

BOLETIN
Area de Gestión Clínica de
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Hospital Universitario 12 de Octubre

Número 32 – Abril 2013



Nombramiento oficial Jefe de Servicio Dr. Miguel Angel Jiménez Arriero

Nueva web del AGCPM: www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

- UHTR y UCPP - Rotación Externa: **Psiquiatría transcultural en Piura (Perú)** (Paloma Laiz) -
- Rotaciones Externas: **Hosp. de Día TCA H. Sta. Cristina** (Elena Soria , Francisco Gómez),
Unidad Patología Dual Clínica Ntra. Sra. de la Paz (Elena Soria),
Escuela de Terapia Familiar Hospital Santa Creu i Sant Pau (J. Camilo Vázquez) -
- Cuadernos de Salud Mental del 12 Nº 6 **"Casos Seminario de Psicoterapia 2011-12"**
(Díaz, Domínguez, Gómez, Quintana, Ramos, Rianza, Rojas y Verdura) -
- Jornada Residentes HU120 **"Psiquiatra por un día"** 9 Mayo 2013 -
- 5ª Edición: **"Nuevas perspectivas para el trabajo de Salud Mental"**
(Helena Ramos García, Germán Cano, Antonio Vela Bueno) -
- **Calendario de Sesiones Clínica de Area - 2º trimestre 2013 -**

1. AGC PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL ¹

• NOMBRAMIENTO OFICIAL Dr. MIGUEL ANGEL JIMENEZ ARRIERO

Investigación del Laboratorio de Reumatología en esclerosis sistémica

Primer ensayo clínico mundial con terapia génica del Laboratorio de Porfirias

Miguel Ángel Jiménez-Arriero nuevo jefe de Servicio de Psiquiatría



Noticias del 12

Hospital Universitario 12 de Octubre

Nº 67 - Marzo 2013

El 12 de Octubre, el centro más deseado por los MIR para hacer la residencia

Residentes de Medicina de primer año elegirían nuestro Hospital como primera opción para llevar a cabo su formación especializada si no tuvieran restricción de nota, según la Encuesta MIR-R1 2012 realizada a médicos adjudicatarios de plaza MIR en la convocatoria 2011-2012 por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Grupo Eco Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. En segundo y tercer lugar se sitúan otros dos hospitales madrileños: Gregorio Marañón y La Paz.

El tamaño de la muestra—realizada online—fue de 3.652 participantes, un 54 por ciento de la población adjudicataria a estudiar. De los encuestados, el 65 por ciento fueron mujeres y el 35 por ciento restante hombres. Respecto al cuestionario, una vez consultada la plaza y centro adjudicado al candidato en la convocatoria 2011-2012, se le preguntaba sobre la especialidad y centro que hubiera elegido de no tener ninguna restricción de nota, es decir, como si hubiera elegido en primer lugar.

El excelente resultado alcanzado en el sondeo se explica porque los residentes quieren estar en los mejores hospitales, capaces de diagnosticar y tratar patología muy diversa y nuestro Hospital reúne todos los requisitos que son imprescindibles para un médico en formación, especialmente en lo que se refiere a volumen de actividad, complejidad de diag-



nósticos y tratamientos y competencia y capacitación de sus profesionales.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la convocatoria 2011 las especialidades más demandadas por los MIR en nuestro Centro fueron Pediatría y Áreas Específicas, Anestesiología y Reanimación, Medicina Interna, Cirugía y Aparato Digestivo, y Obstetricia y Ginecología.

Documento completo en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/Informe-MIR2012.pdf>

¹ Portada Boletín Nº 32: "INSTANT THERAPY. The original shrink in a bag" (Dana Wyse)

• NUEVA WEB OFICIAL DEL SERVICIO

Nº 66 - Febrero 2012

Noticias del 12

Psiquiatría crea una página web oficial dentro del portal del Hospital

El Servicio de Psiquiatría ha desarrollado una página web oficial dentro del portal que el Hospital tiene en internet –www.h12o.es–, en colaboración con el Gabinete de Comunicación e Informática de la Consejería de Sanidad. La página, creada a coste cero y sin necesidad de financiación para su mantenimiento, incluye información de interés sobre el servicio, actividad asistencial, docencia e investigación, así como datos de especial relevancia para pacientes y profesionales. Cuenta además en su página principal con una sección de novedades en la que están las últimas convocatorias y documentos de interés. Además, la in-

formación es actualizada periódicamente por los profesionales de Psiquiatría, lo que hace posible realizar cambios prácticamente al minuto. Al margen de su alojamiento en la página principal del Hospital, cuenta con una dirección breve www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria que permite una fácil localización y rápido acceso. Esta iniciativa está abierta al resto de servicios asistenciales del Hospital. Partiendo de la ficha básica –servicio, pacientes, asistencia, formación, investigación y profesionales– puede incluirse la información que se considere necesaria, sin un mínimo ni máximo fijado de antemano.



www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

³ Sobre la artista de la portada: “La artista canadiense **Dana Wyse** es una de las artistas más reconocidas internacionalmente, con una de las obras más ingeniosas y de profundas implicaciones en el panorama artístico contemporáneo.

Su trabajo toma la forma de píldoras y remedios para curar o solucionar utopías, ilusiones, deseos imposibles pero de evidente elocuencia acerca de los valores de la sociedad contemporánea. Siempre se anhela lo que no se tiene, o no se sabe, o no se puede, y por tal razón la sola enumeración de sus píldoras constituye un penetrante reflejo de la idiosincrasia del ser humano de hoy, de sus debilidades y virtudes, de sus angustias e ideales.

Sus remedios, además, conforman una acusada impugnación a los sistemas del arte, no sólo por las características de su presentación, bastante prosaicas, de tienda o de vendedor ambulante, sino por su ínfimo costo en comparación con otras obras incluido un buen número de las que componen esta muestra. Remedios como los que formula “para ser un artista instantáneamente” o para “ser increíblemente creativo”, o para proveer “fama instantánea a los artistas” complementan las claves para comprender su noción y consideración del arte. No hay que perder de vista, sin embargo, que Wyse asegura no ser artista, sino farmacéuta.

El vademécum de Dana Wyse hace gala de un agudo sentido del humor, aunque muchos de sus remedios no son realmente tan divertidos una vez se reflexiona sobre su sentido y sus alcances. Y aunque algunas de ellas como las píldoras para “saber cuándo y cómo vas a morir”, o para “entender el significado de la vida”, o “para aceptar el hecho de que estás envejeciendo” pueden exacerbar la angustia existencial rápidamente, otras como aquellas para “entender a nuestras madres”, cambiar el color de los ojos”, o “garantizar la heterosexualidad de su hijo” demandan cierta reflexión, después de la sonrisa inicial, para discernir sus profundos cuestionamientos y la ácida crítica que entrañan” Eduardo Serrano. Entrevista a Dana Wyse sobre su obra en: <http://www.primatv.unal.edu.co/nc/detalle-serie/detalle-programa/articulo/dana-wyse.html>

♦♦ Para mayores de 18 años: Aunque en este Boletín hemos recogido sólo algunas de sus PILDORAS más “políticamente correctas” el resto de sus provocadoras “PILLS & REMEDIES” en: <http://danawyse.aeroplastics.net/>. Algunas de estas píldoras son muy impactantes para charlas sobre des-medicalización y des-psicologización de la vida cotidiana.

2. OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

1. DESCRIPCIÓN Y GENERALIDADES - UHTR

1.1 DEFINICIÓN

La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende promover la reinserción e integración en la comunidad de los pacientes con enfermedades mentales graves.

1.2 DESTINATARIOS.

Se considera que pueden beneficiarse del ingreso en esta Unidad los pacientes que reúnan las siguientes características:

- *Trastornos mentales graves.*
- *Mayores de 18 años y menores de 55 (en aquellos casos que sobrepasen la edad, se valorará la pertinencia del ingreso)*
- *Residentes en la Comunidad de Madrid y que estén incluidos en el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los distritos.*
- *Con necesidad de un tratamiento psiquiátrico y actividades intensivas de rehabilitación, para los que no es posible realizar este tratamiento en régimen ambulatorio.*

Este tipo de dispositivos no está indicado para:

- *Personas con retraso mental (discreto, moderado y grave).*
- *Trastornos antisociales de la personalidad.*
- *Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.*
- *Cumplimientos de condena.*
- *Trastornos orgánicos cerebrales que impiden su autonomía en la vida diaria.*
- *Trastornos mentales orgánicos derivado de enfermedad médica o sobrevenida*

1.3 TIEMPO DE ESTANCIA:

Entre un mes y seis meses, pudiéndose prolongar dicha estancia, hasta doce meses, en función de los objetivos terapéuticos establecidos.

- Durante su estancia la coordinación entre Servicios ha de ser continua, siendo imprescindible fijar un calendario de reuniones, siendo el ideal una vez al mes.
- Tanto el alta como la fecha de alta serán determinados por los facultativos de las Unidad Hospitalaria en coordinación con los Servicios de Salud Mental.
- En el protocolo de derivación para las Unidades debe de constar las alternativas residenciales al alta.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN.

a) Competencia personal

- I. Conciencia de enfermedad (Adherencia al Tratamiento)*
- II. Autocuidado*
- III. Hábitos de Vida*

b) Afrontamiento personal y social

- I. Funcionamiento cognitivo*
- II. Autocontrol y técnicas de afrontamiento*
- III. Autonomía básica*
- IV. Autonomía Social*

c) Alta terapéutica y derivaciones

Es la última fase del Proceso terapéutico en la U.H.T.R., se considera necesario para llevar a cabo el alta, el cumplimiento de al menos los siguientes criterios:

- Cumplimiento de los objetivos establecidos en el P.I.R. o (P.A.I.).
- Existencia de un soporte social, familiar, sanitario y comunitario.
- En todos los casos será consensuado entre los profesionales de las Unidades y los profesionales de CSM.

UNIDADES HOSPITALARIAS DE CUIDADOS PSIQUIATRICOS PROLONGADOS

1. DESCRIPCIÓN Y GENERALIDADES - UCPP

1.1 DEFINICIÓN

La Unidad Hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados es un dispositivo especializado de carácter hospitalario, incluido en la red de servicios comunitarios, que pretende una asistencia psiquiátrica integral en un régimen de hospitalización completa y prolongada, ofreciendo entre otras alternativas, contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial.

1.2 DESTINATARIOS

Se considera que pueden beneficiarse del ingreso en esta Unidad los pacientes con trastorno mental severo (T.M.S), mayores de 18 años y menores de 65 años, residentes en la Comunidad de Madrid, que necesitan un tratamiento psiquiátrico y un soporte residencial, no siendo posible realizar este tratamiento en las Unidades de Hospitalización Breve ni en las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación con camas.

INDICACIONES DE INGRESO PARA LAS UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIATRICOS PROLONGADOS

- ❖ Pacientes crónicos con alteraciones psicopatológicas persistentes y/o conductuales, que no han logrado adquirir autonomía personal y que carecen o es deficitario su apoyo social (ej: padres mayores).
- ❖ Necesidad de contención y adecuación conductual superior a la que puede ofertar un recurso residencial.
- ❖ Quizás se pudiera incluir estancias temporales para pacientes que no cumplen criterios de ingreso en U. de Tratamiento y Rehabilitación, pero si precisan contención y estabilización sintomática en un medio protegido, y por un tiempo prolongado.
- ❖ Pacientes que deban cumplir medidas de seguridad por orden judicial.
- ❖ Si el ingreso es por tiempo indefinido podría ser importante, para proteger los derechos de los pacientes, que estuvieran incapacitados y tuvieran tutor.

Este tipo de dispositivos no estaría indicado para:

- *Personas con retraso mental y trastornos conductuales.*
- *Trastornos antisociales de la personalidad.*
- *Personas con dependencias graves a sustancias tóxicas.*
- *Trastornos mentales orgánicos derivado de enfermedad médica o sobrevenida.*

1.3 OBJETIVOS ASISTENCIALES

- **Objetivo general:**

Posibilitar, mediante el proceso asistencial, que el paciente obtenga:

1. Estabilización sintomática
2. Contención y adecuación conductual
3. Rehabilitación en las áreas deficitarias que manifieste el paciente
4. Soporte residencial.



4

⁴ Brock Davis

SUBCOMISIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO UHTR Y UCPP DEL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Dependiente del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del AGCPSM está formada por los Coordinadores de los Programas de CC de los CSM, Directores de los Recursos de Rehabilitación, Responsables de las Unidades Hospitalarias y Secretario de la Subcomisión.

Sus funciones son realizar la evaluación de los pacientes presentados, elevar la propuesta a la Comisión de Evaluación y Seguimiento de la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental, realizar el seguimiento de los objetivos y proponer acciones de mejora a la Comisión del Programa de Rehabilitación.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR (ACTUALIZADA):

- Carpeta de Continuidad de Cuidados.
- Plan de Atención Integral (P.A.I.), donde debe de constar el recurso residencial que se va a utilizar al alta de la Unidad.
- Informe Clínico.
- Informe Social.

PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN

- *Los informes clínico, social y de continuidad de cuidados (que incluye el plan de atención integral) serán enviados al correo corporativo del responsable de la Subcomisión del AGCPSM al menos dos días antes de su celebración. El responsable de la Subcomisión los difundirá por la misma vía a todos miembros de ésta.*
- *Una vez valorados los casos serán elevados, en caso de aceptación, a la Comisión de Evaluación de la Oficina Regional de Coordinación en Salud Mental.*
- *El informe de Continuidad de Cuidados es de suma importancia para el estudio y evaluación en ambas comisiones. En él se reflejan los datos clínicos, sociales y rehabilitadores sustanciales (utilización previa y actual de recursos de rehabilitación, fechas de entrada y salida, motivo de la propuesta, datos socio demográficos, utilización y necesidad de ingresos hospitalarios previos, profesionales sanitarios y sociales de referencia, red familiar y social de apoyo, etc.) para su presentación.*

Madrid, 17 de abril de 2013

Valentín Lemus
Coordinador Unidad Continuidad de Cuidados

- **Vídeo divulgativo sobre TLP (Asociación AMAI-TLP)**

De: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Enviado el: lunes, 11 de febrero de 2013

Asunto: Vídeo divulgativo TLP en youtube elaborado por AMAI TLP

La Asociación AMAI-TLP nos ha enviado el enlace en You Tube sobre el video divulgativo que ha elaborado sobre el Trastorno Limite de la Personalidad:

<http://www.youtube.com/watch?v=OOZ9Mb2S-U0&feature=youtu.be>

Te ruego realices la difusión de esta información que consideres mas oportuna entre los profesionales de tu Centro. Un saludo

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Dirección General de Hospitales

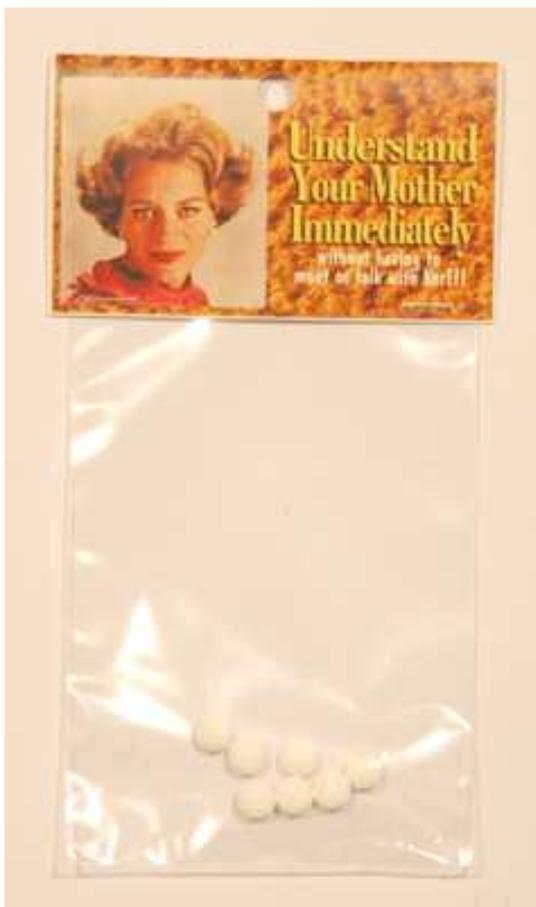
Servicio Madrileño de Salud

Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7- 3ª planta

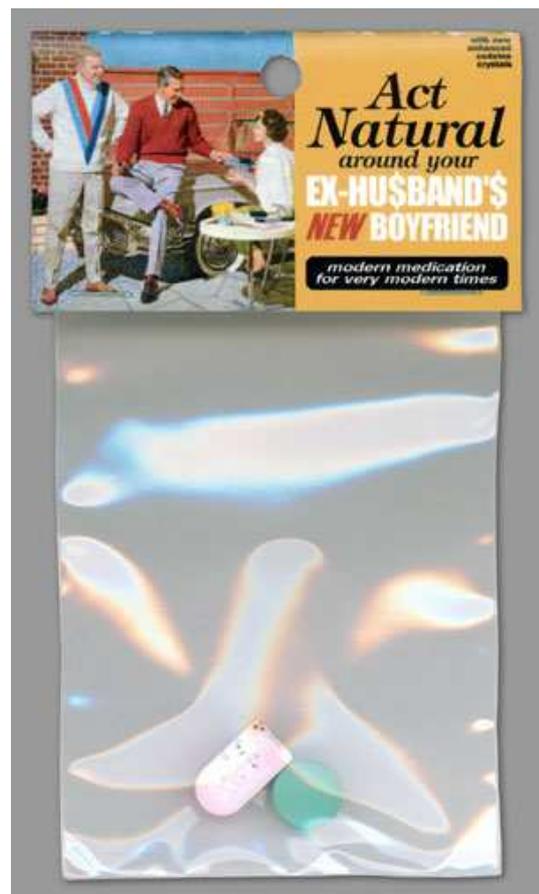
28020- Madrid

☎ **91 529 06 19** 📠 **91 529 06 32**

✉ orcsaludmental@salud.madrid.org



5



6

⁵ Dana Wyse: "UNDERSTAND YOUR MOTHER IMMEDIATELY without having to meet or talk with her!!!"

⁶ Dana Wyse: "ACT NATURAL around your EX-HUSBAND'S NEW BOYFRIEND. Modern medication for very modern times!"

3. RESIDENTES

- Memoria Rotación Externa: **Paloma Laiz Gutiérrez** - EIR Salud Mental 2ª

ROTACIÓN EXTERNA DE SALUD MENTAL TRANSCULTURAL EN EL CENTRO DE REPOSO PARA ENFERMOS MENTALES PIURA-TUMBES (CREMPT) DE SAN JUAN DE DIOS EN PIURA, PERÚ

El 3 de enero, en pleno bullicio navideño y tras amargas despedidas, comenzó mi viaje cruzando el Atlántico, hasta una región llamada Piura al otro lado de los andes peruanos, lindando con el océano Pacífico al oeste y con Ecuador al norte. Allí me esperaba mi afortunadamente concedida rotación externa de Salud Mental transcultural por dos meses.

INTRODUCCIÓN

La transculturalidad estudia el impacto de la cultura en el comportamiento humano tanto a nivel universal como específicamente cultural. Tiene en cuenta la relación entre cultura y desarrollo infantil, formación de la personalidad, patrones de comportamiento, matrimonio y familia, patrones de socialización y ciclo de vida en general. Centrarse en la cultura es necesario cuando se trata con pacientes de minorías u otros ambientes étnicos o personas de países extranjeros, pero también con aquellos que son parte de la mayoría de la población en su propia sociedad. Es decir, que en nuestro trabajo con personas, de la misma cultura o diferente a la nuestra, debemos tener en cuenta las condiciones sociales, culturales y económicas de quien tenemos enfrente.

Las situaciones de contacto con culturas diferentes a la nuestra nos resultan muchas veces conflictivas. Tendemos a extrapolar nuestros ritos, costumbres, formas de comportamiento, etc. Nos resulta extraño el contacto con el "otro" desconocido, con el distinto que "no sabe", "no entiende" o "no se adapta", tomándolo como alguien a quien se debe por tanto educar y enseñar en lo "correcto" que es lo "nuestro". Es habitual toparse con este tipo de actuación **etnocentrista** en la que suponemos que *"el universo gira en torno al pueblo propio, considerando siempre al endogrupo en lo correcto y verdadero y todos los exogrupos equivocados o incorrectos cada vez que su conducta difiere de la del grupo propio"* (1). En definitiva, la diferenciación entre "NOSOTROS" y los "OTROS". Una opción más tolerante sería la de posicionarse en lo que se llama el **relativismo cultural** definido por Harris como aquel *"principio que afirma que todos los sistemas culturales son intrínsecamente iguales en valor, y que los rasgos característicos de cada uno tienen que ser evaluados y explicados dentro del sistema en el que aparecen"* (2), es decir, que todas las pautas culturales son igualmente válidas y dignas de respeto. Surge aquí la polémica cuando entran en contradicción las condiciones culturales y los derechos humanos fundamentales. Hay autores que consideran la Declaración Universal de los Derechos Humanos carente de una perspectiva transcultural y que no responde a los valores culturales de sociedades distintas a las que lo promovieron. Sin embargo, ¿es la ablación una acción propia de la cultura? ¿y las desigualdades sociales? No

parecen cuestiones que debieran ser defendidas en base a supuestos culturales. Dejo este tema para la reflexión porque ahondar en ello sería demasiado extenso. Varios autores hablan de “comprender” la otra cultura al definir relativismo cultural. No sé si es posible llegar a comprender por completo formas de vida tan diferentes a las que estamos habituados, en las que a través de un proceso normal de **endoculturación** nos han educado y criado desde nuestro nacimiento. Lo que sí está en nuestra mano es aceptar que lo distinto, lo diferente está ahí, convivimos con ello día a día.

Y es que durante mi rotación he experimentado sucesos que por el momento no soy capaz de comprender. Maneras de relacionarse, de afrontar acontecimientos... en definitiva, de estar en el mundo. Acepto y asumo que es así, que todo es distinto en un país en el que, a pesar de tener el mismo idioma oficial, incluso ahí aparecen las diferencias.

Me parece importante comenzar teniendo claros los conceptos de salud-enfermedad y signo-síntoma. No tienen significados universales, son pensados en función de la persona, grupo, institución y situación socioeconómica donde se desarrolla el proceso de salud-enfermedad (3). En inglés se designan tres palabras para hacer referencia al concepto de enfermedad: *illness*, *disease* y *sickness*. Estos conceptos no deben ser interpretados como formas diversas de enfermedad, si no como puntos de vista diferentes a la hora de interpretar un mismo fenómeno (3)

El concepto de *illness*, con traducción literal de *padecimiento*, hace referencia a la experiencia de enfermedad concebida por el paciente o su familia. Es subjetiva, experiencial y depende del punto de vista popular. Se basa en el conocimiento personal, conceptos populares e interpretación cultural de cómo se describe el sufrimiento (4). Habla de la experiencia humana de enfermedad y también de las prácticas que se llevan a cabo una vez disminuido el bienestar físico o la función social (3).

El concepto *disease*, que traducido literalmente al español significa *enfermedad* hace referencia a la condición mórbida o patológica que es definida y conceptualizada por los médicos. Es la etiqueta. Se especula una etiología aunque aún no se conozca. Se asume que la enfermedad se manifestará con ciertos patrones, creando un cuadro clínico identificable que tendrá un curso predecible con el pronóstico correspondiente (4). Todos los sistemas terapéuticos han desarrollado sus nosografías y nosologías, no solo la medicina occidental, también otras como la medicina Ayurveda (India), la medicina tradicional china o la medicina galénica-islámica.

El término *sickness* se emplea para definir cómo el grupo social vive la enfermedad y cómo gestiona el hecho de “estar enfermo”. Esta red social del enfermo ya no tiene tanto peso en la concepción occidental pero sigue siendo un elemento principal de gestión del malestar en otras culturas (3).

Lo mismo ocurre con los términos *signo* y *síntoma*. El *signo* es lo objetivo, observable y medible. El *síntoma* se refiere a la percepción subjetiva de la enfermedad y su expresión.

En definitiva, lo importante para el clínico es reconocer la diferencia entre la forma en que paciente y terapeuta perciben e interpretan la enfermedad y conceptualizan los

problemas, explorar el significado que estos términos tienen para la persona que tenemos delante. Esto nos conduce al concepto de *conducta de enfermedad* que incluye todos los elementos envueltos en el comportamiento de una persona cuando se pone enferma. Cómo la persona reconoce, percibe e interpreta su sufrimiento y cómo reacciona ante él. Qué métodos utiliza para buscar ayuda o atención y cómo comunica sus problemas a quien está pidiendo ayuda y a su familia. Si su rol dentro del grupo y los roles ejercidos por los demás miembros cambian y cómo lo hacen. Y también conocer cómo reacciona ante la terapia prescrita y si acepta o no este tratamiento y la etiqueta de la enfermedad.

El concepto de salud es definido por la Organización Mundial de la Salud como “*estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad*”. Con los mismos razonamientos que para el concepto de enfermedad, es difícil llegar a una definición universal de salud ya que va a estar siempre relacionada con las características socioeconómicas, políticas y medioambientales de un colectivo concreto (3).

LA SALUD MENTAL EN PIURA Y EN EL CREMPT

La ciudad de Piura es capital del departamento de Piura y tiene una población aproximada de 400.000 habitantes. En el barrio de Castilla se encuentra el Centro de Reposo para Enfermos Mentales Piura-Tumbes(CREMPT) donde yo trabajaría y viviría durante la rotación.

Es el único centro privado específico de salud mental en muchos kilómetros a la redonda. Incluso en alguna ocasión atiende a personas procedentes de la capital, a 15h en autobús. Los pacientes tienen la posibilidad de acudir al psiquiatra del “Salud”, equivalente a la Seguridad Social. Sin embargo las listas de espera son interminables (dos psiquiatras para todo el departamento) y por lo que refieren los piuranos, la calidad de la atención deja mucho que desear, no solo en lo referente a Salud Mental, sino al servicio sanitario en general.

Es importante llegados a este punto remarcar que el sueldo mínimo en Perú son 750 soles (220 euros) y que su sistema sanitario no cubre ninguna consulta ni medicamento. Incluso en lo público se pagan las consultas a 10 soles de media, sumado esto a los impuestos mensuales que a cada peruano le retiran de su sueldo para cubrir la atención sanitaria. El Sistema Sanitario es similar al estadounidense en el que cada ciudadano puede contratar un seguro que le cubra los gastos en salud. Sin embargo, las condiciones del seguro dependerán de la cotización de cada ciudadano. Es decir, cuanto más dinero ganas, mejor seguro tienes y los desempleados carecen de él.

El CREMPT está muy bien valorado en Piura. A pesar de ser más caro que el Salud, la persona se asegura una atención de mejor calidad y se ahorra listas de espera. Cada consulta externa cuesta 50 soles (14.7 euros), al igual que un día de ingreso hospitalario. En caso de precisar ingresar, el paciente (generalmente su familia) deberá abonar 10 días por adelantado (500 soles) ya que la estancia media es de 15 días. En el precio del ingreso no se incluyen los fármacos que el responsable del paciente ha de comprar en la farmacia y entregarlos en el pabellón semanalmente o cuando haya cambios de prescripción. Estos conceptos son explicados a la familia a la hora de decidir conjuntamente con el psiquiatra si el paciente

ingresa o no. Al final, es la familia la que paga y si no se lo puede permitir, se realizará seguimiento ambulatorio según las posibilidades económicas de cada uno. Todo esto significa que solo se beneficia del mejor tratamiento el que paga. En el resto de casos, solo queda hacerlo lo mejor que se puede. Ocurre lo mismo a la hora de elegir la prescripción del fármaco, donde a menudo son los soles los que mandan. A veces, cuando un paciente está ingresado, no se puede esperar el tiempo necesario a que la pastilla haga su trabajo. Hay que plantearse que si observamos durante unos días a ver si tiene efecto o no, esos días suponen un gasto económico importante.

El CREMPT tiene una capacidad de 80 camas divididas en tres pabellones. El pabellón de mujeres consta de 30 camas que comparten tanto pacientes que padecen un proceso agudo como las llamadas “crónicas” que son 15 en la actualidad.

La capacidad para hombres es de 50 camas. 28 de ellas se sitúan en el pabellón de agudos y las 22 restantes en el pabellón de cónicos.

Los pacientes son por tanto separados según sexo aunque tienen lugar a reunirse en los patios y jardines del centro.

La recepción del paciente al CREMPT es realizada por su única Licenciada en Trabajo Social, que realiza un triaje a través de una primera evaluación en la que recoge fundamentalmente los datos demográficos y situación social del paciente. No existe la derivación a través del Salud por tratarse de un servicio privado. El paciente que cree necesitar de atención psiquiátrica acude directamente al centro. La trabajadora social deriva al paciente a la consulta de uno de los tres psiquiatras que hay para todo el centro y son ellos quienes deciden si el paciente se beneficiará de un seguimiento ambulatorio en las consultas externas o bien necesitará un ingreso en el pabellón de agudos.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES

➤ PABELLÓN DE AGUDOS

Como ya he explicado, existe un pabellón de agudos para hombres y otro para mujeres, este último compartido con las mujeres de larga estancia. Mi labor asistencial en los pabellones ha sido dos días por semana (un día en el de hombres, otro día en el de mujeres). Hay dos Licenciadas en Enfermería para todo el CREMPT, por lo que no siempre están presentes. La Licenciada en Enfermería comparte turno con un Técnico en Enfermería. La carga de trabajo es abundante ya que deben atender a una capacidad de 28 pacientes en el pabellón de hombres y de 30 en el de mujeres, aunque generalmente no estén todas las camas ocupadas. La labor de la enfermera se centra en la preparación y administración de los fármacos prescritos, registro de acciones y valoración y seguimiento de todos los pacientes. Está presente en las entrevistas de seguimiento realizadas por el psiquiatra, que acude a pabellón dos veces por semana. En este sentido, la valoración realizada por la enfermera toma gran importancia en las decisiones del psiquiatra, puesto que el seguimiento que estos hacen es limitado debido también a su carga de trabajo. Al igual que en cualquier lugar de hospitalización, es el personal de enfermería quien pasa 24 horas con el paciente, conociendo sus necesidades a través de la observación directa de su estado clínico. La enfermera es

también la encargada de informar a los familiares. Mantiene contacto constante con ellos inevitablemente porque periódicamente tienen que acudir al CREMPT a entregar medicamentos o útiles de aseo para su familiar. En estos momentos se aprovecha para informar a la familia de la evolución del paciente y apoyarles en el proceso crítico que están pasando. Como actividad propia de enfermería es esencial el acompañamiento a la familia que se encuentra en un momento de estrés por la situación, que muchas veces no comprende lo que le ocurre al paciente, que muestran sentimientos de incertidumbre, de miedo ante lo nuevo y desconocido. La enfermera colabora y supervisa el resto de actividades necesarias de atención a un paciente ingresado como son la higiene personal y alimentación. Todo ello en un turno de 6 horas (de mañana y tarde, el turno de noche son 12 horas). Las terapias grupales con los pacientes quedan relegadas a un segundo plano. Algunos de ellos tienen la posibilidad de asistir a terapia fuera del pabellón que detallo más adelante.

La enfermera o técnico participa también en la aplicación de Terapia Electroconvulsiva en el pabellón.

La TEC se aplica con un sencillo aparato portátil sin anestesia. La anestesia incluiría aumentar su precio. No voy a entrar en la posible vulneración de los derechos del paciente al aplicar TEC sin anestesia. Hay que tener en cuenta demasiados factores en este caso y llevaría a un largo debate. Cuando se aplica a pacientes ingresados se hace en su misma habitación, si son pacientes externos el paciente ingresa por una hora en una habitación individual del pabellón.

El protocolo preTEC y los cuidados de enfermería son los mismos que en España.

Los cuidados durante y después de la TEC cambian en algunos aspectos por el hecho de ser aplicado "a pelo":

- Asegurarse de que el paciente ha orinado y defecado
- Asegurarse de que el paciente no ha ingerido sólidos las 8 horas anteriores ni líquidos las tres horas previas al procedimiento
- Asegurarse de que el paciente no porta ningún objeto metálico o prótesis
- Seleccionar la dosis eléctrica mediante el ajuste de los parámetros (siempre utilizaban la dosis máxima de 115 voltios) y preparar los electrodos poniendo una capa de pasta conductora y una gasa que evite las quemaduras (he conocido una sola gasa para todos...)
- Colocar al paciente en decúbito supino, evitando que cruce las piernas y con los brazos rectos a lo largo del tronco. La cabeza se coloca en hiperextensión.
- Se coloca una gasa a modo de protector dental asegurando que quedan libres la lengua y los labios (esta gasa me aseguraban haberla lavado).
- Se sujeta al paciente por los hombros y se deja la cadera suelta para evitar luxaciones ante las fuertes convulsiones tónico clónicas
- Se aplica durante 5 segundos para asegurarse de que la convulsión será de al menos 30.
- Se le coloca decúbito lateral izquierdo para facilitar la ventilación. Emite un estertor que indica que respira y pasa por todas las fases de la consciencia para despertar entre 5 y 15 minutos.

La primera aplicación de TEC a la que asistí me impactó profundamente. Las convulsiones son intensas y la espera de unos segundos hasta que el paciente respira se me hacía eterna.

➤ CENTRO DE DÍA

Está situado dentro del mismo CREMPT. Acoge a una media de 10pacientes fijos (no todos van siempre) más los que tienen permiso del psiquiatra por su mejoría clínica para acudir desde el pabellón de agudos. De los pacientes que asisten diariamente, tres de ellos son externos y el resto proceden de los pabellones de crónicos. Es por lo tanto un grupo abierto y heterogéneo en cuanto a patologías. Se exige una mínima capacidad cognitiva para acudir al centro de día. Está dirigido por un psiquiatra aunque la labor de asistencia es desarrollada por una Licenciada en Educación con la colaboración de los estudiantes de psicología que realizan sus prácticas en el centro. Los pacientes acuden en horario de 9h a 12h en el que desarrollan las actividades programadas. Todos los días comienzan con el grupo de “Buenos Días” de una hora de duración en el que los pacientes tienen el espacio para poner sobre la mesa tanto sus preocupaciones y problemas como temas más de la vida diaria. De lunes a jueves se desarrollan terapias de rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, arteterapia, psicoeducación, deporte y otras más orientadas a la búsqueda del ocio y entretenimiento como son juegos de mesa, manualidades, etc. sin perder el enfoque rehabilitador que caracteriza un Centro de Día. Los viernes se dedican a cineforum o salida fuera del centro, generalmente alguna actividad cultural. Los pacientes externos acuden con regularidad y rigurosa puntualidad, pero aquellos que viven en el CREMPT tienen más flexibilidad en el horario puesto que todos ellos desarrollan algún trabajo como colaborar en cocina o en la lavandería del centro que a veces les exige más tiempo.

Mi labor en el Centro de Día consistía en codirigir los lunes y jueves las terapias correspondientes. Escogí estos días porque es cuando se lleva a cabo la preparación del **programa de radio** en el que yo participaba activamente. Cada lunes los pacientes eligen un tema del que desean hablar en el programa de la semana y elaboran un pequeño cuestionario orientativo sobre lo que más concretamente van a tratar. Los jueves cada uno aporta la información recogida sobre el tema y se hace un ensayo general de lo que sería el programa por la tarde. Se trata de una actividad que, como bien dice su presentadora en el comienzo de cada programa, tiene la intención de luchar contra el estigma social de la salud mental. Aprovecho para recomendar encarecidamente su escucha en Radio Cutivalu, disponible para España en www.radiocutivalu.org de 23h a 24h (de 17h a 18h hora peruana). Merece realmente la pena asistir a este despliegue de creatividad por parte de personas que tienen la oportunidad de dejar a un lado una vida en la que abundan muchas veces la soledad y la monotonía para ser sustituidas por un soplo de aire fresco que cada semana nos sacaba la sonrisa. Durante los primeros 40 minutos de programa se desarrolla el tema elegido previamente. Los profesionales tenemos la sencilla tarea de supervisar su buen hacer. Me impresionó el primer día el manejo que todos ellos tenían de los micrófonos, de estar pendientes de parar cuando hay que hacer un corte publicitario, de los tiempos... Más complicado me resultó participar como una más respondiendo a múltiples preguntas sobre el tema del día o a la curiosidad que provoca siempre el extranjero en un país, simplemente por mi miedo escénico, no porque ellos me lo pusieran difícil. Muy al contrario, me hacían sentir tan cómoda que creo que acabé cogiéndole demasiado gusto al micrófono. Es una agradable sorpresa comprobar que los más espontáneos cuidan y animan a los más inhibidos. Los últimos 20 minutos se dedican a la parte artística en la que los pacientes dan rienda suelta a sus talentos y amenizan el programa con canciones, poemas o chistes.

Además, puse en marcha un **taller de relajación** en colaboración con uno de los estudiantes de psicología. Lo llevamos a cabo semanalmente para todos los pacientes. Elaboré un programa de cuatro sesiones. Cada sesión duraba 30 minutos (me tuve que ajustar a los tiempos del resto de actividades) y se llevaba a cabo cada 15 días puesto que alternaba las sesiones con el estudiante de psicología. En mi programa dediqué las sesiones al entrenamiento en respiración y relajación autógena con visualización.

Una de las deficiencias que observé en el Centro de Día era la derivación desde los pabellones, sin previo aviso y sin coordinación. Cuando el paciente empieza a acudir a las terapias, es porque hay una mejora considerable del estado clínico que le llevó a ingresar. Esto supone que pocos días después es dado de alta y no vuelve más, conllevando esto la pérdida repentina de un miembro del grupo. Generalmente se les ofrecía la posibilidad de seguir acudiendo, pero ahí aparecía el hándicap de tener que pagar 5 soles diarios y que muchos de ellos viven a horas en autobús de Piura.

También se echa en falta la figura de un profesional especialista en salud mental que trabaje directamente con los pacientes. La Licenciada en Educación es sin duda una gran trabajadora, con experiencia en este campo y con preparación teórica por cuenta propia. Sin embargo apenas existe coordinación con el profesional de salud mental responsable de cada caso individual. Resulta más sencillo con los pacientes que viven en el mismo CREMPT coordinar con el psiquiatra o la enfermera que son también trabajadores del centro. Los pacientes externos, al menos en los tres casos que ha habido durante mi estancia, son atendidos por el psiquiatra del Salud (hablo solamente de psiquiatra porque no existe otro profesional de Salud Mental) y el intercambio de información con él es nulo.

➤ **TERAPIA OCUPACIONAL**

Así se llama el pabellón en el que paradójicamente, no hay terapeuta ocupacional. Se encargan de estas terapias dos Licenciadas en Educación y acoge, en el mismo horario que el Centro de Día, a los pacientes más residuales de los crónicos del CREMPT. Llevan a cabo fundamentalmente terapias de ocio y entretenimiento como manualidades para trabajar la psicomotricidad y la atención. No he colaborado en este pabellón a excepción de alguna actividad de manualidades que se realizaba conjuntamente con el Centro de Día.

➤ **CONSULTORIO**

Un día a la semana lo he dedicado a pasar consulta con los psiquiatras, son los únicos que la tienen. No existe la enfermera en consultas y, actualmente, tampoco el psicólogo aunque sí hay una plaza de psicología, en este momento se encuentra vacante. De todas formas, la especialidad en psicología clínica vía PIR no existe en Perú. La única formación práctica que tienen es a través de masters o si escogen su prácticum dedicado a la clínica con duración de un año.

Los psiquiatras atienden a pacientes en seguimiento, pacientes nuevos, urgencias y pasan visita en los pabellones, tanto de agudos como de crónicos. No difiere a priori de una consulta en España. Sin embargo, como comentaba al principio, tiene mucha influencia para el paciente el coste tanto de la consulta como de los fármacos. No es habitual citar a un paciente en un

plazo inferior a un mes, resulta más que suficiente para una familia desembolsar 50 soles mensuales más los costes de la medicación. No es posible tener solamente en cuenta lo terapéutico o lo que sería más beneficioso para el paciente en cuanto a seguimiento y prescripción farmacológica. En consulta se habla de “plata”. Hay fármacos más eficaces pero más costosos; le vendría bien un seguimiento semanal, poder hacer un tratamiento psicoterapéutico pero cada consulta cuesta 50 soles; su estado clínico requeriría un ingreso, pero eso son 500 soles por adelantado... y así un largo etcétera. Parte del corto tiempo de la consulta hay que dedicarlo inevitablemente a la negociación de lo más eficiente, lo mejor al menor coste. Si unos análisis de sangre cuestan 40 soles, habrá que comenzar tratamientos igualmente o pautar Clozapina sin la posibilidad de tener hemogramas semanales. Hay que jugársela. Ante la adversidad, resulta mejor hacer algo que nada. Los fármacos con los que se cuenta son limitados, como decía por el precio. Se escoge entre los más baratos. Se juega sobre todo con Risperidona, Sulpiride y Clozapina como antipsicóticos; Valproato o Litio dentro de los estabilizadores de ánimo; Fluoxetina como medicamento estrella en episodios de ansiedad o depresión y Clonazepam o en algún caso Diazepam como benzodiazepinas. Si este mix no funciona, pasamos a la Terapia Electroconvulsiva (TEC) a un precio de 30 soles. Así de fríamente.

El tiempo por consulta es de unos 15-20 min. Normalmente el método es “ir al grano” dentro de un enfoque biomédico. No hay tiempo para ir despacio porque tiempo es igual a dinero. He tenido momentos, sobre todo al principio, en los que me escandalizaba por las intervenciones directivas y confrontativas. Por la rapidez en la que se coloca una etiqueta diagnóstica y se pauta medicación. Por cómo se suelta la bomba de “su hijo está sufriendo un episodio psicótico” “su hermana es bipolar” o “es usted un TOC”. Todo esto me ha llevado a tener con ellos discusiones de horas que al final, de alguna manera, siempre resultaban enriquecedoras para ambas partes. La justificación final solía ser “en el privado, con gente de mayor nivel socioeconómico, sí se pueden hacer las cosas bien”. A mi no me termina de convencer. El CREMPT, a pesar de tratarse de una institución privada, se jacta de obrar benéficamentepor lo que acuden generalmente las personas de un nivel socioeconómico bajo, aunque no tan bajo como para no poder ni costearse la consulta. En la gran estratificación de esta sociedad, el clasismo hace a los mejor apoderados evitar a toda costa mezclarse con “los pobres”.

➤ **TERAPIA GRUPAL EN CENTRO PENITENCIARIO**

Tomás Alacid, enfermero especialista en Salud Mental en el CREMPT y con gran experiencia en este área, puso en marcha hace unos dos años un grupo terapéutico con reclusos de la penitenciaría de Río Seco en Piura. Durante mi rotación él no estaba en Piura así que lo dirigía uno de los psiquiatras del CREMPT. El grupo se realiza semanalmente en el pabellón CREO de la penitenciaría. A este pabellón ingresan chicos de entre 18 y 25 años y que cumplen su primera condena. El tipo de condenas es heterogéneo así como los delitos. Hay chicos presos por homicidio, por tráfico de drogas...

El grupo es abierto, acceden a él de forma voluntaria, pero tiene bastante atracción ya que acudir a un grupo terapéutico les da beneficios para las reducciones de condena y demás lenguaje carcelario que desconozco.

Está compuesto por una media de 20 chicos y tiene una duración de aproximadamente hora y media, según lo que se demoren en registrarnos como visitantes y cachearnos para entrar y según la hora en la que se haga el recuento para finalizar. Se realiza en el pasillo en medio de las celdas, todos sentados en el suelo, excepto yo que por esa veneración a la mujer de la sociedad latina, me veía obligada a sentarme en un taburete que me cedían amablemente. Me resultaba bastante incómodo estar a una altura mayor que el resto, a otro nivel literal y simbólicamente. Fue una cuestión que conversé con el psiquiatra con el que llevaba el grupo porque para mí resulta fundamental estar al mismo nivel que el resto para favorecer un vínculo. Pero me recomendaron soportar esa incomodidad ya que de lo contrario, podrían tomarlo como una ofensa a sus atenciones hacia mí como mujer y terapeuta.

Trabajábamos con ellos en base a emergentes grupales. Tratábamos de ser flexibles con el encuadre, entre otras cosas porque es un medio que no lo favorece en absoluto. Por poner un ejemplo, a las 16h en punto, a mitad de grupo, había agua en las celdas, una de las tres únicas veces en el día en la que podían recoger agua para bañarse, etc. Así que a esa hora se desmontaba el grupo, todos corrían a llenar sus barreños durante 10 minutos y volvían (o no).

No se solían tratar los asuntos que les habían llevado a esa situación, a no ser que alguno quisiera explícitamente hablar de ello, que no era lo habitual. Tratábamos de enfocarlo hacia la adaptación a su situación actual y hacia los planes de futuro y necesidades de cambio para poder llevarlos a cabo. Centrarnos en lo que es más importante para ellos en sus vidas y qué hacer para ir tras esos objetivos. Resultaba bastante difícil, ya que por lo general escaseaba la capacidad de introspección y reflexión. Eran frecuentes comentarios del tipo “solo tengo dos opciones cuando salga, que me maten o volver aquí”.

➤ **TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Para poder hablar de personalidad dentro de la transculturalidad, me voy a remitir primero a una pieza clave que es el concepto de *persona*. En culturas colectivistas, que no se centran en el individuo, las “personas” no pueden entenderse si no es en relación con los demás o con el medio ambiente. La persona no se define por unas propiedades que le caracterizan, sino por su forma de interactuar con el medio. En un estudio de Matsumoto (5) se pedía a un grupo de personas que escribieran una lista de las características que les definen tan rápido como pudieran. En el medio occidental las personas se definían en términos como “soy un buen conversador” o “ayudo a los demás”. En cambio, en las culturas no occidentales las definiciones son situacionales “cuando estoy con mis amigos soy buen conversador” o “en el trabajo suelo ayudar a los demás”. Para muchas culturas no individualistas no puede asumirse que la independencia sea un valor. Esto es, que la información considerada relevante y distintiva es diferente. La cultura piurana no es colectivista en esencia aunque sí algunos de sus aspectos. Sí creo relevante en este apartado el concepto de *carácter étnico* que se refiere a la configuración de la personalidad común manifestada por la mayoría de los miembros de un grupo étnico y la distingue de los miembros de otros grupos étnicos. Se basa en la noción de que todas las culturas tienen una personalidad típica que es distintiva y característica de esa cultura y condicionada por algunos aspectos de esa cultura. Incluyendo lo cultural, son válidas para estos trastornos aún estando en otra cultura, las características típicas que diferencian las personalidades consideradas normales de los trastornos de personalidad. Epidemiológicamente, a través de estudios multicéntricos no se han encontrado grandes

diferencias en la prevalencia del trastorno límite de personalidad entre una cultura y otra, pero sí existe una tendencia actual a hipotetizar que su prevalencia va en aumento en las sociedades en desarrollo (caso de la sociedad peruana) y en las más desarrolladas. El TLP es raro en sociedades tradicionales porque probablemente su estructura protege contra esta patología. Por un lado tiende a suprimir la clase de patología presente en el TLP: recompensan la expresión indirecta de emociones y las conductas como la lealtad o adhesión al grupo que favorezcan la cohesión y reprimen las conductas como la impulsividad o la excesiva emotividad. Millon hipotetizó que los cambios sociales rápidos incrementan el riesgo de la patología límite al inferir en la transmisión generacional de valores, reducir la influencia de la familia extensa y favorecer la ruptura de las normas y valores de la comunidad. Esto justificaría que en sociedades en desarrollo, aumente la tasa de TLP (6).

Participé en este grupo como coterapeuta semanalmente. El grupo tiene lugar todos los miércoles durante una hora y media. Se trata de un grupo abierto que da cabida a unas 8 pacientes, todas mujeres durante mi estancia. Para acceder al grupo tienen que ser derivadas por los psiquiatras una vez las han evaluado en consulta y cuesta 5 soles cada sesión. Hay pacientes que asisten al grupo desde que se puso en marcha hace cinco años, lo que contrasta con las nuevas participantes y a la vez enriquece el proceso. A cada nueva integrante del grupo se le explican las normas de funcionamiento, haciendo énfasis en la confidencialidad de lo que allí se trata. El enfoque en el que se basa el terapeuta principal del grupo es conductual. Durante la primera parte de la terapia se tratan problemas o acontecimientos que hayan ocurrido durante la semana. Con esos emergentes grupales y las devoluciones que se van haciendo unas a otras se trabaja y a partir de ahí se realiza una pequeña segunda parte más centrada en lo conductual o lo psicoeducativo.

➤ **MENSAJEROS DE LA NOCHE**

Este programa fue puesto en marcha por los Hermanos y voluntarios piuranos de San Juan de Dios del CREMPT hace aproximadamente 6 meses. Su objetivo es ofrecer ayuda a parte de la población más pobre y en estado de marginación social de Piura. Lo llevan a cabo fundamentalmente los voluntarios aunque todos los profesionales que lo deseen pueden participar. Cada dos viernes a las 20:00h salimos con la “ambulancia” del centro (si en algún momento fue una auténtica ambulancia para trasladar enfermos, poco queda de ella, salvo la sirena y la camilla que sirve ahora de asiento) un grupo de diez personas con 200 bocadillos y una cazuela llena de “chicha morada” o “jugo” de mango para ofrecer un refrigerio a personas hacinadas en la rivera del río o en fumaderos de pasta base de cocaína. En estos lugares donde conviven familias enteras y prima la insatisfacción de las necesidades básicas, tratan de llevar un mensaje de apoyo y acompañamiento con la esperanza de que algún día mejorará su situación.

Por lo que he podido observar, cumplen las funciones de una especie programa de reducción del daño, ofreciendo un momento de compañía y de dedicación supuestamente altruista que sin duda quienes lo reciben agradecen con cariño. Pero veo complicado que sin un giro de 180 grados en las políticas económicas y sociales del país se pueda hoy por hoy hacer mucho más. Sin recursos materiales, económicos ni humanos no será posible dar a estas personas una oportunidad de cambio, otro camino para elegir. Habrán de contar con grandes ayudas para poder escapar de esa situación junto con su deseo y esfuerzo. Personalmente,

aunque no es la primera vez que trabajo con personas en este grado de marginalidad, nunca había estado en su campo, en sus casas, siempre lo había hecho desde mi territorio. Lo primero que se me vino a la cabeza fue la imagen de un documental. Los niños corriendo y golpeando con impaciencia las ventanillas de la ambulancia, el sonido de su risa, es la mejor de las bienvenidas. Pero no es un documental, es la triste realidad con la que se convive en un país con un 33% de pobreza en sus calles.

Para realizar esta actividad se debe tener bien presente en qué lugar y con qué personas se está trabajando y creo que a veces los voluntarios pecan de inconscientes. Se deben tomar precauciones. Que una persona sola entre en pleno fumadero de crack no lo creo adecuado. Trabajamos con personas en estado severo de intoxicación que no sabemos cómo pueden percibir en ese momento lo que para el voluntario es “una ayuda”. No estamos libres de que esa persona reaccione de forma inesperada o incluso agresiva. No podemos exponernos dejando de lado nuestra propia seguridad. Los voluntarios les invitaban a acudir al CREMPT ofreciéndoles una consulta gratuita. Pero creo que no se dejaban claras las condiciones ya que ese ofrecimiento supuso que una tarde, fuera del horario laboral, viniera preguntando expresamente por mí un hombre en estado de intoxicación que, ante mi ausencia, se tornó verbalmente agresivo con el vigilante del CREMPT. Tengo claro que de haber estado en esos momentos tampoco le hubiera recibido, pero teniendo en cuenta que concretamente yo, vivía ahí, me parece una insensatez ofrecer disponibilidad completa cuando no es así.

➤ **SALIDA A CENAR POLLO**

Cada semana, junto con dos voluntarios piuranos del CREMPT, llevábamos a cenar pollo frito a cuatro pacientes. Es una actividad que también puso en marcha el enfermero Tomás Alacid hace dos años consiguiendo que la pollería Mr. Brouster donara un pollo, papas fritas, ensalada y una gaseosa a cuatro de los pacientes crónicos que iban rotando para la salida. Por lo general, los pacientes crónicos del CREMPT no tienen familiares o amigos que les visiten o les saquen de allí de vez en cuando, por lo que esta salida es de gran importancia para ellos. Tienen la oportunidad de pasear por la ciudad, ver otras caras, relacionarse con otras personas y relacionarse entre ellos mismos en un contexto diferente. Salir de la rutina de estar internados, de la monotonía de la comida.

ACTIVIDADES NO ASISTENCIALES

A mi llegada al CREMPT hacía un mes que había cambiado la dirección y como en todo proceso de cambio, estaba en plena remodelación. En base a mejorar la atención y el trabajo de enfermería, me encargaron que junto a la Licenciada en Enfermería Eliana Crisanto, revisara los protocolos de actuación de enfermería existentes en los pabellones y su modificación si así lo creía necesario. Así mismo, me solicitaron realizar un superficial diagnóstico situacional en el que apuntara mis observaciones a cerca del funcionamiento de la enfermería y en base a eso, las necesidades detectadas con posibles soluciones.

Mencioné la necesidad de más Licenciadas en Enfermería, como mínimo en los pabellones. De esta forma podrían hacerse cargo de una valoración diaria de la evolución del paciente, de coordinar una estrategia terapéutica con el psiquiatra y de implantar actividades grupales con los pacientes que permanecen en el pabellón. Esto daría lugar a una atención

integral del paciente que en estas condiciones solo tiene lugar a dar rienda suelta a sus pensamientos y rumiaciones. En mi opinión lo que faltan son las intervenciones propias de la enfermera en salud mental.

Llevé a cabo junto con las dos Licenciadas en Enfermería un modelo de valoración de enfermería por Dominios NANDA con los posibles diagnósticos correspondientes para cada dominio. Se trata de una valoración que aunque algo extensa, es sencilla de rellenar, simplemente marcando opciones para cada punto a evaluar dentro de los dominios. En este sentido, creímos necesaria la valoración por escrito por parte de la enfermera a realizar dentro de las primeras 48h de ingreso del paciente para que constara en la Historia Clínica. Desarrollar un sistema completo de Planes de Cuidados estandarizados resultaba complicado durante mi corta estancia. Además, llegar a estructurar estos Planes de Cuidados en formato papel según lo requerido por las bases NANDA-NIC-NOC puede agotar tiempo que sería necesario invertir en otras actividades de asistencia directa hacia el paciente.

También desarrollé un protocolo de sujeción terapéutica ya que el existente me parecía simple y en ningún documento se hacía referencia a las múltiples opciones previas antes de llegar a una contención y cómo llevarlas a cabo.



⁷ "Camino al trabajo" (artista peruano)

CONCLUSIONES

Esperaba encontrarme con una sociedad muy distinta a la mía, pero no ha sido una diferencia tan radical. Mi idea era que en consulta encontraría síndromes específicos relacionados con la cultura, que la patoplastia (forma en que la cultura moldea las manifestaciones de la psicopatología) o los efectos patofacilitadores jugarían un papel más importante en los pacientes piuranos, que tendría que poner en práctica una exploración y atención específicamente de corte transcultural. En parte sí y en parte no. Las demandas de los pacientes no difieren demasiado de la razón por la que una persona en España acude a los servicios de salud mental. Pero lo que sí he visto es que el estado clínico del paciente es por lo general más grave cuando se decide a consultar. En una sociedad en la que la mayoría de la población no tiene cubiertas las necesidades básicas de vivienda, vestido, alimentación, etc... la salud mental se percibe como algo secundario. Supongo que también influye el hecho de que haya que pagar por la atención, que dificulta bastante su accesibilidad. El concepto de salud está más basado en una salud física, por lo que generalmente acuden al médico cuando el trastorno empieza a manifestarse como tal. La mayor parte de las veces, el paciente con psicosis es traído a consulta cuando su conducta está gravemente desorganizada y resulta insoportable para su familia convivir con él. Por poner otro tipo de ejemplo, el caso de un chico de 31 años que comienza a manifestar su ansiedad a través de un tic que es diagnosticado por el médico generalista como una tortícolis espasmódica, no acude a consulta hasta que se lo recomienda un dermatólogo al que visita mucho tiempo después por una pequeña herida en el labio, sin importancia clínica pero que a él le hace temer la muerte. Lo curioso es que hasta este suceso, no había salido en 12 años de su casa y ni él ni su familia lo habían percibido como algo especialmente patológico.

Aunque la sociedad piurana no es colectivista en término estricto (algo que se podría observar entre los grupos indígenas andinos aunque teniendo en cuenta que ninguna cultura es puramente colectivista o individualista) y se asemeja cada vez más a lo que se entiende por cultura occidental individualista, en la que las personas actúan según el beneficio personal o de la familia nuclear y priman la independencia y la autosuficiencia, sí que he podido observar algunos aspectos que se ajustarían mejor a las culturas sociocéntricas. La conformidad se entiende como valor social, se evita el rechazo y se tiene muy en cuenta la opinión del grupo hacia uno mismo. Se tiende a evitar el conflicto como forma de evitar un posible rechazo y es raro encontrar a alguien que confronte tu opinión o que diga un tajante “no”.

En cuanto a la organización familiar, es frecuente la convivencia con la familia extensa. En la consulta el paciente no suele entrar solo, es más, no suele querer que su familiar, ya sea pareja, hermano, abuelos, padres, hijos... salga en ningún momento. Cuentan problemas de toda índole con lo que parece total libertad delante de su acompañante. Se comparte mucha información. Como ya he mencionado, se tiene que acordar con ellos el tipo de tratamiento cuando el paciente no es capaz de decidir en esos momentos, entre otras cosas el tema económico. Pero también se les hace muy partícipes en el proceso de recuperación y rehabilitación, responsabilizándoles en ocasiones del tratamiento al completo, tanto de la toma del fármaco como de la asistencia a citas o terapias. Y creo que así se resta capacidad de individuación al paciente, se le impide empoderarse de su propio proceso y se tiende a culpabilizar a la familia cuando algo no evoluciona como debiera. Esto también podría asociarse a una característica de las sociedades colectivistas como es el compartir las

consecuencias de los actos, tanto los éxitos como los fracasos de un miembro de la familia, pasan a serlo de la familia extensa.

Otro aspecto de peso es el de la religión. El Cristianismo está muy presente en casi todas las personas, especialmente si pertenecen a una clase socioeconómica baja. Es algo con lo que desde mi ateísmo innato creí que me iba a costar lidiar. En cuanto a los trastornos, es habitual encontrar que tanto el paciente como su familia le den una explicación de base religiosa. Reconozco que al principio me costaba no confrontar con ello, pero tomándolo desde la perspectiva más emic posible, aceptando que es su manera de entender la enfermedad y de darle una explicación para ellos plausible, creo que conseguí sobrellevarlo. Porque no solo influye en la etiología de la enfermedad, sino en su desarrollo. El contenido de los delirios de un paciente psicótico es frecuentemente religioso. He encontrado muchos “dioses” y “arcángeles”.

Probablemente no haya aprendido nuevas formas de hacer terapia, ni las últimas novedades en tratamientos de salud mental ni haya visto las últimas tecnologías. Sí he aprendido maneras distintas y que, aunque suene a tópico, se puede hacer mucho con muy poco. El espíritu de los trabajadores de este centro es hacer lo máximo y mejor posible por, para y con el paciente con los mínimos recursos. Especialmente las actividades comunitarias como son la radio, el llevarles a comer pollo y las múltiples salidas que se organizan para ellos buscando financiación de donde sea, nacen de una especial creatividad y motivación. Muchas veces estas actividades son fomentadas por los voluntarios de Piura de San Juan de Dios, pero no serían posibles sin los profesionales de la Salud Mental que trabajan en el CREMPT no dieran su consentimiento. Y el caso es que todos ellos le dan gran importancia a conseguir el bienestar del paciente y hacer más fácil de digerir el sufrimiento.

En cuanto a la enfermería, creo que escasea su actividad terapéutica con los pacientes. Pero es que lo que realmente escasea son las enfermeras. No hay cabida para lo que son las intervenciones y acciones propias de la enfermera de salud mental, solamente hay hueco para la administración de tratamientos y vigilancia de los pacientes. La realidad es que no hay tiempo para más. No hay tiempo durante el turno para poner en marcha terapias grupales y a veces ni siquiera para conversar individualmente con los pacientes. Es demasiada la carga de trabajo. Podría superarse si se invirtiera más en personal porque no considero que sea por falta de iniciativa de las propias profesionales. Puede que sí haga falta una concienciación a la institución de lo que es la enfermería como profesional independiente de otros y su deber de cuidar e intervenir con todo individuo, familia o grupo que lo requiera.

En lo personal, sin duda una experiencia irrepetible. Convivía con los pacientes, en un pabellón independiente pero me les cruzaba cada vez que salía de la casa. Comíamos la misma comida, si a ellos se les cortaba la luz (cosa que ocurría casi a diario) a mi también, si ellos no tenían agua, yo tampoco. Y lo que son las cosas de la convivencia, que con sus pros y sus contras, une mucho. Pasar casi 24 horas con los pacientes, charlar con ellos sobre el tiempo y la comida en cada rato de descanso, genera un vínculo especial que creo que se puede aprovechar de alguna manera también para lo terapéutico. Aunque no sea acorde con un encuadre típico, la intimidad a la que se llega facilita las cosas para profundizar en otros problemas.

Se torna natural que los pacientes llamen a la puerta para pedir cigarrillos o simplemente un ratito de conversación. Aunque confieso que si lo hacen a las 7 de la mañana de un domingo puede ser bastante molesto...

He aprendido también que mi organismo es capaz de soportar dietas a base de arroz y pollo sin graves consecuencias. Que temperaturas de casi 40 ° C en una casa de madera con tejado de uralita cuya única ventilación es un ventilador que está ya para jubilarse, se pueden soportar con 3 o 4 litros diarios de agua y cabezadas espontáneas en cualquier esquina. Que la entomofobia también se supera con la exposición obligatoria e inevitable a cucarachas de 4cm más rápidas que UsainBolt y que con la ayuda de un repelente extrafuerte, que no resulta ser el mejor perfume, se libran las picaduras de todo tipo de “zancudos”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tarrés Chamorro S. El cuidado del ‘otro’. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gazeta de Antropología [Internet].2001[citado 28 feb 2013];(17):[aprox.6p.] Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html
2. Alvar González D. Del relativismo cultural y otros relativismos. El Escéptico [Internet].1999 [citado 28 feb 2013];(3):8-13 Disponible en: <http://www.filosofia.org/hem/199/19981101.html>
3. Brigidi S. Construcciones culturales de la salud y la enfermedad. Reflexiones médico-antropológicas. En: Mujer inmigrante y salud; 2007 May 22; Vitoria-Gasteiz, España.
4. Tseng WS.Culture, Stress, and Illness Reactions.En: Tseng WS. Clinician’s Guide to cultural psychiatry. 1 ed. California: Academic Press; 2003. p. 59-87.
5. Pérez Sales P. Elementos de psicología transcultural. En: Pérez Sales P. Psicología y psiquiatría transcultural. 1 ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004. P. 29-46
6. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. Trastorno Límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. 1 ed. Madrid: editorial médica Panamericana; 2005

Unidad de Conducta Alimentaria del Hospital Santa Cristina

Durante los meses de octubre y noviembre de 2012 realicé parte de mi rotación externa en la Unidad de Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Santa Cristina de Madrid. Me animé a realizarla en este dispositivo con la idea de adquirir más conocimientos sobre la psicopatología y manejo de estos pacientes, y poder aprender de primera mano la idoneidad del trabajo multidisciplinar en un trastorno tan complejo.

Navegando por Internet descubrí que esta Unidad se inauguró en el año 2006, constituyendo una iniciativa del Pacto Social contra la Anorexia y la Bulimia de la Comunidad de Madrid. En ella se atienden a pacientes mayores de 18 años con dichos diagnósticos, en régimen de Hospital de Día, que han fracasado en otros tratamientos previos. Son derivadas de otros centros o servicios de salud mental o psiquiátricos. Tiene un horario de mañana (8.30-15.30h) y tarde (14.30h a 21.00h), con un perfil de paciente algo diferenciado: durante la mañana acuden aquellos pacientes con diagnóstico mayoritariamente de anorexia nerviosa y por la tarde de bulimia nerviosa.

La Unidad consta de un equipo multidisciplinar, siendo en el momento actual:

- 3 psiquiatras.
- 2 psicólogos clínicos.
- 2 endocrinólogos, que actúan de interconsultores.
- 3 DUES.
- 3 Auxiliares de enfermería.
- 3 Nutricionistas.
- 1 terapeuta ocupacional.
- 1 Auxiliar administrativo.

A modo de pequeña introducción teórica, reseñar que los trastornos de la conducta alimentaria no son sólo signo de problemas con la comida, sino que son, primordialmente, los síntomas de la forma en que algunas personas afrontan la vida. La comida se utiliza para sentir cierto control ante la sensación de descontrol hacia situaciones y emociones que no domina. En la Unidad resulta muy interesante la intervención que tienen con los pacientes, pudiendo definir el foco de forma muy resumida en colocar la comida en su lugar, tanto física como emocionalmente. Colocar la comida físicamente implica aprender a comer en cantidad, variedad, lugar, tiempo, ritmo y forma... Situar la comida en su sitio psíquicamente implica desconectar las asociaciones entre pensamientos, sensaciones corporales, emociones y sentimientos y la comida.

Las terapias que reciben los pacientes para trabajar estos y otros objetivos, a lo largo de la semana son las siguientes:

- Terapias individuales en función de las necesidades de cada uno, siendo valorados todos al menos una vez a la semana.
- Terapia familiar, con enfoque sistémico.
- Terapias grupales con psicología y psiquiatría.
- Terapia de grupo psicodramática y terapia de grupo de imagen corporal, ambas llevadas a cabo por el terapeuta ocupacional.
- Grupos comunitarios
- Grupo con enfermería, basadas en temas de salud y autocuidado.
- Grupo de relajación.
- Grupo con nutricionistas: Ayudan a corregir errores o deshacer tabúes nutricionales, a tener una relación más sana con la comida y a mantener un peso saludable. También ayudan a estructurar la comida.
- Cineforum, con la visión y discusión posterior de películas o cortos cinematográficos, con la supervisión de psicología.

Como se puede comprobar, el componente grupal es el que tiene más carga, pudiendo destacar desde mi punto de vista el resultado tan positivo de este abordaje. Se combina además con los comedores terapéuticos, es decir, aquellos espacios en los que los pacientes se reúnen para hacer las ingestas (desayuno, tentempié y comida

principal) y los tiempos de descanso tras las mismas, supervisadas por auxiliares de enfermería, que ejercen una importante labor en esos momentos en muchas ocasiones angustiantes para los pacientes.

Por otro lado, se imparten las terapias de padres, que periódicamente han sido multifamiliares (padres y pacientes). Durante las mismas los familiares deben recibir información acerca de las características del trastorno que padece su hijo/a, esposa/o, de ciertas formas de relación entre ellos que ayuden a obtener la voluntariedad del tratamiento y de las intervenciones esenciales en el tratamiento.

Durante mi rotación he asistido al horario de mañana y mi papel durante la misma ha sido en su gran mayoría observacional de todas las terapias individuales, familiares y grupales. También he participado como coterapeuta en alguna terapia de grupo, me he integrado como parte de las pacientes en una clase de dramaterapia y he podido realizar terapia individual con una paciente, junto a otro rotante PIR, con la supervisión estrecha del equipo.

Mi experiencia personal ha sido muy positiva durante la rotación. Destacaría la complejidad de las pacientes y por ello la idoneidad del manejo multidisciplinar. En este sentido la necesaria comunicación interprofesionales de la Unidad, me ha resultado a veces dificultosa. El horario es extenso y la relación con las pacientes estrecha, surgiendo inevitablemente sentimientos de frustración y enfado que se dan cabida en los pasillos, así como malentendidos en las competencias de cada uno. El manejo de estas tensiones lo he vivido como parte fundamental para el tratamiento (teniendo además en cuenta que parte de los profesionales que no se han formado en Salud Mental) y aunque en ocasiones incómodo, el sentirlo desde dentro me ha resultado enriquecedor en lo humano y en lo profesional.

Me ha resultado llamativa la resistencia que presentan muchas de las pacientes para el cambio (y hablo de ellas por ser en su gran mayoría mujeres), en ocasiones nada favorecido por la sensación flotante en el ambiente de la losa llamada cronicidad. No obstante durante mi rotación me he podido distanciar precisamente de esa idea, al observar la mejoría de muchas pacientes, no sin perder de la cabeza la necesidad de tiempo y trabajo intenso (sobre todo del paciente) para conseguirlo. Creo parte fundamental del tratamiento la terapia familiar, sobre todo en determinados pacientes (es una lástima que la frecuencia de las mismas no pueda ser mayor por falta de tiempo y recursos), y las terapias de padres, siéndome muy satisfactoria mi primera "inmersión" en terapias multifamiliares.

Por todo ello, me encuentro satisfecha y agradecida por el trato recibido en el Hospital por parte de todo el personal y la actitud docente de los profesionales con los que trabajé más estrechamente. He ampliado con creces los conocimientos basales con los que partía antes del inicio de mi andadura por el tumultuoso mundo de los trastornos de alimentación.

Elena Soria García-Rosel
MIR 4º Psiquiatría



8

⁸ Esther Horchner: *Chicas bañándose (juego de té)* <http://www.culturainquieta.com/es/diseño/item/1781-esther-horchner.html>

Programa de Patología Dual Clínica Nuestra Señora de la Paz

Durante los meses de diciembre 2012 y enero 2013 he realizado parte de mi rotación externa en **La Clínica Nuestra Señora de la Paz**, que es un centro sanitario especializado en Salud Mental, que pertenece a la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. En concreto he rotado en el Programa de Patología Dual, que engloba el Centro de Patología Dual (CPD) y la Unidad de Día de Patología Dual (UDPD). Se trata de un programa concertado con el Ayuntamiento de Madrid. En este centro se presta asistencia sanitaria en el ámbito público y privado.



Unas pinceladas de introducción teórica

El concepto de Patología Dual se desarrolla a partir de los años 80 para señalar la existencia de una asociación entre un trastorno psiquiátrico del eje I o eje II de la clasificación DSM y un trastorno por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Los pacientes con trastornos psiquiátricos poseen una mayor propensión para hacerse dependientes de sustancias adictivas (en general se revela una propensión entre 2 y 20 veces más que en la población general), y entre los pacientes con trastornos relacionados con sustancias tóxicas la psicopatología es altamente prevalente.

Se reconocen cuatro etapas sucesivas en la terapia dual (*Negrete, 2003*):

- a) Reclutamiento y retención.
- b) Labor persuasiva o motivacional.
- c) Fase activa de terapia antiadicción.
- d) Mantenimiento del cambio y manejo de la recaída.

Los pacientes pasarán a través de estas etapas a su propio ritmo, y algunos sólo conseguirán avanzar al cabo de un esfuerzo muy prolongado. Estudios comparativos de evaluación demuestran que con el tratamiento integrado se obtienen mejores resultados a largo plazo que ofreciendo ambas terapias separadamente de modo paralelo (*Xie et al., 2005*).

Los componentes básicos del tratamiento actual de las toxicomanías incluirían: actividades motivacionales (p. ej.: sesiones individuales personalizadas y grupos psicoeducativos); terapia cognitiva (p.ej.: reconocimiento de los motivos y riesgo de consumo, proceso de recaída y mecanismos de prevención, manejo de estrés y los afectos negativos); elementos de condicionamiento conductista (p. ej.: incentivos y recompensas en función de la

tasa de participación y del logro de objetivos terapéuticos); participación en movimientos de autoayuda (p.ej.: Alcohólicos Anónimos, Cocaína Anónimos...); y farmacoterapia específica.

La coexistencia de una psicosis por ejemplo, exige que dichas intervenciones se modifiquen y adapten a las condiciones particulares del paciente dual. El trabajo motivacional por ejemplo, debe hacer frente a alteraciones funcionales propias de la esquizofrenia, tales como la anhedonia, la abulia, el déficit cognitivo y la desorganización del pensamiento. El entrenamiento en habilidades sociales es otro de los componentes de la terapia psicosocial de la psicosis crónica (*Mueser y McGurk, 2004; Granholm et al., 2005*) que forma parte obligada del tratamiento dual.

Además de estas y otras consideraciones terapéuticas, es preciso señalar que el abordaje farmacológico también deberá ser adaptado a las condiciones específicas del paciente dual, cuya avidez toxicofílica, puede verse aumentada por el uso de ciertos medicamentos (*Krystal et al., 1999; Green, 2005*).

En resumen, la alta comorbilidad entre patología psiquiátrica y trastornos adictivos tienen profundas repercusiones en el proceder diagnóstico y terapéutico de los profesionales, ya que estos pacientes tiene particularidades clínicas, terapéuticas y pronósticas.

Instalaciones

El Programa de Patología Dual está subdividido en el CPD, que es la unidad de ingreso, y la UDPD. El CPD tiene 20 Camas (más 3 camas para la Unidad de Desintoxicación Alcohólica UDA) dispuestas en habitaciones individuales y la UDPD con 20 plazas (donde los pacientes permanecen de 9:30 a 16:30h de lunes a viernes).

El CPD es una planta cerrada, donde los pacientes permanecen en régimen de ingreso voluntario y están un total de 2 meses. A lo largo del ingreso se valora individualmente a cada paciente y si se considera beneficioso para el mismo, continúan su tratamiento en la UDPD, donde acudirá 4 meses más, completando un total de 6 meses.

Las instalaciones se completan con piscina climatizada, amplios jardines, paseos y terrazas, sala de psicomotricidad, taller de actividades, cafetería, biblioteca, capilla y múltiples salas de ocio, en muchos de los cuales se llevan a cabo las actividades lúdicas con los pacientes.

Dentro de la unidad de hospitalización hay 3 camas destinadas a la Unidad de Desintoxicación Alcohólica (UDA). El proceso de desintoxicación es de 15 días. El programa de UDA no forma parte del Programa de Patología Dual.



Profesionales del centro:

Los profesionales a cargo son dos psiquiatras y dos psicólogos (que coinciden en ambas Unidades para mantener la continuidad de tratamiento con el paciente), además del personal de enfermería, auxiliares de enfermería y varios animadores socioculturales y un terapeuta ocupacional, en este caso difieren en su gran mayoría en cada Unidad.

Respecto a residentes en formación, coincidimos una PIR de 4º año y yo.

Actividad asistencial:

Los pacientes son derivados al Centro a través de los CAD y en casos puntuales desde los CAID, siendo estos los centros de referencia y los responsables últimos del paciente una vez finalizado el tratamiento. El perfil de paciente sería aquel con diagnóstico psicopatológico en el eje I del DSM que no se encuentre descompensado en el momento de la derivación o eje II, y con consumo activo de tóxicos, con fracaso del tratamiento de la deshabitación a nivel ambulatorio, pero con buena conciencia de enfermedad y motivación para el cambio. También son derivados aquellos en los que existen sospechas de enfermedad mental, para evaluación y diagnóstico, siempre cumpliendo el resto de requisitos.

A primera hora de la mañana se reúne el equipo del CPD para repasar el estado de cada paciente durante la tarde y la noche anterior. También se informa sobre el funcionamiento de la planta, la convivencia entre ellos y posibles disfunciones observadas subsidiarias de abordaje individual o grupal. También se informa sobre los ingresos nuevos, que tendrán que ser valorados en el día por un psiquiatra, quien será posteriormente el responsable del mismo a lo largo de todo el ingreso. Así mismo se asigna un psicólogo al paciente nuevo, quién también le asistirá durante todo el tratamiento.

Posteriormente se reúne el personal de la UDPD con el mismo propósito.

Cada día y a lo largo de la semana, psiquiatras y psicólogos van valorando a todos los pacientes, en función de las necesidades individuales, siendo reevaluado cada uno al menos una vez a la semana por cada profesional.

También se realizan entrevistas con los familiares de referencia del paciente, tanto para recogida de información como para valorar los apoyos psicosociales con los que cuenta el mismo, algo considerado como fundamental a la hora del alta, como factor de prevención de recaída. Destacar que durante la estancia en la Unidad de Hospitalización, el paciente permanece en aislamiento sin visitas ni llamadas telefónicas hasta el día 21 de ingreso. Posteriormente ya se permite contacto telefónico y se realizan tres salidas de Permiso Terapéutico con personas de referencia, de 6, 12, 24 y 48 horas respectivamente, a partir del primer mes de ingreso y en fines de semana consecutivos, consideradas como actividad terapéutica que sirve para observar la adaptación del paciente previa al alta, así como para valorar aspectos de la efectividad del tratamiento e identificar posibles dificultades o situaciones de riesgo.

Además del abordaje individual, las terapias en su gran mayoría son grupales en ambas Unidades. Constan las siguientes:

- Terapia grupal de psicoeducación.
- Terapia grupal de prevención de recaídas.

- Terapia grupal de afrontamiento.
- Grupo de estimulación cognitiva.
- Grupo de habilidades sociales básicas.
- Grupo de relajación.
- Grupo de educación en valores.
- Grupo de educación para la salud.
- Grupo de educación para la convivencia.
- Videoforum.
- Animación sociocultural y tiempo libre. Gimnasia.
- Semanalmente se realiza una terapia comunitaria, con todos los pacientes y personal facultativo, en la que se abordan temas más relacionados con el funcionamiento del centro y posibles conflictos que pueden surgir en la convivencia.

Más específicamente, en la UDPD se trabaja sobre la planificación de actividades individuales fuera del centro de cada paciente, como forma de estructurar el día a día, favorecer la formación de nuevas áreas sociales y con el fin último de evitar una recaída. También se trabaja en la orientación sociolaboral, en el rol y competencia ocupacional, y taller de arteterapia y motivación.

Es importante destacar que cualquier conducta disruptiva grave o episodio de consumo será subsidiario de la interrupción del tratamiento, continuando su seguimiento en el CAD de referencia.

También se realizan sesiones clínicas y revisiones bibliográficas llevadas a cabo por personal de psiquiatría y psicología de todo el Centro, así como reuniones generales realizadas con el equipo directivo semanalmente con todo el personal de la Unidad de Patología Dual.

Actividad formativa

Mi papel durante la rotación ha sido tanto observacional, acudiendo a todas las terapias individuales y grupales, mayoritariamente con los profesionales de psiquiatría, pero también de psicología; como más activo dirigiendo en varias ocasiones las terapias de psicoeducación en la CPD y UDPD. También he intervenido en la evaluación, aproximación diagnóstica y seguimiento del paciente, así como he aprendido el manejo y trato con éste. He colaborado en la elaboración de historias clínicas de paciente dual.

Por otro lado he podido adquirir conocimientos sobre los recursos de la red de adicciones: CAD, CAID, pisos de apoyo al tratamiento, pisos de patología dual, pisos de reinserción, comunidades terapéuticas...

También asistí a las entrevistas familiares, a las sesiones cónicas y a las reuniones realizadas.

Conclusiones y experiencia personal:

Me he sentido muy satisfecha con la labor asistencial y docente que realiza todo el personal del Centro y la implicación con los rotantes que acudimos allí. Me ha servido para completar mi formación en relación a la Patología Dual y las técnicas empleadas en entrevista individual y grupal, para dotar de conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento, motivación para el cambio y prevención de recaídas. Se transmite la importancia de la

contextualización de cada paciente y la visión amplia de todos los ámbitos del mismo, para trabajar en aquellos que más se necesite. También la coordinación con otros recursos, principalmente los CAD, pero también pisos de apoyo al tratamiento, pisos de reinserción...

Es de destacar la complejidad de muchos de los pacientes que asisten, tanto a nivel psicopatológico como a nivel familiar y social. Las condiciones en las que ingresan muchos de ellos son de gran aislamiento y precariedad económica, por lo que es tarea fundamental el poder ir dotando de recursos personales y sociales a lo largo del ingreso, de cara al alta y a la reinserción en su vida cotidiana. Debido a los numerosos recortes presupuestarios que se han llevado a cabo recientemente en los recursos de la Red Asistencial de Drogas, las limitaciones en esa actividad preventiva se han multiplicado exponencialmente, dejando en una cuerda floja a gran parte de los pacientes, y abocando a un futuro demasiado incierto a otros. He podido observar como los profesionales de la Unidad hacen verdaderos “encajes de bolillos” para poder proporcionar a los pacientes de un sostén externo que pueda ayudar a que el tratamiento realizado durante meses no se tire por la borda, e impedir una recaída asegurada. Una de las consecuencias devastadoras directas de los cierres de muchas Comunidades Terapéuticas, es el abandono asistencial de muchos pacientes que encajaban en el perfil subsidiario de ese tipo de tratamiento. Esto ha conllevado a la derivación de parte de estos pacientes a la Unidad de Patología Dual, los cuales no cumplen los requisitos requeridos para poder beneficiarse de un dispositivo como este, con la consiguiente sensación por parte de los profesionales de sobrecarga, frustración y de un trabajo poco útil al fin y al cabo.

Pese a las grandes dificultades señaladas, es de admirar el buen ambiente respirado en la Unidad entre todos los profesionales, y el cariñoso acogimiento a los rotantes externos. Es agradable poder observar la buena coordinación entre ellos, el diálogo, el cambio de impresiones, el compañerismo...

Por todo esto considero muy enriquecedor mi paso por esta Unidad y agradezco a los profesionales el poder conocer un poquito más de su trabajo allí.

Elena Soria García-Rosel
MIR 4 Psiquiatría

Bibliografía:

- Negrete JC. Clinical aspects if substance abuse in persons with schizophrenia. Can J Psychiatry. 2003;48:14-21.
- Xie H, McHugo GJ, Helmstetter BS, Drake RE. Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorde. Schizophr Res. 2005;75:337-48.
- Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia [Review]. Lancet. 2004;363(9426):2063-72.
- Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli p, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioural social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. Am J Psychiatry. 2005;162(3):520-9.

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) Hospital Universitario Santa Cristina

Durante todo un trimestre, desde noviembre del 2012 hasta enero del 2013, he realizado mi rotación externa en la UTCA del Hospital Universitario Santa Cristina. Los objetivos que motivaron la elección de la UTCA como mi destino de rotación externa tienen que ver con la consecución de un mayor conocimiento en relación con la psicopatología explicativa (y no tanto descriptiva) de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) así como una mayor destreza en las técnicas psicoterapéuticas destinadas a su tratamiento. También me pareció relevante, como propósito inicial, indagar sobre la coordinación multidisciplinar que está en la base del tratamiento integral de los TCA. Desde este punto de partida, a nivel de deseos iniciales, y con el buen sabor de boca que me dejó mi última rotación, la de la combinación de UTH/UHB del Hospital Universitario Doce de Octubre, comencé mi periodo formativo lejos del Área 11.

El primer cambio que noté fue el sociocultural y es que la (antigua) Área 11 nada tiene que ver con la zona del barrio de Salamanca, donde, aproximadamente, se ubica la UTCA y el propio Hospital Universitario Santa Cristina. Aunque la población clínica atendida en la UTCA procede de diferentes estratos sociales, al ser dispositivo de referencia en el tratamiento de los TCA en toda la comunidad de Madrid, el cambio de lugar físico y de “aire que se respira” merece la pena ser resaltado. Otro aspecto que me supuso sorpresa y sensación de novedad fue el contacto con el equipo terapéutico. Profesionales procedentes de disciplinas tales como la Psicología Clínica, la Psiquiatría, la Terapia Ocupacional, la Enfermería y la Nutrición, sin olvidarnos de la inestimable aportación de las Auxiliares de Enfermería, conjugan un grupo heterogéneo de especialistas pero con una meta común muy nítida: velar por los intereses biopsicosociales de las pacientes que padecen TCA y de sus familiares. No cabe duda que la multiprofesionalidad tiene inconvenientes que, lejos de minimizar, hay que aceptar y saber pulirlos. Así pues, por ejemplo, las distintas visiones y filosofías de trabajo podían encontrarse en franco conflicto, confundiendo la tensión típica y normalizada de los equipos multidisciplinarios con problemas de índole más “personal”. Vivir de primera mano esa tensión y ese conflicto, insisto, tan inevitable como rico a la vez, me supuso toda una experiencia personal de tolerancia y apertura y una óptica profesional más amplia.

Quizá uno de los puntos más fuertes de la UTCA sea su variedad de actividades terapéuticas. Con una filosofía de tratamiento netamente grupal, las pacientes de TCA y sus familiares se podían beneficiar de una amplia gama de intervenciones:

- Psicoterapia de grupo.
- Psicoterapia de familia.
- Psicoterapia multifamiliar.
- Terapia de grupo psicodramática.
- Terapia de grupo de imagen corporal.
- Grupo de psicoeducación.
- Grupo de relajación.
- Grupo de nutrición.
- Grupo comunitario.
- Grupo de vídeoforum.

Las actividades grupales, impartidas en su mayoría por psicólogos clínicos, psiquiatras o terapeutas ocupacionales, se combinan con el comedor terapéutico, es decir, ese espacio donde las pacientes realizan las ingestas con la supervisión de las auxiliares de enfermería, y

del registro biomédico llevado a cabo por el personal de enfermería. Las sesiones de terapia, ya sean de psicoterapia o de seguimiento psicofarmacológico, constituyen la excepción a una forma de tratamiento que prioriza la actividad grupal y comunitaria. Esta enorme oferta asistencial me permitió tomar consciencia de cómo es posible atacar un mismo frente, esto es, el TCA, desde distintas vertientes, con resultados muy positivos.

Estas mismas actividades terapéuticas se repiten en dos turnos: el de la mañana, más asociado a pacientes con un perfil más “anoréxico”, y el de la tarde, dirigido a pacientes que cumplen un perfil más “bulímico”. Mi rotación se completo básicamente con las intervenciones del grupo de la mañana, aunque en fechas puntuales en las cuales ambos grupos se juntaban en un mismo turno matutino (como en las Navidades), tuve ocasión de poder entrar a sesiones de actividades del grupo de la tarde, más “bulímico”.

Mi aportación al trabajo asistencial de la UTCA ha sido, cuanto menos, especial. Especial ya que en mis anteriores rotaciones he tomado la iniciativa de cumplir objetivos asistenciales casi desde el primer día, llevando casi día a día una agenda de paciente a tono con mi rol de “residente” y no de “adjunto”. En la UTCA, sin embargo, alterné la observación con la participación más directa. Tuve la suerte de poder impartir grupos de terapia dentro de un encuadre cognitivo-conductual de tercera generación, combinando intervenciones procedentes del Mindfulness con técnicas de otras terapias contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Conductual (FAP), con buena acogida por parte de las pacientes y un notable apoyo por parte de mi tutora, Dña. Pilar Vilariño Besteiro, Psicóloga Clínica. En la parte dedicada a la investigación se me brindó la oportunidad de diseñar un póster sobre “TCA y Mindfulness” y poder escribir el capítulo de un libro de Salud Mental, al que titulé “Psicopatología de la consciencia plena en TCA”. Como puede apreciarse, he aprovechado esta rotación externa no sólo para profundizar en conocimientos teóricos y prácticos sobre los TCA sino, además, para formarme más como psicoterapeuta mindfulness y poder ser capaz de aplicar esta “novedosa” corriente psicoterapéutica al espinado campo de los trastornos alimenticios.

Por último, me gustaría reseñar mi experiencia personal. Aunque a lo largo de este escrito he hecho alusión directa al impacto emocional que las distintas características de la UTCA han generado en mí me gustaría incluir otros aspectos. Mi llegada a la UTCA coincidió con un periodo de, digamos, “alto estrés”: se estaba produciendo un cambio de dirección, las manifestaciones de la llamada “marea blanca” habían estallado, un par de profesionales tuvieron una baja maternal, hubo cambios en el personal de enfermería, etc. Además, por si fuera poco, las fiestas navideñas resuenan emocionalmente con mucha intensidad en las pacientes con TCA. Las significativas modificaciones sociolaborales y mi condición de “rotante externo” me ubicaron en una situación de indefinición, donde, por una temporada pasé sin pena ni gloria por la unidad. Me honra, en esta situación, no haber echado “balones fuera” y examinar qué tipo de comportamientos por parte mía contribuían a esta situación que, en ocasiones, rozaba el desamparo académico, encontrando alternativas a mi conducta que, junto con el buen hacer del equipo terapéutico, permitió restablecer la situación para, felizmente, acabar mi rotación en la UTCA totalmente integrado en la dinámica de tratamiento y en comunión, no sólo con los profesionales, sino con las mismas pacientes.

Es por ello que, a pesar de los pesares, califico mi rotación externa como muy válida, al considerarla un periodo de mi formación profesional muy rico, donde entré en contacto con experiencias humanas, las de las pacientes, muy adversas y en el cual fui capaz de superar, con ayuda de un magnífico equipo terapéutico, un contexto sociolaboral un tanto peliagudo.

Francisco Gómez Holgado
Psicólogo Interno Residente

- Rotación Externa: **José Camilo Vázquez Caubet** - MIR Psiquiatría 4^º

ESCUELA DE TERAPIA FAMILIAR

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

1- Presentación

De septiembre de 2012 a enero de 2013 me desplacé hasta Barcelona con el fin de recibir formación en terapia familiar de orientación sistémica. La Escola de Teràpia Familiar se trata de un recurso público asistencial vinculado al Hospital barcelonés de la Santa Creu i Sant Pau. Allí llevé a cabo mi rotación externa bajo la supervisión de los doctores **Juan Luis Linares**¹ (psiquiatra y psicólogo), **Carmen Campo**² (psicóloga) y **Ricardo Ramos**³ (psiquiatra).



1



2



3

2- Objetivos de la rotación

Me propuse centrar el aprendizaje en torno a dos metas relacionadas, aunque independientes:

- a) formación en **técnicas** de terapia familiar.
- b) aplicación de la **perspectiva sistémica** en la práctica clínica individual.

3- Descripción del dispositivo

Una breve descripción del entorno de trabajo, con el fin de situarnos.



a) Espacio físico:

El conjunto histórico-arquitectónico de la ciudad sanitaria de Sant Pau constituye un ejemplo particularmente bello del modernismo civil catalán. Debe su fama principalmente a la labor del

arquitecto Lluís Domènech i Montaner, labor patrocinada por quien le otorgaría el segundo nombre al original Hospital de la Santa Creu, el banquero catalán Pau Gil. Éste adquirió oficiosamente el estatus de “santo” a través de la dotación económica que legó tras su muerte. Hoy en día el recinto, declarado Patrimonio de la Humanidad por la Unesco en 1997, puede ser visitado libremente o en compañía de guías especializados, experiencia recomendable a la par que gratuita para el personal de la casa (rotantes incluidos). No es exagerado decir que pude sentirme privilegiado al acudir a trabajar diariamente a uno de los hospitales más bellos de España.



Desafortunadamente, la dispersión geográfica del servicio de psiquiatría dentro del recinto tiene como una de sus paradójicas consecuencias el que la Escuela de Terapia Familiar se ubique en un edificio de arquitectura modular, tipo barracón, adoptado como solución provisional hace unos doce años. Como ocurre con muchos otros apañios transitorios, nadie sabe cuándo llegará a su fin.

A pesar de lo limitado del espacio disponible en el edificio, la escuela cuenta con una serie de equipaciones notablemente adaptadas a sus necesidades:

3 despachos con circuito cerrado de grabación audiovisual.

3 salas de observación directa a través de espejo unidireccional y circuito de televisión.



Ello permite la grabación de todos los casos atendidos, los cuales se archivan en un banco de datos (DVD) durante aproximadamente dos años para labores de investigación y supervisión.

b) La institución:

Administrativamente la Escuela de Terapia Familiar se encuentra adscrita al servicio de psiquiatría, formando parte de su **Unidad de Psicoterapia**. Al mismo tiempo mantiene vínculos con la **Universidad Autónoma de Barcelona** en virtud de su función docente, impartiendo anualmente los siguientes cursos de posgrado:

- **Formación básica en terapia familiar** (2 años)
- **Máster en terapia familiar** (2 años/ 700h/ 90 ECTS; tras haber realizado la formación básica)
- **Diploma en coaching sistémico** (350h)
- **Máster en coaching sistémico** (350h/ 75 créditos ECTS)

Las instalaciones de la escuela comparten ubicación con el área de gestión y dispensario (consultas externas) del servicio de psiquiatría. En la misma planta encontramos además un hospital de día para trastornos de la conducta alimentaria, así como el aula de sesiones clínicas del servicio. La convivencia es estrecha en lo espacial y cordial en lo asistencial, aunque no deja de sorprender el grado de autonomía del que disfruta la escuela con respecto del servicio al que pertenece.

Al tratarse de un centro de referencia, las derivaciones de pacientes pueden darse a través de diferentes canales, ordenados de forma aproximada por orden de frecuencia:

- 1 · Profesionales del servicio de psiquiatría de Sant Pau
- 2 · Profesionales autónomos formados en la escuela
- 3 · Derivaciones judiciales
- 4 · Médicos de Atención Primaria del área sanitaria
- 5 · Otras derivaciones

c) El personal

Por el pasillo de la escuela de terapia familiar transita no poca gente. Por un lado encontramos la plantilla fija, que realiza su labor asistencial principalmente por las mañanas. Este **equipo fijo** o *staff* consta de 6 terapeutas (3 psiquiatras y 3 psicólogas), 1 consultor psicofarmacológico (médico psiquiatra) y una secretaria (psicóloga). El *staff* suele desempeñar también actividades de tipo docente, dirigidas tanto a rotantes como a alumnos de la escuela. A dicho equipo se le suma el **personal exclusivamente docente**, cuya labor se limita a la supervisión de casos y docencia teórica en horario de tarde, en el marco de las

diferentes titulaciones ofertadas a través de la Universidad Autónoma de Barcelona. Su número asciende a 9 profesores con diferentes funciones asignadas.

d) **Alumnos y rotantes**

Debido a esta doble naturaleza asistencial y universitaria, en la escuela se forman **alumnos matriculados** en alguna de las titulaciones mencionadas anteriormente, pero también **rotantes** procedentes de los programas **MIR y PIR** españoles, así como otros **rotantes invitados** para un periodo de observación informal. Es de remarcar la nutrida red de contactos que mantiene la escuela con otros centros formativos en el resto del mundo. En este sentido cobra especial importancia el fluido diálogo con profesionales latinoamericanos a través de la Red RELATES (Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas). Todo ello contribuye a crear un ambiente extremadamente diverso, muy enriquecedor tanto a nivel profesional como personal.

4- Marco teórico

Los fundamentos teóricos a los que se adhiere la Escuela de Terapia Familiar corren parejos a la trayectoria profesional de su director, el psiquiatra y psicólogo Juan Luis Linares Fernández. Inicialmente inspirado por los movimientos sociales de finales de los 70 y su correlato desinstitucionalizador, Linares descubrió con cierta preocupación que la desaparición del yugo manicomial no trajo consigo la ansiada recuperación de sus pacientes. El nuevo modelo sistémico vendría a salvarle del desánimo de la mano de Carlos Szuzki., quien por aquella época impartió una serie de charlas en Barcelona. Ello abrió un mundo nuevo a Linares, quien, tras una estancia de verano en el Metal Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, trajo consigo el **modelo comunicacionista** sistémico, fundando la Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau en el año 81. Algún tiempo después, poco antes de las Olimpiadas que supusieron la revitalización de la ciudad condal, entraría en contacto con el mundo de las familias multiproblemáticas, marcadas por la tendencia a la desestructuración y el caos relacional. Este nuevo escenario requeriría de nuevas armas, incorporando poco a poco a su práctica el **modelo estructuralista** que Salvador Minuchin había estado aplicando exitosamente en los barrios desfavorecidos de Nueva York. La asistencia clínica diaria de la escuela se iría perfeccionando progresivamente con la llegada de nuevas técnicas inspiradas por Mara Selvini y el equipo de la **Escuela de Milán**. Así mismo, un **matiz constructivista** daría pie al desarrollo y aplicación del concepto de narrativa dentro de la terapia.

Estos mimbres conceptuales se han ido vertebrando de forma pragmática en lo que recientemente se ha venido a denominar **Terapia Familiar Ultramoderna** (Linares, 2012). En su libro homónimo¹, de reciente publicación, se recogen algunas de las principales aportaciones de Linares a la teoría sistémica, tales como la **nutrición relacional**, el **amor complejo**, la imbricación entre **identidad y narrativa**, así como el papel de las categorías diagnósticas en este modelo de psicoterapia. Como él mismo afirma *“la terapia familiar ultramoderna es un invento con voluntad provocadora, y no una nueva bandera con pretensiones territoriales. Su mensaje más importante es la necesidad de acabar con el dogmatismo posmoderno, abriendo las ventanas del territorio sistémico a aires frescos y desmitificadores [--]”*.

En este sentido, **la perspectiva ultramoderna en terapia familiar:**



- Reivindica la necesidad de un **diagnóstico psicopatológico** sustentado en pautas relacionales.
- Define la **personalidad** individual como el fruto de la experiencia relacional acumulada, sustentado por una base biológica previa y atemperado por una matriz sociocultural determinada.
- No denigra la **causalidad lineal**, sino que la reivindica plenamente, integrándola, en un nivel de complejidad superior, que es la **causalidad circular**.
- Defiende la figura del terapeuta como **experto**, y por lo tanto **responsable** de guiar la conversación a través de una serie de guiones planificados. Renuncia a la simple improvisación.
- Invita a la **implicación personal** del terapeuta, quien ha de emplear sus propios recursos empáticos, literarios y pragmáticos con el fin de activar y movilizar los recursos de la familia a la que atiende.
- Todo ello articulado en torno a los dos elementos definitorios del ser humano: el **lenguaje** y el **amor**, entendiendo la terapia como un proceso restaurador de un amor trabado por bloqueos e interferencias que conducen al maltrato.

1 Linares, J.L. Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica. 1ª Edición. Barcelona: Herder, 2012.

5- Actividad asistencial

La escuela de terapia familiar ofrece su labor asistencial diaria en horario de mañana, y la formativo-asistencial en horario de tarde mientras dura el año académico. Como rotante a tiempo completo pude aprovechar al máximo el dispositivo combinando ambos espacios. La programación fue la siguiente:

LUNES:

Grupo de observación de casos (2-3 familias) principalmente **derivaciones judiciales** por separación no amistosa y conflictiva parento-filial.

MARTES:

Grupo de observación de **psicosis** (3-4 casos). Atención específica a pacientes que han sufrido al menos un episodio psicótico y sus familias, bien en contexto individual o en presencia de otros miembros del grupo primario.

MIÉRCOLES:

Formación teórica básica. Debido a que mi grado de formación en psicoterapia de tipo sistémico ya se correspondía con el nivel impartido este día, el miércoles lo destiné a llevar a cabo **guardias** en el servicio de urgencias psiquiátricas del hospital. Dado que algunas mañanas fueron especialmente tranquilas por el escaso número de pacientes que demandaron asistencia urgente, pude aprovechar ese tiempo para conocer la **Unidad de Desintoxicación Hospitalaria** de la Sección de Toxicomanías (Sala Montserrat Montero). Así mismo asistí a varias **sesiones clínicas y bibliográficas** llevadas a cabo por el personal del servicio de psiquiatría.

JUEVES:

Clases prácticas del segundo curso de máster: sesiones con familia en **supervisión directa**, durante la mañana. Durante la tarde, **clases teórico prácticas** del primer curso de máster.

VIERNES:

Grupo de observación de 3-4 casos, principalmente terapia en pacientes con diagnóstico de **Trastorno Límite de la Personalidad**, o bien **Terapia de Pareja**.



En todos los módulos anteriores el **papel del rotante** consiste esencialmente en ejercer de **observador**, no accediendo a la consulta en la que se está llevando a cabo la terapia salvo en ocasiones muy puntuales. Sin embargo, ello no invita a la pasividad. Muy al contrario, todos los observadores asumen un **papel activo** en la supervisión del caso, y se les anima a aportar sugerencias, comentarios y reflexiones por medio de un interfono que comunica la consulta con la sala de supervisión. Así mismo, terapeuta y coterapeuta ocasionalmente abandonan la sala de consulta para compartir reflexiones con el equipo que supervisa el caso, en muchas ocasiones generando una devolución conjunta o quizás reorientando situaciones que han podido apartarse de forma paulatina de los objetivos inicialmente planteados. En otras ocasiones, cuando la perspectiva de la familia que está siendo atendida se encuentra muy rigidificada, o se hace evidente la saturación de su narrativa, se puede proceder a la técnica del **equipo reflexivo**, la cual hace visible y audible para la familia (mediante la inversión del sentido del espejo) el debate del equipo en torno a la sesión de terapia, invitando a la familia a valorar su propio caso desde nuevos puntos de vista.

6- Actividad formativa

He señalado el componente implícitamente docente que conlleva la observación del trabajo diario de la unidad, del cual participé por las mañanas. Sin embargo la verdadera labor formativa y razón de ser de la escuela de terapia familiar se hace presente durante las clases vespertinas dirigidas a los alumnos de posgrado, las cuales dan comienzo a mediados del mes de octubre. A estas clases me incorporé con una frecuencia de entre 1 y 3 a la semana, según hubiera programados o no seminarios teóricos.

Me incorporé al grupo de alumnos de los jueves, correspondiente al nivel de primer año de máster (tercer año del curriculum formativo completo). De 15 a 20 horas se desarrollaba la formación bajo una estructura de supervisión directa. Esta consistía en la realización de un proceso completo de terapia familiar semanal por parte de 2 alumnas de la escuela, quienes se repartieron desde el principio los papeles de terapeuta y co-terapeuta. Guiando su trabajo y el del resto de alumnos y rotantes se encontraba un miembro del equipo docente. Es importante remarcar que siempre se trató del mismo supervisor, lo cual fomentó la cohesión grupal y la calidad de la supervisión. La tarde transcurría por lo tanto siguiendo los siguientes pasos:

1. Resumen de la sesión anterior por parte de terapeuta y coterapeuta.
2. Pre-sesión propiamente dicha. El supervisor ayuda a construir los objetivos de la sesión y explora junto con los terapeutas y el grupo de trabajo las posibles vías de intervención.

3. Inicio de la sesión de terapia. Intervenciones telefónicas puntuales por parte del supervisor o algún otro miembro del equipo, en caso de creerse oportunas.

4. Pausa de unos 15 minutos. Los terapeutas regresan junto al supervisor y el resto del equipo y se procede a la construcción conjunta de una devolución terapéutica, cuyo objetivo será resumir los puntos más importantes de la sesión, destacar áreas de conflicto y apuntalar avances.

5. Devolución y despedida.

6. Post-sesión. Se extraen las conclusiones acerca de los puntos de mayor relevancia trabajados en la sesión, las posibles áreas de mejora por parte de los terapeutas, los principales aciertos y algunos aspectos de contenido experiencial que aparezcan eventual y libremente.

7. Explicación de contenidos teóricos según programa.



Ocasionalmente se nos ofrecían **seminarios teóricos** (viernes tarde y sábado por la mañana), a los cuales también asistí salvo en los fines de semana en que coincidieron con alguna de las guardias que llevé a cabo durante los 4 meses. Entre los seminarios que se impartieron en ese periodo asistí a los siguientes:

a) Introducción histórica y conceptual a la terapia familiar (Juan Luis Linares)

b) Principios Básicos en Terapia de Pareja (Carmen Campo)

c) Seis voces españolas en Terapia Familiar (Seminario extraordinario. Varios ponentes)

Es interesante comentar que la grabación sistemática del trabajo en terapia familiar permite que los contenidos más teóricos se acompañen casi siempre de fragmentos de video convenientemente seleccionados. Ello consigue que, contenidos que pueden resultar en ocasiones más áridos, puedan ser expuestos de forma muy didáctica, maximizando la asimilación de la información.

7- Líneas de investigación

El interés de la escuela por la investigación obedece a un hecho histórico concreto que posteriormente tuvo una profunda repercusión. En 1992 el **Colegio de Médicos Alemán** decidió que los nuevos especialistas en Psiquiatría habrían de ser formados como **especialistas en Psiquiatría y Psicoterapia**. Pero, ¿qué clase de psicoterapia debían conocer y emplear los residentes?. ¿En qué se habría de basar dicha elección?. Se decidió que, para que los diferentes modelos de psicoterapia fueran incluidos en el programa de formación, debían **justificar su eficiencia de forma empírica**, esto es, a través de estudios de evaluación controlados.

Debido al tradicional desinterés de las diferentes escuelas de Terapia Sistémica con respecto de la investigación, su modelo quedó inicialmente excluido tanto de la formación de especialistas como de el catálogo de prestaciones del Servicio Alemán de Salud. Los modelos que fueron reconocidos como tratamientos psicoterapéuticos de primera línea fueron la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Psicodinámica. El rechazo del modelo se consolidó en 1999, cuando se constituyó el **Consejo Científico de Psicoterapia** y se llegó a la conclusión de que la Terapia Sistémica no cumplía los requisitos científicos propuestos por dicha institución. Esta decisión puso sobre la mesa la necesidad de adoptar cambios radicales en la mentalidad de los terapeutas sistémicos, a menos que estuvieran dispuestos a ver languidecer, en plena antesala del siglo XXI, un modelo que había nacido de la más atrevida vanguardia de la investigación de los años 70.

Se puede decir que los sistémicos supieron leer la situación, desarrollando a lo largo de la última década un cuerpo de investigación de creciente importancia. Recientemente este esfuerzo investigador, junto con el apoyo determinante de la **European Family Therapy Association (EFTA)**, han recogido sus frutos, siendo incluida la Terapia Sistémica en el año 2003 dentro del catálogo de modelos psicoterapéuticos reconocidos oficialmente en Alemania. De todo ello se extrajeron las lecciones pertinentes, aplicables a todos los países del entorno europeo.

En este sentido la Escuela de Terapia Familiar asume el compromiso ineludible que existe entre la buena práctica clínica y el autoanálisis basado en la investigación reglada y la validación empírica de sus procedimientos. Es por ello que todos los alumnos que realizan La Formación Básica o el Máster en Terapia Familiar Sistémica tienen entre sus objetivos el realizar un **trabajo de revisión y actualización de la literatura** o bien una **propuesta de proyecto de investigación**. Además el *staff* de la escuela trabaja en conjunto con **doctorandos** embarcados en proyectos de

mayor recorrido.

Actualmente, dos ejemplos de líneas de investigación activas, entre otras, serían:

1) La invalidez de constructo del denominado “Síndrome de Alienación Parental”, proponiendo su reconceptualización bajo el epígrafe “**Prácticas Alienadoras Familiares**” (Günther, 2012), desde una óptica relacional más ajustada a los patrones observados en la clínica. Este estudio tiene su base en la amplia serie de casos que acuden derivados desde instancias judiciales, generalmente por separaciones o divorcios no amistosos en los que surge problemática en cuanto a la relación con los hijos².

2) Validación del inglés al español de diferentes **cuestionarios de parentalidad y conyugalidad**, con el objeto de intentar correlacionar determinados patrones de relación parento-filial con el desarrollo de psicopatología en la descendencia.

8- Otras experiencias durante la rotación

Poder llevar a cabo guardias en el servicio de psiquiatría no solo supuso para mí un complemento salarial nunca desdeñable, sino que me permitió observar el modo de trabajar de otros compañeros. Estas diferencias pueden nacer a veces de divergencias teóricas, pero por lo general obedecen a factores de tipo institucional, por su naturaleza modificables. De las inevitables comparaciones surgieron valiosas lecciones que creo pudieran ser de interés para alguien y brevemente paso a detallar.

La ubicación de las urgencias de psiquiatría, en un edificio diferente al de las urgencias generales, presenta



²Es importante remarcar que, debido a una modificación relativamente reciente de la legislación autonómica en esta materia, en Cataluña, en caso de desacuerdo en los términos de la custodia de los hijos, prevalece de forma automática el modelo de custodia compartida, lo cual origina no pocas fricciones, así como la necesidad de evaluación en caso de producirse incidentes en su aplicación o el inicio de una eventual terapia en caso de problemática activa.

ventajas e inconvenientes derivados de esta situación. El inconveniente obvio es la menor accesibilidad de los pacientes a un tratamiento médico complejo o a una valoración que vaya más allá de la realizable por el propio psiquiatra. En caso de requerir sin demora un traslado es necesario solicitar una ambulancia para realizar un recorrido de menos de 100 metros dentro del mismo recinto hospitalario, lo cual constituye a todas luces un gasto desmesurado. La ventaja de esta ubicación es la siguiente: el equipo de guardia de psiquiatría consta, además del equipo médico correspondiente, de una enfermera especializada en salud mental y una auxiliar. Además la zona dispone de su propio control de enfermería y dos boxes propios para estancias cortas o para contención. El papel de la enfermera, a la llegada del paciente, consiste en realizar una entrevista preliminar en la que recoge el motivo de consulta, los antecedentes básicos y lleva a cabo una exploración básica del estado mental. En caso de requerir alguna intervención inmediata (p.ej. para ansiólisis) la enfermera puede comunicárselo al médico. Todo ello redundando en lo siguiente: el paciente es recibido de inmediato, aunque la consulta médica se difiera, y el psiquiatra recibe el caso convenientemente orientado. En probable relación con todo esto, a lo largo de 4 meses (12 guardias) tan solo asistí a 2 episodios que requirieron contención mecánica, lo cual (aún pudiendo tratarse de un mero suceso estadístico) considero es un número notablemente inferior al habitual en nuestro medio, por lo que valdría la pena plantearse si pudo tener algo que ver con este esquema organizativo. La conclusión que yo extraje, aun pudiendo equivocarme, es que puede resultar muy beneficioso configurar un entorno más acogedor para el paciente, incluso en el ámbito de las urgencias hospitalarias, con unos medios no excesivamente complejos.

9- Conclusiones

Al hacer un repaso global de mi rotación externa considero que alcancé los principales objetivos que me había planteado antes de partir. Pude observar la viabilidad y la pertinencia de un espacio de tratamiento familiar sistémico en el entorno de la sanidad pública, entendiendo como un requisito la presencia de un fuerte soporte institucional como lo era en este caso el de la Universidad Autónoma. Esta asociación, al permitir un marco docente de calidad, también demostró su potencial como fuente de nuevos conocimientos, fomentando unas líneas de investigación vocacionalmente orientadas a la aplicación práctica. Mi práctica psiquiátrica, así mismo, creo que se vio enriquecida al incorporar a mi bagaje previo no solamente técnicas de entrevista e incitación al cambio, sino una forma de entender los problemas a través de la contextualización de sus elementos en el seno de sistemas complejos y dinámicos. Las lecturas que me fueron acompañando en este proceso fueron especialmente importantes a la hora de conseguir esto, y por ello las incluyo al final de este

documento.

La experiencia fue enormemente satisfactoria a nivel profesional, pero también lo fue en lo personal. Barcelona, uno de los principales puertos del Mediterráneo, ha sido tradicionalmente fuente de inspiración para los que procedemos de las vecinas Baleares, y más concretamente de una ciudad que, como Palma de Mallorca, aspira a parecerse a esa hermana mayor que tiene más allá de la Serra de Tramuntana. Como Mallorquín “expatriado” hace ya más de 10 años y radicado en la capital de España, vivir una temporada en Barcelona tuvo algo de viaje al pasado. Los matices del ser, sentir y relacionarse de esta ciudad tenían, es cierto, resonancias que me resultaron -apropiadamente- familiares. Mi propio abuelo materno, muchos años atrás, había estudiado medicina bajo las cúpulas de Sant Pau, y en no pocas ocasiones me descubrí imaginando cómo pudieron ser sus paseos y preguntándome si se parecerían a los míos sus desvelos. Incluso redescubrí, por medio de la lengua catalana, una parte de mí que -aunque bastante olvidada en mi vida cotidiana- siempre estuvo ahí y ahora sé que en adelante me ha de acompañar. Y no es menos cierto que no se limita a una forma diferente de hablar, sino a toda una forma diferente de pensar. La misma que me permitió presenciar como un ser de entre dos tierras, con curiosidad y una cierta tristeza cómplice, el desarrollo del otoño independentista catalán. Sin intención de entrar en estériles debates políticos (más emocionales que racionales por lo que tienen de identitarios) si diré que los argumentos empleados desde las diferentes trincheras políticas se asemejaban hasta tal punto a las refriegas de una relación tormentosa de pareja que bien pudieron formar parte del aprendizaje vicario de esta rotación en terapia familiar. Como más de una vez apuntamos los compañeros rotantes y yo mismo a la hora del café, la pregunta estaba muy clara: si el separatismo fuera el síntoma ¿qué función estaría cumpliendo para esta diada? Desgraciadamente la prensa, jornada tras jornada, nos va desvelando los entresijos, casi nunca idealistas, que mueven el mundo. Divergencias en la secuencia de puntuación. Malentendidos. Y ganancia de pescadores. Eso es lo que he aprendido.

Relación de los principales libros leídos durante la rotación:

Teoría de la comunicación humana. Paul Watzlawick.

Danzando con la familia. Carl Whitaker.

Terapia familiar ultramoderna. Juan Luis Linares.

Sobrevivir a la pareja. Carmen Campo. Juan Luis Linares.

Temas para conversar. Ricardo Ramos.

José Camilo Vázquez Caubet
MIR Psiquiatría 4º

- **Curso para médicos no psiquiatras: "Psiquiatra por un día" - 9 Mayo 2013 –**
Salón de Actos Materno-Infantil Hospital Universitario 12 de Octubre

Los residentes de psiquiatría vamos a ofrecer próximamente un curso destinado a **todos aquellos médicos interesados en perfeccionar su manejo** del paciente con problemas de salud mental. El curso, de una tarde de duración, ofrecerá una **visión panorámica pero sintética** de los principales retos que suelen presentarse en consulta, ya sea **ambulatoria o de urgencias**. El modelo de impartición consiste en un **seminario** teórico con posterior **taller** de dudas y **entrenamiento práctico** en habilidades concretas a través de **rol-playing** y visionado de **videos**. ¡Os esperamos!

a) INTRODUCCIÓN:

- ¿Cómo de diferente es la psiquiatría? Los 3 trucos del psiquiatra.
- "Descartar organicidad". El problema mente-cuerpo en consulta.
- Reacciones psicológicas al enfermar

b) CUADROS TÍPICOS:

- Paciente con ansiedad-depresión
- Paciente suicida o autolesivo
- Paciente extraño (o fuera de la realidad)

DESCANSO: 15 min

c) CASOS DIFÍCILES:

- Paciente intoxicado / dependiente de sustancias
- Síndrome Confusional
- Paciente agitado
- Paciente disociado-conversivo
- Paciente hiperfrecuentador

d) TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO:

- Técnicas básicas de entrevista: reflejo empático, metacomunicación.
- Valoración de capacidad

e) DUDAS, RUEGOS Y PREGUNTAS.

f) CLAUSURA

Duración total: 4 horas y media. 16 - 20:30h

DÍA 9 DE MAYO 2013

SALÓN DE ACTOS. PABELLÓN MATERNO INFANTIL.

Psiquiatría

por un día

Casos típicos
Pacientes difíciles
Técnicas de entrevista
Valoración de capacidad
Diagnóstico diferencial
Psicofármacos

9
mayo
 16-20H

SALON DE ACTOS
 PABELLON MATERNO-INFANTIL

¡imprescindible!

programa

16:00 *Introducción*

16:30 *Casos típicos*
Paciente ansioso-depresivo
Paciente suicida
Paciente fuera de la realidad

17:30 *Descanso*

17:45 *Pacientes difíciles*
Paciente dependiente de sustancias
Paciente agitado
Paciente confuso
Paciente disociado-conversivo
Paciente hiperfrecuentador

18:45 *Talleres*
Técnicas de entrevista
Valoración de capacidad

19:45 *Preguntas*

20:15 *Clausura*

Hospital Universitario
 12 de Octubre
 Comunidad de Madrid

• Taller de formación en Psiquiatría (Colegio de Médicos de Madrid)



TALLER DE LA COMISION DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MÉDICA, CURSO 2013

PRESENTACIÓN: Más que cualquier otra especialidad médica, la psiquiatría debe estudiar los aspectos psicológicos y sociales del ser humano, en la salud y en la enfermedad. Pero todos los médicos han de conocer estos aspectos y además, aquellos que lo deseen, poder profundizar en ellos. Por eso, **la Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica del ICOMEM** organiza el presente Taller, en un formato pensado para favorecer la deliberación entre los asistentes: Una exposición principal de un tema relevante de psiquiatría/psicología médica durante 50 min, comentado y puesto en contexto por un Deliberador o Deliberadores (no más de dos) durante 20 min, seguido por deliberación general de todos los presentes, hasta completar un tiempo total de 2 horas.

LUGAR: Ilustre Colegio Oficial De Médicos De Madrid, Aula Severo Ochoa

FECHAS: Primeros martes de cada mes, excepto meses de verano.

HORARIO: De 19 h a 21 h

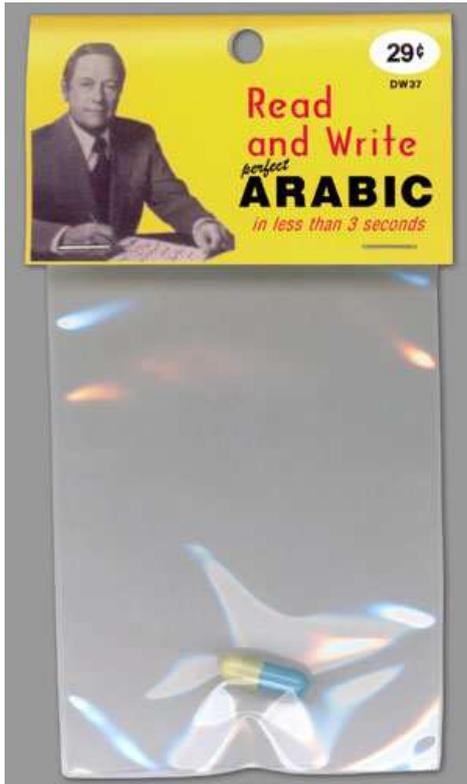
INSCRIPCIÓN: Por correo electrónico en info@psicoter.es . Por teléfono en 902 10 52 10

MATRICULA: Gratuita para médicos colegiados al corriente en el pago de cuotas. Profesionales en otras condiciones € 60

DIPLOMA: se expedirá diploma de participación como actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid y por la Asociación Española de Psicoterapia

PROGRAMA:

- | | |
|--------------------|---|
| 5 febrero | Lo específico y lo inespecífico en psicoterapia
Prof. Gonzalez de Rivera, Deliberador Prof. Antonio Vela |
| 5 marzo | Psiconeuroendocrinoinmunología
Prof. Antonio Vela. Deliberador Dr. Carlos Mur |
| 2 abril. | Medicina Psicosomática
Dr. Carlos Mur, Deliberador Dr. Carlos Mingote |
| 7 mayo | Psicofarmacología y psicoterapia
Prof. Jerónimo Saiz. Deliberador Prof. Gonzalez de Rivera |
| 4 junio | Cognición y Psicosis
Dr. Roberto Rodriguez-Jimenez. Deliberador Dr. Miguel Ángel Jiménez Arriero |
| 1 octubre | La pericia médico-legal del psiquiatra.
Prof. Alfredo Calcedo. Deliberador Dra. Lola Crespo |
| 5 noviembre | Detección y Prevención del desgaste profesional del Médico.
Dr. Carlos Mingote. Deliberador Prof. Gonzalez de Rivera |
| 3 diciembre | La percepción pública del Psiquiatra.
Dra. Maria Dolores Crespo |



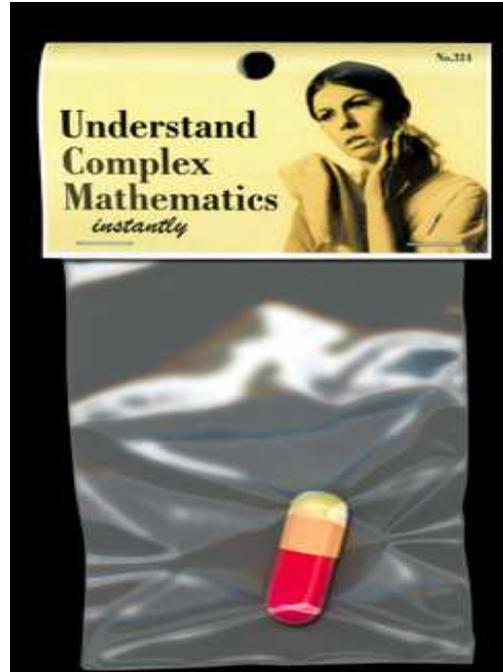
9



10



11



12

⁹ Dana Wyse: "Read and write perfect ARABIC in less than 3 seconds"

¹⁰ "ACCEPT THAT YOU'VE HAD A BABY and that your life will never be the same again. Instant reality check"

¹¹ "Accept that you're absolutely ALONE in this vast expanding universe"

¹² "UNDERSTAND COMPLEX MATHEMATICS instantly"

4. CONVOCATORIAS

• Curso de Metodología de Investigación y Análisis de Datos a través de programas estadísticos



CURSO DE METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS A TRAVÉS DE PROGRAMAS ESTADÍSTICOS.

FECHAS Y HORARIOS:

- 1-Día 8 de Mayo del 2013 de 16:00 a 20:00:
- 2-Día 22 de Mayo del 2013 de 16:00 a 20:00:
- 3-Día 29 de Mayo del 2013 de 16:00 a 20:00

Duración: 12 horas

OBJETIVO:

1. Compresión de los diferentes tipos de diseños experimentales dentro de las ciencias de la salud.
2. Adquirir conocimiento de las estrategias de análisis de varianza, análisis detallados y regresión estadística.
3. Uso de programas estadísticos para el análisis e interpretación de datos.

CONTENIDOS:

1. Introducción al análisis de datos sobre los diseños experimentales más básicos.

- Análisis exploratorio de datos.
- Comprobación de supuestos (normalidad, homocedasticidad, linealidad...).
- Transformación de puntuaciones Box-Cox y Análisis no paramétricos.
- Introducción al Análisis de varianza a través del MLG (Entregrupos y Medidas Repetidas).

2. Análisis de varianza.

- Repaso del MLG, análisis a priori, de tendencias y a posteriori.
- Análisis de Covarianza (Control metodológico).
- Interpretación y conclusiones.

3. Regresión Lineal y múltiple

- Introducción a regresión lineal y múltiple.
- Análisis de supuestos.
- Interpretación y conclusiones.
- Ejercicio de evaluación d curso.

DIRIGIDO A:

Residentes de Psiquiatría, Psicología y Enfermería y Facultativos Especialistas de Área de Psiquiatría y Salud Mental, motivados por aumentar sus conocimientos de estadísticas y diseños experimentales.

Nº DE PLAZAS: 12 personas.

LUGAR:

Sala de Reuniones de Servicio de Psiquiatría. 3ª planta, CAA. Hospital Universitario 12 de Octubre.

COORDINADORES CURSO:

Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez. AGCPSM. roberto.rodriguez.jimenez@gmail.com
Dr.Diego Padilla Torres. Psicólogo Clínico. AGCPSM. diego.padilla@madrid.salud.org

INSCRIPCION:

Interesados mandar correo a: diego.padilla@madrid.salud.org
La selección e inclusión de admitidos, se realizará según orden el orden de llegada de los correos.
Se admitirán correos hasta el 30 de abril de 2013.

• Nuevas perspectivas para el trabajo en Salud Mental – V edición

Nuevas perspectivas para el trabajo en Salud Mental V edición

Boletín de Inscripción (rellenar con letra mayúscula y legible)	
Nombre y apellidos:	
Área sanitaria:	N.I.F.:
Centro de trabajo:	
Programas en los que participa:	
Puesto / Cargo:	
Dirección:	C.P.:
Localidad / Provincia:	Fax:
Teléfono trabajo (*):	Móvil (*):
Correo electrónico (*):	
Titulación académica:	
Participación como tutor en:	Pregrado Postgrado
Justificación del interés para realizar el curso:	
Visto bueno del/de la jefe/a del servicio, coordinador/a de E.A.P. o respnsab. de la unidad	Fecha y firma del/de la solicitante, que declara que son ciertos los datos consignados en la solicitud
<p>La solicitud deberá ser enviada a Ángeles Castro *LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO O TELÉFONO A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS. *PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 90% DE LAS HORAS LECTIVAS</p> <p>La Suma de Todos <small>Comunidad de Madrid</small></p> <p><small>Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, perteneciente a la Agencia Lain Entralgo, 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 Agencia. Dicho fichero se halla inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/prodotti) y podrá ser objeto de las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es La Agencia Lain Entralgo, y la dirección donde el interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es C/ Gran Vía, 27 - 28013 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.</small></p>	



SOLICITADA ACREDITACIÓN
a la Comisión de Formación Continuada de
las Profesiones Sanitarias
de la Comunidad de Madrid (SNS)

Nuevas perspectivas para el trabajo en Salud Mental V edición

17 de Abril, 5 de Junio y 19 de Junio de 2013



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



Dirección General de Investigación,
Formación e Infraestructuras
Sanitarias
Comunidad de Madrid

Nuevas perspectivas para el trabajo en Salud Mental

Dirigido a: Profesionales de Salud Mental: Psiquiatría, Psicología clínica, Enfermería, Trabajo social, Terapia ocupacional, etc.

Objetivos:

- Dar a conocer las aportaciones de profesionales de reconocido prestigio en diferentes disciplinas al trabajo en Salud Mental.
- Profundizar en conocimientos relativos a la Clínica e Investigación desde otros ámbitos de conocimiento afines a la Salud Mental

Metodología: Conferencia y coloquio presencial.

Duración: 6 h. **Número de plazas:** 200

Fechas y horario: 17 de Abril, 5 y 19 de Junio de 2013, de 13 a 15h.

Lugar de celebración: El curso se realizará de forma presencial en el Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil. Hospital 12 de Octubre..

Fecha límite de inscripción:

Información: CSM Villaverde 917955546

Inscripciones: enviar al correo electrónico
psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org
con copia al responsable del Servicio o Unidad

Programa:
17 de Abril

Representaciones de la mente y la enfermedad mental en la Grecia clásica. **Helena Ramos García**. Doctora en Filología griega. Licenciada en Filología clásica y Filología alemana.

5 de Junio

El malestar del resentimiento. Materiales para una posible anatomía. **Germán Cano**. Profesor Titular de Filosofía Contemporánea. Univ. Alcalá de Henares.

19 de Junio

Cerebro, mente y sueño. **Antonio Vela Bueno**. Catedrático de Psiquiatría. UAM.

Coordinación:

Angeles Castro Masó. Coordinadora de Docencia y Formación Continuada del Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre.

Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias

5. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

• Publicaciones

* Díaz M^a, Domínguez H, Gómez F, Quintana B, Ramos J, Rianza M^aD, Rojas CA y Verdura EJ. **Casos Clínicos del Seminario de Psicoterapia 2011-12**. Cuadernos de Salud Mental del 12 [revista en internet] 2013 [acceso 11 Abril 2013]; 7: 1-113. Disponible en: www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria



"Casos Clínicos del Seminario de Psicoterapia 2011-12". En él, Javier Ramos (tutor PIR) realiza una interesante introducción sobre conceptos básicos, relación y alianza psicoterapéutica y criterios de indicación en psicoterapia. Además, se ofrece un esquema de presentación del material clínico, de gran utilidad práctica para seguir mejorando la docencia y supervisión en psicoterapia de nuestros residentes. A continuación diversos residentes PIR y MIR del servicio exponen diversos casos clínicos trabajados principalmente en el Seminario de Psicoterapia: María Díaz, Helena Domínguez, Francisco Gómez, Blanca Quintana y Carolina Rojas. Se completa, por su interés didáctico, con dos casos presentados por nuestros antiguos residentes, ya psiquiatras, M^a Dolores Rianza y Ernesto Verdura.

Reseñamos a continuación el prólogo de Javier Ramos.

PROLOGO

Resulta un ejercicio historiográfico complejo situar los orígenes y los hitos fundamentales de la preocupación por la formación en psicoterapia en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Se trata de una historia larga, que ha contado con la implicación de muchos y muy prestigiosos profesionales, que se ha ido forjando con sucesivas generaciones de residentes, al principio con los de Psiquiatría solamente, después también con los de Psicología Clínica, últimamente ya con los recién incorporados residentes de Enfermería de Salud Mental. Una historia con momentos brillantes y otros más oscuros y dificultosos, pero que ha ido conduciendo, de una manera ya indiscutible e inequívoca, a la consolidación del compromiso del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) de este hospital con la presencia de la asistencia psicoterapéutica de calidad en el sector público y con las vertientes docente e investigadora de esta forma de tratamiento psicológico.

Uno de los efectos de este compromiso ha de observarse en la progresiva y creciente estructuración del seminario estable de psicoterapia, constantemente enriquecido, a lo largo de los años, por elementos e ingredientes que son inseparables de la actividad asistencial, docente y de investigación en Salud Mental tal y como puede ser entendida en el seno de la Sanidad Pública. De estos factores, sería ineludible subrayar el valor añadido que aporta, por un lado, la

pluralidad de los profesionales dedicados a la práctica psicoterapéutica en el AGCPSM y, por otro, la magnitud y diversidad de la población atendida en nuestro ámbito. Dos buenas razones para explicar el porqué tanto del rigor con el que se observa la importancia de escuchar más a los pacientes que a las propias teorías como de la decisión con que se elude todo reduccionismo de escuela.

La convivencia de un buen número de psicoterapeutas formados en líneas teóricas muy diversas es probablemente una de las grandes riquezas de la Salud Mental en el sector público. Sin perder seriedad y compromiso con la propia escuela, los profesionales del hospital y de los diferentes Centros de Salud Mental del área estamos habituados a dialogar entre nosotros, estamos interesados en comprendernos, somos curiosos a la hora de pensar qué nos puede aportar el otro. Y, sobre todo, tenemos siempre en mente (tanto que ya casi no le damos importancia) qué es lo que puede ser útil para cada paciente individual en cada momento concreto. La diversidad nos compromete con el paciente, con el sufrimiento del paciente. Y tal vez debamos encontrar ahí la razón básica por la que, desde cualquiera de los modelos, compartimos una suerte de seña de identidad psicoterapéutica común: el cuidado de la relación terapéutica como elemento central desde el que poder desplegar una intervención, cualquiera que ésta sea.

Desde cualquier orientación, proponemos siempre un abordaje psicoterapéutico que se basa en el paciente que consulta y en la relación con ese paciente que consulta. La formación en psicoterapia en el AGCSM en el Hospital 12 de Octubre parte de esa piedra angular. Y sólo desde ésta se plantea un seminario que incluye muy diversas orientaciones e intervenciones y que toma sentido desde el trabajo con el material clínico que aportan los residentes. Un material que conforma los casos clínicos que aquí se presentan y que uno desearía fuesen leídos, como decía Freud, como relatos cortos; con el entusiasmo al que anima su calidad literaria; pero también con el respeto y la atención que se requieren cuando nos acercamos a la complejidad sensible del sufrimiento humano.

Javier Ramos García

Psicólogo Clínico

*Coordinador Seminario de Psicoterapia*¹³

¹³ Coordinadores del Seminario de Psicoterapia (UDM Salud Mental H.U. 12 de Octubre) durante el curso 2011-12: Dr. Ignacio Mearin (médico psiquiatra), Dr. Javier Ramos (psicólogo clínico, profesor asociado CC. de la Salud UCM) y Dra. Natalia Sartorius (médico psiquiatra).

• Roig Bermúdez P. **Psicoterapia psicodramática grupal: una experiencia con pacientes con trastorno de la personalidad**. En: Irazabal Martín E y Hernández Monsalve M, coordinadores. **Experiencias terapéuticas grupales**. Serie "Intersecciones y fronteras de la Salud Mental" N° 2. Madrid: Editorial Grupo 5; 2013. p. 117-36



La **terapia de grupo** como método de tratamiento del **trastorno mental** tiene ya un cierto recorrido en nuestro país. El progresivo aumento de la demanda asistencial en los servicios públicos de **Salud Mental** empuja a los profesionales a iniciarse en estas prácticas, aunque con deficientes herramientas teórico-técnicas –los profesionales caminan un poco a ciegas y contra corriente; los programas de formación en esta modalidad de terapia se pueden contar con los dedos de una mano; la investigación sobre resultados tampoco tiene el apoyo necesario-.

El pensamiento dominante en las políticas de salud mental mira hacia otro lado sin pararse a valorar lo beneficios que para el paciente tienen los tratamientos colectivos. Aún así, existen "islas" donde la terapia de grupo camina con solidez atrayendo a profesionales que buscan distanciarse de lo hegemónico y dogmático, aportando ilusión y esperanza en este campo.

Este libro recoge una serie de **experiencias grupales** que pueden ser calificadas de *avanzadas*: prácticas que llevan años realizándose, utilización de metodologías suficientemente contrastadas, exposición de resultados positivos para los pacientes, así como la valentía mostrada por los interrogantes y dificultades planteadas.

Experiencias terapéuticas grupales está dirigida a los profesionales interesados y practicantes de estas metodologías, que encontrarán algunos de los problemas más actuales en el trabajo con grupos terapéuticos. También aquellos profesionales cuya relación con la terapia de grupo es como *derivantes* de pacientes encontrarán una buena información que redundará en beneficio de su tarea, y a los pacientes que asisten a los grupos les ayudará a entender y dar mayor significado a sus procesos terapéuticos.

• Moré MA. **Medicalización de la vida. Abordaje de su demanda en Salud Mental**. *Clínica Contemporánea* [revista en internet] 2013 [acceso 11 Abril 1013]; 4 (1): 45-54. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n1a3.pdf>

9. 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,
salvo las EXTRAORDINARIAS, que empiezan a las 13.00 h.*

• Calendario Sesiones Clínicas de Area - 2º trimestre 2013

ABRIL 2013

- 3 Sesión Clínica del Residente: Francisco Gómez Holgado (PIR)
Familia de origen, apego y consciencia plena: La intimidad del psicoterapeuta
- 10 UHB
- 17 Sesión Clínica extraordinaria: Helena Ramos
- Representaciones de la mente y la enfermedad mental en la Grecia clásica. **Helena Ramos García**. Doctora en Filología griega. Licenciada en Filología clásica y Filología alemana.
- 24 Sesión Clínica del Residente: José Camilo Vázquez Caubet (MIR)
Ludopatía y adicción a las nuevas tecnologías. Implicaciones para la infancia y la adolescencia

MAYO 2013

- 8 Unidad de interconsulta y Enlace
- 22 CSM Carabanchel
- 29 Unidad Infanto-Juvenil

JUNIO 2013

- 5 Sesión Clínica extraordinaria – Prof. Germán Cano

El malestar del resentimiento. Materiales para una posible anatomía.
Germán Cano, Profesor Titular de filosofía contemporánea. Universidad de Alcalá de Henares.

- 12 San Juan de Dios – Clínica Ntra. Sra. De la Paz
- 19 Sesión Clínica extraordinaria – Prof. Antonio Vela Bueno

Cerebro, mente y sueño. **Antonio Vela Bueno**. Catedrático de Psiquiatría. UAM.

- 26 Hospital de Día Adultos Villaverde

10. ECOS DE LAS SESIONES CLINICAS DE AREA

• El cine: una herramienta para el profesional de Salud Mental (Prof. Florentino Moreno Martín)

El cine y la Psicología científica nacieron al mismo tiempo. El cine utiliza los procesos psicológicos básicos para sus fines. Las películas popularizan los descubrimientos psicológicos. La Psicología aplicada es una profesión que enamora a la cámara. Si atendemos a las películas de ciencia ficción la Psicología es Una ciencia con mucho futuro. Un trabajo de Florentino Moreno para el proyecto académico Psicología y Cine de la Universidad Complutense de Madrid.

<http://www.youtube.com/watch?v=eq48e0IP48s>



<http://www.youtube.com/watch?NR=1&v=Em4V6W74b1M&feature=endscreen>

• Florentino Moreno: “Cine y Psicología: vidas paralelas” . *Poiesis* - Revista electrónica de Psicología Social (2005) N° 9. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/480/455>

• Florentino Moreno: “El factor humano en pantalla: un paseo por la psicología desde el patio de butacas” Madrid: Editorial Complutense; 2003.

**Entre varios compañeros hemos construido este número.
Os animamos a enriquecer los siguientes
con vuestro trabajo y creatividad ¹⁴**

¹⁴ * Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el AGC de Psiquiatría y Salud Mental del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSM del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados
- **Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones
- **Metodología de elaboración** (*lo más sencilla y doméstica posible*):
 - Algún “corresponsal” en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos.
 - Santiago Vega (santiago.vega@salud.madrid.org) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a sus e-mail las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra).
- **Forma de distribución:** documento Pdf descargable desde <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>