquí:

INSCRIPCIÓN

PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS

Las horas lectivas recogidas están incorporadas y tratadas en un fichero, perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de acreditación de cursos, en el marco de la Comisión y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General. (Orden de 14 de febrero de 2018) en el Registro de Escuelas de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) y para el registro de las acciones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, y la dirección donde el interesado pueda ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición ante el número de 02-Adaptado-09-2017 - Madrid, todo lo cual se informa al interesado del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

SaludMadrid

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

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

Conferencias

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

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

Objetivos generales:

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

Objetivos específicos:

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

Metodología: Exposición y debate

Duración: 4,5 horas

Número de plazas: 80

Fechas y horario: 18 de abril, 16 de mayo y 20 de junio de 2018 de 13:30 a 15:00 horas

Fecha límite de inscripción: 4 de abril de 2018

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

Programa y profesorado:

18 de abril

La Sección de Análisis del Comportamiento Delictivo de la Guardia Civil. **José Manuel Quintana Touza**. Psicólogo. Capitán de la Guardia Civil, actualmente en la Sección de Análisis de Comportamiento Delictivo de la Unidad Técnica de Policía Judicial

16 de mayo

Modelos animales en Psiquiatría. **Pedro Cubero Bros**. Psiquiatra. AGCP SM Hospital 12 de Octubre

20 de junio

Historia y evolución de la salud mental en la Comunidad de Madrid. **Juan Carlos Duro Martínez**. Psicólogo clínico. Consejería de Sanidad

Coordinación:

Docente: Ángeles Castro Masó. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia. AGCP SM H. 12 de Octubre. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid

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

Administrativa: Lara Huerta Pita. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación

informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos: 914265456

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

Actualización en psicofarmacología para Enfermería de Salud mental (10 mayo 2018)



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

Actualización en psicofarmacología para Enfermería de Salud Mental

10 de mayo de 2018
Para apuntarte al curso pincha aquí:

INSCRIPCIÓN

(Pendiente de la aprobación del Plan de Formación Continuada 2018)

SaludMadrid Una única plataforma tecnológica para inscripción y gestión en el Sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Investigación y Formación, con finalidad en general de actividades de perfeccionamiento profesional de los profesionales de la salud. Se ofrece la opción de la oferta formativa de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Comunidad de Madrid.

Servicio Madrileño de Salud Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación COMUNIDAD DE MADRID

Comunidad de Madrid

Actualización en psicofarmacología para Enfermería de Salud Mental

Dirigido a: Profesionales de enfermería de la Consejería de Sanidad que trabajen en los distintos dispositivos de Salud Mental.

Objetivo general:

Mejorar la calidad de la atención del personal de enfermería en salud mental en lo referente al manejo de los psicofármacos.

Objetivos específicos:

Explicar los distintos grupos farmacológicos empleados en psicofarmacología, incidiendo en aquellos empleados en pacientes con trastorno mental grave.

Mostrar las indicaciones de tratamiento farmacológico en distintas situaciones clínicas.

Mostrar el empleo de psicofármacos en situaciones especiales (infancia, embarazo, lactancia y enfermo polimedicado).

Mostrar los errores comunes que solemos cometer los profesionales sanitarios en relación a los psicofármacos: momento de extracción de niveles sanguíneos, preparación de medicación inyectable, consejos dietéticos que pueden influir en la respuesta a psicofármacos [tabaco, cafeína]...

Metodología:

Activa y participativa. Formato de presentación en Power Point y planteamiento de dudas durante el desarrollo de la sesión.

Duración: 5 horas.

Número de plazas: 40

Fechas y horario: 10 de mayo de 2018, de 09:30 a 15:00 h.

Lugar de celebración: Hospital Universitario Doce de Octubre. Avenida de Córdoba, s/n 28041 Madrid. Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil

Programa y profesorado:

09:30-10:30 Psicofarmacología básica y efectos adversos esperables. **Jorge López Álvarez.** Psiquiatra del CSM de Carabanchel.

10:30-11:45 Antipsicóticos. **Jorge López Álvarez.**

11:45- 12:15 Descanso.

12:15-13:00 Eutimizantes. **Jorge López Álvarez.**

13:00-13:30 Psicofármacos en adicciones. **Jorge López Álvarez.**

13:30-14:00 Antidepresivos. **Jorge López Álvarez.**

14:00-15:00 Errores comunes en el manejo práctico por parte de Enfermería de los psicofármacos. **Antonio Villalba Borrueal.** Enfermero especialista en Salud Mental del CSM de Carabanchel.

Coordinación:

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

Jorge López Álvarez. Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Carabanchel

Antonio Villalba Borrueal. Enfermero especialista en Salud Mental del CSM de Carabanchel

Información: informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos: 914265456

Fecha límite de inscripción: 25 de abril de 2018

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

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

VIII Jornada de Actualización en PSIQUIATRÍA DE CABECERA

INSCRIPCIÓN GRATUITA:

Se disponen de 90 plazas

A través del enlace al formulario
que encontrará junto a la
información del curso en la página
web www.somamfyc.com

(<https://www.somamfyc.com/formacion/cursos/agentytype/view/id/620/viii-jornada-de-psiquiatria-de-cabecera-el-abordaje-de-la-conducta-suicida>)



El Abordaje de la Conducta Suicida desde Atención Primaria

Coordinadores
Dr. J.D. Molina Martín
CSM Villaverde
Dra. C. Andrade Rosa
C.S. Los Castillos. Alcorcón

Con la colaboración de:



FECHA: 24 de Mayo de 2018

Mañana y tarde de 09.00 a 18.00 h

LUGAR: Hospital 12 de Octubre. Salón de Actos del
Materno Infantil.

Av. Córdoba, s/n, 28041 Madrid

OBJETIVOS

El objetivo de esta jornada es conseguir una actualización en el conocimiento y en las habilidades para la detección y manejo clínico de los pacientes con riesgo de suicidio.

Con una breve revisión de los trastornos de personalidad nos aproximaremos a la comprensión de los aspectos médicos y legales de las autolesiones para el abordaje desde la AP.

Se adquirirán, así mismo, habilidades en comunicación útiles para la entrevista de pacientes con patología mental en AP.

PONENTES

Dra. Almenta Hernández, Esperanza. CSM Alcorcón.

Dra. Andrade Rosa, Cristina. C.S. Los Castillos, Alcorcón. GdT de Salud Mental de la SoMaMFYC.

Dra. Ávila Sánchez, María José. C.S. Arroyo de la Vega. GdT de Salud Mental de la SoMaMFYC

Dr. Molina Martín, Juan de Dios. Jefe de sección CSM de Villaverde.

Dr. Real Pérez, Miguel Ángel. C.S. Carabanchel Alto. GdT de Salud Mental de la SoMaMFYC

Dr. Revuelta Lucas, Ignacio. C.S. Rafael Alberti, Madrid. GdT de Salud Mental de la SoMaMFYC.

Dr. Sanz Correcher, Pedro. CSM Villaverde

PROGRAMA

8 Horas lectivas

09,00 h Presentación

09,10 -12,00 h Taller sobre Conducta Suicida.
“¿No habrá pensado en quitarse la vida, verdad?”
Manejo del Riesgo Suicida en la consulta de AP.

Dra. Esperanza Almenta. Dr. José Ignacio Revuelta.
Dra. María José Ávila.

12,00 – 12,30 h. Descanso. Café

12,30 – 14,00 h. **“Si mi hija no consigue lo que quiere se da cortes”**
Revisando los trastornos de personalidad, las autolesiones y la suicidalidad crónica.

Dra. Cristina Andrade. Dr. Juan de Dios Molina

14,00 – 15,00 h. Almuerzo

15,00 h. – 16,15 h. ENCUENTRO CON EL EXPERTO
“Manejando las actuaciones de conductas autolesivas”

Dr. Pedro Sanz Correcher

16,15-16,30

16,30 – 18,00 h. **“Cuando la pregunta es parte de la solución” : Diez de las mejores preguntas en salud mental**

Dr. Miguel Ángel Real. Dr. Ignacio Revuelta

18,00 – 18,30 h. Evaluación y Clausura

(Solicitada la acreditación a la CFC de las Profesionales Sanitarias de la Comunidad de Madrid el xx-xx-xx)



Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid el 6-3-18 (SNS)

Entrenamiento Metacognitivo en pacientes con psicosis dirigido a enfermería

27 de junio del 2018

Para apuntarte al curso pincha aquí:

INSCRIPCIÓN

LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS

PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación del alumno en las actividades de formación y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Dirección General. Dichos ficheros se halla inmerso en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (ver el artículo 17 y artículo 18 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)

SaludMadrid

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

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

Entrenamiento Metacognitivo en pacientes con psicosis dirigido a enfermería

Dirigido a: Profesionales de enfermería de la Consejería de Sanidad que trabajen en los distintos dispositivos de Salud Mental.

Objetivo general: Introducir a los asistentes en el Entrenamiento Metacognitivo orientado a personas con psicosis

Objetivos específicos: Conocimiento de la terapia cognitivo-conductual en la psicosis Bases de la metacognición y el Entrenamiento Metacognitivo Uso práctico del Entrenamiento Metacognitivo

Metodología: Activa y participativa. Formato de presentación en Power Point y videos. Aplicación práctica de cada uno de los módulos, con ejemplos y formato role-play entre docente y grupo de participantes. Previo al taller, se les proporcionara a los asistentes los materiales del EMC para su familiarización con los mismos.

Duración: 5 horas **Número de plazas:** 25

Fechas y horario: 27 de junio del 2018 de 09:00 a 14:30 horas

Lugar de celebración: C.S. Paseo Imperial. C/ Toledo, 180

Fecha límite de inscripción: 13 de junio de 2018

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

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

Programa:
09:00-09:45 ¿Por qué la Terapia Cognitivo Conductual en la psicosis?

09:45-10:30 Metacognición y Entrenamiento Metacognitivo (EMC)

10:30-11:30 Familiarización con los materiales del EMC: manual, ejercicios, tarjetas, videos

11:30-12:00 Descanso

12:00-14:30 Practica de los módulos del EMC, puesta en marcha de un grupo de EMC

Profesora: **María Luisa Barrigón Estévez.** Psiquiatra del Hospital Fundación Jiménez Díaz. Médico adjunto del Servicio de Psiquiatría. Tutora de residentes de psiquiatría

Coordinación
Docente: Antonio Miguel Villalba Borruel. Enfermero Especialista en el CSM Carabanchel. AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre.

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

Administrativa: Lara Huerta Pita. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
informacioncursos.fc@salud.madrid.org
Teléfonos: 914265456 / 915290599

INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

Publicaciones ²

- Sanz-Fuentenebro FJ. **Características del estímulo en terapia electroconvulsiva. Una revisión pragmática.** Rev Psiq y S Mental (2018) 11,1:36-47.

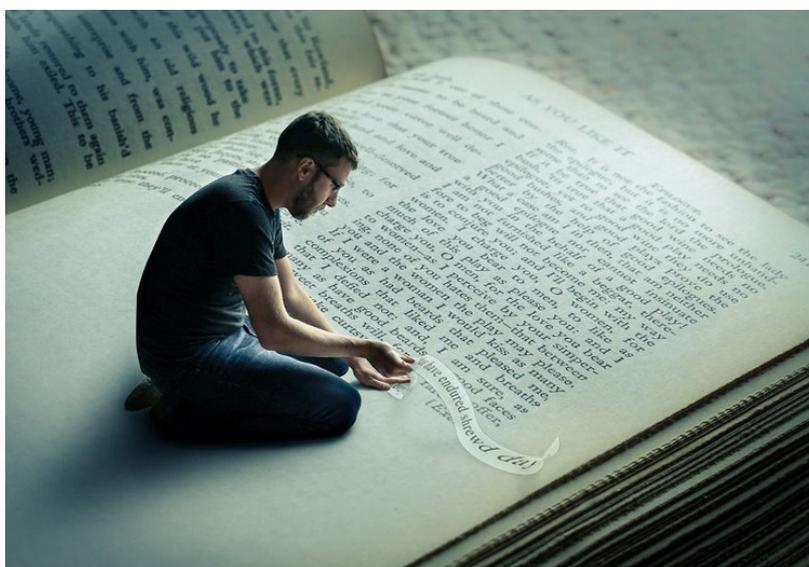
Pdf en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989116300568-5300>

- Padilla Torres D, Martínez Martín N, Espín Jaime JC y Jiménez Arriero MA. **El tratamiento grupal de adolescentes con trastornos graves de personalidad: una aproximación contextual.** Rev Asoc Esp Neuropsiq (2017) 37,121:349-378.

Pdf en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/17011/16881>

- Togneri Pastor M. **La adolescencia y las nuevas sexualidades: jornada con Beatriz Janín.** Rev Clínica contemporánea (2018) 9,e8:1-2.

Pdf en: <http://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n1a11.pdf>



Dan King: "Man-words-book" (<https://www.awesomeinventions.com/dan-king-surreal-composite-photos>)

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

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL



Hacer la residencia con nosotros

La Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Hospital 12 de Octubre ofrece al residente la posibilidad de realizar una formación completa a múltiples niveles.

Nuestros planes y trayectos formativos se desarrollan en un contexto multidisciplinar y plural, que permiten la adquisición de conocimientos y habilidades clínicas tanto individuales como colectivas, potenciando el funcionamiento grupal y de equipo característico de nuestra especialidad.

Unidad Docente Multidisciplinar

Nuestra Unidad Docente está permanentemente atenta a introducir mejoras en el programa formativo de sus residentes, que garanticen una supervisión y una oferta formativa docente con los mayores criterios de calidad posibles. Fruto de ello es el desarrollo y puesta en marcha de los trayectos formativos individualizados, los protocolos de supervisión, los planes de evaluación formativa basada en competencias, la implantación de técnicas de evaluación objetiva de la capacidades y, ya pensando en el mañana, el desarrollo de la troncalidad y la oferta de la especialidad en Psiquiatría del Niño y del Adolescente.



Para saber más...

En nuestra página web puedes encontrar más información y materiales que te permitirán hacerte una idea del cuidado que ponemos en la formación de nuestros residentes. Allí podrás descargar nuestro Calendario docente, el Boletín del Servicio o nuestra revista Cuadernos de Salud Mental, y podrás consultar los distintos programas de rotaciones.

visita: www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

- Especialidad/Residentes Psiquiatría
 - Especialidad/Residentes Psicología Clínica
 - Especialidad/Residentes Enfermería Salud Mental
- Y si todavía te queda alguna duda
escribenos a: psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org



UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

FUTUROS RESIDENTES



PSIQUIATRIA PSICOLOGIA CLÍNICA ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

v. 02/2018

NUESTRO SERVICIO

El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre, se creó en 1989.

En 2011, tras acuerdo y firma con la Gerencia del Hospital, se constituye como **Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM)** donde quedan intergrados el Servicio hospitalario y los tres Centros de Salud Mental comunitarios dependientes del Hospital, y la Formación especializada de **MIR de Psiquiatría, PIR de Psicología Clínica y EIR de Enfermería de Salud Mental.**

Actualmente se mantiene como referente asistencial para la población de los Distritos de Carabanchel, Usera y Villaverde, en torno a 450.000 habitantes.

El **Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM)** está constituida por:

- 50 Psiquiatras.
- 22 Psicólogo/as Clínico/as.
- 27 Enfermeras/os.
- 1 Terapeuta Ocupacional.
- 12 Auxiliares de Enfermería.
- 2 Técnicos Especialistas.
- 16 MIR.
- 8 PIR.
- 4 EIR.
- 7 Trabajadores Sociales.
- 29 profesionales No Sanitarios

Jefe de Servicio
Dr. Gabriel Rubio Valladolid

RECURSOS

- Equipos multiprofesionales y plurales
- Modelo de trabajo comunitario
- Formas de gestión clínica innovadoras
- Integración y coordinación de distintas instituciones y titularidades sanitarias y sociales
- Variedad de modelos clínicos funcionando en coordinación
- Investigación, contando con grupos de investigación integrados en el CIBERSAM y otras redes de investigación nacionales e internacionales.
- Participación en trabajos de investigación y realización de tesis doctorales
- Organización de Jornadas y Congresos científicos nacionales e internacionales por el propio Servicio, de reconocido prestigio.
- Disponemos de los siguientes Unidades y Programas:

Centros de Salud Mental
Unidades de Hospitalización Breve
Unidad de Interconsulta y Enlace
Unidad de Transición Hospitalaria.
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Unidad de Investigación
Unidad de Psicoterapia
Urgencias de Psiquiatría
Hospital de Día Infanto-Juvenil
Programa de Conductas Adictivas y P. Dual
Programa de TEC
Programa de Psicogeriatría
Programa de Psicodiagnóstico y Psicometría
Programa de Ts. de la Conducta Alimentaria,
Programa de Prevención del Suicidio
Programa de Cuidados Post-Alta
Programa de Primeros Episodios Psíquicos
Centro de Rehabilitación Psicosocial*
Centro de Rehabilitación Laboral*
Centro de día*
Equipo de Apoyo Socio-Comunitario*
Mini-residencias y pisos supervisados*

*Dispositivos asociados

PROGRAMA FORMATIVO

La amplitud de recursos humanos y estructurales permiten un completo itinerario formativo en la especialidad, así como un alto nivel de individualización del mismo.

El Servicio cuenta con un completo programa docente, centralizado en los espacios de docencia de los miércoles, así como en los distintos dispositivos (sesiones clínicas, revisiones), que son obligatorias.

Anualmente se realiza un Calendario docente, según las necesidades formativas e indicaciones que fijan los programas oficiales de las Comisiones Nacionales de cada especialidad y las recomendaciones de la Auditoría a la Unidad Docente de Salud Mental. Nuestro calendario docente se publica anualmente y se puede consultar en la web.

Gracias a este esfuerzo formativo cada residente diseña con su tutor su Plan Individualizado de rotaciones atendiendo a las recomendaciones del programa oficial de su especialidad, el protocolo docente del servicio (denominado GIFT: Guía Itinerario Formativo tipo) y las necesidades e intereses personales de cada residente.

Puedes consultar todos estos materiales en nuestra web:

madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

EQUIPO DE CALLE: OTRA FORMA DE ENTENDER LA PSIQUIATRÍA

Ana Cabrera Lozano

M. I. R. 4º año de Psiquiatría

H. U. 12 de Octubre

Entre los meses de mayo y junio de 2017 tuve la oportunidad de rotar en el **Equipo de Calle de Salud Mental (ECSAM) de Madrid**, que es un programa que se encarga de la atención psiquiátrica a los enfermos mentales sin hogar. Que cambiaría para siempre mi forma de ver la psiquiatría y la salud mental, y a su vez me reconciliaría con esta especialidad.

Se calcula que en Madrid residen unas 2000 personas sin hogar, de las cuales el 30% tiene un trastorno mental grave, y de ellas el 65% tienen Esquizofrenia, el 14% Trastorno Ideas Delirantes, el 9% Trastorno Esquizoafectivo y el 7% Trastorno Bipolar. Además añadidas suelen tener enfermedades infecciosas y o somáticas, problemas legales y la inmigración.

Antes de comentar mi experiencia explicaré cómo funciona este equipo. En primer lugar, depende de los hospitales La Paz y Clínico San Carlos. También forma parte una empresa privada llamada PRISEMI que está subcontratada por la consejería de Sanidad y que gestiona plazas en una Mini Residencia, un Centro de Día y Pisos Supervisados y contrata a una psicóloga y los educadores.

El equipo está compuesto por 2 psiquiatras, 4 enfermeros, 1 psicóloga, 3 trabajadores sociales y 5 educadores. El equipo trabaja en coordinación con el Samur Social y entidades como la Cruz Roja y Cáritas colaboran con ellos. Las derivaciones se realizan principalmente a través de dos vías: los servicios sociales a través del Samur Social, existiendo una reunión semanal con cada equipo del Samur Social donde se realizan dichas derivaciones; y a través de los servicios sanitarios, fundamentalmente desde las Unidades de Hospitalización Breve de los hospitales de la ciudad de Madrid.

El equipo se divide a su vez en los subequipos de Enganche y de Rehabilitación. Enganche lo constituyen los 4 enfermeros, 2 trabajadoras sociales y 2 educadores sociales y Rehabilitación y Reinserción: 1 psicóloga, 1 trabajadora social y 3 educadores sociales. Cada paciente tiene asignado un psiquiatra y un enfermero, que se mantiene a lo largo del proceso. Como se puede imaginar la labor del equipo de enganche está más enfocado a que el usuario acceda a mantener relación con el equipo y posteriormente a tratamiento si se considera necesario y si el usuario accede, también a recibir ayudas como plazas en albergues, acompañamiento a citas médicas, o regularización de su situación en caso de inmigrantes sin papeles. El equipo de Rehabilitación interviene con los usuarios que ya llevan tiempo con el equipo y en tratamiento, gestionan las plazas en los dispositivos de rehabilitación antes mencionados y los usuarios viven y/o acuden a ellos.

Durante mi rotación acompañé fundamentalmente a los psiquiatras, educadores y enfermeros en su trabajo diario. No existía una rutina establecida, salvo los martes. Ese día se mantiene una reunión con todos los miembros del equipo donde se habla de todos los pacientes, al final de la jornada acudían un equipo del Samur Social donde ese habla de casos comunes y se llevan a cabo las derivaciones. Los miércoles o jueves existía consulta ambulatoria en el Centro de Salud Mental de Centro, situado en el barrio de Lavapiés y perteneciente al Hospital Clínico. A diferencia de una consulta ambulatoria de CSM habitual allí los pacientes acuden a lo largo de la mañana sin tener cita asignada y se les atiende generalmente por orden de llegada. Esta dinámica facilitar la asistencia a estos pacientes.

El perfil del paciente es el de un hombre, subsahariano y con esquizofrenia paranoide. El 55% son inmigrantes y, como he mencionado antes, la mayoría padecen esquizofrenia paranoide. Sobre la incidencia de esquizofrenia en la población inmigrante existen varias hipótesis:

- PREDISPOSICIÓN A MIGRAR: las personas más vulnerables a desarrollar psicosis se caracterizarían por ser inquietas, desarraigadas y finalmente migrarían abandonando su patria.
- MAYOR PREVALENCIA: hay poblaciones con mayor prevalencia de ciertas enfermedades mentales, y esto contribuiría a explicar la alta tasa de psicosis en los migrantes.
- DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS: la edad, sexo, estado marital y status socioeconómico de los migrantes actuarían como factores de confusión en la comparación de las diferentes tasas de desarrollo de cuadros psicóticos entre aborígenes, no migrantes y migrantes.
- ERRORES DIAGNÓSTICOS: en los países de destino, los individuos migrantes podrían ser diagnosticados como psicóticos sin reunir realmente criterios para dicho diagnóstico.
- DUELO MIGRATORIO: factores migratorios y post-migración: *“pocos cambios, de entre los muchos a los que debe adaptarse el ser humano a lo largo de su vida, son tan complejos y amplios como los que acontecen en el proceso de migración”*. Parcialidad, recurrencia y multiplicidad.
- FACTORES DEL NEURODESARROLLO: infecciones intrauterinas, complicaciones obstétricas, déficit de vitamina D en migrantes, trauma infantil.
- TÓXICOS: mayor abuso de sustancias en los migrantes.

Los miembros del equipo adoptan el modelo de recuperación que implica adoptar una forma de pensamiento en la que se focaliza la intención del profesional en trabajar, conjuntamente con el otro, en un camino hacia su bienestar más que centrarse meramente en el concepto de curación. Los pacientes suelen rechazar el diagnóstico, lo que a la vez les permite sobrevivir mejor pero les hace rechazar posibles *“ayudas”* relacionadas con la enfermedad: por ejemplo, medicación o trámites burocráticos para una pensión económica por discapacidad, etc...

Se utiliza el modelo asertivo comunitario que se centra en proporcionar atención comunitaria integral y continuada. Promueve integración social, calidad de vida y relaciones interpersonales con intervenciones clínicas precisas y focalizando la atención en desarrollar al máximo los puntos fuertes, capacidades y cualidades más conservadas y más características de cada paciente.

Cada día en el equipo de calle, salvo los martes, era diferente y con una nueva dinámica. Había días que me unía a los enfermeros en su consulta o lo hacía con los psiquiatras. Un viernes también fui de espectadora al partido de fútbol sala que jugaban varios usuarios del equipo que participan en una liga local. También acudí o realicé yo primeras valoraciones tanto en paciente ingresados en UU.HH.BB. de Psiquiatría como que en ese momento se encontraban en la calle. Este tipo de valoraciones se hace de forma conjunta con miembros del Samur Social, quienes introducen al paciente. La valoración se puede realizar en una cafetería, una terraza, un banco o la zona donde los pacientes suelen encontrarse habitualmente. También se realiza seguimiento a los pacientes conocidos, que como he dicho se pueden acercar la CSM pero el equipo también se deslaza hacia dónde se encuentran. Pueden estar en alguno de los pisos supervisados o en la MiniResidencia. Pude conocer de primera mano la red de albergues de Madrid y llevar a cabo vistas en ellos. Tuve la oportunidad de conocer pacientes que gracias al equipo habían regularizado su situación, conseguido una pensión no contributiva, una plaza en alguno de los recursos o alquilar una habitación; siendo el objetivo final la derivación a la red de salud mental *“normalizada”*.

Sobre todo destacaría de esta rotación el que cambió mi imagen de la psiquiatría y mi tolerancia al trastorno mental. Al principio comentaba que había pacientes que veíamos y que si yo los hubiese atendido en la urgencia del hospital los habría ingresado, sin embargo desde el equipo se concibe el ingreso como la última opción. Por supuesto se llevan a cabo traslados forzosos, pero no por el hecho de estar psicótico se procede al ingreso de un paciente. Lo más importante es el enganche con el equipo, ya que un ingreso de poco sirve si al alta el paciente desaparece o se pierde el vínculo. De manera que se estudian los pormenores de cada caso y la repercusión que la sintomatología tiene en cada individuo.

EL DISFRAZ DE LAS EMOCIONES

A propósito de una rotación externa en dispositivos específicos de salud mental infanto-juvenil en el H.G.U. Gregorio Marañón

Marta Feito García
EIR Salud Mental 2º año
H.U. 12 de Octubre

4 septiembre 2017 –31 octubre 2017
Responsable: Mercedes Peña

Situación:

La **Unidad Infanto-juvenil del Hospital Universitario Gregorio Marañón** se encuentra situada en la primera planta del edificio de la calle Ibiza nº43 (29009-Madrid).

Servicio de **Psiquiatría**
del Niño y del Adolescente



Programa AMI-TEA

Estructura y función:

El programa AMI-TEA (Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro del Autismo) es un programa piloto que consiste en la gestión de casos para la atención a la salud de personas con TEA.

Las personas con autismo en muchas ocasiones no solo tienen mayores necesidades médicas que el resto, sino que presentan, además, unas características particulares que hacen que el acceso a los servicios sanitarios se convierta en una experiencia complicada e incluso a veces traumática. Muchas personas tienen grandes dificultades para comprender situaciones y contextos sociales como son una prueba o una consulta médica. Por ello, este programa pretende facilitar las visitas médicas de las personas con TEA, proporcionando información a los pacientes para que puedan entender y anticipar las citas médicas así como proporcionar información al resto de profesionales sobre las características de estos profesionales y consejos prácticos para las familias.

Este programa surgió en 2009 a partir de la consideración de que las personas con TEA recibían una atención sanitaria insuficiente debido a sus dificultades de comunicación, relación y comportamiento y las propias dificultades del sistema sanitario para adaptarse a ellas. La Función del servicio es de gestión, facilitación y acompañamiento de los pacientes y sus familiares, así como de profesionalización de los

sanitarios y protocolización de los procesos, con el objetivo de que esta población pueda ser atendida en sus necesidades sanitarias igual que el resto de la población.

El recurso está ubicado y es coordinado por el departamento de psiquiatría Infanto-juvenil del hospital y comprende físicamente 7 despachos, 1 sala de juegos, 1 sala de espera y la recepción.

La población a la que atiende es indefinida, de la Comunidad de Madrid o de cualquier otra Comunidad (que acepte el gasto), pueden ser derivados al programa todas aquellas personas diagnosticadas de TEA de cualquier edad por parte de cualquier médico especialista de referencia. En la actualidad se encuentran incluidos en el programa 3588 personas.

Recursos humanos

Turno único de mañana:

- 2 psicólogas
- 4 psiquiatras
- 1 enfermera
- 1 auxiliar administrativo
- 1 nutricionista (1 día/semana)
- 1 neurólogo (1 día/semana)

Funciones de enfermería:

- Recibimiento de pacientes nuevos.
- Acompañamiento de pacientes a primeras citas.
- Gestión de casos de forma presencial o telefónica.
- Coordinación con el resto de profesionales del equipo y de otras especialidades.
- Educación a pacientes, familias y profesionales.
- Labores de sensibilización.
- Extracciones analíticas para el programa y para investigación.

Reflexión:

En este recurso tan específico, he aprendido la importancia que tiene el estar sensibilizado con ciertas patologías como el TEA. Nunca había estado en contacto con este “mundo” hasta el momento, y me ha sorprendido la gran variedad de personas que lo sufren, cada una a su manera y muy distintas las unas de las otras; el TEA no sigue un patrón, y en este recurso he visto desde niños con un importante retraso en el desarrollo sin haber adquirido el habla hasta personas con un nivel alto de funcionalidad, todas ellas con algo en común: una forma distinta de ver el mundo y de expresar sus emociones mediante su conducta.

El conocer este recurso, me ha hecho pensar en el desconocimiento por parte de otros profesionales de esta patología y la gran ayuda que supone tanto para estas personas como para sus familias el poder disponer de alguien que les facilite los tiempos de espera y la asistencia a pruebas y consultas que, en la gran mayoría de las ocasiones, el paciente no ve la necesidad ni el por qué. Me ha parecido especialmente bonita la parte de la educación a otros profesionales y el ayudar a los niños a anticiparse y preparar una prueba, a explicarles paso a paso como va a ser el proceso de una extracción analítica o de una radiografía y buscar junto a ellos alternativas de distracción durante el proceso, (contar hasta 10, ver videos, cantar...), en definitiva, entrar en su juego y en su “mundo” por un instante.

Unidad de Hospitalización de adolescentes

🚧 Estructura y función:

La Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (H.G.U.G.M.) fue inaugurada en noviembre del año 2000, siendo en el momento de su inauguración el único recurso existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescente en la Comunidad de Madrid. Actualmente existen otros dos recursos en la Comunidad (Hospital Niño Jesús y Nuestra Señora de la Paz).

Va dirigida a población entre 12 y 17 años y su objetivo principal es el estudio y estabilización de aquellos cuadros psiquiátricos agudos que requieran hospitalización a tiempo total y durante un periodo aproximado de una a tres semanas. Para ello cuenta con 20 camas.

🚧 Recursos humanos de los que consta la unidad:

| | TURNO MAÑANA | TURNO TARDE | TURNO NOCHE |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| ENFERMERAS/OS | 3 o 4 | 3 | 2 |
| EIR | Hasta 3 | 1 | |
| AUXILIARES DE ENFERMERÍA | 3 | 3 | 2 |
| SUPERVISOR | 1 | 1 de guardia | 1 de guardia |
| PSIQUIATRAS | 5 | 1 de guardia | 1 de guardia |
| MIR | Hasta 4 | 2 de guardia | 2 de guardia |
| PSICÓLOGOS | 1 | | |
| PIR | 1 | | |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL | 2 | | |
| PROFESORAS | 2 | | |
| CELADORES | 1 | 1 | 2 |
| GUARDA DE SEGURIDAD | 1 | | |

🚧 Características específicas de infraestructura de la unidad:

- Fijación de camas, mesillas y taquillas para evitar incidentes.
- Puertas de seguridad en las habitaciones, de forma que sea posible la salida de la habitación en cualquier momento (para momentos de emergencia) pero no la entrada a la misma. La puerta de acceso a la unidad permanece cerrada, aunque si se activa la señal de incendio de abre automáticamente.
- Colchones ignífugos en todas las habitaciones, detectores de humo y sistema contra incendios.
- Cámaras de seguridad que vigilan todas las habitaciones y zonas comunes (con sistema infrarrojo para control nocturno).
- Sistemas de seguridad en los cuartos de baño, (espejos irrompibles y duchas que se desprenden ante un peso considerable) para evitar la posibilidad de suicidio mediante cortes o ahorcamiento.
- Ventanas: clausuradas, con sistema de persianas diseñado para detectar restos de vómitos alimenticios y cristales blindados con persiana entre el doble cristal. Ausencia de barras y cortinas.
- Botones de alarma a través de pulseras que se ponen los profesionales al inicio del turno y dejan al finalizar.
- Habitación acolchada para pacientes que necesitan descargar agresividad.

- Habitación de control con pared acristalada visible desde el control de enfermería, con una única cama anclada en medio de la habitación para casos de vigilancia intensiva o de inmovilización terapéutica.
- Patio de juegos al aire libre con cancha de baloncesto, fútbolín y suelo de goma.

Funciones de enfermería:

- Recibimiento y acogida del paciente y la familia al ingreso en la Unidad.
- Registro de pertenencias y del paciente al ingreso (junto con Auxiliar de Enfermería).
- Toma de constantes según necesidades individualizadas de cada paciente.
- Supervisión de ABVD: higiene, baño, alimentación, seguridad.
- Preparación y administración de tratamiento pautado (oral, I.M, I.V).
- Educación para la salud: tratamiento farmacológico (indicaciones, efectos secundarios).
- Extracciones sanguíneas, muestras para laboratorio y EKG.
- Contacto terapéutico con los enfermos a su cargo: habilidades de la comunicación (creación del vínculo terapéutico, contenciones verbales, escucha activa, facilitación de la expresión emocional).
- Terapeuta principal en grupos de arteterapia y actividades deportivas de la tarde.
- Pase de consulta junto psiquiatría (cada enfermera trabaja en equipo con un psiquiatra formando tándem psiquiatra-enfermera).
- Información telefónica diaria a las familias.
- Cuidados de enfermería relacionados con la alimentación (prevención de conductas purgativas, restrictivas o impulsivas).
- Cuidados de enfermería relacionados con el deterioro de la integridad cutánea (por autolesiones).
- Cuidados de enfermería relacionados con el manejo e identificación de las emociones.
- Cuidados de enfermería relacionados con las relaciones interpersonales (normas y límites, preservación de la intimidad)
- Cuidados de enfermería relacionados con el autoconcepto y autoestima.
- Cuidados de enfermería relacionados con la sexualidad (relaciones sexuales de riesgo, medidas anticonceptivas).
- Atención en situaciones de crisis o urgencias psiquiátricas y participación activa en las Inmovilizaciones Terapéuticas (IT).
- Vigilancia constante mediante presencia física o cámaras.
- Registro informático de la evolución del paciente y planificación de cuidados de enfermería durante el ingreso a través de Planes de Cuidados estandarizados.

Reflexión:

Esta rotación ha sido una de las más intensas de la residencia, la elegí como rotación libre para tener un mayor contacto con la salud mental en la adolescencia, una etapa vital compleja caracterizada por cambios madurativos, biológicos, psicológicos, sociales y sexuales y desarrollo de un sentimiento de identidad.

El contacto con adolescentes ha sido muy intenso y me ha sorprendido descubrir la gravedad de los cuadros y lo distinto que es el manejo con esta población en comparación con los adultos. He descubierto que un buen apego y un soporte familiar sólido son imprescindibles para prevenir muchos de los problemas que tienen lugar en esta etapa; el conflicto interno que puede suponer la separación de unos padres, un exceso de normas y límites o por el contrario una relación de igual a igual entre padre e hijo, son algunos de los hechos que desestabilizan este equilibrio madurativo tan “frágil”.

Por otro lado, he visto biografías y situaciones muy duras que me han movido mucho por dentro, cuadros psicóticos y disociativos muy graves derivados de abusos sexuales y físicos en la infancia. He aprendido la importancia de un correcto manejo e identificación de las emociones que llevan a esta población a querer hacerse daño y a gestionar mi propio sentimiento de frustración al comprobar que, en muchas ocasiones, el daño es inevitable y ocurre, por muchas que sean las medidas de seguridad.

🚩 Incidente crítico:

Ocurrió una mañana, estando en la unidad de adolescentes. Se trataba de un chico de 16 años, diagnosticado de cuadro psicótico; era su tercera semana de ingreso y días atrás, este paciente había tenido grandes fluctuaciones de su estado de ánimo, desde un estado de apatía total a un estado de felicidad y risas inmotivadas continuo. Desde hacía un par de días se había empezado a trabajar con él el *insight* y la comprensión de cierta sintomatología. Esa mañana se levantó muy suspicaz, con rechazo hacia indicaciones del personal y agresividad verbal manifiesta, poco a poco, este estado de agresividad fue en aumento y derivó en un cuadro de agitación y heteroagresividad hacia objetos muy llamativo. En este momento, la actuación por parte de enfermería fue dejar despejado el pasillo, abrir la puerta del patio, dejar que se desfogase y tirara cosas, el chico no paraba de repetir “*abridme la puta puerta, quiero irme de aquí*”, “*voy a romper todos los cristales como no me dejéis salir*”. Poco a poco, en aquellos momentos que permitía comunicación y proximidad física, le preguntábamos si le podíamos ayudar en alguna otra cosa que no fuera irse, ya que esa petición no se la podíamos conceder, y, a base de paciencia, en una de estas ocasiones pidió poder hablar con su madre por teléfono, se le facilitó la llamada y la escalada de agresividad comenzó a disminuir tras hablar con su madre, posteriormente se le ofreció hablar con nosotros y tomarse la medicación opcional que aceptó y el cuadro terminó de ceder. Nos contó que estaba muy triste, que estaba empezando a tomar conciencia de que “*estaba malo*” y de que, en su vida, iban a tener lugar cambios que le hacían entristecer.

Conclusión:

1. En esta ocasión, se pudo proceder a una desactivación verbal que fue efectiva, evitando de esta forma la inmovilización terapéutica con presencia de seguridad en el momento de la agitación, y logrando el objetivo de calmar al paciente sin necesidad de que viva la experiencia traumática de la contención, que a su vez podría haber generado mayor agresividad. ¿Cuántas veces realizamos inmovilizaciones terapéuticas que se podrían evitar? ¿Qué métodos y técnicas alternativas podemos encontrar antes de tener que llevar a cabo una IT?

2. Muchas veces, las emociones, no vienen solas o “*vienen disfrazadas*” y se confunden entre sí, creo que en este caso, la conciencia de enfermedad y el descubrimiento de ciertos cambios hizo que el chico “*disfrazara la tristeza de furia*”. Me gustaría dejar un fragmento del libro de Jorge Bucay “*Cuentos para pensar*” que me traslada a este paciente y la situación:

En un reino encantado donde los hombres nunca pueden llegar, o quizás donde los hombres transitan eternamente sin darse cuenta...

En un reino mágico, donde las cosas no tangibles, se vuelven concretas...

Había una vez... un estanque maravilloso.

Era una laguna de agua cristalina y pura donde nadaban peces de todos los colores existentes y donde todas las tonalidades del verde se reflejaban permanentemente...

Hasta ese estanque mágico y transparente se acercaron a bañarse haciéndose mutua compañía, la tristeza y la furia.

Las dos se quitaron sus vestimentas y desnudas las dos entraron al estanque.

La furia, apurada (como siempre está la furia), urgida -sin saber por qué- se bañó rápidamente y más rápidamente aun, salió del agua...

Pero la furia es ciega, o por lo menos no distingue claramente la realidad, así que, desnuda y apurada, se puso, al salir, la primera ropa que encontró...

Y sucedió que esa ropa no era la suya, sino la de la tristeza...

Y así vestida de tristeza, la furia se fue.

Muy calma, y muy serena, dispuesta como siempre a quedarse en el lugar donde está, la tristeza terminó su baño y sin ningún apuro (o mejor dicho, sin conciencia del paso del tiempo), con pereza y lentamente, salió del estanque.

En la orilla se encontró con que su ropa ya no estaba.

Como todos sabemos, si hay algo que a la tristeza no le gusta es quedar al desnudo, así que se puso la única ropa que había junto al estanque, la ropa de la furia.

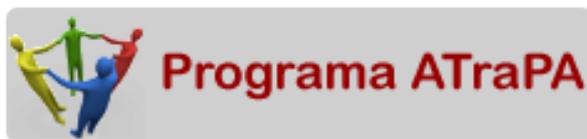
Cuentan que desde entonces, muchas veces uno se encuentra con la furia, ciega, cruel, terrible y enfadada, pero si nos damos el tiempo de mirar bien, encontramos que esta furia que vemos es sólo un disfraz, y que detrás del disfraz de la furia, en realidad... está escondida la tristeza.

Programa ATraPA

🌈 Estructura y función:

ATraPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia), es un programa asistencial específico para el estudio y tratamiento de adolescentes con alta inestabilidad emocional y trastorno de la personalidad límite que nació en el año 2009 dentro del equipo del servicio de psiquiatría del niño y el adolescente con el objetivo de poder reflexionar sobre estos dilemas e intentar orientar la indicación clínica más adecuada para estos adolescentes y familias y, asimismo, poder avanzar en el conocimiento de la estabilidad e inestabilidad de las emociones en esa etapa de la vida. Sigue un modelo de terapia dialéctico-conductual.

Está formado por una psicóloga, una psiquiatra y una enfermera y va dirigido a aquellos pacientes de la unidad de hospitalización de adolescentes que presentan conductas repetidas de autolesión y hacia sus familiares.



🌈 Funciones de enfermería:

La enfermera realiza todos los martes, en la unidad, un grupo abierto de terapia denominado “*Terapias alternativas a la autolesión*”, donde se trabajan habilidades de identificación y gestión de emociones, así mismo, trabaja con “las niñas” unas fichas de autolesiones en formato papel donde deben de ir registrando motivos desencadenantes de las autolesiones y emociones ligadas a la acción y conducta cada vez que tengan ganas de autolesionarse o lleguen a hacerlo. También es la terapeuta encargada, junto con la psiquiatra, de impartir un grupo cerrado de psicoeducación para padres de pacientes que han estado hospitalizadas.

🌈 Reflexión:

Este programa me ha resultado una de las herramientas más enriquecedoras en el trabajo con adolescentes con TLP, y el hecho de que la encargada de realizar los grupos de terapias alternativas a la autolesión que tienen lugar en la unidad sea una enfermera, me ha hecho aproximarme más a este papel y “empaparme” del mundo de las emociones y el entrenamiento en habilidades. Muchas veces, el estigma que tenemos los profesionales hacia este trastorno y concretamente hacia estas conductas, denominadas “llamadas de atención”, impide una comprensión del sufrimiento interno que tienen estas pacientes. En muchas ocasiones, la autolesión es la manifestación de un malestar intenso, una incapacidad para expresar o sentir emociones, para pedir ayuda... y en este programa se dota de una serie de habilidades para dejar de realizar esta conducta, sin duda una de las funciones de la enfermería de salud mental más bonita que he presenciado en esta unidad.

**ROTACION EXTERNA:
NEUROPSYCHIATRIC UNIT. ROYAL MELBOURNE HOSPITAL
(Melbourne, Australia)**

*Ester González Martínez
Médico Residente 4º año
H.U. 12 de Octubre*



La Unidad de Neuropsiquiatría del Royal Melbourne Hospital (RMH) se encuentra situada en la segunda planta del *John Cade*, edificio que tiene este nombre en honor al médico australiano que descubrió la utilidad del litio como estabilizador del humor. Durante mi estancia he tenido la posibilidad de ver cómo se trabaja en las unidades que menciono a continuación:

- Unidad de Hospitalización de Neuropsiquiatría
- Consultas ambulatorias:
 - Programa de Huntington
 - Programa de Demencia de inicio de precoz
 - Programa de enfermedades metabólicas
- Unidad de Epilepsia
- Neurorradiología
- Unidad de trastornos del movimiento
- Unidad de Neurogenética
- Unidad de Enlace e Interconsulta de Psiquiatría

Unidad de Hospitalización

El equipo de la Unidad de Hospitalización de Neuropsiquiatría está compuesto por: un adjunto de psiquiatría, una neuropsicóloga, dos enfermeros, dos residentes de psiquiatría, una residente de psicología, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social y una responsable de arteterapia. Consta de 6 camas, con una ocupación de unos 3-4 pacientes.

Habitualmente ingresa un paciente el lunes y otro el martes. Todas las mañanas, sobre las 9:15 horas, el equipo de enfermería informa al resto de profesionales de la unidad sobre el estado del paciente durante la tarde y la noche anterior. El equipo se reúne dos veces a la semana (los martes y los jueves) para compartir impresiones. Se intercambian información, desde las diferentes perspectivas profesionales, sobre la sintomatología y la funcionalidad de la persona evaluada. En estas reuniones se revisan los resultados en las diferentes pruebas de neuropsicología y las pruebas médicas complementarias. Además, la terapeuta ocupacional describe como se desenvuelve el paciente en las actividades cotidianas, desde los aspectos más básicos (cómo camina o se ducha) hasta los más complejos (cómo se desenvuelve en el supermercado, si entiende lo que lee...). Se proyectan las pruebas de imagen (TAC, RMN y SPECT cerebrales) en una pantalla y se explican los hallazgos que se observan. Se trata de ver si existe un correlato entre los síntomas referidos, las conductas observadas, los aspectos

cognitivos y las pruebas de imagen. En este sentido, me han parecido muy formativas estas reuniones porque he podido aprender a leer en más profundidad resonancias magnéticas y SPECTS. Por otro lado, he asistido a algunas evaluaciones realizadas por las neuropsicólogas y me he familiarizado con los test que utilizan y con la interpretación de los mismos. Como aspecto diferente, en Melbourne se utiliza habitualmente como herramienta de evaluación de las funciones cognitivas el NUCOG y no otras herramientas como el MMSE o el fototest. Se trata de un test diseñado y validado por los psiquiatras de esta misma unidad. He asistido a las entrevistas y a las exploraciones realizadas por los psiquiatras y he seguido al paciente desde el ingreso hasta el alta, presenciando las reuniones entre profesionales y también con los familiares.

Como aspectos diferentes a los que vemos en España destaca la visita de un neurólogo 1 vez a la semana a la planta de Psiquiatría para valorar a los pacientes sobre los que surgen dudas; también la valoración por parte de la Terapeuta Ocupacional de los pacientes. En Melbourne se valora la capacidad que tienen los pacientes para realizar las actividades acompañándoles a realizar diversas tareas, y no a través de la entrevista. Por ejemplo, se observa cómo los pacientes cocinan, ponen lavadoras, van al supermercado y se manejan con las cuentas, también se evalúa qué capacidad tienen para manejarse en transporte público. Otro aspecto novedoso era la utilización de *teleconferencias*, utilizando internet y una cámara se mantenían entrevistas con familiares y citas sucesivas con algunos pacientes a través de Skype. Este medio era especialmente útil en aquellos pacientes con movilidad reducida y que vivían a más de tres horas del hospital. También, era interesante poder entrevistar a familiares que vivían lejos como en Tasmania o incluso en otros países.

Consultas ambulatorias

Programa de enfermedad de Huntington

La Unidad de Neuropsiquiatría del RMH, es el dispositivo de referencia del estado de Victoria para los pacientes con enfermedad de Huntington. En esta unidad suelen realizar el diagnóstico y el seguimiento de personas portadoras de esta enfermedad, así como, de aquellas que ya se encuentran en una fase sintomática. En este sentido, me he familiarizado con la presentación clínica de este trastorno, con especial interés en la sintomatología neuropsiquiátrica. Se trata de una enfermedad que, aunque con una misma etología, se presentan al inicio de forma muy heterogénea. He visto pacientes con cuadros “*schizophrenia like*”, con depresiones, sintomatología obsesiva y con deterioro cognitivo. Se aprende a explorar trastornos del movimiento, por ejemplo, a diferenciar una marcha alterada por los movimientos coreicos o por las distonías. También, me he familiarizado con el tratamiento farmacológico (tetrabenacina, antipsicóticos...) y con los efectos secundarios del mismo.

Programa de Demencia de inicio precoz

A esta consulta acudían: pacientes menores de 65 años con sospecha de deterioro cognitivo y familiares de pacientes con demencias de inicio precoz para evaluación y realización de pruebas genéticas. En esta rotación he tenido la oportunidad de observar muchos cuadros de deterioro cognitivo en pacientes jóvenes que no había tenido la posibilidad de ver antes, como el síndrome de atrofia cortical posterior o múltiples demencias frontotemporales. He aprendido a relacionar las dificultades cognitivas que encontramos en un paciente con diferentes cuadros de demencia. Además, también he aprendido a localizar diferentes signos sugestivos de demencia (atrofia precuneal, de predominio frontal, en el hipocampo,...) en las pruebas de imagen. He observado el manejo terapéutico clásico y también me he informado de los ensayos clínicos que se están realizando en la actualidad para personas con diferentes tipos

de demencias (por ejemplo, el selenato sódico para la demencia frontotemporal). A nivel clínico recuerdo especialmente las demencias por alcohol. En una ocasión, valoramos una mujer que impresionaba de un trastorno de la personalidad y sin embargo, en las pruebas mostrabas déficits groseros cognitivos y en la exploración neurológica muchos signos de afectación cerebelosa. Finalmente, tanto la analítica como la paciente revelaron un consumo enólico diario importante.

Programa de enfermedades metabólicas

En estas consultas acuden principalmente pacientes con enfermedades metabólicas que debutan con sintomatología psiquiátrica pero que más tarde comienzan con otros síntomas neurológicos, especialmente motores. Esta unidad me ha permitido historiar pacientes y realizar exploraciones neurológicas muy interesantes. He podido reflexionar sobre cómo algunos trastornos metabólicos se presentan en los pacientes con sintomatología aparentemente muy similar a la de cuadros psiquiátricos primarios. Por ejemplo, he visto casos de depresión y ansiedad en déficits enzimáticos o cuadros diagnosticados de esquizofrenia que a los 10 años eran una enfermedad de Nieman Pick.

Unidad de Epilepsia

Durante 3 semanas he rotado por la unidad de epilepsia. En esta unidad, los psiquiatras se encargan de evaluar a todos los pacientes ubicados en la unidad de video-electroencefalograma (VEEG). Se trata de pacientes que ingresan para ser monitorizados mediante un EEG y grabados durante cuatro días de forma continuada. Normalmente los motivos de este tipo de ingreso son: tener un cuadro resistente al tratamiento farmacológico o dudas diagnósticas. En ambos casos la labor del psiquiatra es interesante. Por un lado, se trata de evaluar el impacto psicológico y social que la epilepsia está teniendo en estos pacientes. Antes de rotar por esta unidad no había reflexionado sobre el impacto de la epilepsia en la vida de algunas personas y creo que es importante que haya un profesional de la salud mental que evalúe cómo se encuentran estos pacientes. Por otro lado, he podido observar tanto en videos como en persona crisis psicógenas o como se dice en la literatura anglosajona PNES (*psychogenic non epileptic seizures*). He presenciado las entrevistas con estos pacientes y he aprendido a detectar determinados rasgos caracteriales y sucesos biográficos que se asocian a este tipo de cuadros. He investigado más sobre los cuadros conversivos y me han llamado la atención especialmente aquellos pacientes con síndrome de estrés postraumático y pseudocrisis. Durante esta rotación he leído artículos y libros que hablan de la asociación entre trastornos psiquiátricos y la epilepsia.

Los martes y los jueves también había una consulta de pacientes ambulatorios, tanto nuevos como revisiones. En éstas, el psiquiatra actuaba como un neurólogo. Realizando primeras entrevistas, diferenciando convulsiones de origen neurológico y psicógenas a través de la anamnesis. Durante las mismas he aprendido a realizar el diagnóstico diferencial, a solicitar las pruebas pertinentes, a saber cuándo se debe tratar con anticomiciales, cómo ajustar tratamientos y detectar los posibles efectos secundarios.

Por último, los jueves nos reuníamos durante 3 horas un equipo multidisciplinar (neurólogos, enfermeros, radiólogos y psiquiatras) para consensuar el diagnóstico y el plan terapéutico de los pacientes. Durante estas sesiones se repasaban los videos y los EEG.

En esta rotación me centré en el estudio de cuadros conversivos e incluso acudí a una conferencia: *Frontiers of psychology: What is conversion syndrome and how do we treat it?* Impartida en el instituto de investigación de Neurociencia Florey. Además, presencié cuadros clínicos muy inusuales como una joven que tenía fenómenos de *déjà vu* frecuentes y se descubrió un foco epileptógeno a nivel temporal.

Neurorradiología

Durante el primer mes y medio de mi rotación acudí 1 ó 2 días a la semana al Servicio de Neurorradiología para examinar imágenes cerebrales junto a los residentes y adjuntos de esta unidad. Esta rotación ha sido muy enriquecedora; he aprendido a diferenciar lesiones y cambios cerebrales que se producen en determinadas patologías neuropsiquiátricas de forma más precisa. Actualmente entiendo qué pruebas son más adecuadas para ver las diferentes estructuras del sistema nervioso central (corteza cerebral, sustancia blanca, anatomía...) así como, para entender su funcionamiento (SPECT o el PET). Me han explicado que significan los diferentes colores en estas pruebas de imagen y los principios radiológicos en los que se basan. Lo más interesante es que he integrado estos conocimientos en la clínica diaria durante mi rotación por la unidad de hospitalización y por las consultas ambulatorias.

Unidad de trastornos del movimiento

La unidad de trastornos del movimiento pertenece al Servicio de Neurología y consta de 5 consultas en las que se dividen adjuntos y residentes. Durante esta rotación he examinado fundamentalmente pacientes con enfermedad de Parkinson. El objetivo principal para mí fue aprender a realizar una exploración neurológica más enfocada en estudiar posibles trastornos del movimiento, ver pruebas complementarias como el DAT-SCAN y familiarizarme con los fármacos más utilizados en estas enfermedades y los efectos adversos más comunes. Roté varios días con un adjunto experto en estimulación cerebral profunda. Este médico dispone de unos vídeos que explican a los pacientes en qué consiste la intervención quirúrgica, los posibles riesgos y beneficios. Además, también se les explica de forma sencilla en qué consiste la estimulación y como se ajusta el voltaje y los electrodos periódicamente. El Royal Melbourne Hospital es un hospital de referencia de esta técnica y tiene muestras muy amplias de pacientes y publicaciones al respecto. Por ello, me revisé muchos de estos artículos que me han parecieron muy interesantes. De hecho, la estimulación cerebral profunda tiene efectos adversos neuropsiquiátricos como episodios maníacos o depresión; y al parecer presentar un estado maníaco (paciente muy sonriente y exaltado) cuando se coloca y enciende el electrodo en el quirófano es un factor de buen pronóstico. También, he visto la utilización de esta técnica en sujetos con casos graves de Trastorno Obsesivo Compulsivo resistente a psicofármacos y con un impacto muy importante en sus vidas.

Unidad de neurogenética

Los miércoles tuve la oportunidad de rotar por la unidad de Neurogenética. En esta rotación, aunque en un principio pensé que se alejaría mucho de mi práctica clínica, me llevé una grata sorpresa. El equipo era muy acogedor y abordaban diferentes aspectos de la práctica clínica. Aprendí a recoger la historia familiar de una forma minuciosa y era muy interesante ver cómo se podía acertar el tipo de herencia de una enfermedad recogiendo estos datos. Por otro lado, el neurólogo que se encargaba de esta consulta llevaba un maletín enorme repleto de instrumentos que no había visto previamente y que utilizaba para realizar las exploraciones neurológicas más exhaustivas que he presenciado a largo de mi carrera, explicándome paso a paso el motivo por el que realizaba esta o aquella prueba y la información que obtenía. Otro aspecto que merece especial mención es haber conocido algunas enfermedades raras familiares como las ataxias espinocerebelosas (ASC) y su relación con el mundo de la psiquiatría. Por ejemplo, el subtipo 17 de la ASC comúnmente debuta con clínica psiquiátrica y puede confundirse con un cuadro psiquiátrico primario. También otros cuadros como el subtipo 2A de la ataxia episódica intermitente suele tener como desencadenante de la clínica un estresor emocional o el consumo de alcohol y podría confundirse con un cuadro conversivo.

Por último, los profesionales se encargaban de informar a los pacientes y familiares de los resultados genéticos de enfermedades neurodegenerativas, con herencia autosómica dominante en muchas ocasiones. Se trataba de un momento crítico en el que se vivía mucha tensión emocional. Se explicaba de forma sencilla las implicaciones de esta herencia en sus descendientes y los pros y los contras de realizarse los test en el momento en que se encontraban asintomáticos. También, se les asesoraba en el ámbito de manipulación genética si deseaban tener hijos. En esta unidad existía un equipo de apoyo psicológico y se iba transmitiendo esta información gradualmente a lo largo de muchos encuentros en las consultas. En este sentido, he observado cómo se puede manejar esta información tan delicada en las familias.

Unidad de Enlace e Interconsulta de Psiquiatría

Roté durante una semana en esta unidad. La labor era muy similar a la realizada en España. Los médicos de otras especialidades realizaban partes interconsultas al Servicio de Psiquiatría para el manejo de alteraciones conductuales, para ayudar al diagnóstico de un cuadro con sintomatología psiquiátrica o para la supervisión del tratamiento psicofarmacológico en pacientes con antecedentes de en salud mental. A diferencia de nuestra unidad, en el Royal Melbourne Hospital funcionan más como una unidad interconsultora: visitas breves para recomendaciones farmacológicas o intercambiar impresiones diagnósticas; y no se realiza un seguimiento tan estrecho ni se suelen seguir en consultas ambulatorias al alta. Durante esta rotación presencié un cuadro clínico en un paciente que acaba de venir de Tailandia. Éste había comenzado con cuadro subagudo en el que presentaba un discurso incoherente, con una clínica psicótica poco estructurada y que evolucionó a los días a una amnesia anterógrada. Ante la ausencia de alteraciones en las pruebas complementarias se consideró que podía tener un cuadro por intoxicación metélica (al parecer algunos cocktails baratos en países del sudeste asiático contienen alcohol casero) o una encefalitis de etiología incierta. Al cabo de semanas cuando llegaron los resultados se trataba de una encefalitis anti-LGI1

Otras actividades

- El primer martes del mes tiene lugar una reunión con Neurorradiología, en esta se repasan las pruebas de imagen de pacientes de la unidad de Neuropsiquiatría.
- Lunes de 12:00-13:30 horas había una presentación de casos interesantes o cuestiones relevantes para todas las unidades del Servicio de Psiquiatría.
- Miércoles de 9:00-10:30 horas había una reunión con Neurología en la que se exponían casos complicados. En ocasiones acudían y participaban los propios pacientes.
- He acudido a las sesiones que se impartían en el *Florey Institute of Neuroscience & Mental Health*, una de las instalaciones y unidades más grandes a nivel mundial dedicada a la investigación cerebral.
- Acudí a la reunión titulada “*Frontiers of psychology: What is conversion syndrome and how do we treat it*” el 18 de octubre de 18:30-19:45 horas. Reunión a la que acudieron 3 ponentes que presentaron diferentes perspectivas e investigaciones sobre el síndrome conversivo.
- Acudía al Congreso Nacional de Neuropsiquiatría de Australia, celebrado en Sydney.

VIATGE A ITAKA.

Una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil

Carolina Pastor Jordá
Médico Residente 4º año
H.U. 12 de Octubre



*Quan surts per fer
el viatge cap a Ítaca,
has de pregar que el camí sigui llarg,
ple d'aventures, ple de coneixences.
Has de pregar que el camí sigui llarg,
que siguin moltes les matinades
que entraràs en un port
que els teus ulls ignoraven,
i vagis a ciutats
per aprendre dels que saben.*

Lluís Llach. Viatge a Itaca (1985)

MOTIVACIÓN

Personalmente tenía interés en ampliar en este cuarto año de residencia las rotaciones de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y también especialmente en observar el funcionamiento de una unidad de hospitalización y ver qué tipo de pacientes podían beneficiarse de este recurso y cómo se podían beneficiar del mismo.

Además, la selección de esta planta de hospitalización con respecto a otras se debe en parte a que en ella ingresan menores de todas las edades, al contrario que por ejemplo suele ser la dinámica de la planta de Hospitalización del Hospital Gregorio Marañón o de la planta del Niño Jesús de Madrid

ORGANIZACIÓN

Se trata de un Hospital pediátrico por lo que los especialistas de psiquiatría de este centro son especialistas centrados en psiquiatría infanto-juvenil, siendo uno de los únicos centros de España con un Psiquiatra infanto-juvenil también en horario de guardia.

El edificio dedicado a Psiquiatría en este hospital se llama ITAKA, con todo el valor metafórico que conlleva. Es un edificio de tres plantas en la que la distribución es la siguiente:

- Planta baja: recepción y consultas.
- Planta primera: Hospital de día de crisis y de trastorno de la conducta alimentaria

- Planta segunda: despachos de los profesionales y habitaciones de los pacientes (capacidad para 20 pacientes).
- Planta tercera: planta de actividades de los pacientes hospitalizados: cancha de baloncesto, aula de trabajo, aula de música, sala de grupo y comedor, aula para terapia con animales.

PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

El horario comienza a las 08:30, cuando los pacientes se despiertan y suben a la tercera planta a desayunar.

Los lunes y viernes los profesionales a esta hora tienen una reunión de coordinación con Enfermería para conocer los detalles de los posibles permisos de fin de semana, salidas, o eventos que hayan podido suceder el fin de semana. Esta reunión se hace con los diferentes equipos y unidades (Psiquiatría y Psicología Clínica), Trabajo social, la maestra de la unidad de hospitalización, Enfermería, y Auxiliares de Enfermería. Y después de esta reunión, todo el equipo sube a la tercera planta a la sala de grupos para hacer una presentación y bienvenida para los posibles nuevos pacientes, y una despedida para los que se marchan, que se llama "Bon día", y que suele dirigir la supervisora de Enfermería. Aquí, todos los pacientes se presentan, dicen su edad y dónde viven, y posteriormente se presentan los profesionales. Luego llega el turno de describir si su fin de semana, en caso de haber tenido permiso para ir a casa, o de indicar si se van a ir de alta o de permiso nuevamente.

Posteriormente es el momento de comenzar a visitar a los pacientes, y normalmente se hace en esa tercera planta, yendo a las diferentes aulas.

Mientras tanto, se suceden diferentes actividades para facilitar la adaptación del ingreso a los pacientes y a minimizar su impacto:

- 1- Aula: la maestra se coordina con el colegio o instituto del paciente para hacer parte de las tareas que se le mandan. También se coordina con ellos en caso de que requiera adaptaciones post-alta.
- 2- Musicoterapia: una musicoterapeuta cualificada y soprano realiza actividades con los pacientes. Hay múltiples instrumentos y un piano en la sala de música. Una de las actividades que realizamos, al ser Navidad, fue que los pacientes compusiesen una canción, e ir a cantarla al Hospital de Día de Oncología Pediátrica, además de cantar otros villancicos.
- 3- Taller de grafiti: suelen hacer murales y carteles con temas de actualidad. Lo realizan junto con voluntarios del hospital.
- 4- Taller de pulseras: tienen materiales necesarios para hacer pequeños avalorios, o animales con cuerdas y bolitas de plástico. Lo realizan junto con voluntarios del hospital.
- 5- CTAC (*Centre de Teràpies assistides amb cans*): se trata de una empresa con perros adiestrados que trabaja con diferentes programas en el Hospital. Uno de los primeros lugares donde se implantó fue en la planta de Psiquiatría. En ocasiones hacen sesiones grupales pero normalmente, los psiquiatras o psicólogos de la unidad recomiendan que determinados pacientes tengan sesiones individuales para facilitar algún aspecto de su recuperación. Personalmente debo decir que me sorprendió mucho las capacidades de estos perros y la forma tan natural que tenían los profesionales de incluirlos en la terapia. Por esto



aporto el siguiente enlace, por si alguien deseara leer la memoria de las diferentes actividades que los terapeutas realizan con estos perros: <http://www.ctac.cat/CTAC/ctacinicioCTAC.html> .

A las 13:00 horas todos los días hay también una reunión muy corta de coordinación (“FLASH”) de los profesionales de Psiquiatría y Psicología con Enfermería, indicándoles cambios de tratamiento, plan de salidas o actividades, o indicaciones conductuales a seguir con cada paciente.

A las 13:00 horas los pacientes comen y posteriormente bajan a la segunda planta para dormir la siesta o descansar con un poco de tiempo libre.

A partir de las 15:00 horas sería horario de guardia y los pacientes pueden estar en la tercera o segunda planta, o salir en caso de tener autorizadas las salidas con familiares o tutores.

HOSPITAL DE DÍA

Hay dos tipos de pacientes en el Hospital de día de ITAKA, los pacientes de la Unidad de Crisis (pacientes con intentos autolíticos, ideación autolítica, psicosis, trastorno del espectro autista y otros diagnósticos diferentes al diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria) y la Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Yo pude observar parte del funcionamiento del Hospital de día de Crisis, llevando el seguimiento de dos pacientes que se encontraban en este recurso, de forma diaria.

Tres veces a la semana: lunes, miércoles y viernes, había terapia grupal de la unidad de crisis, no estructurada con los diferentes pacientes, de una hora de duración, de 12:00-13:00 horas.

Cada 15 días hay también terapia de grupo multifamiliar, en la que se une tanto la unidad de crisis como la unidad de TCA.

CONSULTAS

Las consultas se encuentran en la planta baja, ocasionalmente en la segunda planta del edificio de ITAKA. No acudí a consultas durante mi rotación, pero de las consultas están divididas de forma global también por unidades, de forma que un profesional tiende a tener las derivaciones para diagnóstico de TDAH, otro las derivaciones de TEA, otro las derivaciones de TCA, otro las de adicciones etc.

PLANTAS DE PEDIATRÍA

Normalmente los pacientes que han hecho un intento autolítico, desde el servicio de urgencias son derivados e ingresados en las plantas de pediatría. Estos pacientes están a cargo de Psiquiatría, a no ser que exista importante repercusión somática, y son visitados por los profesionales de la Unidad de Crisis (una psiquiatra y un psicólogo, que pueden visitarlos juntos, o divididos en función de la cantidad de pacientes que hayan ingresado el día previo).

Al evaluar a los pacientes, desde aquí se decide entre el primer y segundo día de ingreso su derivación posterior: ingreso en ITAKA, hospital de día comunitario, consultas de Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, o ingreso en la Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA de Sant Boi de Llobregat, del Complejo Asistencial Benito Menni) y de aquí se podría decidir un ingreso en la unidad de subagudos de Adolescentes.

También se decide diagnóstico y tratamiento. Esta fue una de las tareas más importantes de mi rotación junto con la asistencia al servicio de urgencias y los pacientes de la planta de hospitalización, al permanecer un mes y una semana de mi rotación en la unidad de crisis.



UNIDADES

En ITAKA se trabaja por unidades. Eso quiere decir que hay grupos de profesionales expertos en una patología concreta, y son ellos los que tienden a evaluar a los pacientes de la planta de hospitalización, del hospital de día y de consultas con esas patologías concretas. Normalmente los equipos suelen tener un Psiquiatra y un Psicólogo Clínico de referencia. En ocasiones puede haber varios psiquiatras de referencia, o psicólogos de referencia.

En mi caso pude formar parte especialmente de dos equipos:

- UNIDAD DE CRISIS: durante un mes y una semana. Con la psiquiatra y el Psicólogo Clínico, tuve la oportunidad de evaluar numerosos pacientes en la plantas de pediatría, y también a evaluarlos en la planta de hospitalización si ese era su destino posterior, o los ingresados ahí de forma programada. También evaluamos pacientes del Hospital de Día y pude participar de las terapias de grupo de este recurso.
- UNIDAD DE TEA: durante las tres últimas semanas de mi rotación, debido a la incorporación de la Psiquiatra de referencia de esta unidad. Me uní debido a mi interés en este tipo de patologías y la incorporación de una nueva psiquiatra. La psicóloga clínica, tenía además mucha experiencia en el tratamiento de estos pacientes y pude participar activamente de la terapia llevada a cabo en la planta junto con ella. En este caso tan solo vi pacientes TEA ingresados en psiquiatría, no en otras localizaciones del hospital.

URGENCIAS DE MAÑANA

Las urgencias por la mañana estaban cubiertas por los diferentes residentes rotantes (normalmente había 3 días al mes que teníamos cada uno el busca de la urgencia). Hay que tener en cuenta que en los hospitales de Barcelona, la Psiquiatría Infanto-Juvenil la centran este hospital y el Hospital Clínic, por lo que los residentes de todos los hospitales deben rotar en uno o en otro para su rotación obligatoria en Psiquiatría Infantil.

Psiquiatría en Sant Joan de Déu es una especialidad de primera llamada, cosa diferente a como solemos trabajar en el Hospital 12 de Octubre. Evaluábamos a los pacientes en alguno de los dos boxes destinados a psiquiatría en el servicio de urgencias, y posteriormente

llamábamos en todos los casos al coordinador de la unidad de hospitalización para establecer el plan de una forma supervisada.

GUARDIAS

Hice un total de 5 guardias en este Hospital. Al ser un hospital pediátrico, tan solo venían pacientes menores de edad. Normalmente las guardias las realiza el psiquiatra adjunto especialista en psiquiatría infanto-juvenil sin residente, por lo tanto era una ayuda para ellos y siempre fui bien recibida. Las 5 guardias fueron con médicos diferentes y pude evaluar diferentes formas de trabajar que creo que me aportaron bastante.

OPINION PERSONAL

La verdad que me ha encantado poder ver otra forma de funcionar, ver esta forma de trabajar centralizada en dos hospitales puede tener sus ventajas (ves todo tipo de patología diferente y un volumen importante de pacientes) y sus inconvenientes (poco contacto con Psiquiatría Infanto-Juvenil por ejemplo en las urgencias o consultas de otros hospitales de Barcelona).

Me han tratado todos los profesionales con los que he rotado como un miembro más del equipo, fomentando mi autonomía pero con un nivel de supervisión normalmente adecuado y pudiendo comentar los pacientes siempre que lo he necesitado.

Sin duda volvería a repetir esta rotación, y la recomiendo para otros residentes, y también, para EIR, porque el trabajo en la planta de Hospitalización con Enfermería me ha parecido increíble.

El tema de cubrir la urgencia de mañana ya lo comentamos los residentes que rotábamos allí tal vez sea lo que podría criticar, ya que en muchas ocasiones el volumen de pacientes hace que vayan varios residentes a ayudar a otros compañeros al servicio de urgencias, pudiendo perder parte de la rotación. Esto ya lo comentamos en su momento con el coordinador, pero estaban pendientes de contratar a un psiquiatra para urgencias, no habiéndose cubierto este puesto en varios meses.



*Tingues sempre al cor la idea d'Ítaca.
Has d'arribar-hi, és el teu destí,
però no forçis gens la travessia.
És preferible que duri molts anys,
siguis vell quan fondegis l'illa,
ric de tot el que hauràs guanyat fent el camí,
sense esperar que et doni més riqueses.*

*Ítaca t'ha donat el bell viatge,
sense ella no hauries sortit.
I si la trobes pobra, no és que Ítaca
t'hagi enganyat.
Savi, com bé t'has fet,
sabràs el que volen dir les Itaques.*

Lluís Llach. Viatge a Ítaca (1985)

MI EXPERIENCIA EN LA CÁRCEL

Ana Cabrera Lozano
M. I. R. 4º año de Psiquiatría
H. U. 12 de Octubre

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2017 y enero de 2018 estuve rotando en el Centro Penitenciario Brians 1, en Sant Esteve Sesrovires, Barcelona. En este centro penitenciario existe una unidad de hospitalización, la **Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Penitenciaria de Catalunya** (UHPP-C). Esto distingue la psiquiatría penitenciaria de Catalunya del resto de España. Mi llegada coincidió con periodos de cambio, la prisión pasó a ser un centro de preventivos, es decir presos a los que todavía no se les ha sometido a un juicio pero el juez ha considerado necesario que vayan a prisión sin fianza o en caso de no poder hacer frente a la fianza también.

Unitat Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària Brians I - UHPP



Unitat de referència per a la població reclusa de Catalunya. Es tracta d'una unitat dividida en tres clíniques a les que cal afegir atenció d'urgències 24 hores: Unitat d'Aguts, Unitat de Subaguts, Unitat de Rehabilitació.

Unitat que dona servei a persones majors de 18 anys afectades de malaltia mental subjectes a règim penitenciari tancat.

Para comprender un poco...

Como he dicho la UHPP se encuentra dentro del recinto del Centro Penitenciario Brians 1. Los módulos de la prisión se dividen en:

- 4 Módulos de varones, donde se distribuyen según características del interno y el delito cometido. (Por ejemplo, el Módulo 1 iban población considerada vulnerable o con consumo de tóxicos)
- Un módulo de ingresos. Es el módulo donde permeeen 48 horas nada más ingresar en prisión.
- 2 módulos de mujeres.
- 2 módulos especiales (1 de varones y 1 de mujeres) para el cumplimiento en sanciones por mal comportamiento.
- 2 módulos de enfermería (1 de varones y 1 de mujeres) donde se encuentran los/as pacientes con problemas somáticos o psiquiátricos que requieran una atención especial.
- 1 módulo semi-abierto, fuera de los muros principales del recinto penitenciario, donde se realiza el cumplimiento en régimen de 3º grado.
- La UHPP.

En la UHPP también podía haber penados, ya que es la unidad de ingresos agudos de Catalunya, preventivos y medidas de seguridad. Pero una vez estables no podían cumplir la medida de seguridad en la Unidad, sí en la enfermería.

Brevemente comentar qué son las “medidas de seguridad”: un juez puede ordenar, en virtud de los artículos 101 y 102 del código penal, un internamiento en caso de que el acusado sea declarado inimputable y por tanto no puede ser condenado por el acto cometido. Este sería una medida de internamiento para tratamiento médico (101) o deshabitación (102).

Considerándose eximentes completas las alteraciones psíquicas (at. 20.1), intoxicaciones plenas o síndromes de abstinencia (art. 20.2) que “[...] impidan comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión [...]”.

Hay que tener en cuenta que, aunque bajo criterio clínico el paciente se encuentre estable y en disposición de ser dado de alta (a un centro psiquiátrico “civil” o para una medida de libertad vigilada, por ejemplo), se requiere la autorización del Juez o Tribunal para suspender o modificar la medida de seguridad impuesta.

Por otro lado...

La UHPP se dividía en varias secciones, siendo los principales agudos y subagudos. En agudos disponían de 10 camas y era donde ingresaban los presos que así lo requerían por diferentes razones: episodios psicóticos, maníacos, depresivos, riesgo autolítico, etc. Una vez producida su estabilización eran trasladados a la unidad de subagudos, donde podrían permanecer un tiempo variable; alguno incluso podrían cumplir allí toda la pena o la medida de seguridad. El destino tras subagudos era o el módulo o la enfermería. Como he escrito antes, la unidad de subagudos, no era simplemente una. A mi llegada se crearon nuevas, pero realmente era que una serie de camas eran destinadas a ellas. Estas nuevas eran: preventivos y rehabilitación de mujeres. En total la UHPP dispone de 53 camas.

Rehabilitación de hombres se encontraba en el centro penitenciario Brians 2.

Esta unidad es única a nivel de la psiquiatría penitenciaria, en primer lugar se trata de un concierto entre el Departament de Justícia y Sant Joan de Deu, por lo que los profesionales colaboran con justicia, pero dependen de sanidad. Y aunque cada centro penitenciario (Wad Ras, Quatre Camins, Brians 2....) disponen de uno o varios psiquiatras y tienen algunas camas de observación, no les es posible llevar a cabo ingresos ni una labor de exploración y diagnóstico más intensiva; por lo que derivan a los pacientes a la UHPP.

Día a día...

Mi primer día en la prisión me asignaron una adjunta, que fue mi tutora y supervisora de la rotación (salvo en periodos de vacaciones de ella). Lo primero que tenía que hacer nada más llegar era dejar mi DNI y coger un pase de acceso para entrar en la prisión. Luego llamaba la atención la cantidad de pasos de control que había que atravesar, en los que además había 2 compuertas, de manera que una no podía abrirse mientras la otra lo estuviere.

Tras completar todo periplo para alcanzar la UHPP, la jornada habitual comenzaba a las 8:30 horas con el pase de guardia.

La Unidad dispone de 9 facultativos: 7 adjuntos de psiquiatría, un coordinador psiquiatra y una adjunta de medicina de familia. Las visitas a los pacientes en la UHPP sólo podían realizarse entre las 10:00 y las 13:00 horas, tiempo entre que los internos terminaban de desayunar y la comida. Las visitas se llevaban a cabo en despachos en general desprovistos de ordenador, con personal de enfermería y personal funcionario de prisiones. Existía un despacho especial donde no hay objetos salvo mesa y sillas, que se encuentran ancladas al suelo para casos que lo requieran. Después los psiquiatras tenían despachos grandes con su escritorio y su ordenador donde se realizaban ajustes farmacológicos, redactaban informes, etc. A los pacientes se agudos se los visitaba todos los días.

Las habitaciones para pacientes agudos son individuales, son celdas, con cámara de video-vigilancia continua y un baño cerrado, teniendo los pacientes que solicitar la apertura se debe solicitar. En esta unidad los pacientes disponen de una sala común y patio al aire libre, separados de las zonas comunes del resto de pacientes.

En cambio, en las otras plantas que ese encontraban por abajo estaban las habitaciones del resto de unidades, que era dobles o triples, el patio común –más grande y con mesa de ping-pong, portería, canasta...; talleres como de manualidades, deporte, impartidos por educadores del centro, zona de estar y comedor; y también zona de oficinas y despachos para el personal. A los pacientes de estas unidades se los visitaba una vez a la semana mínimo y esa visita se solía realizar con personal de enfermería.

Además también había 4 psicólogas, que podían iniciar trabajos con psicoterapia pasar diferentes test de personalidad (Millon), inteligencia (WAIS)...

Además de la labor en la unidad, los psiquiatras debían ver a pacientes tanto de la enfermería –de hombres y de mujeres-, como de los módulos. Para eso se desplazaban a las enfermerías correspondientes y en el caso de las mujeres, también a los propios módulos. A mi llegada estaba comenzando a implantarse el Programa de Soporte a la Primaria por el cual, mediante el cual los módulos iban a ser asignados a los psiquiatras y las visitas iban a comenzar a realizarse allí.

Los pacientes de la enfermería solían ser antiguos pacientes de la UHPP -que habían recibido el alta- y los de los módulos podían ser primera visita o sucesivas, las derivaciones las realizan los médicos de familia. También algunos días al mes cada psiquiatra llevaba el walkie-talkie (equivalente al busca), de manera que estaban de guardia y por tanto tenían que ver los pacientes de agudos del psiquiatra saliente de guardia y atender las urgen cas que surgieras (valoraciones urgentes solicitadas por médicos de módulos, o el médico de guardia, también recibían los ingresos; que podían ingresar por orden judicial o derivados pro el psiquiatra de la prisión donde se encontraban).

Mi experiencia y mi papel

Recuerdo que el primer día la adjunta me aconsejó no llevar nada al cuello y me insistieron en que debía presentarme ante todo mundo, incluidos funcionarios, como Dra. Ana, y por tanto no decir nunca mis apellidos.

Comencé a acompañar a la adjunta en sus visitas a pacientes tanto en la Unidad como en la enfermería (y ver pacientes que se encontraban allí o en los módulos). El primer día ingresamos un paciente en la UHPP por sospecha de que pudiese tener un episodio psicótico. Desde el primer momento de llamó la atención la “facilidad” para ingresar pacientes para estudio, también porque en general disponían de camas libres. Pude asistir a vistas dentro de la UHPP tanto de agudos, como del resto de unidades. Integrarme con el personal y el funcionamiento del centro; y conocer el programa informático, de manera que de forma progresiva fui adquiriendo más autonomía y pude visitar de forma individual y participar en la toma de decisiones y las revisiones que realizábamos a razón de los casos.

También asistí a las diferentes reuniones que tenían el equipo con diferentes equipos, como los médicos de Primaria, los que llevaban el programa de consumo de tóxicos (CAS), el jurista, personal de módulos en los que se hablaba de pacientes vulnerables, etc.

Iba a acudir a dos juicios que tenían lugar durante mis meses de rotación, pero uno se anuló el día de antes de su celebración y otro el mismo día cuando ya me encontraba en la Ciutat de la Justícia.

Destacar que el psiquiatra desconocía la causa por la que el paciente se encontraba preso, en todo caso era el propio preso quien hablaba del delito.

Destacar que el trabajo en la UHPP siempre era multidisciplinar, en conjunto sobre todo con psicología y trabajo social y también enfermería.

Respecto a los pacientes, el perfil de aquellos que se encontraban en la Unidad eran de TMG o TMS como los denominan allí, como esquizoafectivos, bipolares, esquizofrénicos, discapacidad intelectual... Fuera de la unidad más los trastornos de personalidad (antisocial y límite) y también cuadros de psicosis inducida por tóxicos, TDAH y discapacidad intelectual. En consumo de tóxicos era elevado en la prisión, pero no en la UHPP, donde en general no entraban ese tipo de sustancias.

Me llamó la atención la prevalencia entre la población reclusa de discapacidad intelectual y del nivel socioeconómico de los internos, que me recordaba al área del 12 de Octubre, puesto que se trataba de personas con escasos recursos económicos y culturales; condenados a regresar a esos entornos al obtener la libertad, y por lo tanto, en muchos casos a la reincidencia.

Al finalizar la rotación presenté mi sesión: "*Crimen y locura: sobre el degeneracionismo y el positivismo criminológico*", esta idea nació al comenzar a leer sobre los orígenes de la psiquiatría penitenciaria en España y el intento de entender el crimen y la imputable de éste.

Después de la UHPP: Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil (UTJJ, CEJ Tíllers, Parets del Vallés), Centro de Menores Can LLupià

Las últimas 2 semanas de mi rotación tuve la oportunidad de realizar una breve estancia en la UTJJ dentro de la cual pude también visitar otros centros de Justicia Juvenil (Can LLupià) de Barcelona, donde los psiquiatras de la UTJJ realizaban consulta.

La UTJJ consta de 12 camas y en ella se encuentran ingresados chicos y chicas que se encuentran cumpliendo una pena precisan ingreso para estabilización psicopatológica o estudio. En general ingresan derivados de los propios psiquiatras de la Unidad que pasan consulta en Centro de Menores. Las edades estaban comprendidas entre los 14 y 20 años (si el delito es cometido siendo menor de edad la pena se lleva a cambio dentro del sistema judicial de menores). Destacar casos de TEA, un síndrome alcohólico fetal, consumo de tóxicos, trastorno de desregulación del estado de ánimo en la infancia y trastornos psicóticos o depresiones psicóticas.

Dentro de mi rotación pude colaborar en la realización de un test ADI-R.

En la UTJJ destaca el papel de los educadores, los talleres, el acudir a la escuela, y en general el componente rehabilitador mucho mayor que en la prisión, asistiendo a la recuperación de pacientes, por lo referido por los profesionales ya al leer la historia clínica.

En Can LLupià, pude pasar consulta junto a los psiquiatras viendo nuevos casos y de seguimiento, También participar en la realización de informes pertinentes.

Para acabar...

Antes de comenzar la residencia solía comentar que me gustaría ser psiquiatra de prisiones, por lo que era actual que acabase rotando en una prisión que tiene un sistema de psiquiatría penitenciaria único. Me ha permitido formarme en aspectos legales y forenses, además de conocer otras formas de trabajar.

Me ha permitido reflexionar sobre la profesión y el sistema penitenciario de España, y también más allá acerca de la rehabilitación y la reinserción. Reflexionar al asistir a pacientes que se encontraban psicóticos al cometer el delito y son condenados a prisión preventiva, también a ver simuladores que temen ser derivados a los módulos y que quieren reducir su pena o utilizar una enfermedad mental como atenuante. El manejo de la contratransferencia en estos casos, y en otros, al conocer el delito que se le imputa.

En conclusión, me ha supuesto un aprendizaje más allá de la psiquiatría en una unidad de hospitalización.

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO EN ADULTOS: RITUALES, REPETICIONES, ALTERACIONES Y DESCONOCIMIENTO

Memoria de rotación externa en el *Center for Addiction and Mental Health (CAMH). Adult Neurodevelopmental Services. Toronto (Canadá)*

*Carolina Pastor Jordá
Médico Residente 4º año
H.U. 12 de Octubre*



camh Centre for Addiction
and Mental Health

MOTIVACIÓN

A lo largo de la residencia me he ido encontrando con casos de difícil diagnóstico en relación especialmente con el Trastorno del Espectro Autista en adultos. En tercer año de residencia, en el congreso nacional de Psiquiatría impartimos dos comapañeras y yo un taller de diagnóstico en trastorno del espectro autista (TEA), y yo hablé del diagnóstico en adultos.

En relación a la curiosidad que me despierta este tema y al infradiagnóstico que creo que hay, solicité rotar en esta unidad (hay pocas en global, por ejemplo en Canadá solo hay dos). En España está comenzando ahora una unidad en Parc Taulí.

ORGANIZACIÓN

En esta rotación estuve 5 semanas como observadora, si bien ocasionalmente pude tomar un papel más activo en relación a las intervenciones con los pacientes. Además, los diferentes profesionales organizaron un temario de docencia adecuado para la rotación.

Primero comentar que se trata de una unidad especializada de consulta, eso quiere decir que se mantiene el seguimiento de los pacientes derivados desde otros profesionales o desde atención primaria, y posteriormente cuando se ha resuelto el motivo de consulta, el seguimiento lo llevaría a cabo su profesional de referencia. Se trata además de un servicio en el que hay unidad de ingreso y consultas ambulatorias, y se distribuyen ambas entre la cuarta planta y tercera planta de la unidad 4 del CAMH.

La rotación la organizaron a mi llegada, de la siguiente forma.

Clínica

Pacientes ingresados en la Hospitalización del servicio de trastornos del desarrollo

En esta unidad hay 6 pacientes camas. Es una unidad de pacientes subagudos y los pacientes normalmente ingresan de forma programada en relación a la patología que presenten. Previamente se

llamaba unidad de patología dual (entendiendo esto como pacientes con discapacidad con algún trastorno psiquiátrico asociado).

A las 08:45 horas había todos los días una reunión en la que se abordaba con el equipo de la hospitalización (Enfermería, Auxiliares, Trabajo Social, Terapeuta Conductual, Terapeuta ocupacional, Psiquiatría y Psicología y el Coordinador de la unidad) diferentes aspectos:

- Cuestiones de seguridad para el personal y los pacientes, acaecidas en el día previo.
- Refuerzo positivo de los profesionales o familiares ante aspectos ocurridos en el día previo.
- Quejas y solicitudes de los pacientes y familias.
- Calendario: citas de los pacientes fuera de la unidad, pruebas programadas.
- Indicadores de calidad que eran evaluados de forma semanal.

Posteriormente se hacía el pase de la guardia, evaluando la conducta, y aspectos somáticos, psiquiátricos y familiares de cada paciente en el día previo, así como su consecución de las metas propuestas en su Programa de Día

Después de esto, acompañaba al Psiquiatra de la unidad para evaluar a los pacientes y comentábamos los casos, especialmente a nivel farmacológico y psicopatológico. También al menos una vez a la semana solía haber citas con familiares de los pacientes y acudía con el Psiquiatra a estas citas.

Los martes además a las 09:15 había una reunión con todos los profesionales encargados de los pacientes y sus actividades (*Indoor meeting*), de una hora o una hora y media de duración, en la que se evaluaba semanalmente las mejorías o empeoramientos de los pacientes y se hacían propuestas de tratamiento, o de cambios en el plan previo en caso de estancamiento o empeoramiento.

Pacientes en seguimiento ambulatorio:

Los lunes a las 13:00 horas había una reunión (*Outdoor meeting*) con toda la unidad de *Adult Neurodevelopmental Services* del CAMH, para comentar y debatir pacientes ambulatorios sobre los que tenían dudas, o querían derivarlo a otro profesional de la unidad (por ejemplo a terapia conductual). Esta reunión duraba una hora o una hora y media.

También comentar que evalué a dos pacientes con otra psiquiatra (psiquiatra infanto-juvenil) que me invitó posteriormente a unirme a una sesión de terapia de grupo de habilidades sociales en niños con TEA.



En general consultas externas se veía lo siguiente:

- Consultas de seguimiento: estas consultas las hacía con el psiquiatra de la unidad de Hospitalización, o con la psiquiatra que se encargaba sobre todo de las consultas ambulatorias e interconsultas. Vi un total de 19 consultas de seguimiento, cada consulta supone un mínimo de 45 minutos por paciente, a no ser que por estabilidad psicopatológica, pueda reducirse el tiempo. Pude ver pacientes con motivos de consulta bastante diferentes entre sí, a pesar de las discapacidades de base (intelectual o trastorno del espectro autista) que tenían en común todos los pacientes. Por ejemplo: pacientes con síntomas catatónicos, pacientes con TOC además de su diagnóstico basal, pacientes con psicosis injertada y esquizofrenia, pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, pacientes con Trastornos de la personalidad, pacientes para control de tratamiento, y sobre todo pacientes con alteraciones conductuales.
- Nuevas consultas y consultas de evaluación: debo decir que tal vez esto, junto con la docencia, fue lo que más disfruté de mi rotación por esta unidad. Como decía al comenzar una de mis motivaciones era conocer mejor cómo diagnosticar pacientes TEA adultos, sobre todo cuando el cociente intelectual es normal o alto. El diagnóstico es siempre clínico, y si no hay clínica, no se debe diagnosticar a un paciente a pesar de que pudo haber clínica en el pasado, esto es lo principal que me llevo de la unidad. Con la psiquiatra de consultas, además, pude debatir sobre varios casos en los que los diagnósticos no quedaban claros, siendo como he dicho, una de las partes que más me han gustado y una de las partes más enriquecedoras de la rotación. Por ejemplo destacaría por su dificultad varios casos: diagnóstico diferencial de TEA en pacientes con daño cerebral, diagnóstico diferencial con personalidad antisocial, con esquizofrenia paranoide, en pacientes con ansiedad social, trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de personalidad... También me resultó curioso que la mayoría de las evaluaciones fuesen en mujeres, probablemente por su mejor adaptación social global, que hace que su posible diagnóstico en la infancia pase desapercibido. También, comentar que pude ver un ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observational Schedule*) Módulo 4, pudiendo ayudar a la psicóloga que lo realizaba en la codificación del mismo, gracias a tener el certificado de esta prueba.

Hubo 9 consultas de valoración de diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (normalmente de hora y media de duración), llegando a evaluar pacientes de más de 70 años, debiendo en varios casos evaluar un posible deterioro cognitivo asociado. Pude ver también segundas evaluaciones de algunos de estos pacientes y alguna devolución de diagnóstico.

Hubo además 8 nuevas consultas con otros motivos de consulta. La mayoría por alteraciones de conducta en pacientes con TEA o con discapacidad intelectual, si bien pudimos ver de nuevo la evaluación de dos posibles psicosis injertadas, adicciones en este tipo de pacientes, conductas autolesivas, síntomas catatoniformes, ansiedad y síntomas depresivos.

Docencia

Tuve docencia estructurada, llegando a tener alrededor de una o dos horas al día de docencia, entre clase, role play, debate, o lectura de capítulos de libros, presentaciones y artículos. Los profesionales de la unidad querían que consiguiese la formación básica en los siguientes aspectos antes de abandonar la unidad:

- Evaluación de pacientes con trastornos del desarrollo (síndromes genéticos, discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista)
 - Por el Médico de Atención Primaria
 - Por Psiquiatría

- Por Psicología Clínica
- Terapia Ocupacional
- Terapia Conductual
- Evaluación específica de pacientes con Trastorno del Espectro Autista
- Manejo Farmacológico
 - Tratamiento de pacientes con discapacidad intelectual
 - Tratamiento de pacientes con Trastorno del Espectro Autista
- Manejo Multidisciplinar (por los profesionales antes nombrados)
- Instrucción en Terapias de grupo.
 - Autoregulación emocional en pacientes con discapacidad intelectual
 - Terapia cognitivo conductual para TEA de alto rendimiento de ansiedad y depresión
- Investigación en el servicio
 - Sesión general por sobre escritura de artículos y diferentes tipos de artículos publicables.
 - Asistencia a Reuniones de investigación del servicio junto con el psiquiatra de la planta de hospitalización
 - Estimulación magnética transcraneal en TEA adultos para modificar la plasticidad cerebral.



Vista desde el despacho del residente



OPINION PERSONAL

El inicio de la rotación fue moderadamente accidentado debido a las dificultades a nivel de papeleos que debía solucionar con el colegio de médicos de Ontario, razón por la que finalmente el CAMH me aceptó como observadora en vez de como una residente propia. Todo esto me causó muchas dificultades antes de la rotación y al inicio de la misma, pero finalmente todo el estrés creo que mereció la pena.

He tenido tiempo para estudiar durante la rotación, con una guía siempre de los profesionales del equipo, además, ha habido sesiones de docencia de hasta dos horas y media, como la de evaluación neuropsicológica con el psicólogo de la unidad de hospitalización, y creo que es de agradecer que los profesionales se hayan volcado de tal modo por enseñarme y hacerme sentir parte del equipo a pesar de estar como una Observadora.

Además he visto casos muy interesantes y tengo la sensación de haber aprendido en un mes mucho más de lo que esperaba, y más en muchas rotaciones y me ha resultado útil ya desde la vuelta a España.

Yo recomendaría rotar aquí siempre que alguien esté interesado en estos temas, ya que la población a la que atienden es muy específica.

Y aquí, dejo una pequeña selección de frases dichas en algunas de las entrevistas de evaluación de varios pacientes. Por alguna razón u otra me resultaron muy sinceras, y pueden en varios casos ser muy clarificadoras de algunos problemas de estos pacientes, por lo que me gustaría compartirlas.

FRASES DE PACIENTES

- *No tengo un solo amigo en el mundo.*
- *Me gusta estar solo, y lo odio. No es así como se supone que tienes que estar.*
- *Mi conducta molesta a los demás, a mí no. A mí lo que me molesta es el colon irritable.*
- *Hacía listas de documentos, los dividía en categorías y los organizaba y ponía en su sitio. El trabajo que para otros hubiese resultado aburrido, para mí era relajante.*
- *Es inconcebible para mí que yo pueda hacer daño a otro mediante las palabras. Si yo comienzo a insultarte por cómo vas vestida, ¿por qué debería dolerte? Las palabras no te pueden tocar.*
- *Estaba en una pandilla. Nos llevábamos bien porque todos éramos diferentes. Nuestro nombre era: "los marginados".*
- *Mum I want gold fish crackers. Mum I want gold fish crackers!*
- *¿Por qué ahora? Porque he sufrido toda mi vida. He sido diferente toda mi vida.*
- *Yo no quiero ser autista. Si fuese bipolar, al menos podría tener un tratamiento. Pero esto lo eres para siempre. No se puede mejorar. No hay un tratamiento, ni una terapia.*
- *Esto indica lo sola que estaba, porque yo pagaba por su amistad.*
- *Es el fin del homo sapiens.*



Vista de un edificio al lado del CAMH

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

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

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

Calendario Sesiones Clínicas de Area: abril – junio 2018 ³

Abril 2018

- 4 **Sesión Clínica del Residente**
- 11 **Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil**
- 18 **Sesión Extraordinaria:**

La Sección de Análisis del Comportamiento Delictivo de la Guardia Civil. **José Manuel Quintana Touza**. Psicólogo. Capitán de la Guardia Civil, actualmente en la Sección de Análisis de Comportamiento Delictivo de la Unidad Técnica de Policía Judicial

- 25 **CSM de Carabanchel**

Mayo 2018

- 9 **Sesión del Residente**
- 16 **Programa de Alcohol**
- 23 **Sesión Extraordinaria:**

Modelos animales en Psiquiatría. **Pedro Cubero Bros.**
Psiquiatra. AGCPSM Hospital 12 de Octubre

- 30 **CSM Villaverde**

³ Os recuerdo la importancia de que me enviéis con dos semanas de antelación (o antes si es posible) el nombre del ponente de la sesión y un pequeño resumen de la misma. Asimismo, vamos a mantener el formato de sesión clínica que incluye la figura del discusor que presentará la sesión y dirigirá el debate posterior a la misma. Agradezco sinceramente vuestra colaboración en el desarrollo y mejora del programa de Formación Continuada del AGCPSM, del que las sesiones clínicas son pieza fundamental. Un saludo.

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

Junio 2018

6 **Sesión Clínica del Residente**

13 **Hospital de Día Infanto-Juvenil**

20 **Sesión Extraordinaria:**

Historia y evolución de la salud mental en la Comunidad de Madrid. **Juan Carlos Duro Martínez**. Psicólogo clínico. Consejería de Sanidad

27 **Centro San Juan de Dios – Clínica Ntra. Sra. de la Paz**



5 libros sobre...

Presentamos en este número del Boletín una nueva sección que llamaremos: “**5 libros sobre...**”.

Pretendemos ofrecer una **selección de libros** que recoja las contribuciones más **relevantes y actualizadas** sobre una **temática determinada**.

Hemos optado por un diseño a modo de **fichas de lectura**, que permita una rápida ubicación del contenido: **portada** del libro; **reseña** editorial; breve presentación del **autor**; **índice**; principales **aportes** de la obra y unas **etiquetas** que sitúen el contenido.

Es una **invitación a la lectura** en profundidad para lograr un grado de **conocimiento riguroso** sobre una temática determinada.

Es una propuesta de actualización dirigida principalmente a nuestros **residentes** y por supuesto a los **profesionales** de nuestra AGCPSM.

En esta primera ocasión hemos elegido como tema **el Apego**. Como sabemos, el desarrollo de esta teoría ha sido fundamental para integrar distintos niveles de conocimiento: neurobiología, desarrollo evolutivo, psicopatología, intervenciones en psicoterapia. La selección, lectura y comentarios la ha realizado **Raúl Cuesta Arenas** (PIR 1) que es un buen conocedor del tema, y sobre el que desarrolla su proyecto de investigación.

*Jesús Fernández Rozas
Psicólogo Clínico
Coordinador de la Unidad de Psicoterapia
AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre*

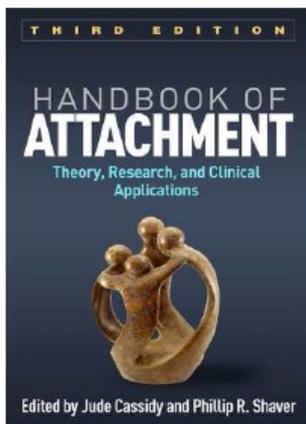


5 libros sobre APEGO

Raúl Cuesta Arenas (PIR Psicología Clínica H.U. 12 de Octubre)

Bibliografía Básica para Residentes. Teoría del Apego

1



Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical applications. Jude Cassidy and Phillip R. Shaver. 2016. Guilford.

Jude Cassidy es profesora universitaria de Psicología en Maryland y directora del *Laboratorio de desarrollo de niños y familias de Maryland*, y miembro de la APA.

Phillip R. Shaver es profesor emérito de la Universidad de California y ha sido presidente de la IARR. Ha escrito más de 250 artículos y otros tantos libros y ha sido premiado por la SEPS (Sociedad Experimental de Psicología Social).

MANUAL

TEÓRICO

TERAPIA

ADULTOS

INVESTIGACIÓN

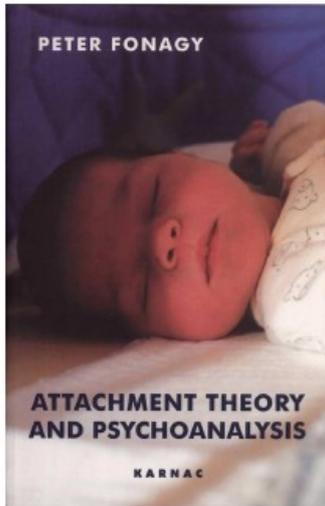
Distribución por capítulos

1. **Vistazo a la Teoría del apego:** la naturaleza del vínculo, las disrupciones y la psicopatología; Apego, pérdida y duelo; Modelos Internos de trabajo.
2. **Perspectivas biológicas:** Marco evolutivo actual; orígenes psicológicos; Genética; Psiconeuroinmunología; Contextos de desarrollo; Biología y Neurociencia.
3. **Apego en la infancia y niñez:** Desarrollo normativo; Precursores de seguridad en apego; Múltiples cuidadores; Medida.
4. **Apego en adolescencia y adultez:** múltiples facetas; vínculos con iguales; Relaciones románticas; Parejas sexuales; Regulación emocional; Diferencias individuales en apego adulto; Entrevista de Apego.
5. **Psicopatología y aplicaciones clínicas:** por edades; desde psicoanálisis y sistémica.
6. **Sistemas, cultura y contexto:** cuidados, patrones, religión, escuela, divorcio y otros.
7. **Perspectivas para el futuro.**

Principales aportes de la obra

- Esta 3ª edición del manual es una parada indispensable e impresionante que recoge, articula y presenta un compendio ordenado de todo el campo del Apego de la mano de los nombres más representativos del estudio e investigación sobre esta área en los últimos años.
- Recoge teorías, investigaciones, actualizaciones y discusiones renovadas con una dimensión asombrosa en su presentación final.
- Las áreas que cubre cada capítulo son asombrosamente detalladas recogiendo las teorías clásicas y los nuevos temas emergentes como la medida, las influencias biológicas, las intervenciones y las poblaciones especiales.
- Esta reseña solo puede dar un atisbo de lo que este libro esconde: el estado actual del estudio, teorías e intervenciones relacionadas con el Apego.
- El libro se presenta en 7 bloques temáticos con infinidad de detalles y de perspectivas de la mano de diversos autores y sus propios estudios de investigaciones.
- En varios de los bloques temáticos se ha considerado importante dividir el proceso evolutivo en etapas de desarrollo y aportar una perspectiva de cada una de estas etapas normativas.
- Este manual no contempla únicamente la perspectiva de la psicopatología, sino que también recoge y devuelve aspectos sanos del desarrollo en la formación del apego y posterior adaptación.
- Resulta difícil pensar o imaginar que una intervención o abordaje que tenga en cuenta el vínculo no se base en mayor o menor medida este manual que ha presentado su tercera edición en el pasado año 2016.





Attachment Theory and Psychoanalysis. Peter Fonagy. 2001. Karnac Press.

Peter Fonagy, PhD. es un psicólogo y psicoanalista inglés, profesor de la London University College. Es director ejecutivo y tutor en el Anna Freud Centre, centro pionero de formación en MBT, de la cuál es desarrollador principal.

MANUAL

TEÓRICO

TERAPIA

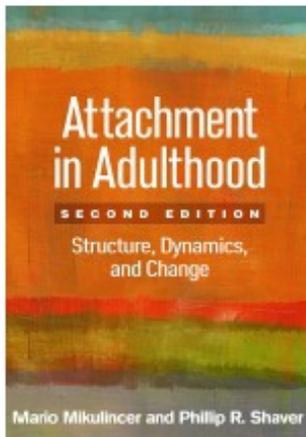
ADULTOS

Distribución por capítulos

1. Introducción a la Teoría del Apego.
2. Hallazgos clave de la investigación sobre apego.
3. El modelo de Freud y la Teoría del Apego.
4. Aproximaciones estructurales: la aproximación norteamericana.
5. Modificaciones del Modelo Estructural.
6. El Modelo Klein-Bion.
7. La escuela independiente del Psicoanálisis británico y su relación con la Teoría del Apego.
8. Teóricos norteamericanos de las Relaciones Objetales y la Teoría del Apego.
9. Psiquiatría infantil psicoanalítica moderna: el trabajo de Daniel Stern.
10. La aproximación interpersonal-relacional: de Sullivan a Mitchell.
11. Teóricos psicoanalíticos del apego.
12. Resumen: Qué tienen en común las Teorías del apego y las teorías psicoanalíticas.
13. Cómo puede beneficiarse la Teoría del Apego de los hallazgos psicoanalíticos.
14. Conclusión.

Principales aportes de la obra

- Peter Fonagy es un **líder mundial** en no una, sino dos disciplinas apasionantes: el psicoanálisis y la teoría del apego.
- Este libro es el que cada estudiante, colega e incluso teóricos rivales de estos modelos e ideas han estado esperando.
- Gracias a su característico ingenio, a su sofisticación filosófica, erudición, humanidad, agudeza y creatividad, Fonagy describe sucintamente **los vínculos**, las diferencias y las **direcciones futuras** de sus temas gemelos: el **psicoanálisis** y la **teoría del apego**.
- Un punto central de este libro es su influyente teoría sobre los **orígenes de la capacidad de mentalización**: el apego seguro es una condición previa para el posterior desarrollo de un sentido del yo y del otro.
- Fonagy vincula este tema con las ideas psicoanalíticas sobre la **simbolización**, la **prueba de realidad** y el **juego** en el desarrollo normal y sitúa en la infancia el origen del pensamiento concreto, el delirio y las defensas patológicas en el **trastorno límite** de la personalidad.
- Este libro está destinado a tomar su lugar como uno más en la selecta lista de libros de psicología esenciales de la década (Jeremy Holmes, Profesor titular de Psicoterapia y beca magistral de la Universidad de Exeter).
- Este libro se considera una referencia psicológica y ha venido siendo clave durante los últimos años.
- En definitiva, ofrece una contribución única y notable a nuestra comprensión de la relación significativa que ha evolucionado entre las teorías psicoanalíticas y del apego.



Attachment in adulthood. Mario Mikulincer & Phillip R. Shaver. 2016. Guilford Press.

Mario Mikulincer, PhD es profesor de Psicología en el Centro Interdisciplinar de Herzliya (Israel).

Phillip R. Shaver, PhD es profesor emérito de la Universidad de California y ha sido presidente de la IARR. Ha escrito más de 250 artículos y otros tantos libros y ha sido premiado por la SEPS (Sociedad Experimental de Psicología Social).

Distribución por capítulos

1. Sistema comportamental de apego.
2. Modelo de Funcionamiento del sistema de apego y dinámica en adultos.
3. Procesos de apego normativos.
4. Medidas de constructos relacionados con el apego.
5. Diferencias individuales en funcionamiento y dinámicas.
6. Representaciones mentales del Self y Otros relacionadas con apego.
7. Procesos de apego y regulación de emociones.
8. Orientaciones del apego, autorregulación conductual y crecimiento personal.
9. Perspectiva de la regulación interpersonal desde el apego.
10. Procesos de apego en funcionamiento en pareja.
11. Relación entre apego y los sistemas de cuidado.
12. Apego y sexo.
13. Bases de apego en psicopatología.
14. Implicaciones en terapia.
15. Aplicaciones en grupos.
16. Reflexiones sobre Apego seguro.

MANUAL

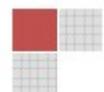
TEÓRICO

TERAPIA

ADULTOS

Principales aportes de la obra

- Esta segunda edición de 690 páginas es una rica fuente de conocimientos y herramientas para trabajar con el Apego y utilizarlo en psicoterapia.
- Este manual sintetiza un vasto cuerpo de investigación empírica y lo organiza en torno a un Modelo Conceptual Integral. Por ello este libro es reconocido como la **referencia definitiva sobre el apego adulto**.
- Los autores explican cómo lo que comenzó como una teoría del desarrollo infantil, ahora se utiliza para conceptualizar y estudiar casi todos los aspectos del funcionamiento social a lo largo de la vida, incluidas las representaciones mentales, propias y de los demás, la regulación de las emociones, los objetivos personales y las relaciones de pareja, el cuidado, la sexualidad, la psicopatología, la psicoterapia y el comportamiento grupal y organizacional.
- Se examinan los orígenes y la medición de las diferencias individuales en el apego adulto, así como la cuestión de si y cómo los patrones de apego pueden o no modificarse.
- Mikulincer y Shaver proporcionan una visión integral maravillosamente completa e integradora de un terreno empírico rico y amplio. El resultado es una excelente segunda edición que no solo brinda a novatos y expertos una comprensión más profunda del apego “desde la cuna hasta la tumba”, sino que también sugiere dónde deben dirigirse las nuevas ideas e investigaciones. [Jeffrey A. Simpson, PhD, Departamento de Psicología, Universidad de Minnesota]





The impact of attachment. Susan Hart. 2011. W. W. Norton & Company.

Susan Hart, PhD. es una psicóloga danesa autora de diversos libros sobre la Teoría del Apego. Trata de aunar aspectos diversos como la biología y la experiencia, el cerebro y la mente, el ambiente y lo innato que aporta una visión global y completa a todo lo que nos enseña.

MANUAL

TEÓRICO

TERAPIA

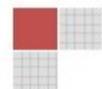
ADULTOS

Distribución por capítulos

- I. La interacción entre maduración cerebral y el vínculo cercano con el cuidador.**
 1. La interacción dinámica entre cuidador e infante.
 2. El impacto de la interacción dinámica en el desarrollo del cerebro.
 3. Niveles psicodinámicos de organización dinámica.
- II. Perspectiva neuroafectiva sobre Apego y Trastornos relacionales.**
 4. Desregulación y desajuste en la interacción diádica.
 5. Desórdenes en el desarrollo neuroafectivo.
 6. Síntomas de desarrollo neuroafectivo.
- III. Intervención y psicología del desarrollo neuroafectivo.**
 7. Cambio límbico: efectos terapéuticos.
 8. Intervención.
 9. Intervención en sistemas dinámicos.

Principales aportes de la obra

- Susan ha desarrollado una obra que aúna partes entendidas y conocidas por ser contrapuestas: cerebro y mente, ambiente y aquello innato, etc...
- Esta obra se centra en describir cómo las interacciones tempranas entre padres e hijos pueden explicar las relaciones sociales y emocionales de los adultos.
- Con esta obra, Susan explora la importancia del apego combinando las teorías de la Neurobiología, relaciones interpersonales y conceptos intrapsíquicos.
- En esta obra se aborda el desarrollo normal de los niños y los trastornos relacionales y, además, presenta un enfoque terapéutico integrado que tiene en cuenta los problemas de apego.
- El complejo neurobiológico y la teoría conductual se traduce en protocolos que el psicólogo o profesional especialista puede implementar y llevar a la práctica.
- "El título lo dice todo. Este libro de rigurosa ciencia y brillante clínica proporciona un claro mapa de desarrollo neurológico de cómo entender el poder y las complejidades de nuestras primeras experiencias en la vida y cómo establecen una plantilla sobre la cual se construyen todas las experiencias posteriores. Ayuda a abordar algunos de los temas más importantes como el cómo se enseña el odio y cómo podemos, en contra, enseñar amor y respeto." [Peter A. Levine, PhD, autor de *Trauma a través de los ojos de un niño.*]





La teoría del apego: Un enfoque actual. Mario Marrone. 2009. Psimatica. Prólogo de Hugo Bleichmar.

Mario Marrone, PhD. es psiquiatra, psicoanalista y psicoterapeuta. Compartió grupo de trabajo con John Bowlby en el Instituto Tavistock de Londres. Psicoterapeuta de grupo e individual.

MANUAL

CASOS

TERAPIA

TEÓRICO

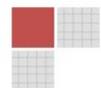
INVESTIGACIÓN

Distribución por capítulos

1. John Bowlby: Apunte biográfico.
2. La teoría del apego.
3. Entre la clínica y la investigación.
4. Sobre los modelos representacionales.
5. Las disfunciones de la parentalidad.
6. Instrumentos de evaluación del mundo representacional del adulto.
7. Encuentros y divergencias.
8. La obra de John Bowlby como paradigma psicoanalítico.
9. Las aplicaciones de la Teoría del apego a la psicoterapia psicoanalítica.
10. Sobre la transferencia: aspectos de fondo.
11. Memoria e identificación.
12. La iatrogenia en la psicoterapia psicoanalítica.
13. La teoría del apego y el duelo.
14. Juanito: ¿Edipo o Apego?
15. El apego y la sexualidad.
16. Trauma y disociación.
17. Apego y promoción de la salud mental.
18. La teoría del apego y la psiquiatría general.

Principales aportes de la obra

- La Teoría del apego de Mario Marrone es una obra introductoria al pensamiento de John Bowlby.
- Este libro recoge La teoría del apego, que intenta explicar por qué los seres humanos tienen la **tendencia a buscar seguridad y estabilidad emocional en las relaciones interpersonales íntimas, específicas y duraderas.**
- Estudia los procesos que hacen que **las rupturas** de estos vínculos tengan **consecuencias negativas** para la salud mental y el funcionamiento social.
- La obra trata de relacionar la teoría del apego con autores como Winnicott, Klein, Kohut, Anna Freud, Margaret Mahler, David Stern, Peter Fonagy, Hugo Bleichmar y Jacques Lacan entre otros.
- Enuncia una **teoría de la internalización** y de la **representación**, una **teoría de la angustia**, de la familia y los **vínculos significativos** de apego, así como los componentes neuro-fisiológicos y psicosomáticos del apego.
- Recoge la **investigación** en diferentes ramas del saber que se relacionan con el apego.
- Aborda los **modelos representacionales**, las **disfunciones en la parentalidad** y los instrumentos con los que evaluar estos aspectos y presta especial atención a cómo el apego y sus raíces pueden estar teniendo un papel en el fenómeno de la transferencia, en la gravedad del duelo, en las relaciones de pareja, etc....
- Por último, presenta una **revisión de caso** en torno al que discutir sobre el Complejo de Edipo y una aproximación desde la teoría del apego.
- No se olvida del tema de la **sexualidad**, el trauma y la **disociación**.



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



Dan King: "Man-moon-laader" (<https://www.awesomeinventions.com/dan-king-surreal-composite-photos>)

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 AGCPMS 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>