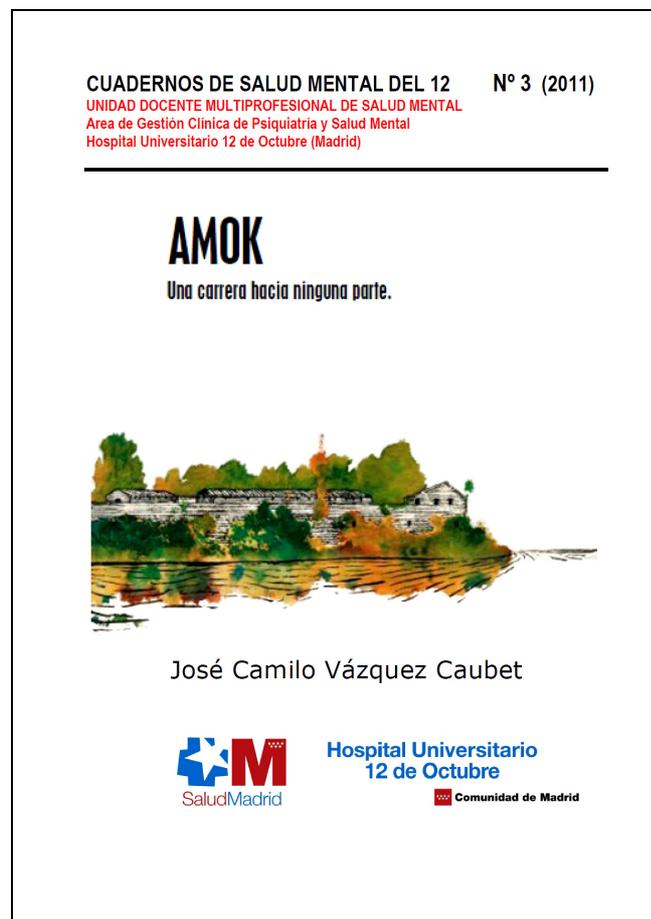


BOLETIN

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

Número **23** – Julio 2011



Encuesta de Formación Continuada e Investigación (AGCPSM 2011)

- Enlace de la **Web del AGCPSM** desde la **Web del Hospital 12 de Octubre** –
 - Reflexiones sobre la Historia Clínica Electrónica en Salud Mental** (Javier Sánchez-Caro) -
 - Vázquez Caubet JC. **Amok. Una carrera hacia ninguna parte.** Cuadernos de Salud Mental del 12 (2011) 3 -
 - **Rotaciones externas** de residentes UDM Salud Mental (R. Angora, J. Chamorro) -
 - **IX Jornada administrativos de la Salud** (G. González) -
 - EIR de Salud Mental: **Nuestros primeros pasos** (Carolina Alcalá y Paloma Laiz) -
 - Cuadernos de Salud del 12: **Proyecto “Sesiones Clínicas de Area”** -
 - Antiguos profesionales del Area por el mundo: **Guinea Ecuatorial** (Juan Gómez de Tojeiro) -
 - **Momentos estelares de la Psiquiatría: El evolutivo** (J. Camilo Vázquez Caubet) -
- En el **Diario Médico**: 19 Mayo y 15 Junio 2011

**1. AREA DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Hospital Universitario 12 de Octubre**

• Encuesta de Formación Continuada e Investigación 2011

Buenos días:

Entre los objetivos propuestos en el Acuerdo de Gestión para el año 2011 se estableció el diseño y aplicación de una encuesta para conocer las demandas formativas, actitud y potencial de cada profesional en su implicación en tareas de formación. Asimismo en la reunión de la Comisión de Investigación del día 9 de febrero de 2011 se acordó realizar una encuesta sobre intereses de investigación de todos los Profesionales del AGCPSM.

Para facilitar la tarea se ha diseñado una encuesta conjunta para conocer la opinión de los profesionales sobre temas de investigación y formación.

Se adjunta el cuestionario con el fin de que lo trasladéis, a todos los miembros de vuestro equipo, para que lo cumplimente y nos lo hagan llegar:

- * Por correo interno a la secretaria del Servicio de Psiquiatría.
- * A mi correo electrónico isepulveda.hdoc@salud.madrid.org
- * Al correo electrónico de la página Web psiquiatria12octubre@gmail.com

Es muy importante que se dediquen unos minutos a esta encuesta, para poder utilizarla como un medio más, en el objetivo de mejorar la investigación y la formación de nuestra Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

Aprovecho para indicar que se debe contestar antes del día 1 de julio de 2011.

Un saludo

*Maribel Sepúlveda
Jefe de Sección del Area de Gestión
AGC Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre*

2. WEB DEL SERVICIO <http://www.psiquiatria12octubre.org> ¹



Ya la tenemos integrada en la del Hospital. Podéis verla en el botón de "Asistencia":

http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=Hospital12Octubre/Page/H12O_home

O, como siempre, en el enlace directo propio:

http://psiquiatria12octubre.org/JiWiC_Version/index.php?r=site/index

Conviene que le demos "vidilla" con las sugerencias, documentos técnicos colgados, etc..... que consideréis oportunos.....

Dr. Jimenez-Arriero.

*Jefe de Servicio Psiquiatría y Salud Mental. Profesor Asociado.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense.*

3. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ²

- La **‘GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES MALTRATADAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE’**, elaborada por Salud Madrid, ofrece orientación a los profesionales del sistema sanitario para la atención integral física, psicológica y emocional a las mujeres con enfermedad mental grave que son o han sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja o ex pareja.

Esta guía tiene como objetivos:

- Sensibilizar a los profesionales de la dimensión y gravedad de la violencia de pareja hacia las mujeres de este colectivo.
- Aumentar la detección y mejorar la atención de la violencia de pareja a mujeres con enfermedad mental grave.
- Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos sanitarios y no sanitarios a los que tienen derecho las mujeres con enfermedad mental grave que son víctimas de violencia de pareja.

¹ Información sobre la WEB del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre: tanto de contenidos como de cauces de participación para profesionales y usuarios

² Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Area. Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas

- Promover la capacitación de la mujer para el reconocimiento de su situación de maltrato y para la búsqueda de soluciones

Además de recoger información sobre el maltrato y los diferentes tipos, incluye consejos para su detección, recomendaciones para la entrevista con la mujer, consejos para la intervención, medidas para un plan de seguridad, etc...

Descarga gratuita: <http://feafes.org/guia-atencion-mujeres-maltratadas/>



• HERRAMIENTAS DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS



Estimados compañeros, La Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios en colaboración con la Agencia Laín Entralgo, ha suscrito para los años 2011 y 2012, **HERRAMIENTAS DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS**. Estas herramientas son:

1.- British Medical Journal (BMJ) y su colección de revistas electrónicas (22 títulos médicos de referencia en diversas especialidades clínicas).

2.- BEST PRACTICE, herramienta de apoyo que proporciona información actualizada para la toma de decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Ha sido desarrollada por el grupo de BMJ y, entre otros recursos, permite el acceso a Clinical Evidence.

3.- FISTERRA-e, herramienta de ayuda en la toma de decisiones clínicas que permite obtener respuestas rápidas a las preguntas más frecuentes que surgen en el punto de atención a los pacientes y en la que se incluyen numerosas referencias en castellano.

Están disponibles a través del portal de la **Biblioteca Virtual** para todos los profesionales sanitarios, usuarios autorizados del mismo, a través de clave y contraseña personalizada. Pueden ser consultados fácilmente desde cualquier ordenador, tanto desde las propias consultas como desde los ordenadores particulares. Best Practice ofrece también la posibilidad de acceso adaptado para los teléfonos móviles de última generación, sin coste adicional para los usuarios.

Área de Formación. Agencia Laín Entralgo
[cursos.lainentralgo@salud.madrid.org](mailto: cursos.lainentralgo@salud.madrid.org)

De: seguridadmedicamento@salud.madrid.org [seguridadmedicamento@salud.madrid.org]

Enviado el: miércoles, 22 de junio de 2011 9:32

Asunto: Noticias de seguridad del medicamento

Estimado compañero, ha sido publicado en la Página de Uso Seguro de Medicamentos del Portal de Salud de la Comunidad de Madrid un nuevo trabajo de Investigación elaborado por profesionales de la Comunidad de Madrid.
[\(NPC\) Diez recomendaciones clave para una prescripción más segura](#)



Top tips for GPs

Strategies for safer prescribing

Descargable en:

<https://www.seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/home.aspx?accesoExterno=si&tipo=investigacion> (16 páginas en inglés)

• Historia Clínica Electrónica

De: Guillermo Petersen Guitarte

Enviado el: lunes, 30 de mayo de 2011 18:31

Asunto: Historia Clínica Electrónica

Estimados amigos,

En la reunión, presidida por el Consejero de Sanidad, que se celebró el pasado 23 de noviembre de 2010, a la que asistieron los Jefes de Servicio de Psiquiatría y los Jefes de los Servicios de Salud Mental de Distrito en la que se abordaron diversos aspectos relacionados con la libre elección de especialista en salud mental, se suscitó por parte de algunos asistentes la posibilidad de restringir el acceso a determinada información clínica contenida en la historia clínica electrónica.

Con el fin de tratar esta cuestión se constituyó en la Oficina de Salud Mental un grupo de consenso integrado por: Prof. Jerónimo Saíz, Dra. Blanca Reneses, Dr. Eduardo García-Camba, Dr. Miguel Ángel Jiménez-Arriero, Dr. Javier Guindeo, Dr. Alfredo Calcedo Barba, Dra. M^a Luisa Zamorro y D. Pedro Rodríguez. El grupo consideró que sería recomendable la protección de determinada información (Anotaciones relevantes sensibles que afectan a terceras personas, elaboración de anotaciones subjetivas, información sensible) en la historia clínica psiquiátrica y psicológica electrónica, con acceso restringido a especialistas de psiquiatría y psicología clínica o al equipo del dispositivo de atención a la salud mental, estimando, no obstante, la necesidad de disponer de una valoración desde el punto de vista bioético de esta cuestión.

D. Javier Sánchez-Caro, Director del Área de Bioética y Derecho Sanitario del Servicio Madrileño de Salud, profesional de reconocido prestigio y autoridad, ha emitido el informe adjunto sobre este asunto tan complejo, que tengo el placer de enviaros por su gran interés. Concluye el informe en resumen que *“las limitaciones o*

restricciones deben obedecer a la voluntad de los pacientes (principio de autonomía); de no ser así pueden entrañar peligro para la atención sanitaria, además de contravenir la ley; el secreto profesional obliga a los médicos y demás profesionales sanitarios sin distinción alguna; en ningún caso la restricción o limitación puede afectar al equipo sanitario; nada impide que pueda existir una norma en la que se contemplen las restricciones o limitaciones en el ámbito psiquiátrico con las debidas garantías para los pacientes, debiendo tenerse en cuenta, por último, las posibles limitaciones de la tecnología”.

Un cordial saludo

Guillermo Petersen Guitarte
Coordinador de la Oficina Regional de Salud Mental
Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud

RESTRICCIÓN O LIMITACIÓN DE PARTE DE LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PSIQUIÁTRICA

El Coordinador de la Oficina Regional de Salud Mental plantea la necesidad de poder restringir el acceso a determinada información contenida en la historia clínica psiquiátrica electrónica, en el sentido de que *sería recomendable (según un grupo de consenso de especialistas en dicha materia) la protección de parte de la información de la historia clínica psiquiátrica y psicológica electrónica, restringiendo su acceso (en una “pestaña”) a los especialistas de psiquiatría y psicología clínica o al equipo del dispositivo de atención a la salud mental.*

Dicha información sería:

- *Anotaciones relevantes sensibles que afectan a terceras personas.*
- *Elaboración de anotaciones subjetivas.*
- *Información sensible*

El grupo consideró la importancia y necesidad de disponer de una valoración de ésta cuestión tan compleja desde el punto de vista bioético.

En relación con el asunto mencionado se informa lo siguiente:

1. La restricción o limitación, mediante “una pestaña”, se enfoca desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, pero no desde el punto de vista de los pacientes.

El GT-29³, y la Comunidad Gallega⁴, lo contemplan, sin embargo, desde el ángulo de las personas afectadas y no desde el punto de vista de los médicos que prestan asistencia. Los

³ Grupo de trabajo creado por la directiva 95/46/CE, sobre protección de datos de salud, que ha elaborado diferentes trabajos sobre esta materia, debiendo reseñarse el que hace referencia al “documento de trabajo sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos”, de 15 de febrero de 2007

⁴ Única Comunidad que ha dictado un decreto sobre esta materia, en concreto el decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.

“sobres cerrados” o los “módulos de acceso” son posibilidades para los pacientes (que han de ofertarse), pero no criterios exclusivos de los profesionales al margen de aquellos.

Las consecuencias son muy distintas en uno y en otro caso. Si la limitación proviene de los profesionales, cualquier daño causado al paciente es responsabilidad, cuando menos, del servicio público sanitario, pues habrá sido su organización la causante del mismo. Por el contrario, si la restricción proviene de los pacientes, el daño o lesión originados son de la exclusiva cuenta del paciente, pues fue su voluntad la determinante (principio de autonomía).

2. La restricción unilateral puede entrañar, además, peligro para la atención sanitaria y obliga, en consecuencia, a determinar con rigor los profesionales sanitarios que pueden acceder a las notas excluidas y los que no pueden acceder a las mismas.

Por ejemplo, un médico de urgencias ¿puede o no puede acceder aunque no sea psiquiatra o psicólogo clínico? ¿Si no puede acceder y después se produce un hecho luctuoso relacionado con el no acceso a la HCE (digamos un suicidio), de quién es la responsabilidad? ¿Puede determinarse de antemano cuáles son los profesionales sanitarios y las circunstancias en las que se tendrá acceso y en las que no?

Cuestión distinta, como se ha dicho, es que se haga por voluntad del paciente.

3. El secreto profesional obliga a los médicos y demás profesionales sanitarios sin distinción alguna.

La restricción pretendida (“la pestaña”) puede entenderse como una falta de confianza hacia otros profesionales sanitarios, que también deben respetar la confidencialidad de la relación clínica. No hay que olvidar que su transgresión constituye un delito muy castigado en el Código Penal (artículos 197 a 201) y que en el ámbito electrónico siempre se deja constancia del acceso (trazabilidad, documento de seguridad), por lo que puede ser perseguida cualquier irregularidad (evaluación de la HCE).

4. En ningún caso se puede negar el acceso al equipo, ya que constituye la unidad básica de acción, según la ley (artículos 9 puntos uno, dos y cuatro y artículo 4.7. apartados a) y e) de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias)

La ley citada establece que la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y **la continuidad asistencial**, evitando el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas. Más aún, afirma que el **equipo de profesionales es la unidad básica** en la que se estructuran de forma uni o multiprofesionales e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos, **siendo posible, dentro del equipo, la delegación de actuaciones**, siempre y cuando estén previamente establecidas las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse.

La citada norma establece que la historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser **compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales**, advirtiéndonos de la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

5. Lo que el GT-29 plantea es la posible puesta en funcionamiento de “sobres cerrados” o “módulos de acceso” (restricciones o limitaciones), con consentimiento adicional del paciente

Se trata pues de opciones para el paciente, de posibilidades cuya decisión corresponde a los afectados y no de alternativas que puedan plantearse unilateralmente por los médicos u otros profesionales sanitarios.

Sobre este particular subyace una cuestión de oportunidad (cuándo es conveniente u oportuno establecer alguna medida de las señaladas), lo que remite al estándar de cultura de exigencia en un lugar determinado y con referencia a unos pacientes concretos. Más aún, ningún obstáculo hay para que se contemple en una norma las citadas posibilidades, pudiéndose ponerse en funcionamiento cuando la cultura sanitaria lo demande. Tal es la posición adoptada por el Decreto Gallego que es hasta ahora, como se ha dicho, el único que se ha ocupado de la materia y que menciona explícitamente la psiquiatría.

Ahora bien, aún reconociendo las peculiaridades de las anotaciones psiquiátricas y psicológicas, cuya singularidad no puede ponerse en cuestión, y que junto con las de la documentación clínica genética son de las más invasoras de la intimidad de las personas, no se puede eludir el que podría denominarse “efecto dominó”, esto es, la necesidad o el riesgo de extender las cautelas a otros ámbitos de gran sensibilidad (reproducción humana asistida, trasplante, etc.).

6. Hay que tener en cuenta las posibles limitaciones o posibilidades de la tecnología.

Se trata de una cuestión instrumental o, si se quiere, de menor importancia, pero que no se puede obviar y que obliga a consultar previamente cualquier limitación que se pueda plantear.

7. No es posible llevar a cabo restricción o limitación alguna sin que se haya aprobado la normativa correspondiente.

Es precisa la existencia de una norma que regula la Historia Clínica Electrónica, con adecuada información al paciente y con manifestación concluyente de su voluntad. Además, la necesidad de la norma viene determinada en cuanto que es indispensable establecer previamente un sistema homogéneo y con publicidad.

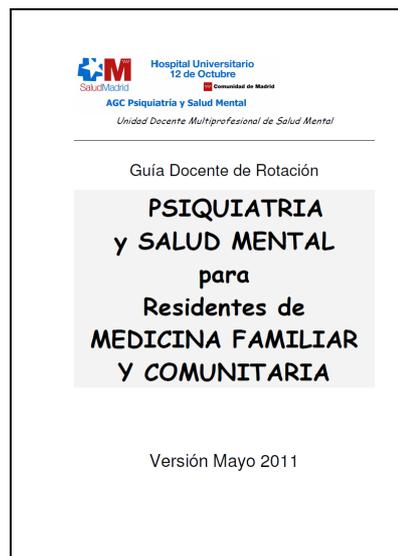
8. En resumen: las limitaciones o restricciones deben obedecer a la voluntad de los pacientes (principio de autonomía); de no ser así pueden entrañar peligro para la atención sanitaria, además de contravenir la ley; el secreto profesional obliga a los médicos y demás profesionales sanitarios sin distinción alguna; en ningún caso la restricción o limitación puede afectar al equipo sanitario; nada impide que pueda existir una norma en la que se contemplen las restricciones o limitaciones en el ámbito psiquiátrico con las debidas garantías para los pacientes, debiendo tenerse en cuenta, por último, las posibles limitaciones de la tecnología.

Madrid, 25 de marzo de 2011

Javier Sánchez-Caro
Responsable del Área de Bioética y Derecho Sanitario

4. DOCENCIA UDMSM

- Para los profesionales con los que rotan **MIR de MEDICINA DE FAMILIA**: utilizad la Guía de Rotación, recientemente realizada por el Dr. Huidobro (solicitarla al tutor de rotación CSM o a cualquiera de los tutores de la UDM SM hasta que esté colgada en la web: http://www.psiquiatria12octubre.org/JiWiC_Version/index.php?r=site/objetivos_multiprofesional) para asegurar el cumplimiento de los mínimos objetivos docentes de esta rotación.



5. RESIDENTES

- **Rotaciones Externas: Ricardo Angora**

ROTACION EN ORYGEN YOUTH HEALTH

Se trata de un recurso de atención continuada y tratamiento intensivo y estructurado, de pacientes jóvenes con Trastornos de Salud Mental incluido dentro de la red de salud pública del Estado de Victoria (Australia). El centro es dirigido por el psiquiatra Patrick D. MacGorry uno de los investigadores pioneros en el tratamiento de estadios iniciales de pacientes con Esquizofrenia.

El profesor MacGorry afirma en sus publicaciones que los problemas relacionados con Salud Mental son de alta prevalencia en los jóvenes. También destaca que el retraso en el diagnóstico y tratamiento tiene impacto negativo en la evolución de los trastornos de salud mental. Por esto centro desde el inicio su trabajo en intentar minimizar el impacto de los Trastornos de Salud Mental en los jóvenes.

Con este motivo puso en marcha el programa Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC). Este programa lo desarrolló en la ciudad de Melbourne hace más de 12 años y el centro que dirige ORYGEN YH es uno

de los destacados en el ámbito internacional y de referencia para el manejo de psicosis tempranas. El Prof. McGorry y sus colaboradores han dado a conocer su trabajo a través de numerosas publicaciones científicas durante los años que viene funcionando el programa EPPIC. Han focalizado el trabajo, fundamentalmente, en los trastornos psiquiátricos en jóvenes, y de manera especial en la Esquizofrenia y la psicosis temprana.

El área de intervención de ORYGEN YH comprende el área noroeste del estado de Victoria formando parte de la red de servicios de Salud Pública. Abarca una población de 900.000 habitantes, encontrándose 160.000 entre los 15 y 25 años. Se realizan una media de 2000 referencias anuales de pacientes al Centro, proporcionando servicio a 800 jóvenes por año.

ORYGEN YH cuenta con una plantilla de 332 profesionales. De los que 175 pertenecen a los Servicios Clínicos y 150 al Centro de Investigación.

Los objetivos son:

1. La detección temprana de los Primeros Episodios Psicóticos.
2. La intervención integral de los Primeros Episodios Psicóticos.
3. Minimiza el impacto psicosocial y biológico de la enfermedad.
4. Mitigar y retrasar la cronicidad del Trastorno Psicótico.

Las estrategias que se desarrollan para conseguir este objetivo son

1. la intervención integral durante un periodo máximo de 2 años
2. La medicación antipsicótica es clave en el tratamiento:
 - 2.1. Utilizar antipsicóticos atípicos
 - 2.2. Usándolos de forma selectiva según el paciente
3. Psicoterapia coadyuvante
 - 3.1. Terapia cognitivo conductual
 - 3.1.1. Individual
 - 3.1.2. Grupal
 - 3.2. Psicoeducación
 - 3.3. Rehabilitación vocacional
4. Intervenciones psicosociales en el entorno como componentes esenciales de la recuperación y calidad de vida de los pacientes
 - 4.1. Apoyo familiar
 - 4.2. Vivienda adecuada
 - 4.3. Recursos económicos
 - 4.4. Apoyo social
5. Promoción de la salud física
 - 5.1. Los MAP están involucrados en el cuidado y atención de los problemas de salud física de estos pacientes
6. La atención a estos pacientes esta basada en el "case management". Un profesional, case manager coordina a todo un equipo multidisciplinar que atiende a los pacientes.
 - 6.1. Los equipos están compuestos por:
 - 6.1.1. psiquiatras
 - 6.1.2. psicólogos
 - 6.1.3. enfermería especializada
 - 6.1.4. trabajadores sociales
 - 6.1.5. terapeutas ocupacionales
 - 6.1.6. educadores

Los programas que se desarrollan se concentran en tres:

1. Programas clínicos
2. Programas de investigación
3. Programas de formación

1. Programas Clínicos

1. Servicios de agudos

- 1.1. YAT (Youth Access Team)
- 1.2. Unidad de Hospitalización
2. Equipos de cuidados continuados
 - 2.1. EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre)
 - 2.2. Youthscape
3. Recuperación psicosocial
 - 3.1. Programas de grupo
 - 3.2. Programa de participación de jóvenes (Plataforma)
 - 3.3. Programa de apoyo familiar de pares
 - 3.4. Servicios vocacionales

YAT

Es un servicio de atención continuada de situaciones de urgencia. Funciona ininterrumpidamente 24 horas los 7 días de la semana.

Proporciona el primer punto de contacto para los jóvenes referidos a ORYGEN. Los jóvenes pueden ser referidos desde diferentes ámbitos:

- Servicio de Urgencias sanitarias
- MAP
- Servicios Comunitarios de salud
- Centros educativos
- Familia
- El propio joven

Se realiza una valoración a jóvenes con problemas de salud mental. Se lleva a cabo un triage de las solicitudes. Se decide el itinerario que el joven va a seguir en función de la valoración que se realice.

Unidad de Hospitalización

Esta ubicada en un edificio acondicionado del Western Hospital de Victoria en Footscray. Dispone de 16 camas en habitaciones individuales para pacientes ingresados. Con 3 camas de cuidados intensivos aisladas del resto. Es una unidad de puertas abiertas y no se utiliza contención mecánica

La atención que se presta a los jóvenes ingresados esta basada en la intervención de personal de enfermería especialmente capacitado para atender a los jóvenes con clínica aguda. También intervienen 2 psiquiatras; 1 psicólogo; 1 terapeuta ocupacional y 1 trabajador social. La estancia media es de 23 días

EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre)

Se atienden primeros episodios psicóticos. Se realiza una atención continuada durante 24 meses- Se llevan a cabo intervenciones:

- Farmacológica
- Terapia cognitivo conductual
- Psicoeducación

PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation)

Se atiende a jóvenes con estado mental de riesgo para el desarrollo de trastornos del espectro psicótico

Se proporciona atención durante 12 meses. Tiempo durante el que se les da seguimiento y atención psicoterapéutica, no farmacológica y se observa si acaban o no desarrollando clínica psicótica. En este caso son referidos al programa EPPIC para continuar atención.

Intensive Case Management (ICM)

Implica equipos multidisciplinares con desplazamiento al domicilio del paciente donde recibe atención.

- Para jóvenes con trastornos psicóticos que no acuden a las citas
- Para pacientes con síntomas persistentes o comorbilidad

- Para pacientes de alto riesgo

YOUTHSCOPE

Este programa esta formado por HYPE para jóvenes con Trastornos de Personalidad y MOOD/ANXIETY para jóvenes con trastornos afectivos. En ambos casos se les proporciona 24 meses de atención, no necesariamente continuada. Con especial énfasis en intervenciones psicológicas mediante psicoterapia cognitivo conductual o psicoterapia cognitivoanalítica.

Intensive Mobile Youth Outreach Service (IMYOS)

Implica equipos multidisciplinares con desplazamiento al domicilio del paciente donde recibe atención.

- Para jóvenes sin trastornos psicóticos que no acuden a las citas
- Para pacientes con síntomas persistentes o comorbilidad
- Para pacientes de alto riesgo

Programas dirigidos a Grupos

Programas centrados en la recuperación terapéutica y el fortalecimiento. Se trabaja con pacientes que colaboran en sus objetivos de tratamiento. Algunos programas de los que se llevan a cabo son:

- Programas sociales y recreativos
 - Deporte
 - Club 21
- Expresión creativa
 - Arte
 - Música
- Educación vocacional
 - Catering
 - Horticultura
 - Educación
- Grupos de debate
 - Psicoeducación
 - Manejo de síntomas
 - Promoción de la salud

Programa de participación de jóvenes Plataform

Implica a jóvenes para el desarrollo la mejora y la educación comunitaria

Programa de apoyo de pares

Está formado por antiguos pacientes de ORYGEN formados para proporcionar apoyo a pacientes actuales

Programa dirigido a cuidadores

- Servicio de apoyo familiar
 - Grupos de apoyo formado por familiares
- Grupo multifamiliar
- Grupos de psicoeducación para familias y amigos

2. Programas de formación y comunicación

Constituido por programas de formación dirigidos a profesionales de salud mental. Los cursos están dirigidos a un amplio rango de audiencias y escenarios. Cuentan con recursos de consulta y multimedia para promocionar el conocimiento y la salud mental y emocional en jóvenes. Están dirigidos a la detección precoz de problemas de salud mental.

Algunos ejemplos de programas formativos son:

- Identificación temprana de psicosis
- Trabajo con familias
- Respuesta a autolesiones en la escuela
- Tratamiento de Trastornos del animo y ansiedad

3. Programas de investigación

Se llevan a cabo en colaboración con la Universidad de Melbourne. Constituye el mayor centro de investigación en Salud Mental en Australia y se considera único a nivel internacional.

Se desarrollan múltiples estudios sobre psicosis con especial énfasis en primeros episodios psicóticos. Otros estudios lo constituyen:

- Neuroprotección
- Nuevas terapias
- Prevención de recaídas
- Psicoeducación
- Aplicación de nuevas tecnologías

Los investigadores forman parte de los equipos clínicos, trabajando conjuntamente con ellos para rentabilizar el trabajo que se lleva a cabo.

Objetivos de la rotación

Los objetivos planteados durante la rotación fueron:

1. Conocer los servicios que ORYGEN proporciona a la población con problemas de salud mental
2. Conocer la organización de ORYGEN y el funcionamiento de estos servicios
3. Conocer desde dentro el funcionamiento del Case Management
4. Adquirir conocimientos prácticos, experiencia y habilidades en el manejo de pacientes con primeros episodios psicóticos
 - 4.1. En el ámbito de los tratamientos farmacológico
 - 4.2. En las psicoterapias aplicadas, tanto individuales como grupales
5. Adquirir conocimientos prácticos, experiencia y habilidades en el funcionamiento de los programas psicosociales desarrollados.
6. Adquirir conocimientos prácticos, experiencia y habilidades a cerca de las líneas de investigación que se desarrollan en ORYGEN.

Actividades clínicas

Durante los 3 meses lleve a cabo un itinerario por las diferentes unidades y equipos clínicos de ORYGEN

1. En la Unidad de Hospitalización donde pase 2 semanas asistí como observador durante las entrevistas psiquiátricas que se realizaban diariamente a los pacientes ingresados.
 - 1.1. Asistí a las reuniones diarias de todo el equipo de seguimiento del estado de los pacientes.
 - 1.2. Asistí a las reuniones informativas con familias de los pacientes
 - 1.3. Asistí a las reuniones semanales de coordinación con los case managers
 - 1.4. Asistí puntualmente a grupos de terapia ocupacional
 - 1.5. Asistí a reuniones de terapia de grupo
 - 1.6. Acompañé a los residentes de guardia en los ingresos
2. En YAT donde permanecí 2 semanas asistí a 1ª entrevistas psiquiátricas de valoración que se realizaban a diario a pacientes referidos.
 - 2.1. Participe como observador en entrevistas domiciliarias a pacientes derivados
 - 2.2. Asistí a las reuniones diarias de valoración del estado de los pacientes en seguimiento
3. En EPPIC donde pase un mes asistí como observador a entrevistas psiquiátricas a pacientes en seguimiento
 - 3.1. Asistí a las reuniones dos veces por semana de todo el equipo de valoración del estado de los pacientes en seguimiento.
 - 3.2. Asistí a las reuniones semanales del Intensive Care Management Team
4. En PACE donde pase 2 semanas asistí como observador a entrevistas psiquiátricas a pacientes en seguimiento
 - 4.1. Asistí a las reuniones semanales de todo el equipo de valoración del estado de los pacientes en seguimiento.
5. En YOUTHSCOPE donde pase 2 semanas asistí como observador a entrevistas psiquiátricas a pacientes en seguimiento
 - 5.1. Asistí a las reuniones semanales de todo el equipo de valoración del estado de los pacientes en seguimiento.

Actividad formativa

- Asistí a las sesiones clínicas médicas que se llevaban a cabo todos los miércoles. Se alternaban sesiones de casos clínicos con sesiones bibliográficas
- Asistí a las reuniones de investigación que se llevaban a cabo todos los viernes. Donde se presentaban los últimos estudios en marcha en el centro de investigación
- Asistí a los diferentes cursos que se impartieron en el Centro de Formación de ORYGEN durante mi estancia. Destacan cursos sobre tratamiento de pacientes con Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Manejo de nuevas tecnologías para el seguimiento de pacientes o presentación de la nueva Guía Australiana para el tratamiento de la psicosis precoz

Experiencia

Durante la rotación por ORYGEN he podido apreciar y percibir que:

- El dispositivo proporciona una atención integral e intensiva de los pacientes jóvenes con un primer episodio psicótico
- La diferenciación por edades entre:
 - a. Niños, hasta los 14 años
 - b. Jóvenes entre 15 y 25 años
 - c. Adultos por encima de los 25 años

Porque cada grupo etéreo comporta un desarrollo evolutivo diferente, con un sustrato biológico diferenciado y un entorno social distinto. Todo esto hace que se consideren grupos diferentes para el abordaje de los problemas de salud mental

- El abordaje multidisciplinar coordinado bajo un sistema de case manager propio de este dispositivo
- La atención continuada ambulatoria, incluso con servicios de atención 24 horas 7 días a la semana a los pacientes con mayor riesgo sin precisar ingreso hospitalario
- La detección precoz de recaídas por la estrecha monitorización a que se somete a los pacientes
- Los equipos de desplazamiento a domicilio para visitas a pacientes de alto riesgo
- El énfasis en la intervención psicosocial que proporciona un mejor bienestar a los pacientes
- Las reuniones semanales de profesionales interdisciplinar para el seguimiento y evolución de los pacientes.
- La aplicación de las nuevas tecnologías de la comunicación al seguimiento y contacto continuado con los pacientes
- El trabajo conjunto en el día a día entre investigadores y clínicos, que facilita la recogida de datos y estudios clínicos muy cercanos que sirven para evaluar la eficacia de los tratamientos y terapias aplicadas en un intento de mejora continua.

Ricardo Angora Cañego
MIR Psiquiatría 4º año

• Rotaciones Externas: Ricardo Angora

ROTACION EN DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DE LA UNIVERSIDAD DE STELLENBOSCH

Se trata de un Departamento de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stellenbosch dirigido por el profesor Emsley en el que se llevan a cabo proyectos de investigación en el área de Salud Mental con aplicación clínica práctica en los hospitales asignados. Estos hospitales pertenecen a la red pública de salud y son el hospital de Tygerberg y el hospital de Stickland.

Las investigaciones están centradas en el diagnóstico precoz y tratamiento de paciente jóvenes con clínica psicótica. Especialmente los primeros episodios psicóticos en Esquizofrenia. Al tiempo se imparte docencia a los

alumnos de la facultad de Medicina y llevan a cabo un ambicioso programa de formación de Residentes de Psiquiatría tanto nacionales como extranjeros.

El profesor Emsley defiende en sus publicaciones que el objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión en las fases iniciales de la Esquizofrenia. Los bajos porcentajes de remisión completa en diferentes estudios que suponen alrededor del 25% al cabo de 6 meses según Emsley le llevan a concluir que la adherencia al tratamiento es el factor clave para alcanzar los objetivos terapéuticos.

Con este motivo el profesor Emsley ha centrado sus investigaciones en el tratamiento farmacológico en las fases iniciales de la Esquizofrenia. Parte de la base que un aspecto clave en la mejora de la adherencia al tratamiento se consigue mediante la administración de antipsicóticos inyectados de larga duración. Junto al tratamiento farmacológico la psicoeducación y las intervenciones psicosociales colaboran en los buenos resultados.

Los programas que se desarrollan se concentran en tres:

1. Programas clínicos
2. Programas de investigación
3. Programas de formación

1. Programas Clínicos

Se proporciona atención psiquiátrica a pacientes con Trastornos de Salud Mental mediante los siguientes dispositivos:

El área de intervención del hospital de Tygerberg comprende el área de Tygerberg y localidades de alrededor, próximos a Cape Town en el estado de Cape West (Sudáfrica). El área de intervención del hospital de Stickland abarca las localidades del oeste de Cape Town.

El hospital de Tygerberg es un hospital General que cuenta con un Servicio de Psiquiatría con:

- Dos unidades de hospitalización.
 - Una unidad para pacientes con patología neuropsiquiátrica.
 - Una unidad para la administración de Terapia Electroconvulsiva.
 - Una unidad para infantojuvenil y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Una unidad de Interconsulta. que da cobertura a diferentes servicios médicos y quirúrgicos del hospital
- Un área de Consultas Externas, para el seguimiento de pacientes dados de alta de las unidades de hospitalización.

El hospital de Stickland es un hospital monográfico para atención de pacientes con Trastornos de Salud Mental, que cuenta con:

- Área de hospitalización
 - 85 camas de hospitalización para pacientes con sintomatología aguda
 - 20 camas para media estancia
 - 15 camas para larga estancia
- Área de rehabilitación
 - Terapia ocupacional
- Área de Consultas externas
 - Se da seguimiento ambulatorio a los pacientes que cursan alta hospitalaria

Centros de Salud de Área. Cuentan con consultas de psiquiatría junto al resto de consultas de primaria. Tienen un funcionamiento diario para las derivaciones desde primaria.

2. Programas de investigación

Se llevan a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stellenbosch ubicada en el campus de la localidad de Tygerberg .

Cuenta con instalaciones para llevar a cabo actividades experimentales. Destaca una unidad de Neurociencia, que es una unidad multidisciplinaria. En ella entre otras tecnologías se encuentra una Resonancia Magnética dedicada a realizar estudios experimentales.

Constituye el mayor centro de investigación en Salud Mental en Sudáfrica y se considera único en África Austral. Se desarrollan múltiples estudios sobre psicosis con especial énfasis en primeros episodios psicóticos. Los investigadores están adscritos al Departamento de Psiquiatría de la facultad de Medicina. Pero también están integrados algunos clínicos destinados en los hospitales de Tygerberg y Stickland.

3. Programas de formación

Constituido por un ambicioso programa de formación de Residentes de Psiquiatría tanto para nacionales como extranjeros. Esta considerado como uno de los programas formativos de especialistas mas completo y avanzado en el país y en África Austral.

Objetivos de la rotación

Los objetivos planteados durante la rotación fueron:

- Conocer los servicios que el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Stellenbosch proporciona a la población con problemas de salud mental
- Conocer la organización de los dispositivos y el funcionamiento de estos servicios
- Adquirir conocimientos prácticos, experiencia y habilidades en el manejo de pacientes con primeros episodios psicóticos
 - En el ámbito de los tratamientos farmacológico
 - * Aplicación de antipsicóticos inyectables de larga duración
 - * Aplicación de tratamientos antipsicóticos en las fases iniciales de pacientes con Esquizofrenia
- Adquirir conocimientos prácticos, experiencia y habilidades a cerca de las líneas de investigación que se desarrollan en el Departamento de Psiquiatría de la facultad de Medicina de la Universidad de Stellenbosch.

Actividades clínicas

Durante el mes de rotación lleve a cabo un itinerario por las diferentes unidades y equipos clínicos

- En la Unidad de Neuropsiquiatría donde pasé 1 semana asistí como observador participativo durante las entrevistas psiquiátricas que se realizaban diariamente a los pacientes ingresados.
 - Asistí a las reuniones semanales de todo el equipo de seguimiento del estado de los pacientes.
 - Acompañé a los residentes de guardia en los ingresos
- En la Unidad de Interconsulta donde pase 1 semana asistí como observador participativo durante las interconsultas que se llevaban a cabo en los distintos servicios médicos y quirúrgicos del hospital.
 - Asistí a las reuniones semanales de todo el equipo de seguimiento del estado de los pacientes.
- En la Unidad de TEC asistí como observador a diferentes aplicaciones de tratamiento a pacientes.
- En el área de Consultas Externas participé activamente en el seguimiento de pacientes dados de alta hospitalaria.
- En el hospital monográfico de Stickland pase 2 semanas en las áreas de hospitalización de agudos.
 - Asistí como observador participativo durante las entrevistas psiquiátricas que se realizaban diariamente a los pacientes
 - Asistí a las sesiones clínicas diarias de todo el equipo de seguimiento del estado de los pacientes.
 - En el área de Consultas Externas participe activamente en el seguimiento de pacientes dados de alta hospitalaria.

Actividad formativa

Asistí a las sesiones clínicas médicas que se llevaban a cabo todos los viernes. Se alternaban sesiones de casos clínicos con sesiones bibliográficas

Actividad experimental

En horario de tarde estuve involucrado y participé activamente en uno de los estudios clínicos que se llevaban a cabo con Primeros Episodios Psicóticos. Esta basado en el tratamiento farmacológico con Antipsicóticos Inyectables de Larga Duración.

Experiencia

Durante la rotación en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Stellenbosch he podido apreciar y percibir que:

- La escasez de recursos de profesionales sanitarios en Salud Mental, fundamentalmente de psiquiatras hace que el abordaje de los pacientes psicóticos se centre más en el tratamiento farmacológico.
- Los antipsicóticos inyectables de larga duración en este escenario son altamente rentables debido a la alta adherencia al tratamiento farmacológico que proporciona
- Los resultados alcanzados con este abordaje son claramente buenos
- Las unidades de Investigación en Salud Mental como la de la Universidad de Stellenbosch tienen un claro impacto en la mejora de los resultados clínicos.

*Ricardo Angora Cañego
MIR Psiquiatría 4º año*



- **Rotaciones Externas: Jaime Chamorro**

Columbia University / New York State Psychiatric Institute

Durante el periodo de Agosto hasta Noviembre desarrollé mi actividad como investigador y clínico en la Universidad de Columbia en el centro de investigación en psiquiatría (P.I). Durante este periodo, con una dedicación laboral de 9 horas al día, acudí al centro de investigación realizando diferentes actividades, todas ellas centradas en aprender métodos de investigación y modos de manejar escalas y entrevistas clínicas regladas. Aprendí cómo realizar un artículo científico, aprendiendo la estructura y los vocablos específicos en la literatura científica en otro idioma, utilización de programas estadísticos como el SPSS, realización de búsquedas bibliográficas, manejo de base de datos de la universidad (NESARC).

Acudí a reuniones científicas todos los viernes donde se discutía sobre terapias e hipótesis psiquiátricas y donde ponentes y psiquiatras debatían sobre temas tan interesantes como el DSM-V. Con el apoyo de psicólogas del centro acudí a sesiones de telemedicina, sobre entrevista motivacional en juego patológico, comenzando una formación en este tipo de terapia muy innovadora. Tres días a la semana pasaba escalas diagnosticas a pacientes hispanos, en un principio supervisado y luego en solitario, en especial la SCID y la Hamilton.

Desarrollé mi proyecto de investigación, basado en la impulsividad y rigidez en una muestra poblacional. Los resultados son la base de mi tesis doctoral que quiero presentar a finales de año. Además elaboré 3 artículos que probablemente sean aceptados en revistas de alto impacto mediático. El primer artículo colaboraron con nosotros el psiquiatra de la universidad de Yale y de Minnessota, figurando mi nombre como primer autor, con un gran impacto mediático en la psiquiatría, hecho que me ayudó a coordinarme con otras universidades

Durante mi estancia fui tutorizado por el Dr. Blanco y la Dra. Bernardi. Planificamos un proyecto de investigación que previamente había preparado en España. Mi inquietud por los modelos dimensionales de la personalidad, donde la impulsividad medida como rasgo o estado influye en los modelos categoriales del DSM-IV habían sido estudiados en diferentes artículos científicos. Sin embargo en la población general no había sido medido como factor de impacto predisponente, para tener un diagnóstico psiquiátrico. De esta hipótesis obtuvimos el primer artículo. Durante el segundo mes comparamos la impulsividad entre género y cómo repercutía en cada tipo de conducta. Por último, en un artículo en el que me siento participe al 100% y que me llena de satisfacción personal, comparamos la rigidez medida como inflexibilidad cognitiva con la impulsividad y los diferentes diagnósticos psiquiátricos, en un periodo de dos meses de duración entre búsqueda bibliográfica y resultados. Todos los artículos fueron recogidos de una base de datos de un estudio epidemiológico con una muestra de más de 40.0000 personas, el estudio NESARC. Toda la relación con los diferentes miembros del equipo fue de lo mas gratificante, en todo momento me ayudaron con mis teorías y colaboraron activamente para que el sueño de demostrarlas se hiciera realidad, sin poner ningún impedimento.

A nivel personal aprendí el modo de trabajo de otro país y perfeccioné el inglés, además de conocer gentes de todos los países que rotaban allí, siendo una experiencia muy enriquecedora en lo personal y lo profesional. El hecho de sentirse emigrante, el saber desenvolverse en Nueva York uno solo, te enriquece y te

hace tener otro punto de vista de uno mismo, descubriendo facetas que no conocías y que te pueden ayudar a ver las cosas de otra manera.

Nueva York es una ciudad espectacular para conocer a fondo, con múltiples actividades de ocio y culturales. Aunque lo más sorprendente es vivir en la Ciudad, comunicarse con la gente, observar los edificios y sus calles, integrarse en una ciudad donde todo el mundo es bienvenido y donde la gente va de paso, y nadie conoce a nadie en una de las ciudades más globalizadas del mundo,. Desde mis inicios en la ciudad me sentí parte de la misma e intenté disfrutar de esta oportunidad que me había brindado la medicina después de tantos esfuerzos, MIR, guardias y hora de estudio. Por lo que me deje llevar e intentar estar esos cuatro meses, lo más relajado posible y realizando todas las actividades que fueran posibles.

En conclusión y concretando porque es difícil explicar todas las emociones que sentí, puedo sacar en claro que mis proyectos de investigación que realicé allí fueron y están siendo de lo mas productivo, no solo a nivel de curriculum personal sino de impacto en la psiquiatría. Estando muy orgulloso y meditando como he tenido mucha suerte, en haber aprovechado tanto a nivel profesional como a nivel personal esta oportunidad que me ha dado la residencia.

*Jaime Chamorro Delmo
MIR Psiquiatría 4º año*



5

⁵ “Si pensaban que ver a **Dustin Hoffman** contando cerillas desparramadas por el suelo era el cúmulo de las habilidades del autista, esperen a ver lo que es capaz de hacer el londinense **Stephen Wiltshire**, un “artista” (más que autista) que ha dibujado la ciudad de **Nueva York** a todo detalle, en un cuadro de casi **6 metros**, después de observarla durante **20 minutos** desde el aire. El cuadro fue elaborado, de memoria, en el prestigioso **Pratt Institute** de Brooklyn, y en él se observan detalles de cada edificio dibujado a escala. Todos los lugares más conocidos, como el **Empire State Building** y el **Chrysler Building**, se pueden ver elevándose por encima de los edificios más pequeños después de sólo tres días de trabajo. Todo el proceso artístico lo ha realizado escuchando con atención su **iPod** (la música le ayuda, dice) y utilizando un bolígrafo en combinación con su memoria fotográfica. “**Stephen primero dibuja bocetos de su diseño a lápiz y luego agrega puntos de referencia antes de completar los detalles más complejos**”, afirma la educadora que trabaja con Stephen y su familia. Diagnosticado de autismo a una edad muy temprana, el talento de Stephen surgió como una forma de expresarse. Usando sus dibujos como forma de aprender, Stephen ha creado una serie de **26 imágenes codificadas** para ayudarlo a hablar, cada uno de los cuales corresponde a una letra del alfabeto. En 2006, **Stephen Wiltshire** recibió la Orden del Imperio Británico por sus servicios al arte, lo que le permitió abrir su propia galería permanente en la Sala Real de la Opera de Londres”. En: <http://blogs.lainformacion.com/strambotic/2009/10/30/autista-dibuja-nueva-york-de-memoria-tras-un-paseo-de-20-minutos-en-helicoptero-sobre-la-ciudad/>

- **Nuestros primeros pasos**

Después de cuatro días de firmar nuestro contrato como Enfermeras Internas Residentes (EIR) de Salud Mental en el Hospital Universitario Doce de Octubre y tras una semana de papeleos, cursos obligatorios y acogedoras bienvenidas por parte de todo el equipo; al fin tenemos nuestro primer contacto directo con el que será nuestro nuevo campo de trabajo: el **XII Encuentro Nacional de Enfermeros Residentes de Salud Mental** en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Se trata de un congreso anual en el que los nuevos especialistas presentan el proyecto que han elaborado durante su residencia, promoviendo asimismo la investigación en el campo de Enfermería en Salud Mental.

Pudimos presenciar la exposición de fantásticos proyectos de los que tomamos buena nota para poder orientar el nuestro. Se trataron temas interesantes como la incidencia de la crisis económica en la salud mental; actitudes frente a trastornos de la conducta alimentaria y beneficios secundarios; el Tratamiento Asertivo Comunitario; la adopción internacional y la enfermería en salud mental y se hizo incidencia en un par de proyectos en la efectividad del tratamiento psicosocial de la musicoterapia. Todos ellos con objetivos que aumentarán la calidad de vida del paciente psiquiátrico y llegando a conclusiones que nos pueden permitir mejorar la prestación de cuidados.

Entre las cosas que nos pasan por la cabeza al estar aquí está la admiración que nos despiertan todos los especialistas en Salud Mental que finalizan este año, y sobre todo, la admiración por los profesionales que se dedican a este campo, por sus ganas de trabajar, sus ganas de transmitirnos conocimientos y sus ganas por impulsar y desarrollar la Enfermería de Salud Mental.

En este encuentro también hemos conocido a otros EIR de Salud Mental de otros centros y rápidamente se ha creado un vínculo especial entre nosotros, intercambiando direcciones y teléfonos para mantenernos en contacto este año.

Es un orgullo poder realizar la especialidad de Salud Mental y esperamos que estos sean nuestros primeros pasos de una larga carrera profesional y personal.

*Carolina Alcalá y Paloma Laiz
(EIR Salud Mental HU Doce de Octubre)*

4. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁶

- IX Jornada Asociación Administrativos de la Salud

El pasado 07 de Mayo de 2011 tuvimos la suerte de poder asistir a la IX Jornada de la Asociación de Administrativos de la Salud de Castilla La Mancha, celebrada en Alcázar de San Juan (Ciudad Real) que tuvo por título **“La comunicación eficaz con el usuario, un compromiso del administrativo de la salud”**. Mientras nos registrábamos en el hotel, empezamos a entrever la gran organización que tenía creada esta Asociación de Administrativos de la Salud, que consiguió congrega, un sábado cualquiera, a más de cien personas relacionadas con la administración de la salud.

A nuestra llegada al Hotel Convento de Santa Clara, donde se celebró la jornada, fuimos recibidos por Juan Carlos García, presidente de la Asociación, y encargado de organizar el evento junto con un comité de bienvenida que nos facilitó la llegada a nuestro asiento e hizo entrega de una carpeta con el programa de la jornada, donde pudimos disfrutar de una mesa redonda con variadas e interesantes ponencias, entre las que cabría destacar **“Las buenas prácticas en la atención al usuario del administrativo de la salud”** ofrecida por M^a Pilar González Serret, enfermera responsable del ámbito de Formación de la *Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS)*, **“Coaching Estratégico”** de Santiago Moraleda, Subdirector de Enfermería del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda así como **“El apoyo y la atención psicológica al profesional de la salud: una propuesta desde el cuidado y la prevención”** ofrecida por nuestra compañera Eburne Crespo Llanos, Psicóloga Clínica perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

En la pausa para el café, pudimos disfrutar y apreciar el esfuerzo de muchos asistentes en la exposición de pósters, aunque lamentamos la cancelación de la ruta cervantina programada para visitar el casco histórico de Alcázar de San Juan, a causa del mal tiempo.

El broche final para la jornada se puso con una exquisita y succulenta comida en la que tuvimos oportunidad de intercambiar impresiones con un animado grupo de participantes, de distintos centros de atención primaria, pertenecientes a las provincias de Talavera de la Reina, Cuenca y Toledo, donde comenzó a germinar una maravillosa y ambiciosa idea, la de trasladar las diferentes actividades al seno del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre, donde ambos prestamos servicio, con la verdadera motivación de dar a conocer a esa gran desconocida figura del administrativo de la sanidad en Madrid, donde ejerce sus funciones en la sombra, a caballo entre usuarios y sanitarios, como eje fundamental del sistema organizativo de la sanidad madrileña.

⁶ En esta sección tal compañero recomienda un libro o artículo, profesional o no (literatura, prensa...), de especial interés, con un breve comentario o sugerencia introductoria. Recomendaciones de un evento de especial interés sin pretender ser una “agenda de Congresos”: *tal curso o congreso suele ser interesante, o no, por tal motivo, tal conferencia...*

Queremos aprovechar, con esta oportunidad que nos han brindado, para relatar nuestra experiencia en esta reveladora Jornada de Administrativos de la Salud, para animar a todo el personal administrativo de la Comunidad de Madrid y en especial al del Área de Gestión Clínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre a participar en la creación y organización de distintas actividades: ya sean ponencias, pósters, cursos, jornadas, etc.... para la difusión, conocimiento y mejora de nuestra importante labor, así como para dar a conocer nuestra existencia como parte del sistema sanitario del cual somos pieza imprescindible y si así lo desean se inscriban o informen en ésta Asociación, que organiza Congresos Nacionales muy importantes para el personal administrativo, que mejoran la calidad profesional y humana de nuestra categoría.

Algunas referencias de interés para consultar e informarse:

- www.administrativosdelasalud.com
- info@administrativosdelasalud.com
- www.seaus.net
- Libro de la SEAUS: “Claves para la gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud” (Índice en: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0002/eu/contenidos/informacion/seaus/eu_libro/adjuntos/seaus.pdf)

Gabriel González Pérez
Aux. Administrativo CSM Villaverde

- Libro de Antonio Damasio y un artículo

Hola! Me ha encantado el último libro de Antonio Damasio “**Y EL CEREBRO CREÓ AL HOMBRE**”, ED. DESTINO, BARCELONA, 2010 (DEL INGLÉS SELF COMES TO MIND). Es un lujo que se pueda tratar un tema tan filosófico como la conciencia del yo, de una forma tan didáctica desde las neurociencias. No faltan los detalles humorísticos... es un libro para disfrutar.

También os recomiendo este artículo de revisión de mayo 2011 sobre el **uso de psicofármacos en madres que dan lactancia natural**. Es muy práctico y sencillo. Casi como una chuleta para el bolsillo de la bata de guardias (o el cajón de la consulta)
<http://archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=view&path%5B%5D=53&path%5B%5D=54>

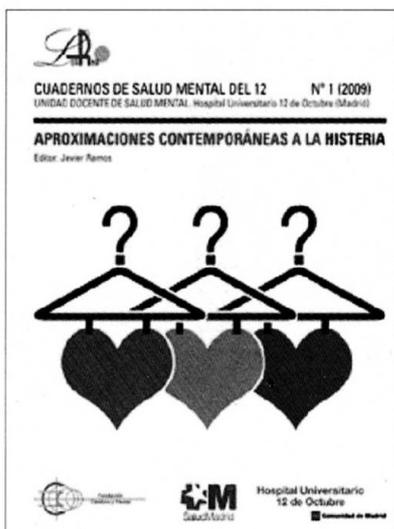
Mayte de Lucas
CSM Usera

- Reseña bibliográfica: **Javier Ramos (coordinador) “Aproximaciones contemporáneas a la Histeria”** Cuadernos de Salud Mental del 12 (2009) nº 1. En: <http://www.amsm.es/boletines/2011-Primavera.pdf> .

hemos leído

Eva Alonso Olmos
Psiquiatra. CSM de Fuenlabrada

JAVIER RAMOS (COORD.). (2009). APROXIMACIONES CONTEMPORÁNEAS A LA HISTERIA. MADRID: LUARNA (ED. ELECTRÓNICA).



La Unidad Docente de Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid ha puesto en marcha el proyecto “Cuadernos de Salud Mental del 12”, publicación donde se recopilan las aportaciones más valiosas de entre los cursos y seminarios para la formación de residentes y profesionales realizados en dicha Unidad Docente. Así ve la luz el primer número monográfico, dedicado a la histeria, fruto de varias jornadas de conferencias que se realizaron en 2008 en el hospital, dentro del ciclo titulado *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*. Una iniciativa que aporta a los asistentes la oportunidad de volver a disfrutar, releer, repensar y fijar conocimientos, y cuya difusión ahora permitirá a los lectores acceder al contenido del curso. Un libro que recomiendo de verdad a los que se inician en la profesión y a los que ya establecidos en ella seguimos aprendiendo.

En estos tiempos de uniformidad e informatización, *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*, que homenajea en su título al mítico “libro verde” editado por la AEN en 1980, es una reflexión profunda sobre nuestro quehacer clínico, que ahonda en el conocimiento de la histeria, la “gran simuladora”, que, a pesar de haber sido borrada, disfrazada, o haber “estallado” en diversos diagnósticos en los manuales psiquiátricos, sigue inundando nuestras consultas.

Psicólogos clínicos, psiquiatras, psicoanalistas, profesionales de la clínica pública y de la práctica privada, reconocidos o conocidos, se unen para aportar, cada uno desde su tendencia, su constructo teórico, su experiencia o su propia ideología, una mirada en profundidad a “esta enfermedad, la más enigmática de todas las de los nervios”.

Se agradece especialmente el esfuerzo de los clínicos por compartir las teorías que han iluminado su camino para entender mejor la histeria. Como dice una de las autoras: “su particular proceso de decantación tras su dilatada experiencia, de todo lo leído y lo escuchado, y de lo vivido en la clínica, en la experiencia real en el trabajo con los pacientes”.

Prologado por Enrique García Bernardo, se encadenan los capítulos con los aportes de cada autor, profundizando cada uno desde su particular mirada, en aspectos, facetas o nuevas propuestas en relación con la histeria.

Javier Ramos coordina, edita y participa como autor en esta loable y difícil empresa de aproximación a la histeria contemporánea. Aporta el hilo conductor que aúna a los diversos ponentes; con un discurso, me atrevo a decir, casi poético y lleno de matices reflexivos dirige su aportación a la histeria camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos: Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Con numerosas referencias que invitan a indagar más, a leer más, realiza una reflexión psicológica acerca de los modos en que el malestar se expresa en nuestra cultura y las formas de

respuesta al uso en nuestra realidad, (la enfermedad se introduce en la vida cotidiana como la gran fantasía que explica y justifica cualquier tipo de malestar social o individual), lo que provoca el paso de la comprensión a la tecnificación del sufrimiento y del dolor, animando a todo aquél que sufre de infortunio a asumir el rol de enfermo. En la aproximación estructural a la histeria como concepto, articula el paso de sujeto sujetado, de pasar de conformar un todo con la madre, a tener algo que le hace deseable para el otro, al tiempo que también se reconoce que se carece de algo, lo que hace posible poder desear, planteando este paso “del ser al tener” como especialmente doloroso en la histeria.

Augusto Abello, se acerca a la histeria desde el pensamiento de Winnicott. Expone la ambigüedad respecto a la cuestión de la etapa psicosexual a la que se halla abrochada la histeria, pues aparece muchas veces ligada a una fijación en la etapa fálica - y desde ahí se postula como la neurosis más evolucionada- al tiempo que otra mirada permite pensarla como fijada a la etapa oral, concibiéndose entonces como una neurosis muy primaria. Se plantea si la patología deviene por conflicto o por déficit, y resuelve esta dicotomía en favor de una concepción heterogénea del psiquismo, que supone la cohabitación en todos nosotros de zonas más neuróticas dominadas por la idea de conflicto y otras más ligadas a situaciones deficitarias, de forma que en cada situación vital, vincular, podrán predominar unas u otras. Se refiere a un aspecto paradigmático de la histeria: su capacidad para identificarse con el deseo del otro, y eso es lo que hace del sujeto histérico un sujeto de enorme plasticidad. Utiliza el concepto de Winnicott de “miedo al derrumbe”, en el que relaciona estas fantasías, sueños o pesadillas con fallas severas en el “holding” en las etapas tempranas del desarrollo. Muy interesantes también sus aportaciones en cuanto a de qué hablamos cuando hablamos de abuso sexual.

Desde una visión muy personal de la histeria, Marian Fernández Galindo comparte con gran generosidad las teorías y aportaciones que han contribuido a su particular proceso de aprendizaje y comprensión, dando forma a su bagaje intelectual y su “arsenal” terapéutico, aunando propuestas que van desde el modelo freudiano, a la teoría del apego, la teoría evolutiva y las neurociencias, revisando tres aportes fundamentales de estas últimas: el “intérprete” del córtex prefrontal izquierdo de Gazzaniga, la neurobiología de la emoción de Damasio y las neuronas espejo de Rizzolati. Con un lenguaje particularmente claro y rico señala tres “invariables” fundamentales: el cuerpo que sufre, la labilidad de la expresividad emocional y la intensidad de las vivencias afectivas. La histérica llega al psiquiatra “por que no tiene nada” y arrastrará en su desprestigio al clínico que se dedica a ocuparse “de nada”. Considera la histeria como una metáfora de la falta, de lo faltante en el ser humano, confrontado desde el nacimiento a tolerar la falta. Se refiere a la histeria como limitando por un lado con el trastorno límite de la personalidad, por otro con alguna forma de trastorno bipolar y por todas partes con la “normalidad”.

Norma Tortosa profundiza en la perspectiva psicoanalítica de la histeria apoyándose en un caso clínico, en este caso de un varón. Apunta a las formas de expresión casi siempre pasajeras, que no tienen una causalidad orgánica definida, ya que la parte del cuerpo implicada no responde a razones anatómicas ni fisiológicas (Freud se refería a un cuerpo erógeno y a una anatomía fantasmática cuyos determinantes cau-

sales el paciente desconoce). Incide en el valor metafórico del síntoma, se trata de un mensaje cifrado que el sujeto ignora, aunque esté inscrito en su propio cuerpo; este lenguaje somático es retraducido en la cura al lenguaje de las palabras.

Pedro Cubero hace un repaso de la historia y la nosografía, revisando la evolución conceptual y la semiología de la histeria, ofreciendo una ingeniosa propuesta sobre cómo se produce la disociación y la conversión y aportando originales propuestas de subclasificaciones según la clínica y las formas de presentación.

El capítulo de Guillermo Rendueles dedicado a la ventaja con el síntoma y la necesidad de hermenéutica es una magnífica reflexión sobre el diagnóstico y el malestar psíquico a través de la historia, remitiéndonos a múltiples lecturas que en ocasiones hacen tambalear nuestro “hacer diario sin reflexión”. Su contribución es una honda meditación repleta de ironía y perspicacia muy sugerente que hay que leer. “La medicalización de la vida cotidiana busca un seguro contra la infelicidad en el consultorio médico. Confundir sufrimiento con dolor es comprensible en la falsa conciencia del paciente, pero injustificable en su terapeuta que precisamente debería traducir ese falso dolor como metáfora de una vida desgraciada. El médico que trata estos cuadros con el arsenal médico-quirúrgico habitual, en el fondo está dejándose seducir por la atribución de omnipotencia que los pacientes le atribuyen”.

Mariela Michelena propone los casos clínicos de dos niñas que llegan al tratamiento en plena duda histórica, ambas en la tesitura de abandonar su posición fálica, para empezar a construirse una identidad femenina, una sustitución, un falo imaginario a través del investimiento fálico del cuerpo; planteando cada una a su modo la cuestión que Dora le plantea a la Sra. K: ¿En qué consistirá eso tan raro de ser mujer?

Emilce Dio Bleichmar ahonda sobre el papel crucial que tiene la identidad de género, la feminidad. Propone considerar como núcleo de la histeria: el uso instrumental de las emociones, los sentimientos, y la sexualidad; para satisfacer o completar aspectos deficitarios de la estructura del Self a través de la relación amorosa. Una estrategia fallida, porque efectivamente cae en su propia trampa, ¿cómo va a satisfacer al otro si no está satisfecha ella misma? Desde la perspectiva del papel crucial que tiene la identidad de género en la estructura del Self afirma que el conocimiento de la histeria ha evolucionado en los últimos años, de forma que características enigmáticas del cuadro clínico pueden ser contempladas como una cierta dificultad del clínico o de la teoría para entender las diferencias subjetivas que determinan la masculinidad y la feminidad. Insiste en investigar la existencia de abusos sexuales en los cuadros en que predominan mecanismos disociativos y analiza las bases neurológicas de la conversión a partir de los hallazgos en las imágenes cerebrales de trastornos conversivos.

El punto final al libro lo pone José Jaime Melendo —que vuelve a la histeria treinta años después de su participación en la *Aproximación a la histeria* de 1980— con el capítulo: “Malestar e Histeria” que analiza la subjetividad de nuestra época, el consumo, y los modelos relacionales apoyándose en diversas aportaciones desde el campo de la filosofía, la sociología, el periodismo y la cultura. Compartiendo sus lecturas, ofrece el retrato robot de la subjetividad actual según Galende, las nuevas formas de trabajo según Sennett y la perspectiva dramaturgía en el entorno laboral

de Rifkin. Reflexiona sobre los vínculos, el amor y el deseo y su lugar en nuestra sociedad; con la privatización del espacio público y la politización de lo privado, la confusión de espacios, la influencia de la televisión, acaba sondeando nuestras respuestas como profesionales.

Leer el libro que comento y hacer esta reseña me ha exigido pararme a reflexionar, lo que se antoja a veces difícil en la vorágine de nuestro quehacer cotidiano, pero que creo es imprescindible y consustancial con nuestra tarea, y nos acerca más al sentido de nuestra profesión, por lo que propongo al lector que se permita este placer.

5. CONVOCATORIAS ⁷

- **Curso. Programa estructurado: cómo trabajar con familias siguiendo el nuevo modelo del Maudsley Hospital.** Coordinan: Elena Gutiérrez, Ana Rosa Sepúlveda y Mercedes Navío. Hosp. U. 12 de Octubre, Madrid, **22 y 23 Julio 2011**

Objetivos del curso

1. Formación teórico-práctica en el nuevo Modelo Colaborativo de Intervención Familiar del Maudsley Hospital en Trastornos del Comportamiento Alimentario
2. Presentar el modelo de estrés en cuidadores y las dificultades en cuidar a la hija/o con TCA.
3. Enseñar como manipular las relaciones entre los padres en su rol de cuidador y la hija/o con TCA.
4. Enseñar habilidades de escucha reflexiva y como manejar crisis y conflictos en el ambiente familiar. Papel de la Entrevista Motivacional en el modelo. Práctica en distintos escenarios problemáticos.
5. Analizar las propias necesidades de los padres en su rol de cuidador. Cómo promover el cambio y dificultades en la motivación y en la adherencia al tratamiento.
6. Enseñar habilidades de afrontamiento práctico y emocional dirigido a romper el círculo vicioso en la comunicación cuidador-paciente.
7. Realizar prácticas en distintos escenarios problemáticos, cómo actuar.

Profesora: Dra. Ana Rosa Sepúlveda García. Doctora en Psicología. Formación como Psicoterapeuta en el Maudsley Hospital (3 años y medio). Investigadora contratada Ramón y Cajal. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Psicoterapeuta del Centro de Psicología Aplicada (UAM). Madrid.

Información: Dra, Elena Gutiérrez. Centro de Salud Mental de Usera (AGC Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre)

- **XVIII Reunión de la SEPG. Psicogeriatría. Tendiendo puentes.** Coordina: Luis Agüera. Círculo de Bellas artes, Madrid, 6, 7 y 8 Octubre 2011



www.psicogeriatriamadrid2011.com

⁷ Reuniones de las Comisiones de Área, grupos de trabajo, Congresos y reuniones científicas en las que participamos activamente u organizamos. Conferencias de profesionales que invitamos a participar en la formación MIR-PIR y que son abiertas al resto de profesionales del área, etc...

PROGRAMA

CURSO PRECONGRESO

ACTUALIZACIÓN EN TRATAMIENTOS EN PSICOGERIATRÍA

	PONENTE
Demencia	Manuel Martín
Trastornos afectivos y ansiedad	Manel Sánchez
Trastornos Psicóticos	Jorge Cervilla
Interacciones y situaciones complejizadas	Luis Agüero
Terapias no farmacológicas	Lola Claver

CONFERENCIAS

CONFERENCIA MAGISTRAL:

Bevan Smith* "The Depression-Dementia Continuum: Insights from Molecular Imaging"

*Presidenta del International College of Geriatric Psychoneuropharmacology (ICGSP) y Profesora del Dept. de Psiquiatría en La Johns Hopkins, Baltimore.

CONFERENCIA DE CLAUSURA:

Cinco décadas de Medicina española vista por uno de sus protagonistas. Prof. José María Segovia de Arana

TALLERES (Formato Mesa-taller interactivo)

TALLER	TÍTULO	PONENTE
1	Neuroimagen Práctica	J. María Millán
2	Valoración cognitiva en la consulta cotidiana	Lola Claver
3	Geriatría para Psiquiatras: Salud física y comorbilidad médica	A. Cruz-Jentoft
4	Psicogeriatría y Ley: Lo que hay que saber	Manuel Meseguer y Esperanza Marcos

DEBATE

DEBATE	PSICOFARMACOLOGÍA GERIÁTRICA EN LA ENCRUCIJADA	PONENTE
A	La seguridad de los antipsicóticos	Angel Morfigo
B	Uso de fármacos fuera de indicación	J. A. Micó
C	La administración ¿Enemiga o aliada?	Pendiente

SIMPOSIA

SIMPOSIUM A	AVANCES EN DEMENCIAS	PONENTE
A-1	El Alzheimer en fase precoz y prodromica	Pablo Martínez-Lage
A-2	Detección de Demencia y deterioro cognitivo en la Población	Pedro Montajo
A-3	Demencia avanzada	José Carlos Rovira
SIMPOSIUM B	TRASTORNOS PSICOGERIÁTRICOS GRAVES	PONENTE
B-1	Nuevos Endotipos en Psicosis	Jorge Cervilla
B-2	Avances en Trastorno Bipolar	Alessandra Nivoli
B-3	Urgencias y situaciones críticas	Javier Olivares
SIMPOSIUM C	TRASTORNOS PSICOGERIÁTRICOS EN LA COMUNIDAD	PONENTE
C-1	Trastornos de Ansiedad	Toni Bulbena
C-2	El paciente Psicogeriatrico en atención Primaria	Esther Tapia
C-3	Avances en cronobiología y trastornos de sueño	Francisco Pérez Crespo
SIMPOSIUM D	LA ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES	PONENTE
D-1	De la epidemiología a la intervención	Raimundo Matute
D-2	Indicadores de Calidad en el Entorno Residencial para la atención a personas con Trastornos Mentales	Alfredo Bahbrquez
D-3	Atención Sanitaria a las personas con trastornos mentales en Residencias	Anabela Pérez
D-4	El papel del IMSERSO	Pendiente
SIMPOSIUM E	EL PAPEL DE LA PSICOTERAPIA EN PSICOGERIATRÍA	PONENTE
E-1	El papel de la Psicoterapia Dinámica	Pendiente
E-2	El papel de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual	Pendiente
E-3	Programas de Apoyo a cuidadores	Manuel Martín Carrasco
SIMPOSIUM F	¿HACIA DÓNDE VA LA INVESTIGACIÓN?	PONENTE
F-1	Neuro-Bio- Psicología del envejecimiento cognitivo	Dímaso Crespo
F-2	¿Hacia dónde va la investigación en Alzheimer?	Pablo Martínez-Martín
F-3	Presente y Futuro de la investigación en Psicogeriatría	Manuel Franco

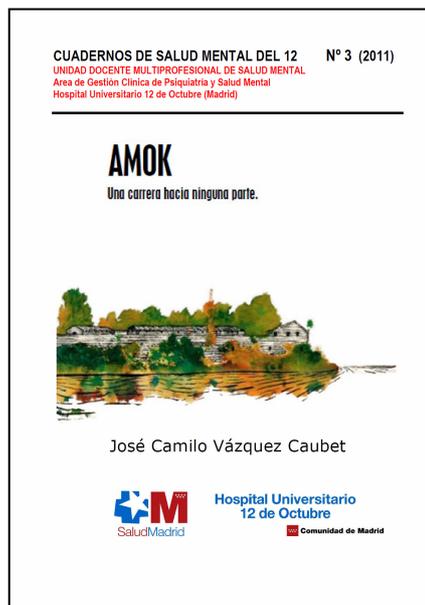
Secretaría Técnica:

Lubeck 99, SL
Alcalá, 115, Bajo Izquierda, 28009 Madrid. Tel: 91 352 15 26 y 91 71572 66
E-mail: lubeck@lubeck99.com www.lubeck99.com



6. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ⁸ ⁹

- Publicación electrónica: Vázquez Caubet JC. **Amok. Una carrera hacia ninguna parte**. Cuadernos de Salud Mental del 12 [online] 2011, 3. Disponible en: URL:http://www.psiquiatria12octubre.org/JiWiC_Version/documents/documentacion/cuadernosm3.pdf



Unas líneas a modo de prólogo

En este ensayo el doctor José Camilo Vázquez Caubet nos muestra que aquellos fenómenos que parecen ser exclusivos de una determinada cultura no son tan insólitos, y que existen en nuestra propia cultura.

Analizando de forma exhaustiva los diarios de viaje y relatos literarios que describieron el “amok”, el autor nos muestra una forma de expresión humana en los momentos más extremos de sus vidas que es aceptada en determinadas culturas. Con su actitud reflexiva, pone en evidencia, que en la actualidad estamos siendo testigos en nuestra cultura occidental de situaciones que nos recuerdan el “amok”.

Asimismo, da una explicación muy certera y documentada sobre la canalización de esta característica humana a lo largo de la historia a través de diversas situaciones que eran vistas con honor y se calificaban incluso de heroicidad, en cuanto iban encaminadas hacia un bien superior que ha variado en diferentes épocas de la historia.

⁸ Información de líneas de investigación en curso en nuestro Área, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir y difundir nuestra producción científica. **Como solemos ser bastante modestos, también invitamos a que unos recomendemos los trabajos de los otros.** Eso no es delación... ¡¡Perded la vergüenza: lo que investigamos y publicamos no es sólo “para aumentar el C.V.”!!

⁹ Por favor, mandad las citas bibliográficas correctamente referenciadas, según las **Normas de Vancouver** para publicación de trabajos científicos <http://www.upch.edu.pe/vrinve/doc/nvanco.htm> , lo cual posibilita su consulta por parte de los colegas que lo deseen para su propia formación continuada y/o como material docente que utilizamos con nuestros alumnos.

Resulta muy interesante el análisis que hace este novel autor del entorno cultural y su proyección hacia el resto de colectivos humanos cuando se dan circunstancias similares. Con ello pone en evidencia que lo latente y por tanto, la causa desencadenante en todas esas situaciones, es la pérdida del honor y/o dignidad.

Tras toda esta exposición se llega a una reflexión psicopatológica muy interesante que se va hilando con distintas formas de enfermar, a partir de las interpretaciones que se dan según el entorno cultural en el que aparece “amok”. A modo de conclusión nos hace pensar sobre una sociedad en la que se debilitan los límites y se llega a una brutalidad semejante, en la que se pierden la comunicación y la reflexión para desembocar en este brutal “acting-out”.

Para terminar quiero comentar, que el mérito de este psiquiatra en formación, al escribir este ensayo, es despertar la polémica y los deseos de investigar sobre un fenómeno, que en principio parece exótico y extraño, y que es mucho más cercano a nuestra cultura de lo que pensamos cuando lo leemos en los libros como psiquiatría transcultural. En Madrid, Abril de dos mil once

*Pilar Cano Cano
Coordinadora del Seminario de Psicopatología
UDM Salud Mental del AGC Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)*

José Camilo Vázquez Caubet, médico residente de Psiquiatría desde Mayo del 2009 de nuestra *Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid* (tomamos un breve respiro tras señalar este dato de filiación docente con la correcta terminología recién estrenada), realiza en las páginas siguientes un muy original ejercicio de reflexión psicopatológica. Poco habitual en alguien de su corta trayectoria profesional. No tan de extrañar en alguien con la cultura e inquietud intelectual de un alumno y compañero al que nos alegramos de conocer y a quien aventuramos un brillante porvenir profesional y humano.

Desde hace años tratamos de alentar en nuestros residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica - en breve también con las enfermeras EIR de Salud Mental - la tarea de observar y pensar la clínica más allá de terminologías y esquemas de trabajo reduccionistas, de animarles a pararse sin superficialidad ante el complejo fenómeno psicopatológico, a estudiar y a relacionar los conocimientos psicopatológicos acumulados a lo largo de años en textos y autores clásicos con el paciente que nos encontramos en el aquí y ahora.

Por eso nos encanta acoger en estos modestos *Cuadernos de Salud Mental del 12* y ayudar a difundir el ensayo que a continuación presentamos, realizado “*a iniciativa propia*”. Iniciativa propia que, a diferencia de lo que en ocasiones nos sugiere dicha coletilla cuando la observamos lacónicamente plasmada en ciertos partes de Interconsulta (... “*a.p.p.*”), en el caso de Camilo nos parece plenamente sugerente y atractiva.

Esta tarea de reflexión sobre nuestro quehacer clínico es más pertinente que nunca en los tiempos que nos tocan vivir de Historia Clínica Electrónica y de presencia del ordenador en el sacrosanto espacio médico-paciente. Aquí y en Malasia. El ordenador: “*el chisme ese donde apuntan y consultan Uds. todo lo que nos pasa*”, como le definía el otro día una encantadora paciente viejecita de Villaverde... encantadora (no impresionaba de presentar síntomas de Amok) aunque informáticamente ilusa y con unas altísimas expectativas sobre nuestro sistema sanitario y quehacer que esperaba yo no defraudar torpemente en los primeros minutos de contacto al pedirla permiso para consultar unos mínimos datos antes de dejar ya de lado el ordenador para tratar de escuchar con interés su relato “*sobre lo que la pasaba*”.

Enhorabuena agradecida, Camilo, por el trabajo realizado que ahora compartes con el resto de compañeros del Area y con quien amablemente se acerque a estas páginas que ahora también lanzamos a Internet desde nuestra web www.psiquiatria12octubre.org . En Madrid, Mayo de dos mil once.

*L. Santiago Vega González
Coordinador UDM Salud Mental
AGC Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)*

- Capítulo de libro: Ballesteros D, Verdura EJ, Hurtado M, Del Peso D y Navío M. **Las máscaras históricas de lo orgánico**. En: De la Gándara JJ (coordinador) **Casos clínicos de residentes en Psiquiatría 13**. Madrid: Luzón 5 S.A. de Ediciones - MSD; 2010. p. 345-349
- Capítulo de libro: Codesal R, Chamorro J, Sánchez L, Angora R y Sánchez R. **Los trastornos de la conducta alimentaria no afectan a los varones**. En: De la Gándara JJ (coordinador) **Casos clínicos de residentes en Psiquiatría 13**. Madrid: Luzón 5 S.A. de Ediciones - MSD; 2010. p. 420-423
- Capítulo de libro: Castillo IM, Del Nido LP, Soria E, Vázquez JC y Rubio G. **¿Episodio depresivo resistente a tratamiento psicofarmacológico o enfermedad de Parkinson incipiente?** En: De la Gándara JJ (coordinador) **Casos clínicos de residentes en Psiquiatría 13**. Madrid: Luzón 5 S.A. de Ediciones - MSD; 2010. p. 468-471
- Capítulo de libro: Angora R, Moreno M y Díez J. **El periodista perplejo**. En: De la Gándara JJ (coordinador) **Casos clínicos de residentes en Psiquiatría 13**. Madrid: Luzón 5 S.A. de Ediciones - MSD; 2010. p. 568-571
- Capítulo de libro: Vega LS, Palomo T y Jiménez-Arriero MA. **Formación en Psiquiatría**. En: Vallejo J y Leal C, editores. **Tratado de Psiquiatría**. 2ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2010. p. 2743-54
- Artículo de revista: Sanz-Fuentenebro FJ, Vidal I, Ballesteros D, Verdura E. **Eficacia y riesgos de la combinación de psicofármacos con el tratamiento electroconvulsivo**. Rev Psiquiatr Salud Ment 2011; 4, 1: 42-52
<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-psiquiatria-salud-mental--286/eficacia-riesgos-combinacion-psicofarmacos-tratamiento-electroconvulsivo-90002266-revisiones-2011>
- Reseña de prensa: **Diario Médico**, 19 Mayo 2011
<http://www.diariomedico.com/2011/05/19/area-profesional/gestion/evocando-anhelo-gestion-clinica>
- Reseña de prensa: **Diario Médico**, 15 Junio 2011
<http://www.diariomedico.com/2011/06/15/entrevistas/entrevistas-de-ultima/fuera-de-consulta/disfrutar-de-vida-es-parte-de-salud-mental>

AMENAZADO POR UNA FINANCIACIÓN INSUFICIENTE

Liquidar el modelo Muface implicaría a 12.750 médicos

Un informe del IDIS indica que la supresión de las mutualidades administrativas afectaría a la actividad asistencial privada de 12.750 facultativos.

El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) presentó ayer un informe en el que se plantea que 12.750 médicos, 1.040 hospitalarios y 11.710 extrahospitalarios verían afectada su actividad profesional en el sector privado si se suprimiesen las mutualidades administrativas por una insuficiente financiación.

Teniendo en cuenta que en 2008 la prima por mutualista de Muface fue de 675,24 euros, un 55,3 por ciento menos que el gasto por paciente en el Sistema Nacional de Salud (1.189 euros), y que en 2010 los funcionarios generaron 1,1 millones de estancias hospitalarias (lo que equivale a 47 centros con

Las mutualistas generan 1,1 millones de estancias hospitalarias, el equivalente a 47 centros con 115 camas

115 camas-, 232.000 ingresos, 109.000 actos quirúrgicos y 1,3 millones de urgencias, el IDIS destaca "la representatividad del modelo del mutualismo administrativo en el SNS" y pretende estimular el refuerzo del modelo -incluido un incremento de los recursos-, además de la colaboración público-privada para favorecer la sostenibilidad de la sanidad española y "mejorar el estado de salud de los ciudadanos".

PÁG. 4

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 25]



Miguel Ángel Jiménez Arriero, junto a su equipo.

Gestión clínica para mejor salud mental

El Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, se ha transformado en área de gestión clínica, integrando todos los recursos del área y trabajando codo con codo con la atención primaria, los centros de salud mental y los dispositivos de atención psicosocial, media y larga estancia y rehabilitación implicados en el seguimiento de los pacientes.

ERA VICEPRESIDENTE Y ÚNICO CANDIDATO

José María Laila, nuevo presidente de la SEGO

El jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios y catedrático de la Universidad de Barcelona, José María Laila, sustituye desde mañana a José Manuel Bajo Arenas en la Presidencia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), puesto en el que llevaba ocho años. Durante el XXXI Congreso Nacional de la sociedad, que se celebra en Sevilla, Laila asumirá el cargo con el temor de que la crisis marque su



José María Laila.

gestión y con la aspiración de extender la formación a colegas que no tienen fácil acceso a ella, como los ginecólogos del sector privado, los que ejercen en primaria y los residentes.

PÁG. 9

MARTÍNEZ DICE QUE LO IMPIDEN LOS ESTATUTOS

La Ejecutiva de CESH no puede mediar en la crisis de Valencia

El Comité Ejecutivo nacional de CESH, que se reúne hoy en Madrid, no mediará en la crisis abierta en CESH-CV, porque, como dice su secretario general, Patricio Martínez, los estatutos de la central lo impiden expresamente. Martínez recuerda que son una confederación "con organizaciones, presupuestos, juntas directivas y toma de decisiones independientes en cada delegación autonómica". Aun así, el secretario general exige un "escrupulo-

so respeto" a la presunción de inocencia de Andrés Cánovas, presidente nacional y del sindicato valenciano, y pide que se eviten juicios paralelos durante una investigación sometida a secreto de

PÁG. 6

Lo que se considera ceguera del destino es en realidad propia miopía WILLIAM FAULKNER

La ecografía 3D, en el manejo del suelo pélvico y en el parto

Las diferentes utilidades de la ecografía tridimensional (3D), incluido el manejo de la patología del suelo pélvico y en el parto, han centrado parte del XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que se está celebrando en Sevilla.

PÁG. 12

La miocardiopatía Tako-Tsubo afecta más en la posmenopausia

Un trabajo realizado por el Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial de Salamanca ha demostrado que la miocardiopatía Tako-Tsubo, síndrome inducido por el estrés y sin tratamiento específico, afecta sobre todo a las mujeres en la posmenopausia.

PÁG. 13

La farmacogenómica mejorará el tratamiento de la sepsis

Uno de los objetivos a cinco años en el abordaje de la sepsis consiste en crear un mapa para predecir mejor la opción terapéutica y la dosis más adecuada de un fármaco en cada paciente según sus características genéticas.

PÁG. 14

Controlada la angiogénesis, hay que acotar los biomarcadores

El papel de la terapia antiangiogénica en el abordaje del cáncer es cada vez mejor conocido. El reto ahora es definir los biomarcadores para obtener más beneficios, según se ha debatido en el AngioForum 2011, en Madrid.

PÁG. 21

Reconstruyen la válvula mitral con cuerdas o suturas de PTFE

El Hospital Universitario de Valencia ha desarrollado una técnica de reconstrucción de la válvula mitral cardíaca con implantando cuerdas o suturas de politetrafluoroetileno donde se han rotos las de la propia válvula del paciente.

PÁG. 22

La escala 'Llanto' permite medir el dolor que sufren los menores

Saber el grado de dolor en los niños que aún no pueden verbalizar sus percepciones es complicado. La escala Llanto, desarrollada por especialistas del Hospital La Paz, de Madrid, permite medir el dolor pediátrico.

PÁG. 23

MUY ALTA potencia

Clovate 30g

17-Probencol de Clozotasi
CREMA

ALTA potencia

Betnovate 60g

17-Valerato de Betametasona
SOLUCIÓN CAPILAR

www.ife.com

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

SALUD MENTAL Si algo funciona bien, ¿para qué cambiarlo? La red de salud mental de la Comunidad de Madrid ha demostrado su eficacia durante más de dos décadas, pero aun así es posible ir más allá, mejorar y prestar una atención más integral, continuada y excelente, satisfaciendo al mismo

tiempo las necesidades y anhelos de los profesionales implicados. Por ello, el Servicio de Psiquiatría del 12 de Octubre decidió transformarse en área de gestión clínica y trabajar codo con codo con la atención primaria, los centros de salud mental y todos los recursos psicosociales implicados.

Evocando el anhelo de la gestión clínica

Resala Sierra

"Si quieres construir un barco, no empieces por buscar madera, cortar tablas o distribuir el trabajo. Evoca primero en los hombres el anhelo del mar libre y ancho". Esta frase de Antoine de Saint-Exupéry preside el despacho de Miguel Ángel Jiménez Arriero, jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid. Y ese es precisamente el espíritu que quería transmitir cuando se propuso convertir los recursos de salud mental adscritos a su hospital, así como su propio servicio, en una unidad de gestión clínica.

"La red de salud mental de la Comunidad de Madrid funciona desde hace 25 años con un nivel de calidad muy alto. Los cambios organizativos ocurridos en la región a raíz de la libre elección y el Plan de Salud Mental 2010-2014 plantearon la posibilidad de un cambio, lo que siempre supone un riesgo, pero también una oportunidad". Así, el reto fue "mantener los valores alcanzados por la red culminando la evolución que ya se había iniciado".

En 2010, recién asumida la jefatura del servicio, Jiménez Arriero se planteó "crear algo novedoso, un área de gestión clínica participativa, integral, horizontal, implicando a los profesionales, con cultura de grupo y en la que el liderazgo organizativo se combinara con el del conocimiento". De este modo, a las estructuras orgánicas naturales (el servicio hospitalario y los cinco centros de salud mental adscritos) se han sumado unidades funcionales transversales "que permiten la gestión por procesos y el funcionamiento interprofesional".

Para que la gestión clínica fuera posible se ha dado formación sobre esta materia a los profesionales en colaboración con la Unidad de Calidad del 12 de Octubre, y el objetivo "es hacer uno o dos cursos anuales".

El organigrama del área está compuesto por el director y una comisión directiva integrada por los responsables de las unidades orgáni-



El corazón del área de gestión: Valentín Lemus -coordinador del Programa de Continuidad y responsable de Rehabilitación-, Jesús Cabello -administrativo-, Miguel Ángel Jiménez Arriero, Maribel Sepúlveda -jefa de sección- y Yolanda Pérez -jefa de equipo-.

"Buscamos aquello de lo que tanto se habla pero se hace poco: situar al paciente en el centro, lograr que participe", afirma Jiménez Arriero

cas y de las funcionales, así como por los coordinadores de las cuatro comisiones creadas: Asistencia y Calidad, Rehabilitación y Usuarios, Formación Continua y Docencia, e Investigación y Ética. "La directiva se reúne cada dos meses, pero existe una comisión permanente que celebra reuniones semanales".

Con estas comisiones "buscamos aquello de lo que tanto se habla pero se hace poco: situar al paciente en el centro, lograr que tanto los usuarios como sus familiares participen en el manejo de su proceso y en la toma de decisiones". Se trata de garantizar la continuidad de los cuidados, incluyendo la rehabilitación psicosocial, "especialmente en los pacientes más graves, identificando las necesidades que pueden tener, como

dispositivos asistenciales de media y larga estancia y centros de rehabilitación".

He ahí una de las grandes ventajas del área de gestión clínica: "Nosotros controlamos todo el circuito asistencial y rehabilitador", explica Jiménez Arriero. Esto incluye una "buena coordinación con atención primaria, algo primordial en beneficio del paciente".

Para hacer efectiva esta coordinación se cuenta con una poderosa herramienta: las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), sencillas y presentes en el día a día. "El uso de un correo electrónico institucional permitirá que los médicos de familia resuelvan directamente sus dudas con el centro de salud mental que corresponda o directamente con nosotros, sin necesidad de derivar a los pacientes". El objetivo es mantener entre todos los profesionales implicados en el proceso asistencial "una relación fluida, bidireccional y con cauces de comunicación suficientes".

El uso de las TIC sirve también para llevar esa relación a los pacientes y familiares, que pueden contactar

El uso de las TIC permite tanto a los profesionales de atención primaria como a los pacientes mantener contacto con los especialistas

directamente con sus profesionales mediante la página web del servicio (<http://psiquiatria12octubre.org/>), donde además "pretendemos cumplir con nuestro compromiso público de accesibilidad y transparencia, del que dejamos constancia en la web porque las palabras se las lleva el viento". En este sentido, Jiménez Arriero se muestra firme: "Debemos evaluar la satisfacción de todos los implicados, profesionales, pacientes y directivos, porque si no este compromiso quedará hueco".

Año de arranque

Tras gestarse durante 2010, el área está en marcha desde principios de este año, por lo que "se trata de un tiempo en que lo que debemos hacer es detectar puntos de mejora e implantar los posibles cambios que sean neces-

sarios. Si todo va bien, que pienso que irá, en 2012 empezaremos a preparar las certificaciones ISO para todas las unidades con el objetivo de obtenerlas en 2014".

Tanto en el plan funcional incluido en el documento de propuesta de creación del área como en el acuerdo de gestión "están definidos los indicadores de calidad y cumplimiento y los criterios de evaluación correspondientes, con objetivos de gestión, asistenciales, docentes y de investigación, que se analizarán tres veces -este mes, después del verano y en enero de 2011- antes de una evaluación global durante el primer trimestre de 2012".

El director del área confía en no tener ningún problema para superar las evaluaciones, ya que "si a algo he dedicado tiempo es a no hacer todo esto solo. Hay 164 profesionales y 25 residentes implicados, y creo que todos se sienten identificados con el proyecto, reconocidos y valorados. La gestión por valores permite dar a las personas más libertad, responsabilidad, capacidad de tomar decisiones y motivación".

LA RED

El área de gestión clínica dirigida por Miguel Ángel Jiménez Arriero coordina la atención en salud mental para cinco distritos asistenciales madrileños: Aranjuez (20.000 habitantes), Arganzuela (160.000), Carabanchel (240.000), Usera (150.000) y Villaverde (160.000), así como los cinco centros de salud mental correspondientes a los mencionados distritos.

Se integran en la red asistencial asimismo los dispositivos hospitalarios de referencia, que incluyen la Unidad de Hospitalización Breve, la Unidad de Interconsulta y Enlace (de adultos e infantojuvenil) y la Unidad de Programas de Hospital de Día (alcohol y patología dual y trastorno mental grave). Coordina la red hospitalaria y comunitaria de rehabilitación psicosocial, con unidades hospitalarias concertadas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, además de los diversos dispositivos de rehabilitación (equipos de apoyo sociocomunitarios, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, pisos y pensiones supervisados, minirresidencias) concertados por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y asignados para la asistencia de la población de ese territorio. Todo ello, combinado con la docencia en Psiquiatría, Psicología y Enfermería, y la investigación.

• Cuadernos de Salud Mental del 12

Desde la Comisión de Formación Continuada y Docencia os animamos a utilizar este instrumento para publicar material docente de interés para los residentes y profesionales del área. Al ser editado de forma electrónica en la apartado público de nuestra web www.psiquiatria12octubre.org dicha publicación cuenta para el C.V. de residentes, profesionales del AGCPSM (carrera profesional, etc...) o invitados.

- Objetivos:
 - Editar diferente tipo de material bibliográfico de utilidad para la Formación Continuada y Docencia del AGCPSM, tanto para los profesionales del Servicio como para los residentes MIR, PIR y EIR que por ella rotan, tanto de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental como del resto de especialidades (Medicina de Familia, Neurología, Medicina del Trabajo, Geriatría y otras)
 - Editar material bibliográfico de relevancia fruto de los cursos, seminarios y sesiones clínicas impartidas en el AGCPSM del H.U. 12 de Octubre, tanto por los profesionales de ésta como los invitados
 - Editar material bibliográfico de utilidad docente para los compromisos académicos de Pregrado del AGCPSM
- Publicados hasta Junio 2011:
 - Nº 1 (2009): “*Aproximaciones contemporáneas a la Histeria*” (Ramos J)
 - Nº 2 (2010): “*Actualizaciones en Psicofarmacología. 2009*” (Agüera LF, De la Mata I, Mearin I, Muñiz M^ªJ, Ponce G, Rodríguez-Jiménez R, Sanz FJ, Sartorius N y Vega LS)
 - Nº 3 (2011) “*Amok. Una carrera hacia ninguna parte*” (Vázquez Caubet JC)
- Posibles propuestas:
 - “**Sesiones Clínicas del AGC Psiquiatría y Salud Mental**”: **trimestral o semestralmente** podrían recogerse tanto el nombre y ponente de todas las sesiones dadas en dicho periodo como, quien lo desee, un resumen de las mismas con este posible guión:
 - Introducción e interés del caso o tema presentado,
 - presentación del caso clínico (salvaguardando la confidencialidad dado que será visible en la web) o tema presentado,
 - revisión de la literatura a propósito del caso,
 - preguntas a debatir y debatidas,
 - unas **breves conclusiones extraídas de la sesión: tanto de la literatura revisada como de la praxis reflejada**
 - unas breves **recomendaciones bibliográficas muy precisas**
 - Las sesiones clínicas que tengan suficiente interés o extensión puede ser en si mismas un monográfico de “*Cuadernos de Salud Mental del 12*” (utilidad para los residentes)
 - “**Introducción al Practicum de Psicología Clínica en el Hospital 12 de Octubre**”
 - Etc...
- Coordinadores de la Colección 2011-12: Angeles Castro acastro.scsm@salud.madrid.org y Santiago Vega svega.scsm@salud.madrid.org , junto a T. Social y DUE Salud Mental de Villaverde (periódicamente se cambiarán los coordinadores por dispositivo).

7. SESIONES CLÍNICAS DE AREA ¹⁰

Querido compañero:

Es importante que podamos tener un **pequeño resumen** de las Sesiones Clínicas con unos días de antelación para poder difundirlo en el Area. En ocasiones son sesiones que interesan también a otros Servicios y de esa forma podemos informarles.

El resumen de la sesión me lo podéis mandar a mí a este correo: acastromaso@hotmail.com .

Agradezco tu colaboración. Un saludo,

Angeles Castro
Secretaria Comisión Formación Continuada y Docencia

Cuadernos de Salud Mental del 12: SESIONES CLÍNICAS Octubre 2010 – Junio 2011

Los profesionales que han presentado SESIÓN CLÍNICA DE AREA a partir de Octubre 2010 pueden enviar si lo desean su presentación modificada para ser publicada como capítulo de uno de los números periódicos de Cuadernos de Salud Mental del 12: **SESIONES CLÍNICAS Octubre 2010 – Junio 2011**.

Puede presentarse sólo la revisión realizada de la literatura, discusión, conclusiones y breve recomendación bibliográfica. Si se recoge también el caso clínico deben ser evitados datos que identifiquen al paciente y otras personas implicadas.

Se puede presentar en WORD (preferible) o un resumen en POWER-POINT.

Durante 2011 y 2012 coordinarán los Cuadernos de Salud Mental del 12 varios profesionales del CSM Villaverde. Posteriormente sería deseable que fueran encargándose otros profesionales de otro dispositivo de forma rotatoria.

Enviar resúmenes para **Cuadernos de Salud Mental del 12: Sesiones Clínicas Octubre 2010 – Junio 2011** a Angeles Castro acastro.scsm@salud.madrid.org y/o Santiago Vega svega.scsm@salud.madrid.org antes de Octubre 2011.

¹⁰ Calendario de Sesiones clínicas de Area. Publicación de las revisiones de especial interés presentadas en las sesiones clínicas de área presentadas en el Hospital. Información sobre las últimas sesiones clínicas realizadas (así se puede contactar con los profesionales que presentaron la sesión y que probablemente revisaron la última bibliografía a propósito del caso)

Desde Mayo de 2010 estoy trabajando en este país en un proyecto financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) cuyo objetivo principal es potenciar la atención primaria. En este contexto se incluye la intervención en salud mental que realizo.

La salud mental en Guinea antes de que llegara

Hasta la independencia existían dos hospitales psiquiátricos que fueron desmantelados tras la misma. Desde entonces los pacientes no han sido apenas tratados en los circuitos sanitarios “oficiales”, recibiendo tratamiento principalmente en curanderías. Un pequeño porcentaje de pacientes es tratado en centros de salud por profesionales extranjeros.

En 2009 hay una percepción generalizada por los profesionales sanitarios y representantes del Ministerio de Sanidad de que no se está interviniendo de una forma eficaz en salud mental. Es por este motivo que a iniciativa de Cooperación Española, con la aquiescencia del Ministerio y de la OMS (que está impulsando campañas en todo el mundo para intervenir en salud mental), la Dra. Goretti Morón realiza un análisis de situación cuyos datos más reseñables son los siguientes:

- No existen psiquiatras ni profesionales guineanos formados en salud mental; los únicos lugares donde se realiza atención en salud mental son llevados por religiosas españolas y por la Brigada Médica Cubana (que dispone de tres psiquiatras)
- Hay dificultades para acceder a los medicamentos, no habiendo una lista de medicamentos esenciales psicotropos aprobada por el Ministerio
- Escasa concienciación por la población de las características de los trastornos neuropsiquiátricos, lo que lleva a violaciones de los derechos humanos
- Búsqueda de atención de los pacientes en curanderías realizándose en algunos casos intervenciones ineficaces o incluso perjudiciales, con frecuentes violaciones de los derechos humanos
- Sólo un 2% de las personas con enfermedad mental grave reciben tratamiento
- Sistemas de información sanitarios que no recogen datos de salud mental
- Ausencia de una legislación de salud mental
- Falta de coordinación entre los agentes de la medicina tradicional y los servicios de salud “occidentales”

Mi llegada al país

En Mayo de 2010 se realizan unas Jornadas de Salud Mental en el país. A ellas acudimos distintos profesionales españoles, junto a representantes ministeriales, de la OMS, de la Brigada Médica Cubana y de servicios sanitarios. De ella se deriva una propuesta de Política de Salud Mental que es el marco teórico que va a regir la salud mental en el país. A grandes rasgos, se pretende una salud mental indivisible de la salud general, accesible, equitativa, que tenga en cuenta la sensibilidad cultural, que fomente la participación comunitaria, que tenga un enfoque multidisciplinar e intersectorial, que promueva y

proteja los derechos de los pacientes, y que proporcione servicios de salud mental de calidad de acuerdo con los recursos disponibles.

En Julio de 2010 desembarco definitivamente en el país, siendo el único profesional de salud mental de mi organización. Mi función es doble. Por un lado, apoyar al Ministerio en la implementación de la Política y el desarrollo de un Plan Estratégico de Salud Mental y un Plan de Lucha contra el Alcoholismo. Por otro, potenciar la intervención en salud mental en atención primaria.

Para lo primero he mantenido reuniones con distintos representantes del Ministerio, habiéndose validado la propuesta de Política de Salud Mental, y habiéndose elaborado un borrador del Plan Estratégico de Salud Mental. Este plan quinquenal pretende dar los primeros pasos para la creación de una red de salud mental eficiente, siguiendo los principios de la Política. Algunas de las estrategias que incluye son el desarrollo de una red de servicios de salud mental, la formación de profesionales, la elaboración de una legislación, la creación de un comité de salud mental en el Ministerio, la potenciación de los sistemas de información en salud mental, el aseguramiento en el suministro de fármacos esenciales y la realización de actividades de IEC para disminuir el estigma y favorecer la participación comunitaria. En este momento este plan se está trabajando con diferentes direcciones generales del Ministerio para su desarrollo real.

Además se ha elaborado un borrador de Plan de Intervención contra el Alcoholismo dada la alta prevalencia percibida (aunque no objetivada) de trastornos por uso de alcohol.

Una parte clave en todo este proceso es implicar a todas las personas e instituciones que tienen relación directa o indirecta con la salud mental, para trabajar de una forma conjunta y desde un enfoque multidisciplinar para implementar el plan. De esta forma se ha logrado una cooperación activa entre representantes del Ministerio, OMS, Brigada Médica Cubana, Cooperación Española, familiares de usuarios e incluso representantes de ONG y otros Ministerios.

Para potenciar la intervención en salud mental en atención primaria se han realizado diversas intervenciones:

- Formación teórica en salud mental para ATS de centros de salud.
- Formación teórica en alcoholismo para ATS de centros de salud.
- Formación teórica en salud mental para agentes de salud (los agentes de salud son aquellas personas con formación en salud en los poblados).
- Formación teórica en alcoholismo para agentes de salud
- Formación supervisada en consulta para ATS de centros de salud de referencia creados en el país
- Elaboración de una guía clínica de salud mental adecuada al contexto
- Desarrollo de criterios de referencia y contrarreferencia y paquete mínimo de actividades según nivel sanitario
- Realización de actividades de sensibilización y concienciación en salud mental y alcoholismo (charlas de concienciación en centros de salud y poblados, cinefórum, teatro, movilización de líderes comunitarios...)

- Búsqueda de entendimiento y colaboración entre agentes de la medicina tradicional y de la medicina “occidental”

Todas estas intervenciones van integradas en el plan estratégico para que se actúe de una forma coherente en todo el territorio de la nación. Los agentes de salud tienen la misión de identificar y derivar casos a nivel superior. En los centros de salud se realiza diagnóstico y tratamiento. Existen en la actualidad 4 centros ambulatorios de referencia, que se ampliarán a 6 en 2012; estos centros casi por completo se encuentran en las capitales de las provincias guineanas; con esto se consigue asegurar la accesibilidad de los servicios de salud para la población. Además, se están construyendo unidades de hospitalización breve en las dos principales ciudades del país (Bata y Malabo), y se van a crear unidades de desintoxicación de alcohol y centros para la rehabilitación de enfermos mentales graves en un futuro no muy lejano, aparte de otros recursos.

Y esto es de una forma muy resumida lo que estoy haciendo aquí. Como veis es un trabajo completamente distinto del que hacemos habitualmente en cualquiera de los servicios de salud mental madrileños. Con dificultades distintas. Y sobre todo con retos apasionantes. Podéis observar que me he centrado en la parte laboral; no dudéis que si me hubiera centrado en la parte personal el texto habría sido bastante más extenso.

Escribir este mensaje me ha hecho recordar muchos momentos, buenos y malos, que pasé en el Hospital 12 de Octubre durante mi formación MIR; a 6000 km. de España parece que todo se vive de una forma más intensa. Quiero mandaros a todos un saludo muy fuerte y agradecer a Santiago que me haya permitido escribir estas líneas que estaré encantado de compartir verbalmente con vosotros cuando nos encontremos.

Juan Gómez de Tojeiro Roce
Médico psiquiatra



12

¹² Acuarela de Miquel Barceló

MOMENTOS ESTELARES DE LA PSIQUIATRÍA

El evolutivo

La puerta del despacho se abrió con estrépito para dar paso a la paradoja balbuciente y quijotesca de ese hombre cabreado llamado Eutimio. Tras él, el vasito blanco de la medicación, con su enfermera correspondiente.

- *¡Me tenéis hasta los cojones!* - rugió con su voz de quinientos cigarrillos/día - *¡Siempre dando por culo con la droga esta!*
- *¡Eutimio, tómete la medicación!*- rogó la enfermera.
- *¡Buenos días, caballero!* - sonrió el adjunto.

Una Zyprexatm voló más allá de la vista del residente¹⁴.

- *¡Haga el favor de sentarse de una vez, buen hombre!*
- *¡¿Pero CÓMO que hombre?! ¡RATA, querrá decir!* - sus ojos eran dos huevos friéndose, chisporroteando en una sartén de dopamina. - *¡Si lo único que hacen es experimentar con nosotros, como si fuéramos conejillos de indias! ¿Por qué no se toman los psiquiatras la medicación, eh? ¡Me cago en las pastillas!*

A tiro de salvazo, el residente de psiquiatría se revolvió en su silla, algo incómodo, y perdió su oportunidad, quizás irrecuperable, de demostrar su dominio de la situación y decir: “*ajá...*”

¹³ Análisis cuantitativos y cualitativos de nuestro trabajo, nuestra organización, propuestas CONSTRUCTIVAS de cambio, textos breves nuestros y/o importados de la prensa y/o literatura profesional o general, cartas, artículos, etc...

¹⁴ Como bien pudo observar el otro aprendiz presente en el despacho, un rotante de Neurología que vio caer el neuroléptico concretamente a unos 50 cm tras su compañero, a la altura de su codo, entre el cartón de zumo de piña que había establecido su campamento base en aquella estantería en algún momento de la semana pasada y el lomo raído de un taco de recetas rojas, avivando quizás las habladurías -justificadas o no- que sólo la presencia de un psicotropo como aquel, en un lugar como ese, fuera de la estrecha supervisión del personal de enfermería, podía desatar en las desocupadas mentes de los residentes.

Eutimio, por supuesto, no se sentó. Era perro viejo, con decenas de ingresos a ambos lados del río Manzanares. Envalentonado, aquel gigante desarbolado, aquel pijama desfalleciente y semivacío, apuntó con su dedo acusador al facultativo que presidía la robusta mesa de formica.

- ¡¡¡NI SIQUIERA TENDRÍA QUE ESTAR AQUÍÍÍÍ!!!

Parecía que aquel hombre tuviera el volumen modulado para dos opciones: “fuerte” y “más fuerte todavía”. El teléfono del despacho comenzó a sonar, probablemente por obra de los compañeros del despacho adyacente, que se estarían preguntando a qué clase de fiesta no habían sido invitados. Nadie descolgó el auricular. El interpelado sintió las miradas de sus pupilos, apneicos, se inclinó sobre la mesa e hinchó las narinas.

- ¡¿Que no debería estar aquí?! ¡Eso digo yo! ¡Eso mismo digo yo! ¡Ni usted, ni un servidor!
¡¿Usted sabe lo que me pagan?! ¡Una miseria! ¡Pero aquí estamos!

- ¡¿Pero QUÉ me está cont...?! - no pudo terminar la palabra. Su interlocutor abandonó la trinchera de sus hombros caídos. Las gafas le resbalaron nariz abajo.

- ¡¡ Porque esto es la Seguridad Social, caballero!! ¡¡LA SEGURIDAD SOCIAL!! ¡Aquí mucha medicación y poca palabrería! ¿Sabe? ¿O me ve con cara de querer darle conversación? ¡No, aquí no nos andamos con remilgos de colegiala! ¿Qué le parece?

Tardó en reaccionar, pero volvió en sí tras un leve parpadeo. Indignado más si cabe, al alegre visitante se le quedaba corto el espacio en la consulta para sacudir sus raquíticos brazos. El residente de Neurología echó para atrás su silla con discrección, hasta acabar arrinconado contra la pared.

- ¡¿COLEGIALA?! ¡¿colegiala?! ¡Usted está muy... equivocado... - las sílabas se le quedaron pegadas a los labios mientras perdían fuerza, y la mirada se dirigía a sus pantuflas abiertas, como si alguien le hubiera arrancado a traición las pilas de un compartimento situado en su espalda. Luego, volvió a la vida con un respingo - ¡MUY EQUIVOCADO!. Si usted supiera... Pero ya me conozco yo a los suyos... ¡Ustedes nunca escuchan lo que se les tiene que decir!

- ¿Y qué había venido a decirme...? - preguntó suavemente el adjunto, mientras fracasaba en su intento por arrancar la costra del cristal de sus gafas.

- ¡Pues que todo esto es una VERGÜENZA!- ¿Ha visto cómo está el mundo ahí fuera?,

¡podrido! Todos te hacen la vida imposible. ¡No te dejan VIVIR!. Te miran mal por la calle. Hablan de ti a tus espaldas. No... pero usted no habrá visto nada de esto, desde luego... Si ya lo sé yo, que también está con ellos... Y claro, si te quejas luego tienes esto. Los jueces bailándole el agua a los médicos.... ¡ Te encierran en contra de tu voluntad! ¡Ya me dirá usted a quién hago daño yo! En cambio esos... ESOS... ¡Los que están ahí fuera! ¡Ellos son los que deberían estar aquí, y no yo!

Por primera vez desde que Eutimio entrase por la puerta todos callaron.

Los dos residentes apenas se atrevieron a intercambiar una mirada cargada de “qué será lo próximo”. Sin su dentadura postiza la épica del discurso se perdía entre ocasionales meteoritos hidrosalinos, pero en conjunto aquel hombre imponía un severo respeto. Los gritos ayudaban, desde luego, pero en la mente de los recién licenciados crecía la incómoda sensación de que quizás –sólo quizás- estuvieran neuroleptizando a algo así como un profeta. De ser así sin duda pagarían por ello. Porque tanta indignación no podía surgir de la nada. Aquel tremendo cabreo venía a querer otorgarle una razón incontestable. Ellos recién habían terminado medicina, ¿qué sabían de las miserias de la vida, de los duelos y quebrantos, de la pensión por renta mínima...? ¿Se habrían convertido por pura y simple ignorancia en resortes del odiado mecanismo opresor? ¿Podía un simple error neurobiológico explicar aquella pringosa sensación de haber pasado de habitar el cálido “nosotros” al siempre sospechoso “ELLOS”?

Pero el facultativo especialista de área al mando de la entrevista, con las posaderas renegridas de peores escaramuzas dialécticas que aquella, lo miró fijamente. Sonrió haciendo una mueca de preescolar travieso y, trazando un suave arco con su cabeza, cambió de posición diciendo:

- *Peón 4 rey.*

Eutimio abrió los ojos, como buscando en las cuatro esquinas del despacho a alguien que, o bien le asegurase que había escuchado lo mismo que él (y los residentes en aquel momento compartían estatus con el cartón de zumo de piña a este respecto), o bien unos brazos dispuestos a sujetarle e impedir saltarle al cuello al tipo que tenía frente a sí. Al no detectar otras formas de vida inteligente balbució:

- *¿Peón 4 rey?... ¿peón 4 rey?...*

El adjunto asintió, mudo como un Buda feliz.

- *¡Pues peón 4 rey yo también, diantre!* - contestó enderezándose.
- *Caballo 3 alfil-rey* – recibió de inmediato como respuesta.

El aprendiz de neurólogo, cartesiano inconfeso, no pudo sino preguntarse dónde tenían aquellos dos el tablero. Si es que realmente aquello era ajedrez.

- *Pues yo igual* – contestó con jocosos ardor el guerrero empujado- *Caballo 3 alfil-rey*.

Aquello contribuyó momentáneamente a la tranquilidad del residente de psiquiatría, quien creyó detectar en aquel patrón una simetría simple, desprovista de misterio. El hombre de las gafas, no obstante, meditó unos segundos antes de disentir.

- La defensa Petrov, ¿no?. No es muy habitual... Ya no está de moda.
- *¡Modas, me dice!*- saltó Eutimio ofendido, dedo en ristre- *Óigame usted. ¡Para la apertura española, que -apropiadamente- es muy de navajazo por la espalda, la mejor defensa es un buen contraataque!*
- *Alfil 3 Dama. Yo prefiero la Siciliana. ¿Es usted más de Kasparov o de Kárpov?*
- *¡Rusos!* - farfulló con todo desprecio- *Kárpov... no está mal, muy normalito. Y el otro...*
- *¡No me irá a hablar mal de Kasparov!* - le tiró de la lengua el adjunto, fingiéndose sorprendido.
- *¡ESE!* - vociferó de nuevo- *¡Ese no es más que un intelecto monstruoso! ¡Un cerebro demoleedor! Por eso le ponían a jugar con ordenadores, para que sus contrincantes no cayeran muertos del aburrimiento.*

El especialista aplaudió la ocurrencia con una sonrisa socarrona, asintiendo en silencio.

- *¿Sabe usted quién vale realmente, quién tiene verdadero talento? ¡Bobby Fischer! ¡Nunca ha habido nadie como Fischer!* - continuó Eutimio, claramente animado por aquella conversación- *Lo que él hace es ARTE. Fischer sorprende, ¡deslumbra! Los cerebritos no saben ni de dónde les caen los palos. Pero claro, es lo que le pasa a los verdaderos genios. Que se les persigue. Nadie les comprende... Aunque ya casi no*

juegue. Él es el mejor.

- *Era.* - apuntó el psiquiatra con voz neutra.
- *¿Cómo que era?*
- *Murió. Hace un par de años, creo.*

Hubo una pausa solemne. Los presentes, súbitamente encargados de sostener con delicadeza aquel silencio, llegaron quizás a compartir por un momento la pérdida -quizás la última- que acababa de sufrir aquel solitario.

- *Ha muerto... maldita mi suerte... ¿cuántos años tenía?*
- *64*
- *64... claro... sesenta y cuatro... casillas... Sesenta y cuatro...*

Eutimio quedó cabizbajo, inmerso en su soliloquio. Asociaciones laxas, pensó el residente. Lenguaje formalmente desorganizado. A la espera de novedades, dirigió su mirada al elemento tractor de aquel despacho. Tras ajustarse el maltrecho nudo de su corbata, el adjunto se inclinó hacia un lado de la mesa. Sacó un blíster de aluminio de dentro del cajón. Presionó contra la palma de su mano y sostuvo su contenido con naturalidad.

- *¿Y usted qué prefiere llevar, buen hombre, las blancas o las negras?* - preguntó con suavidad.
- *Blancas, claro.*- respondió Eutimio abandonando plácidamente su ensoñación- *Pero siempre me toca acabar llevando negras...*
- *Ya, no me diga más...*

Y le tendió la mano para que cogiera la pastilla.

- *Tome.*

Eutimio, sin mediar palabra, se la tragó. Era blanca.

- *Usted y yo nos vamos a entender...* - dijo levantándose de la silla para marcharse.
- *No cante victoria.* - contestó el adjunto, saltando alegremente del sillón, como un resorte.

Le acompañó hasta la puerta gritándole al oído, mientras aquel lobo estepario sonreía de lado.

- *¡No se confíe Eutimio! ¡Soy la horma de su zapato! ¡La horma de su zapato! ¡No se confíe!*

Sus voces se perdieron por el pasillo, rumbo a la terapia de grupo. Mirando al horizonte de la puerta todavía abierta quedaron los dos residentes.

- *¿Y bien? ¿Qué vas a poner?* - preguntó el neurólogo acercándole a su compañero el cartapacio terroso de la historia clínica. Tras pensarlo un momento e intentar resumir técnicamente lo que habían presenciado en aquella consulta, desistió. Sólo se le ocurrieron dos palabras.

- *Psicopatológicamente estable...* - recitó mientras garabateaba el evolutivo.

Pero una risa, quizás inmotivada, quiso brotar de él para hacerle justicia al momento. No obstante, se contuvo. Había científicos delante.

En su lugar, el aspirante a alienista simplemente miró a su compañero y añadió:

- *Y el paciente también.*

José Camilo Vázquez Caubet

Residente de Psiquiatría

FUERA DE CONSULTA

SANTIAGO VEGA

→ Como psiquiatra se considera herramienta terapéutica, por lo que para cuidar su mente aprovecha para dedicar su tiempo libre a una pasión que le acompaña desde niño: la gaita.

"Disfrutar de la vida es parte de la salud mental"

■ Rosalía Sierra
Nacido en León y residente en Madrid, su mayor afición la ha definido su ascendencia familiar, procedente de Lugo. Santiago Vega, psiquiatra del Centro de Salud Los Ángeles, en Madrid, y coordinador de la Unidad Docente Multiprofesional

del Área de Gestión Clínica de Salud Mental (ver DM del 19-V-2011), afirma estar enamorado del sonido de la gaita "desde siempre".

¿Cómo nació su afición?

-Cuando era pequeño pasábamos los veranos en Galicia y mis recuerdos de entonces tienen música de gaita.



Santiago Vega, en un festival de música celta junto a sus hijos y un miembro de un grupo escocés.

Fui varias veces al Festival de Ortigueira, en La Coruña, donde vi tocar al grupo Milladoiro -uno de cuyos miembros es psiquiatra-, y me encantó.

¿Cuándo empezó a tocar?

-Curiosamente, tiene relación con mi carrera como médico: mi abuela me regaló mi primera gaita como

Dios manda -gallega y afinada en Do- cuando fui admitido en la facultad de Medicina. Luego pasé toda la carrera practicando en los ratos libres, y como hice el MIR en Asturias, lo primero fue buscar un grupo con el que tocar.

Y desde entonces no ha parado.

-No, siempre he tocado en grupos. Ahora llevo 6 ó 7 años en el mismo, en Madrid. Se llama Banda de Gaitas Lume de Biqueira y tenemos un repertorio entre folk y tradicional gallego, asturiano, escocés e irlandés, aunque también tocamos piezas de otros estilos, desde el Canon de Pachelbel hasta samba.

¿Por qué esa necesidad de agruparse?

-Es agradable formar parte de algo, de un equipo, estar codo con codo con mucha gente buscando un buen resultado común.

¿Es algo aplicable también al trabajo?

-Por supuesto. De hecho, en el ámbito de la salud mental es imprescindible. Nuestro principal reto debe ser mantener la calidad y la continuidad de los tratamientos teniendo siempre al paciente como eje. Para ello debemos gestionar de la mejor manera posible los recursos que tenemos, que son limitados, y resulta fundamental un buen trabajo de equipo.

¿Comparte su afición con su familia?

-No, soy tanto el primer músico como el primer médico.

¿La música es terapéutica?

-Partimos de que la música no le viene mal a nadie; si se tiene un trastorno mental, especialmente si es grave, cualquier interés por el arte, la música, la literatura o el deporte, por ejemplo,

Resulta agradable formar parte de algo, de un equipo, estar codo con codo con mucha gente buscando un buen resultado común

Nuestro principal reto en salud mental debe ser mantener la calidad y la continuidad de los tratamientos teniendo siempre al paciente como eje

resulta beneficioso. Saber disfrutar de la vida es parte de la salud mental.

Eso se aplica también a los profesionales, ¿no?

-Claro. En la unidad docente incluimos como parte de la formación el autocuidado. Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental somos herramientas terapéuticas, por lo que debemos mantener nuestra mente en buen estado, algo para lo que es básico tener distracciones y aficiones como la música.

¿El trabajo le deja tiempo para disfrutar de su afición?

-No demasiado, pero lo aprovecho cuanto puedo. Ensayamos un día por semana, y en casa practico a veces con la flauta, que es menos molesta para los vecinos que la gaita.

Eso sí, sueño con dedicarme plenamente a la música cuando me jubile.

¿Actúan a menudo?

-Participamos en festivales, muchas veces internacionales. El año pasado estuvimos en el de San Patricio, en Dublín, y este año iremos a Escocia. Los festivales son fantásticos, no sólo por tocar allí, sino por todo lo que hay alrededor, lo que se puede ver y aprender de otros grupos y otras culturas.

¿Hay afición fuera de las zonas de influencia celta?

-Sí, sobre todo gracias a la inmigración gallega, asturiana, irlandesa y escocesa, en los festivales y los congresos especializados es posible encontrar grupos de Estados Unidos, Chile, Argentina, Australia y muchos otros países.

BILAXTEN, DEJA ATRÁS LA ALERGIA

- Bilaxten es un nuevo antihistamínico de 2ª generación, no sedante, indicado en el tratamiento sintomático de la rinoconjuntivitis alérgica y la urticaria.¹
- Bilaxten es el primer antihistamínico que recibe las dos indicaciones de forma simultánea en el momento de su aprobación.²
- Bilaxten combina una elevada potencia antihistamínica³ con una seguridad similar a placebo^{2,4}, respetando la vida activa del paciente.^{3,4}
- Bilaxten 20 mg en forma única clara tiene un rápido inicio de acción (1 hora) y mantiene su eficacia durante al menos 24 horas.⁵
- Bilaxten 20 mg no potencia el efecto depresor del alcohol a nivel del sistema nervioso central.⁶
- Bilaxten 20 mg no afecta a la capacidad de conducción incluso a dosis doble de la recomendada.⁷

BILAXTEN
bilastina
Innovación antihistamínica

FASS FARMIA
www.fass.es

¹⁵ Después de 23 números del Boletín contribuyendo a difundir la valiosa actividad asistencial, docente e investigadora de los profesionales del Área de Psiquiatría y Salud Mental (AGC, dispositivos de rehabilitación del Área, Unidades Docentes e investigadores asociados) me permito esta autocitación mostrando parte de mi agenda "no asistencial /no profesional" (los del AGC ya saben de qué va el término). Lo de "resulta agradable formar parte de un equipo, estar codo con codo con mucha gente buscando un buen resultado común" se refiere a todos vosotros... ¡Buen verano!

**Entre varios compañeros hemos construido este número.
Os animamos a enriquecer los siguientes
con vuestro trabajo y creatividad ¹⁶**



¹⁶ **Objetivos del BOLETIN:**

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en los Servicios de Salud Mental del Area del Hospital Universitario 12 de Octubre
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales de los SSM
- **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 (svega.scsm@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 enviado por *e-mail* a cada dispositivo y a quien lo solicite de los profesionales (lista de distribución)