

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

Número 31 – Febrero 2013



- Novedades en la web del AGCPSM. Nueva web en breve -
- **Hospital de Día de Adultos San Juan de Dios de Villaverde** (José M^a Manzano y equipo HdD) -
 - **Protocolos contra la violencia al niño, mujer y anciano** (Luis Agüera) -
- **Taller de la Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica** (Colegio Médicos de Madrid) -
 - 4^a Edición: **"Nuevas perspectivas para el trabajo de Salud Mental"**
(Martín L. Vargas, Antonio Gamboa, Germán Cano, Florentino Moreno Martín) -
- **Novedades en el calendario de Sesiones Clínica de Área 2013** (Angeles Castro) -
 - **Programa Psicoeducativo familiar para TCA** (Elena Gutiérrez) -
 - **"Ni medicalización ni apatognosia: concordia terapéutica"** (Martín L. Vargas) -

1. AGC PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL ¹

- EN BREVE: NUEVA WEB OFICIAL DEL SERVICIO

www.madrid.org/hospital12deoctubre/psiquiatria



- ACTUAL WEB DEL AGCPSM

<http://www.psiquiatria12octubre.org>

Actualizado:

Cuadernos de Salud Mental del 12 – nº 6, Otras Publicaciones y otros apartados.

En “ARTÍCULOS” se anotan las publicaciones INDEXADAS de profesionales del Servicio.

En el apartado “OTRAS PUBLICACIONES”

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

hemos cargado de manera independiente

publicaciones NO INDEXADAS de profesionales y residentes del servicio provenientes de artículos del Boletín, capítulos de Cuadernos, presentaciones de sesiones clínicas, manuales u otros.

Da mayor visibilidad a nuestro trabajo y sirve para el C.V. personal

¹ Portada: Pieter Brueghel “Winter Landscape with a Bird Trap” (1565)

2. OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRICO DE ADULTOS DE SAN JUAN DE DIOS DE VILLAVERDE

FUNCIONES DEL HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día, como dispositivo sanitario integrado dentro de la red de Salud Mental tiene una serie de funciones entre las que caber señalar:

- Atender en forma ambulatoria a personas afectadas por enfermedades psiquiátricas severas y además sirve como una alternativa a la hospitalización breve.
- Prestar tratamiento especializado psicológico, farmacológico y social.
- Permitir la continuidad del proceso de estabilización clínica en el marco de hospitalizaciones de corta estancia, ofreciendo un tratamiento más intensivo del que es posible prestar en la atención ambulatoria especializada (equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria).
- Evaluación del funcionamiento social y discapacidad que permita ofrecer un plan integral de rehabilitación psicosocial. Sirve como escalón inicial para el proceso de rehabilitación.
- Proveer tratamiento de soporte, evitando las interrupciones en el período post–alta desde la hospitalización cerrada.
- Mejoramiento en la adherencia al tratamiento.
- Dar soporte social a familiares y cuidadores (entrega de información, participación y entrenamiento).
- Permitir la observación continua y sistemática de la persona durante un corto período con el fin de aclarar dudas diagnósticas.

OBJETIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día es un dispositivo de soporte para una amplia variedad de problemáticas de carácter sub-agudo y, como tal, ha de centrarse en una serie de objetivos generales y específicos que se presentan seguidamente.

Objetivos generales

- Contribuir a reducir el estigma que tienen las personas con trastorno de la personalidad severo.
- Favorecer la continuidad de cuidados de la persona en el ámbito comunitario.
- Reducir costos respecto a la hospitalización breve (como alternativa y como reductor de la duración)
- Mejorar el costo-efectividad del tratamiento integral en personas con trastorno de la personalidad severo.
- Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación.

Objetivos específicos

- Mejorar la resolución de episodios agudos.
- Prevenir recaídas.
- Disminuir el número y el tiempo de hospitalizaciones breves.
- Mejorar la dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a la persona en tratamiento.
- Mejorar la adherencia a tratamiento.
- Favorecer la prevención y resolución de problemas de salud general no atendidos previamente, muchos de los cuales pudieran actuar eventualmente como causa de descompensación y hospitalización psiquiátrica.
- Favorecer la incorporación de los familiares al proceso terapéutico.

ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN

Los Hospitales de Día, por su naturaleza y ubicación dentro de todo el circuito asistencial, requieren de estrechas coordinaciones tanto internas como externas con otros dispositivos que son fuente y destino de derivación de los pacientes atendidos.

Estas coordinaciones van a comprender un ámbito no específicamente asistencial, pero imprescindible, tanto para el buen funcionamiento del equipo interdisciplinar como para la coordinación con el propio hospital de referencia, así como con dispositivos extrahospitalarios y/o dependientes de Servicios Sociales.

Coordinación externa

En el caso de la coordinación externa nos referiremos, eminentemente, a los dispositivos desde donde se derivan pacientes al hospital de Día y/o por ser dispositivos que pueden exigir una estrecha relación bien sea por reagudizaciones de los cuadros psicopatológicos ingresados en el Hospital de Día o bien para trabajar un posible alta. Estas coordinaciones, por tanto, se darán en el ámbito sanitario con:

- Centros de Salud Mental del Distrito (CSM).
- La/s Unidad/es de Hospitalización Breve (UHB).
- Las Unidades de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) y las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) con la finalidad de fomentar un plan de cuidados en la enfermedad mental grave y duradera con mayor comunicación entre los recursos disponibles.

En nuestro caso plantearemos un encuentro periódico de acuerdo con los profesionales de todos los dispositivos, en el que todos los casos sean tratados y discutidos.

Una vez realizada la indicación el profesional derivante informará del plan terapéutico propuesto para el Hospital de Día (para lo que cuenta con un tríptico informativo) y completa un formulario de derivación, en el que se incluyen datos del diagnóstico, de la historia del paciente, así como los objetivos terapéuticos que se pretenden conseguir.

Tras la recepción de la derivación se notificará al centro derivante la fecha de evaluación y, posteriormente, los resultados de la misma, así como la fecha en la que ingresará el paciente en el Hospital de día. En caso de que se valorase que no procede el ingreso en el dispositivo se notificará igualmente y se propondrán alternativas.

El contrato terapéutico

Dadas las condiciones especiales del tratamiento en Hospitalización parcial ésta se deberá realizar en pacientes con buena motivación para el tratamiento. Los pacientes han de comprometerse a completar el tratamiento en Hospital de Día. Este compromiso se realizará a través de un contrato con las condiciones de tratamiento que habrá de ser firmado en el momento del ingreso en el Hospital de Día

Normativa en el Hospital de Día

Desde el inicio del tratamiento el paciente será informado de las normas generales que rigen en el Hospital de Día, las cuales durante el tiempo que este siendo atendido en el Hospital el paciente se compromete a seguir como normas de obligado cumplimiento. En caso de dudas respecto alguna de las normas a cumplir se pondrá en contacto con su médico responsable. Entre las normas generales a explicar al menos, se han de incluir las siguientes:

1. El horario de permanencia en el Hospital de Día para los usuarios será de lunes a viernes en horario de 09:00 a 16:30 horas.
2. Se realizan dos comidas (desayuno y comida) en Hospital de Día .
3. El desayuno es a las 09:00 horas seguido de 1 tiempo de reposo. La comida es a las 14:00 horas seguida de otro periodo de reposo.
4. Está prohibido el consumo de alcohol o drogas.
5. No fumar salvo en los espacios específicos reservados para ello.
6. No se pueden hacer fotografías, grabaciones visuales o entrevistas al resto de pacientes del hospital
7. Se cumplirán los horarios marcados para las actividades planificadas en el Hospital.
8. Se mantendrán adecuadas condiciones de aseo e higiene personal.
9. Se hará un uso cuidadoso y responsable de las instalaciones y de los materiales comunes del Hospital.
10. Se mantendrá en todo momento una actitud de respeto hacia otros pacientes y profesionales.
11. Serán explicadas las condiciones de tratamiento al inicio de éste. Dichas condiciones que figuran en el contrato terapéutico no pueden ser modificadas por los pacientes y/o los familiares.

PROCESO DE INGRESO, DERIVACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Ingreso

El acceso de los pacientes tendrá lugar por derivación de los C.S.M. y Unidades de Hospitalización Breve previa confirmación del CSM al que pertenezca el paciente. En el primer caso el criterio de derivación fundamental será la insuficiencia del tratamiento de régimen ambulatorio para la solución de un cuadro agudo/subagudo, o de curso tórpido, y en el segundo la necesidad de acelerar la reubicación del paciente en un contexto terapéutico más cercano a su medio socio-familiar.

No se prestará atención a las Urgencias que no pertenezcan a pacientes del Hospital de Día.

Para la recepción de los pacientes será preceptivo un informe clínico donde quede suficientemente justificada la indicación.

Sugerimos la remisión de los siguientes datos por parte del facultativo remitente:

- Equipo y teléfono de contacto.
- Datos administrativos del enfermo.
- Resumen de historia clínica.
- Motivo de remisión.
- Expectativas terapéuticas.

El candidato y sus familiares serán informados de las prestaciones y condiciones para el ingreso, procediéndose a la evaluación por parte del equipo terapéutico y cuando se considere oportuno se procederá a la formalización de un contrato terapéutico.

Alta, derivación y seguimiento

Al alta se remitirá un informe completo al profesional que lo derivó con indicaciones relativas a los distintos aspectos que se han trabajado sobre el enfermo.

La fase de seguimiento se realizará, conforme a las directrices del Plan Regional de Salud Mental, desde los Equipos de Salud Mental de Distrito remitiendo a éstos informe de alta donde se especifiquen los diferentes niveles en los que se ha intervenido así como de las expectativas terapéuticas.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Se dispone de una serie básica de protocolos para el abordaje de los trastornos mas frecuentes en un Hospital de Día, y que serian:

- Protocolo de evaluación
- Protocolo de tratamiento de primeros episodios psicóticos
- Protocolo de tratamiento de trastornos bipolares
- Protocolo de tratamiento de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Protocolo de tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria
- Protocolo de tratamiento de trastornos límites de la personalidad
- Protocolo de tratamiento de patología dual

EQUIPO ASISTENCIAL

- José M^a Manzano Callejo (Psiquiatra. Coordinador)
- Laura Moñino Fernández (Psiquiatra)
- Marta López Martínez-Escandón (Psicóloga Clínico)
- Grace Cañizares Pozo (DUE psiquiátrica)
- Teresa Tomás Pérez (Terapeuta Ocupacional)
- Vanesa Ruiz Manzaneque (Terapeuta Ocupacional)
- Emilio Díaz Sánchez (Auxiliar de Enfermería)
- Cristian Montero Vega (Administrativo)

*Dr. José M^a Manzano y equipo Hospital de Día
Coordinador Hospital de Día Villaverde San Juan de Dios*

3. PROTOCOLOS SOBRE ACTUACION EN CASO DE MALTRATO A LA MUJER, AL NIÑO Y AL ANCIANO

Desde hace varios años existe en nuestro Hospital una Comisión Clínica de manejo y prevención de violencia y maltrato. En la sesión clínica de área del 30 de enero 2013 el Dr. Luis Agüera presentó el trabajo de la misma durante los últimos años.

El objeto de la Comisión contra la Violencia es establecer una pauta de actuación normalizada e integrada para los profesionales del Centro que posibilite una atención integral a la salud de las personas que sufren o han sufrido violencia.

Se trata en primer lugar de sensibilizar a todos los colectivos en relación con pacientes hacia la existencia de este problema. Asimismo se pretende mejorar su detección, dar unas pautas de actuación protocolizadas ante la sospecha o confirmación de dicho maltrato y facilitar la coordinación entre las agentes relacionados con su atención, facilitando también la derivación entre los deferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios y judiciales.

El trabajo reciente de esta Comisión ha sido la elaboración de tres protocolos específicos de actuación ante situaciones de maltrato: son los protocolos de violencia/ maltrato de la mujer, infantil y de ancianos ². Dichos protocolos se encuentran accesibles en la intranet del Hospital para su consulta y aplicación. Durante la sesión se comentaron los protocolos de actuación y se ilustró con casos prácticos su aplicación.

*Dr. Luis F. Agüera Ortiz - Coordinador CSM Carabanchel
Miembro del Grupo de Trabajo Multidisciplinario
Comisión contra la violencia - H.U. 12 de Octubre*



Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid



Fecha de Aprobación por la Dirección: 15 de Febrero de 2011
Edición nº 1



Fecha de Aprobación por la Dirección: 15 de Febrero de 2011
Edición nº 1



Fecha de Aprobación por la Dirección: 15 de Febrero de 2011
Edición nº 1

² Estos 3 protocolos están accesibles para profesionales del AGCPSM desde la intranet del Hospital: <https://12deoctubre/servicios/calidad/protocolos.php> Tras entrar en la Intranet con la clave personal ir al Índice de Contenidos - Calidad-Seguridad del Paciente - desplegar el Menú Principal vertical - Protocolos Multidisciplinarios - Protocolos - Año 2011)

4. RESIDENTES

- EL FORO DEL 12

Para poder acceder a su contenido tenéis que registraros en este link: <http://forodoce.foroactivo.com/>; después seréis autorizados como miembros por uno de los administradores.

- Informa Oficina Regional de Salud Mental:
Rotación Externa de Psiquiatría Legal y Forense

Queridos amigos/as:

Queremos poner en vuestro conocimiento la **oferta de rotación en PSIQUIATRÍA LEGAL Y FORENSE para Médicos Internos Residentes de Psiquiatría de cuarto año**, que brinda el Dr. D. José Luis Medina Amor, Jefe del Servicio de Psiquiatría del **Hospital Central de la Defensa “Gómez-Ulla”**.

Aquellos residentes que estén interesados en realizar dicha rotación, de cuatro meses de duración, podrán hacerlo solicitando la correspondiente **Rotación Externa** según procedimiento normalizado a través de la Agencia Laín Entralgo (forespecializada.ale@salud.madrid.org).

Un cordial saludo.

*Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Hospitales
Servicio Madrileño de Salud
Plaza de Trías Bertrán, 7- 3ª planta
28020- Madrid*

 [91 529 06 19](tel:915290619)  [91 529 06 32](tel:915290632)

 orcsaludmental@salud.madrid.org

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

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

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

LUGAR: ICOMEM, Aula Severo Ochoa

FECHAS: Primeros martes de cada mes, desde febrero a diciembre.

HORARIO: De 19 h a 21 h

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

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

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

PROGRAMA:

5 Febrero 2013: "Lo específico y lo inespecífico en psicoterapia" Prof. González de Rivera.
Deliberador: Prof. Antonio Vela.

5 Marzo: "Psiconeuroendocrinoinmunología" Prof. Antonio Vela. Deliberador: Dr. Carlos Mur.

2 Abril: "Medicina Psicosomática" Dr. Carlos Mur. Deliberador: Dr. Carlos Mingote.

7 Mayo: "Psicofarmacología y psicoterapia" Prof. Jerónimo Saiz. Deliberadores: Prof González de Rivera y Prof. Antonio Vela.

4 Junio: "Psicosis y esquizofrenia" Dr. Miguel Angel Jiménez Arriero.

1 Octubre: "La pericia médico-legal del psiquiatra". Prof. Alfredo Calcedo. Deliberadora: Dra. Crespo.

5 Noviembre: "Detección y Prevención del desgaste profesional del Médico". Dr. Carlos Mingote.
Deliberador: Prof. González de Rivera

3 Diciembre: "La percepción pública del Psiquiatra". Dra. Maria Dolores Crespo

5. RECOMENDACIONES DE COLEGAS

• Instituto ATTI (Cogesín Sanitaria)

Instituto ATTI es un centro de atención a niños, adolescentes y adultos con problemas psicológicos y psiquiátricos que ofrece un diagnóstico integral y un plan terapéutico multidisciplinar. Pertenece a la entidad privada Cogesín Sanitaria, que gestiona el Hospital de Día "Pradera de San Isidro" (con quien nuestro servicio mantiene un acuerdo de colaboración docente) y, hasta Diciembre 2012, el Hospital de Día de Villaverde. Página web: <http://institutoatti.es/>



En este curso nuestros residentes han podido acceder a algunos de sus cursos de formación (como el realizado sobre Manejo Psicoterapéutico del TLP). El Instituto ATTI inicia un extenso programa formativo para profesionales de la Salud Mental en los próximos meses. La información de la programación de los mismos puede consultarse a través de esta página:

<http://institutoatti.es/cursos-de-formación/> . Cursos programados:

- [La entrevista en salud mental infanto juvenil](#)
- [Psicomotricidad](#)
- [Trastornos del espectro autista](#)
- [Introducción a la clínica psiquiátrica en el ámbito socio-sanitario](#)
- [Lectura Winnicott](#)

[Avance cursos 2013-2014](#)

6. Informe de Oferta y Necesidades de médicos especialistas en España 2010-2015

Desde la Comisión de Docencia del Hospital informamos de tramitación final del Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud ³ (las Comisiones Nacionales podrán remitir a través de su Presidente al Consejo Nacional las oportunas opiniones hasta el plazo máximo del 20 de enero de 2013) y el informe de Oferta y Necesidades de médicos especialistas en España, 2010-2025, que lo podéis descargar en el siguiente enlace:

<https://correo.salud.madrid.org/owa/redir.aspx?C=50ea8306590a4d2f98d696f002eda926&URL=http%3a%2f%2fwww.msc.es%2fprofesionales%2fformacion%2fnecesidadEspecialistas%2fdoc%2f11-NecesidadesMEspecialistas%25282010-2025%2529.pdf>

Un saludo.

Secretaría Comisión de Docencia
Hospital Universitario 12 de Octubre
comdocen.hdoc@salud.madrid.org

³ Quien lo desee puede solicitarlo a vega.scsm@salud.madrid.org o al coordinador de Infanto-Juvenil Dr. Espín (carlos.espin@salud.madrid.org). La aprobación de este RD conllevará un nuevo diseño de la docencia de Psiquiatría para las especialidades de Psiquiatría y de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, con dos años de formación troncal común.

- **IV Jornadas de Enfermería de Salud Mental. Comunidad de Madrid –
XXIX Jornadas de Enfermería San Juan de dios**



<http://www.sjd.es/xxixjornadas/inicio.htm>

Día 14 de marzo, jueves

9:30 h. **Presentación de las XXIX Jornadas de Enfermería San Juan de Dios y IV Jornadas de Enfermería de Salud Mental de la Comunidad de Madrid**
Hno. Julián Sánchez Bravo-OH, Superior Provincial de la Provincia Bética de San Juan de Dios
D. Antonio Burqueño Carbonell, Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid
 Modera: D. Álvaro Rivera Villaverde, Gerente de San Juan de Dios Salud Mental Madrid

10:30 h. **Conferencia inaugural. NECESIDADES, DESEOS Y VALORES DEL CUIDAR. UN RETO PARA ASUMIR EL LIDERAZGO ENFERMERO**
Dña. Marta Durán Escribano, Enfermera. Profesora Emérita de la Universidad de Alcalá de Henares
 Modera: Dña. Araceli Rosique Robles, DUE Especialista en Salud Mental del C.S.M. "Francisco Díaz" de Alcalá de Henares

11:30 h. Pausa - descanso

12:00 h. **A. Enfermería de Salud Mental: Líder en la intervención grupal**
Conferencia. ENFERMERÍA EN LAS DINÁMICAS GRUPALES DE SALUD MENTAL
Dña. Pilar Caminero Luna, Coordinadora de Enfermería de la Oficina Regional de Salud Mental
 Modera: Dña. Ana Barragán Tamayo, Enfermera especialista en Salud Mental, Coordinadora del Centro de Día de Salud Mental, CSM Majadahonda

13:00 h. **Comunicaciones Libres**
 Modera: Dña. Alba González Martínez, Enfermera interna residente del CSM de Torrejón de Ardoz

14:30 Comida

16:00 h. **B. Enfermería de Salud Mental: Líder en humanización de los cuidados**
Conferencia. LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL: LIDER EN HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS
Dña. Olga San Martín Ruiz, Supervisora de Enfermería de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Paz
 Modera: D. Pedro Fernández de Velasco Casarrubios, Supervisor de Enfermería San Juan de Dios Salud Mental Madrid

17:00 h. **Comunicaciones Libres**
 Modera: Dña. María Luisa Luna Navarro, Due Especialista en Salud Mental, Centro de Especialidades El Arroyo de Fuenlabrada

Fin de la Primera Jornada

Día 15 de marzo, viernes

10:00 h. **C. Enfermería de Salud Mental: Líder en la innovación**
Conferencia. INNOVANDO EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN
Dña. Ana García Pozo, Enfermera Responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Universitario Gregorio Marañón
 Modera: D. Saul Pérez Rodríguez, Enfermero Especialista en Salud Mental, Responsable del Servicio de Admisión del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos

11:00 h. **Comunicaciones Libres**
 Modera: Dña. Gema Rubia Ruiz, Supervisora de Enfermería de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor

12:00 h. Pausa - descanso

12:30 h. Defensa de pósteres

13:30 h. Conclusiones
 D. Pablo Plaza Zamora, Director de Enfermería de San Juan de Dios Salud Mental Madrid.

14:00 h. **CLAUSURA**
 D. Carlos Mur de Viú, Director Gerente del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.

• Conferencias CosmoCaixa Madrid

Adolescencia truncada. Problemas de los adolescentes actuales

-Del 06/02/2013 al 13/03/2013: CosmoCaixa Madrid, C/ Pintor Velázquez, s/n. 28100 ALCOBENDAS (MADRID)

La adolescencia es un periodo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos y sociales, y que en la actual sociedad se está configurando como un periodo extremadamente largo y lleno de dificultades. En este curso analizaremos diferentes problemas de los adolescentes actuales, centrándonos en su intervención y tratamiento.

Miércoles 6 de febrero, a las 19.30 h

El adolescente disocial. ¿Quién es el enemigo?

¿Cuál es la conexión de los trastornos de conducta en la adolescencia con los procesos psíquicos subyacentes?

A cargo de Ángeles Castro Maso, programa Atención a la Salud Mental de Niños y Adolescentes del distrito de Villaverde, Madrid.

Miércoles 13 de febrero, a las 19.30 h

Depresión y trastornos emocionales. ¿Proceso o resultado?

¿Por qué algunos trastornos se presentan como transitorios y normales y otros se instauran como patológicos?

A cargo de Ana M^a López Fuentetaja, de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Miércoles 27 de febrero, a las 19.30 h

El adolescente ante la enfermedad y el duelo

Ante la enfermedad y el duelo, la fragilidad emocional propia de la adolescencia cobra especial relevancia.

A cargo de Carlos Pitillas Salvá, de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Viernes 8 de marzo, a las 19.30 h

Violencia intrafamiliar: adolescentes que agreden a sus padres

¿Cuáles son los aspectos individuales y las dinámicas familiares que favorecen la aparición de comportamiento violento en los hijos?

A cargo de Íñigo Ochoa de Alda, de la Facultad de Psicología de Donostia, UPV.

Miércoles 13 de marzo, a las 19.30 h

Internet, juegos en línea y redes sociales. ¿Qué son las adicciones tecnológicas?

Repasaremos las denominadas "conductas adictivas", para entender los trastornos derivados del uso de tecnologías de la información y la comunicación.

A cargo de Xavier Carbonell, de la Universidad Ramon Llull de Barcelona.



Coordina: Angustias Roldán Franco. **Precio:** 20,00 € (30% de descuento con la Tarjeta amiga) Plazo de inscripción: del 14 al 25 de enero Reserva y pago on-line: www.laCaixa.es/ObraSocial Plazas limitadas

8. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

• Publicaciones

• Capítulo de libro: Hurtado MA y Del Peso D. **Patología psiquiátrica importante para el médico general**. En: Aguilar F et al (editores). Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª edición. MSD. Madrid, 2012. Acceso con clave dándose gratuitamente de alta en www.univadis.es
http://contenidos.univadis.es/opencms/opencms/manual_12oct/02/18

• Artículo de revista: Bagney A, Rodríguez-Jiménez R, Martínez-Gras I et al. **PARG. Negative symptoms and executive function in schizophrenia: Does their relationship change with illness duration?** Psychopathology. Publicado online en Noviembre 2012: <http://www.karger.com/Article/Pdf/342345>

Solicitud de copia del artículo: alexandrateofila.bagney@salud.madrid.org .

• Artículo de revista electrónica: Ramos J. **Fibromialgia: de la identidad en la nosografía a la rementalización del sufrimiento. Una experiencia de cinco años de trabajo grupal desde una perspectiva intersubjetiva**. Aperturas Psicoanalíticas (2012) 42.

En: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000763&a=Fibromialgia-de-la-identidad-en-la-nosografia-a-la-rementalizacion-del-sufrimiento-Una-experiencia-de-cinco-anos-de-trabajo-grupal-desde-una-perspectiva-intersubjetiva>

• Artículo de revista: López A. **Entrevista a Angeles Torner. Menores y violencia familiar**. Clínica contemporánea (2010) 1,2: 141-7.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2010v1n2a7.pdf>

• Artículo de revista: Amoedo S. **Psicoterapia del trastorno de estrés Postraumático**. Clínica contemporánea (2011) 2,3: 285-92.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n3a4.pdf>

• Artículo de revista: Belloso JJ. **Intervención psicoterapéutica con trastorno mental grave**. Clínica contemporánea (2012) 3,1: 3-23.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2012v3n1a1.pdf>

• Artículo de revista: Esteban A. **Análisis e intervención en una demanda por un adolescente con una dinámica familiar paranoide**. Clínica contemporánea (2012) 3,1: 63-75.

En: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2012v3n1a4.pdf>

9. RECOMENDACIONES DE COLEGAS

• XIX Jornadas AMSM

¡Buenos días,

El próximo 21 de febrero, nuestro proyecto “El huerto de Roberto” participará en las XIX Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental (A.M.S.M), exponiendo su experiencia de trabajo: **“La recuperación llega a las instituciones: personas con enfermedad mental integradas en los equipos de trabajo”**.

Adjuntamos el tríptico de las jornadas con el programa completo, por si fuera de vuestro interés. Un saludo,

María López

Coordinadora de Proyecto El Huerto de Roberto, un huerto urbano

Web: www.fundacionbuensamaritano.es/huerto

Comunicaciones Libres
Envíad vuestras propuestas por mail a: xixjornadasmsm@gmail.com
Plazo de presentación: 15 de enero
Datos a enviar: título, autores, resumen
Tiempo disponible comunicación: 10 minutos
Los autores deben estar inscritos. Se comunicará la aceptación

Organiza  Colabora 

Boletín de Inscripción
Nombre: _____
Centro de Trabajo: _____
E-mail: _____

Modalidad de inscripción
 Profesionales socios de AEN* 100€
 Profesionales no socios 140€
 Profesionales en formación/desempleo socios de AEN* 60€
 Profesionales en formación/desempleo no socios 80€
* Cuotas aplicables a miembros de la AMSM

Forma de pago
Transferencia bancaria a la cuenta: c.c.c. 2038/1071/49/1000056198
Enviar justificante de la transferencia junto a Boletín de Inscripción o Fotocopia del mismo por correo fax/e-mail a:
Elena Gandul, Secretaria de las XIX Jornadas de la AMSM, SSM Getafe, Avda. de los Angeles 53
2º planta, 28003 Getafe (Madrid) • Fax: 91 682 39 11 e-mail: ejornadasmsm@gmail.com

Solicitado el reconocimiento de actividad de interés sanitario.

Ideas para una Salud Mental Crítica y Participativa

jornadas
X Asociación Madrileña de Salud Mental
21, 22 y 23 de febrero de 2013

Centro de Ciencias Humanas y Sociales-CSIC
C/ Albasanz 26-28, Madrid
Metro: Suanuces o Ciudad Lineal

Programa de las XIX Jornadas de la AMSM

Jueves 21 de febrero de 2013

9.00 h. RECOPIDA DE DOCUMENTACIÓN

9.30-11.30 h. PSQUIATRÍA: MÁS ALLÁ DEL ACTUAL PARADIGMA

Philip Thomas, *Psiquiatra y Filósofo, Honorary visiting professor in the Department of Social Sciences and Humanities in the University of Bradford, Professor of Philosophy, Diversity and Mental Health, University of Central Lancashire and Consultant Psychiatrist Bradford District Care Trust.*

Moderador: **Iván de la Mata Ruiz**, *Presidente de la AMSM.*

Discusores: **Alberto Fernández Liria**, *Psiquiatra, Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

Ávaro Múzquiz Jiménez, *Psiquiatra, Ex-residente IPUG de Leganés.*

11.30-12.00 h. Café

12.00 h. ACTO INAUGURAL

12.30-14.30 h. RECUPERACIÓN DE PERSONAS: REHABILITACIÓN DE CONTEXTOS TERAPÉUTICOS Y COMUNITARIOS
Moderadora: **Eva Muñoz Giner**, *Psicóloga Clínica, Centro de Rehabilitación Laboral de Latina.*

- La recuperación llega a las instituciones: personas con enfermedad mental integradas en los equipos de trabajo
Ángel Luis Alzaga Alves y **Susana Trujillo Moya**, *Equipo técnico del Proyecto El Huerto de Roberto (C.R.L. Carabanchel).*
- Recuperación: Servicios que ponen a las personas en primer lugar de atención
Marta Rosillo Herrero, *Psicóloga del CRPS Los Cármenes. INTRES.*
- Intervención comunitaria sin paredes: el medio no es suficiente
Gema Moreno Caro, *Psicóloga y Raquel Soto Redondo*, *usaria, CRPS de Latina, Grupo 5.*

17.00-19.00 h. TRABAJANDO EN TIEMPOS DÍFICILES

Moderadora: **Mª Luz Ibáñez Indurria**, *Psicóloga Clínica Centro de Salud Mental de Alcobendas.*

- Situación de la Red de Centros de Salud Mental de Madrid
- Programa de interconsulta en Atención Primaria y Área Única
Francisco González Aguado, *Psiquiatra Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares.*

- Situación de la Red de los Centros de Salud Mental de Madrid. Época de transformación
Javier Guindeo Mendicuti, *Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Navalcarnero*
- El programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUC): el desconocimiento de lo básico
Pedro Cuadrado Callejo, *Psiquiatra CSM Vallecas VIB.*
- Sanidad pública y privada, fondos, formas y porqués
Javier Padilla Bernaldez, *Médico de Familia, Sevilla.*

19.30-21.00 h. ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Viernes 22 de febrero 2013

9.00-10.30 h. COMUNICACIONES LIBRES

Moderador: **José Morales Zamorano**, *Psiquiatra.*

10.30-11.00 h. Café

11.30-13.30 h. ALTERNATIVAS A LA PSQUIATRÍA

Peter Lehmann, *Pedagogo Social, Cofundador y ex-Presidente de la Red de (ex)-usuarios y sobrevivientes de la Psiquiatría (ENUSP), Doctor Honorario de la Escuela de Psicología de la Universidad Aristóteles de Tesalónica, Director de la Editorial Peter Lehmann Publishing en Berlín.*

Moderador: **Mariano Hernández Monsalve**, *Psiquiatra, CSM de Tetuán.*
Discusores: **Margarita Rullas Trincado**, *Psicóloga Clínica, Directora Centro de Rehabilitación Psicosocial, Equipo de Apoyo Social y Comunitario y Psicopedagogo, Hospital de San Fernando de Henares.*
Ana Moreno Pérez, *Psiquiatra, Hospital Universitario Príncipe de Asturias.*

13.30-14.30 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA

Otra Historia para otra psiquiatría: la perspectiva del paciente
Rafael Huertas García-Alejo, *Profesor de Investigación, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.*
Presenta: **Olga Villasante Armas**, *Presidenta de la Sección de Historia de la AEN.*

De: maria.lopez@fundacionbuensamaritano.es [maria.lopez@fundacionbuensamaritano.es]

Enviado el: martes, 15 de enero de 2013

Para: elhuertoderoberto@yahoo.es

Asunto: Siembra futuro para las personas con enfermedad mental

Buenos días,

“El huerto de Roberto” está participando en la plataforma de **microdonaciones de la “Fundación Hazlo Posible”**, siguiendo con su línea de trabajo habitual de búsqueda de autofinanciación para sus actividades: visitas guiadas, talleres sobre vida sana, creación de huertos, etc.

Queremos recaudar 1.500€ para seguir dándole **continuidad a los puestos de trabajo creados para personas diagnosticadas de un trastorno mental** y seguir **fomentando una imagen realista del colectivo**.

¿Nos ayudas con nuestra labor?. Además, con tu colaboración entrarás directamente a formar parte del **“Club de socios de El huerto de Roberto”**, beneficiándote de todas sus ventajas: boletines digitales, invitación a eventos, obsequios, etc. ¡Necesitamos vuestra ayuda!, ya que de no conseguir el total de la cuantía, todas las donaciones serán devueltas a sus respectivos donantes y no llegará nada de ayuda al Proyecto.

Nos gustaría que entre todos, pudiéramos darle la mayor difusión posible.

Muchas gracias,

<http://microdonaciones.hazloposible.org/proyectos/detalle/?idProyecto=43>

The screenshot shows the 'Siembra futuro para personas con enfermedades mentales' project page on the 'Hazlo Posible' microdonaciones platform. The page features a header with the 'Hazlo Posible' logo and navigation links. The main content area includes a photo of a greenhouse, the project title, and a progress bar showing 125€ raised out of a 1,500€ goal. A 'DONAR' button is prominently displayed. Below the progress bar, there are social media sharing options and a 'Últimas microdonaciones' section.

María López

Coordinadora de Proyecto

El Huerto de Roberto, un huerto urbano
Camino de los Ingenieros, 13 (28047 Madrid)
Telef. 91.525.21.40 Fax: 91.462.36.52

e-mail: maria.lopez@fundacionbuensamaritano.es

Web: www.fundacionbuensamaritano.es/huerto



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

Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil en horario de 13.30 a 15.00 h, salvo las EXTRAORDINARIAS, que empiezan a las 13.00 h. para facilitar la conexión por vídeoconferencia a otros centros

• Novedades en el calendario de Sesiones Clínicas de Area

Estimado compañero:

Te envío este correo para comunicarte algunas novedades relativas al programa de las sesiones clínicas del Área (adjunto archivo)

Como verás se han introducido algunas modificaciones respecto a los contenidos habituales de nuestras sesiones clínicas, cambios que responden sobre todo a iniciativas que algunos de vosotros me habéis hecho llegar, y que confío sigáis haciendo. Además, por las circunstancias acaecidas en los últimos dos meses y que todos conocemos, sabéis que se han suspendido 3 sesiones clínicas y una conferencia de Nuevas Perspectivas y que para no perder, hemos reubicado en el próximo calendario.

Quizás por múltiples razones, es verdad que se echa en falta la asistencia de muchos de vosotros a las sesiones clínicas, por ello y con el deseo de consolidar ese espacio como lugar común, hemos pensado introducir estos cambios que esperamos contribuyan a acercarnos un poco más a ese objetivo.

En ese sentido, de cara a dinamizar algo más los contenidos de las sesiones y para que estos puedan incluir las propuestas que vayan surgiendo por vuestra parte, los próximos programas de las sesiones clínicas serán trimestrales. Es muy importante que los profesionales que vayáis a hacer alguna presentación, me enviéis con suficiente antelación un extracto de la misma o comentario y si es posible, ya que sería de gran utilidad, alguna reseña bibliográfica. Esto permitiría hacer llegar información algo más extensa y con tiempo suficiente, al resto de compañeros.

Quiero aprovechar esta ocasión para agradecer a los compañeros que han presentado las sesiones a lo largo del año, el tiempo y el esfuerzo que todos sabemos que supone esa tarea, además del reconocimiento por la calidad de sus presentaciones de las que todos nos hemos beneficiado.

A todos muy feliz 2013

Un saludo,

*Angeles Castro Masó
Coordinadora Formación Continuada y Docencia*

• **Calendario Sesiones Clínicas de Area - 1º trimestre 2013**

ENERO 2013

9 Infanto-Juvenil CSM Guayaba

16 Sesión Clínica extraordinaria – Dr. Martín L.Vargas

Neurociencia clínica. El giro conexionista de la Psiquiatría. **Martín L. Vargas**. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Segovia. Experto en investigación sobre neurociencia cognitiva de los trastornos psicóticos.

23 CSM Usera

30 Comisión Clínica contra el Maltrato HU 12 Octubre

FEBRERO 2013

6 Rehabilitación de roles parentales en mujeres con TMG – D^a Margarita Arrullas

13 Unidad Infanto-Juvenil

20 Sesión Clínica extraordinaria – Dr. Antonio Gamboa

El caos determinista o la recuperación de la libertad. **Antonio Gamboa**. Ingeniero químico, Doctor en Física. Institute de Science Moleculaires d'Orsay.

27 Unidad Docente de Psicoterapia (sesión del residente)

MARZO 2013

6 Sesión Clínica extraordinaria – Prof. Germán Cano

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

13 CSM Villaverde

20 Sesión Clínica extraordinaria – Prof. Florentino Moreno Martín

El cine: una herramienta para el profesional de Salud mental. **Florentino Moreno Martín**. Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la UCM. Coordinador de investigación y docencia sobre Psicología social del conflicto y la violencia.

10. ECOS DE LAS SESIONES CLINICAS DE AREA

• Programa Psicoeducativo Familiar en TCA (Dra. Elena Gutiérrez)

Evaluación y Abordaje terapéutico en Mujer Adulta diagnosticada de TCA. : “Programa Psicoeducativo Familiar para Trastornos del Comportamiento Alimentario”⁴

Elena Gutiérrez^{1*}, Ana R. Sepúlveda², Dimitra Anastasiadou²,
Gracia Córdoba^{1*} y Cristina Medina-Pradas²

¹ Centro de Salud Mental Usera, Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

² Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.

Introducción

Las enfermedades crónicas, tales como los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), dependen en gran medida de la capacidad de los miembros de la familia para asumir, afrontar y mantener su papel de cuidadores (1). Los cuidadores familiares brindan una constante atención a costa de su propia salud física y mental, y los efectos de la enfermedad alteran su rutina y clima familiar de forma intensa (2-6).

La Guía Nacional Sanitaria (7), responsable de promover el tratamiento eficaz en los trastornos mentales, recomienda que la familia debe ser incluida en el tratamiento de los TCA. En general, la evidencia apoya la utilidad de las intervenciones con la familia en los TCA dirigidas a la calidad de vida de los cuidadores y, a su vez, pueden resultar en mayores beneficios para los pacientes.

Un tipo de intervención familiar son los programas psicoeducativos grupales, impartidos de forma independiente al tratamiento del paciente. Los programas psicoeducativos suelen combinar la información o educación sobre la enfermedad (síntomatología, etiología, evolución, tratamientos, importancia del estrés ambiental/familiar, etc.) con algún tipo de abordaje de resolución de problemas. Para algunos trastornos, como esquizofrenia o trastorno bipolar, se han desarrollado multitud de programas psicoeducativos y estudiado ampliamente sus consecuencias beneficiosas tanto en familiares como en la evolución de la enfermedad de los pacientes, en su tasa de recaídas o en la adherencia al tratamiento (8). Sin embargo, para TCA el desarrollo de programas

psicoeducativos ha sido más reciente. Sólo se han encontrado cinco programas para familiares tras una búsqueda exhaustiva de la literatura (9-13), de los cuales sólo tres evalúan su impacto.

Además, existe escasa información sobre ensayos clínicos basados en este tipo de intervención grupal familiar en TCA (14), por lo que no se puede determinar que un programa psicoeducativo específico sea superior a otro.

En el presente trabajo, presentamos el desarrollo de un nuevo programa estructurado grupal dirigido específicamente a familiares de pacientes con un TCA. Este Programa Psicoeducativo Familiar comenzamos a diseñarlo y a utilizarlo en el 2011 en el CSM de Usera como resultado del deseo de seguir aprendiendo, comprendiendo y mejorando en nuestra práctica clínica e integrar la investigación en el ámbito de nuestro trabajo clínico en el CSM de Usera.

Está constituido de 6 sesiones-talleres de dos horas de duración cada una llevadas a cabo quincenalmente en el plazo de 3 meses. Y Se ha desarrollado un manual y material en formato diapositivas *power point* para cada sesión, de forma estructurada como apoyo para trabajar en cada sesión-taller de padres

El programa fue desarrollado por los autores, en base principalmente al modelo de Fairburn et al. (15) para pacientes con TCA que ha demostrado una excelente eficacia (16) y se ha adaptado a los familiares. Y se ha seguido la estructura y las dinámicas del nuevo modelo colaborativo familiar de Treasure et al. (11) (Programa Psicoeducativo Familiar de Maudsley).

Este programa se construyó para formar parte del proyecto de investigación en el que se compara el Programa Psicoeducativo reseñado con el Programa Psicoeducativo Colaborativo Familiar de Maudsley. Este estudio fue revisado y aprobado por la Comisión de Investigación del Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre. Se obtuvo el consentimiento informado de los familiares y los pacientes.

Dejamos resumido en la tabla 1 el “Programa Psicoeducativo Familiar para TCA” y en la sesión clínica explicamos y mostramos sus objetivos y contenido, así como parte de los resultados del estudio de investigación.

⁴ Trabajo presentado en la sesión clínica de área del 23 de Enero 2013 (Dra. Elena Gutiérrez – CSM Usera)

Tabla 1. Descripción del “Programa Psicoeducativo Familiar para Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)”

MÓDULO I: EL TCA

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN DE LOS TCA

¿Qué es un TCA?

- ✓ Diagnóstico y características generales
- ✓ Subtipos. Externalizar la enfermedad (“falsa amiga”)
- ✓ Prevalencia y epidemiología
- ✓ Curso y pronóstico

SESIÓN 2. CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL TCA

- ✓ Consecuencias psicológicas
- ✓ Consecuencias sociales/familiares
- ✓ Consecuencias físicas y riesgos para la salud

MÓDULO II: CÓMO SE PRODUCE EL TCA

SESIÓN 3. ¿CÓMO SE EXPLICA? (I): CAUSAS ASOCIADAS AL TCA

Modelo Multicausal del TCA

- ✓ Mitos y realidades sobre el TCA
- ✓ Factores predisponentes
- ✓ Factores precipitantes
- ✓ Factores mantenedores

SESIÓN 4. ¿CÓMO SE EXPLICA? (II): FACTORES DE MANTENIMIENTO

Modelo Transdiagnóstico del TCA

Perspectivas psicoanalíticas y relacional sistémica

- ✓ Preocupaciones extremas sobre el cuerpo y el peso
- ✓ Dieta extrema
- ✓ Comer compulsivamente
- ✓ Función del síntoma del TCA: Regulación emocional a través de los síntomas

MÓDULO III: TRATAMIENTO DEL TCA

SESIÓN 5. ¿CÓMO PUEDO AYUDAR YO?

Hijos y Padres frente a la enfermedad

- ✓ Padres ante el TCA
 - Proceso de motivación al cambio
 - Líneas generales de afrontamiento
- ✓ Hijo enfermo ante el TCA
 - Vómitos auto-inducidos
 - Mal uso de diuréticos y laxantes
 - El ejercicio físico en el TCA: Sobre-ejercicio vs. Ejercicio supervisado
- ✓ Relación entre padres e hijos ante el TCA
 - Ciclos de interacción en torno a la Emoción Expresada

SESIÓN 6. ¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS PROFESIONALES?

Recursos Públicos para el tratamiento del TCA

- ✓ Contexto de tratamiento
 - ✓ Coordinación multidisciplinar
 - ✓ Red de tratamiento
 - ✓ Niveles de cuidado
 - ✓ Niveles de atención
 - ✓ Tratamiento psicofarmacológico
 - ✓ Tratamiento psicoterapéutico
-

Para terminar señalar que los hallazgos de este estudio sugieren que el “Programa Psicoeducativo Familiar para TCA” es aceptable, viable y rentable en cuanto a coste/beneficios para asumirlo de forma estandarizada como parte del tratamiento de las familias que acuden a un dispositivo de Salud Mental pudiendo servir de complemento a la intervención individual de los pacientes, ya que esta intervención puede ayudar tanto a cuidadores a cargo de una persona con un TCA en tratamiento ambulatorio como al propio enfermo.

Referencias

1. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*. 1987;150:285-92.
2. Highet N, Thompson M, King RM. The Experience of Living with a Person with an Eating Disorder: The Impact on the Carers. *Eat Disord*. 2005;13(4):327-44.
3. Sepulveda AR, Kyriacou O, Treasure J. Development and Validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) for Caregivers in Eating Disorders. *BCM Health Serv Res*. 2009;9:171. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-171>
4. Sepulveda AR, Graell M, Berbel E, Anastasiadou D, Botella J, Carrobbles JA, et al. Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(1):e78-84.
5. Martin J, Padierna A, Aguirre U, Quintana JM, Hayas CL, Munoz P. Quality of life among caregivers of patients with eating disorders. *Qual Life Res*. 2011;20(9):1359-69.
6. Padierna A, Martin J, Aguirre U, Gonzalez N, Munoz P, Quintana JM. Burden of caregiving amongst family caregivers of patients with eating disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(1):151-61.
7. Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto-juvenil. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
8. Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Fam Ther*. 2012;38(1):101-21.
9. Geist R, Heinman M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatr*. 2000;45(2):173-8.
10. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Vloet T, Hagenah U. Group Psychoeducation for Parents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program. *Eat Disord*. 2005;13(4):381-90.

11. Sepulveda AR, Lopez C, Todd G, Whitaker W, Treasure J. An Examination of the Impact of Maudsley Eating Disorder Collaborative Care Workshops on the Well-Being of Family Members: A Pilot Study. *Soc Psych Psych Epid*. 2008;43(7):584-91.
12. Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki SI, Someya T. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr Psychiat*. 2001;42(2):132-8.
13. Zucker NL, Ferriter C, Best S, Brantley A. Group parent training: a novel approach for the treatment of eating disorders. *Eat Disord*. 2005;13:391-405.
14. Goddard E, Macdonald P, Sepulveda A, Naumann U, Landau S, Schmidt U, et al. Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *Br J Psychiatry*. 2011;199(3):225-31.
15. Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 2008.
16. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*. 2009;166(3):311-9.
17. Toro J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel, 1996.
18. Lask B, Frampton I. *Eating disorders and the Brain*. Chichester: John Wiley and Sons, 2011.
19. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-Based Treatment for adolescents with Eating Disorders: A systematic Review and Meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013;46:3-11.

• A propósito de la conferencia del Dr. Vargas

Reseñamos a continuación uno de los trabajos del Dr. Martín L. Vargas para refrescar sus interesantes y originales reflexiones sobre la “concordia terapéutica”, la “apatognosia” y la medicalización del malestar, el papel de la psicología clínica en la atención al malestar y la psiquiatría en las enfermedades psiquiátricas, la formación en neurociencias y otras que nos sugirió en su Sesión Clínica del pasado 16 de Enero de 2013.

Nos remitió posteriormente alguna bibliografía de interés, que puede solicitarse en pdf a Angeles Castro o a Santiago Vega. Nos remite el Dr. Vargas:

- Un artículo resumen de la teoría de cognitos de Fuster (con copyright) y otro similar en español y de acceso abierto:
 - o Fuster JM. The cognit: A network model of cortical representation. Int J Psychophysiology 2006; 60: 125-36.
 - o Fuster JM. El paradigma reticular de la memoria cortical. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 3): S 3-10.
- Vargas ML. Ni neurología desalmada ni psiquiatría descerebrada: neurociencia clínica. Kranion 2012; 9: 11-5.
- Vargas ML. Ni medicalización ni apatognosia: concordia terapéutica. A tu salud 2012; 77: 3-6.
- El link a un libro de acceso abierto sobre esquizofrenia en el que escribimos un capítulo sobre metacognición (cap 5). Es muy interesante otro capítulo, del grupo de Rafael Penadés sobre Cognitive Remediation Therapy (cap 4) <http://www.intechopen.com/books/schizophrenia-in-the-21st-century>
- La dirección de un sitio web sobre Mario Bunge, que es el principal filósofo de la ciencia en el que me basé: <http://mariobunge.com.ar>.

Nos invitó también a la **Sección de Neurociencia Clínica**⁵ puesta en marcha en la AEN en Junio 2012.

⁵ Entendemos por neurociencia clínica la ciencia traslacional que aplica el conocimiento de la neurociencia cognitiva, de la patología cerebral y del método clínico en el tratamiento de las enfermedades cerebrales que se manifiestan con trastorno mental. La Sección de Neurociencia Clínica de la AEN se constituyó en junio de 2012 con el objetivo de fomentar este intercambio de conocimiento, El principal postulado que acepta la sección es la solución monista al “problema mente-cuerpo”. Aceptamos que lo que se entiende comúnmente por mente es una función emergente altamente evolucionada del cerebro de los humanos, que probablemente existe incipientemente también en otros mamíferos superiores. La socialización, la cultura y el lenguaje son elementos imprescindibles para la emergencia de la mente. Como consecuencia del axioma monista entendemos que el concepto de “enfermedad mental” como complementario al de “enfermedad somática” es inexacto y por ello debería abandonarse en el diálogo científico. Como alternativa proponemos el uso más exacto del concepto “enfermedad cerebral con trastorno mental”, aceptando que no todos los trastornos mentales se deben a enfermedad cerebral y que no todas las enfermedades cerebrales cursan con trastorno mental. La sección se ha gestado en el Seminario de Neurociencia Clínica de Segovia (2011 “En torno a la dopamina”; 2012 “En torno a la glía”; 2013 “Conectividad neuronal”) y gracias a los simposios sobre neurociencia celebrados en las jornadas de la AEN en León en 2011 “Una invitación a la Neurociencia Clínica” y Tenerife 2012 “Neurociencia clínica del apego”. Están invitados a participar en la sección todos los clínicos del cerebro: psiquiatras, neurólogos, psicólogos, neurofisiólogos y el largo etcétera de profesionales diversos que conforman el campo de la salud mental. Igualmente, los neurocientíficos básicos serán muy bien recibidos (En: https://www.aen.es/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=448&Itemid=148).

Presidente: Martín L. Vargas Aragón. Secretario: Guillermo Lahera Forteza. Si deseas pertenecer a la sección envía un correo a aen@aen.es

NI MEDICALIZACIÓN NI APATOGNOSIA: CONCORDIA TERAPÉUTICA

Martín L. Vargas

Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Segovia.



INTRODUCCIÓN

El modelo positivo de salud como estado de bienestar biológico psicológico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad, se acepta hoy en día como marco teórico para los modernos sistemas de salud. Y así, la promoción de la salud y la prevención primaria acompañan en nuestras carteras de servicios a las prestaciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras. Al recordarnos la OMS que la salud es más que la mera ausencia de enfermedad, podemos diferenciar al menos dos dimensiones de la salud: una negativa o de ausencia de enfermedad y una positiva o de bienestar. Sin ausencia de enfermedad y sin presencia de bienestar no hay salud. Podemos simbolizar esta formulación como: si "No Enfermedad" (NE) y Bienestar (B), entonces Salud (S), o bien:

$$NE \& B \Rightarrow S$$

Esta visión positiva ha resultado muy útil para la promoción de la salud. Pero

RESUMEN

De la medicalización del malestar a la concordia terapéutica en la enfermedad. Los modelos de Salud como marco teórico que orientan la planificación sanitaria y sobre todo la asistencia ;en concreto: salud como bienestar ;pueden conducir a errores o falacias con repercusiones teóricas y prácticas, como ha sido la creciente medicalización del malestar en la vida diaria ;temores de identificación de fiabilidad en el diagnóstico con validez del mismo ;(prueba de ello es la clasificación DSM). Frente a la medicalización, el autor propone el término "concordia terapéutica" en la enfermedad y establece la necesaria distinción entre la narración patoplástica, de la narración del malestar. Añade el término apatognosia para indicar el olvido de muchos profesionales de conocer y asumir en su actividad el sufrimiento del paciente. Se hace necesaria una forma de trabajo. A través del dialogo clínico se construirá una narración compartida desde el conocimiento fisiopatológico médico y la experiencia del enfermo de su enfermedad; planteando unos objetivos significativos tanto para el médico como para el enfermo. Esta dinámica supone, por una parte la aceptación de la responsabilidad personal en la propia curación; y, por parte del profesional, además del conocimiento y diagnóstico de la enfermedad; la empatía será el mejor garante ético de una buena medicina .

SUMMARY

Medicalization or apatognosia: therapeutic concordia

Of the medicalization of discomfort for therapeutic Concord in disease. Models of health as a theoretical framework to guide health planning and above all assistance; specifically: health and wellness; may lead to errors or falsehoods with theoretical and practical implications; as it has been the growing medicalization of discomfort in daily life; errors of identification of reliability in the diagnostic validity of the same.(prueba de ello es la clasificación DSM) In response to the medicalization, the author proposes the term "therapeutic concordia" in disease and makes the necessary distinction between narrative patoplástica of the narration of the discomfort. The term apatognosia Añade to indicate the neglect of many professionals know and assume in their activity the suffering of the patient. A form of work is required. Through the dialogue clinical will be constructed a narrative shared from pathophysiological medical knowledge and experience of the sick man of his disease; pose significant targets for both the doctor and patient this dynamic represents, on the one hand the acceptance of personal responsibility in the own healing; and by the professional, as well as knowledge and diagnosis of the disease; empathy is the best ethical guarantor of good medicine .

también puede ser responsable de dos tipos de falacias o errores lógicos, que son irresolubles por la incoherencia de su formulación. La respuesta a una falacia no es sí o el no, sino acaso una tercera opción que indicara la inadecuación de la pregunta. El castellano coloquial reserva el uso del "velay" para tales ocasiones. Su solución pasa, no por buscar nuevas respuestas, sino por reformular las preguntas. Formulamos de esta manera dos falacias de salud (FS):

$$FS1: AB = E$$

$$FS2: AE = B$$

FS1 consiste en la identificación de la ausencia de bienestar con la enfermedad. Es decir, la identificación de malestar (M) y enfermedad. Así, podemos reformular FS1 como:

$$FS1: M = E$$

La falacia FS1 es responsable de la creciente medicalización de las adversidades de la vida diaria, por la que se busca solución sanitaria al malestar personal de causa no patológica. Llamaremos a FS1 "medicalización del malestar".

FS2 consiste en equiparar la ausencia de un diagnóstico, o incluso el diagnóstico positivo de una ausencia de enfermedad, con la salud. FS2 se pone de manifiesto cada vez que el médico le dice al paciente "no se queje usted, que no tiene nada". Llamaremos a FS2 "apatognosis".

En el presente artículo se propone la "concordia terapéutica" como el proceso constructivo mediante el que se definen los objetivos personales de salud. En un marco de concordia terapéutica se concibe la salud como un objeto unitario que incluye dos perspectivas, una del paciente (malestar o bienestar) y otra del médico (enfermedad o no). Se propone que el marco de concordia terapéutica es útil para evitar tanto la falacia de la medicalización como la de la apatognosis. Se propone igualmente que la concordia terapéutica puede ser útil para la atención a pacientes, sean estos enfermos o no.

1. MEDICALIZACIÓN DEL MALESTAR

En castellano existen dos palabras que se refieren a la persona que precisa ayuda médica. Enfermo (del latín "infirmus") es la persona que padece enfermedad y se refiere en su raíz al que no está firme, al que es vulnerable. Por el contrario, paciente (del latín "patiens, -entis", de pati, padecer, sufrir) es la persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Si bien ambas palabras suelen utilizarse como sinónimos, reflejan las dos dimensiones presentes en la definición de salud: **la de enfermedad y la de estado subjetivo de malestar**. De manera similar, en inglés se diferencia "illness" (referido al sufrimiento, al paciente) y "disease" (referido a la entidad nosológica, al enfermo) (1). **En la medicalización se identifica paciente con enfermo y se acepta erróneamente que todo aquel que sufre es un enfermo. Pero no todos los pacientes están enfermos ni todos los enfermos se sienten pacientes.**

El concepto de enfermedad es un constructo. Tiene su núcleo en mecanismos patogénicos reales que modifican el equilibrio de los sistemas biológicos, perjudicando al organismo que los padece y llegando a veces hasta su muerte.

Sobre este núcleo patogénico se construye una vivencia patoplástica en forma de una narración idiosincrásica de cada paciente.

Por otra parte, la comunidad científica médica agrupa los objetos patogénicos y sus manifestaciones patoplásticas en objetos consensuados, a los que llamamos enfermedades o entidades nosológicas. De tal forma que podemos diferenciar tres elementos: a) las regularidades patogénicas, que son objetos de la naturaleza, b) la narración patoplástica, que es un constructo propio de cada paciente y que da sentido personal a las consecuencias del proceso patogénico y c) la enfermedad o entidad nosológica, que es un constructo de la comunidad científica.

1.1. ENFERMEDADES MENTALES Y VULNERABILIDAD A LA MEDICALIZACIÓN

Por "medicalización" entendemos la **búsqueda de soluciones en el sistema de salud para el malestar derivado de los problemas de la vida inherentes a la condición humana (2)**. De entre todas las enfermedades, las llamadas enfermedades mentales son el grupo más vulnerable a la falacia de la medicalización. Esto se debe a su indefinición ontológica, ya que se asigna un atributo impropio (enfermedad) a una función del cerebro, que es la mente. Desde una acepción dualista se considera que cerebro y mente son dos realidades relacionadas pero ontológicamente diferenciadas y se acepta que, de igual manera que las enfermedades pueden afectar al cerebro, también pueden afectar a la mente. Implícitamente, esta perspectiva acepta que en la mente se pueden producir procesos patogénicos. La psicobiología, por el contrario, concibe la mente como una función altamente evolucionada del cerebro (3). El cerebro es la estructura y la mente es la función, de la misma manera que el aparato locomotor es la estructura y el movimiento es la función. La mente es la propiedad emergente del cerebro humano que surge cuando los seres humanos interactúan. Da lugar a sistemas simbólicos de relación de los humanos entre sí y consigo mismos. Las alteraciones de la función (es decir, los trastornos) ayudan a reconocer los procesos patogénicos pero no son propiamente procesos patogénicos. **Los procesos patogénicos son atributos del cerebro de la misma manera que los procesos patoplásticos son atributos de la mente.**



Cada vez se busca más una respuesta terapéutica al malestar psicológico. La experiencia subjetiva de pérdida de salud por malestar corporal o mental tiende ahora a asimilarse a enfermedad. La prescripción creciente de antidepresivos y ansiolíticos para intentar resolver este malestar es una consecuencia de ello. Por otra parte, surgen trastornos que pretenden participar del determinismo característico de los procesos patogénicos. La falacia de la medicalización se pone de manifiesto, por ejemplo, cuando se atribuye entidad nosológica a narraciones como el llamado "síndrome postvacacional". En este último caso el malestar no obedece a una etiología determinista biológica sino que se explica mejor como una construcción de la persona afectada, dotada de intencionalidad, en la que ella es a la vez parte de la causa así como de la resolución del problema. **Las entidades nosológicas, las enfermedades en sentido estricto, son regularidades de la naturaleza que la ciencia médica va conociendo mejor a medida que profundiza en sus mecanismos fisiopatológicos. Pero el malestar no debe abordarse de esta manera, se trata en este caso de una construcción del enfermo, dotado de una intencionalidad explícita o implícita, y por lo tanto no explicable sino comprensible.**

2. CRECIENTE EXPRESIÓN PSIQUIÁTRICA DEL MALESTAR

Por otra parte, el enfoque positivista de la salud mental ha cometido el error de identificar fiabilidad en el diagnóstico con validez del mismo. No podemos culpar al DSM de ello. **La clasificación DSM pretende ser, y así lo dice explícitamente, un manual para el reconocimiento fiable de trastornos mentales. Nótese que se refiere a trastornos y no a enfermedades, pues el DSM no hace atribuciones patogénicas.** Por ello, las entidades reconocidas en el DSM no pueden considerarse bajo ningún concepto enfermedades. **Son una clasificación no sistemática, sino puramente empírica, de formas**

de malestar psicológico, llamados **trastornos**. El estudio del manual diagnóstico y estadístico permite reconocer los trastornos con una alta fiabilidad entre observadores. Sufrir un trastorno mental no supone necesariamente padecer una enfermedad. Sólo una parte de los trastornos mentales son atribuibles a enfermedad cerebral (por ejemplo la esquizofrenia o el trastorno bipolar); la otra parte derivan del malestar psicológico (por ejemplo los trastornos por adaptación).

Al igual que los procesos patoplásticos, el malestar se expresa y comunica también formando un sistema narrativo, y por lo tanto comprensible, que en este caso, mejor que patoplástico, podemos denominar directamente "narración del malestar". A veces la narración del malestar mimetiza conformaciones patoplásticas. Se busca así obtener los beneficios del rol de enfermo, especialmente el de ubicación de la causa de malestar fuera del control del sujeto. Se trata, pues, de un fenómeno de mimetización de conductas relacionadas con la enfermedad, utilizado como mecanismo de afrontamiento de conflictos interpersonales. La medicina actual ha procurado un avance importante de exploraciones complementarias que permiten objetivar disfunciones en los distintos órganos y sistemas. Incluso los potenciales evocados y la electromiografía permiten objetivar la disfunción de los sistemas sensoriales y motores. La mimetización de sistemas patoplásticos ahora sólo tiene ciertas posibilidades de éxito cuando éstos se refieren a los síntomas emocionales o cognitivos propios de las enfermedades cerebrales psiquiátricas. De ahí la creciente expresión psiquiátrica del malestar. Probablemente a medida que el rol social de enfermo pierda algunas de sus actuales ventajas la narración del malestar adopte otras temáticas (el excluido social, el grupo étnico minoritario, el genio incomprendido u otras). La fluidez e inestabilidad del sujeto postmoderno facilitará este cambio.

La actitud del paciente ante el sufrimiento de una enfermedad es de aceptación y colaboración para la curación, pero no de responsabilización respecto a la causalidad. En el caso de las enfermedades el lugar (locus) de control de la causa es externo al paciente. Por el contrario, los trastornos debidos a malestar no son objetos de la naturaleza sino construcciones del sujeto. La aceptación de un locus de control externo al sujeto impediría la resolución del mismo incrementando así el círculo vicioso del malestar. **Ahora bien, la sugerencia a un paciente que sufre**

malestar psicológico, pero que piensa que sufre una enfermedad, de que una parte importante de la solución del problema está en él se percibe como una agresión del médico hacia el paciente, pues es incoherente con el rol de ausencia de responsabilidad propio de la condición de enfermo.

3. APATOGNOSIA

Un aforismo clásico de la medicina afirma que "no existen enfermedades sino enfermos". Se pretende así poner de manifiesto la importancia de la personalización de la medicina, lo cual es bueno. No obstante, se corre el riesgo de caer en un relativismo nosológico y olvidar que las enfermedades obedecen a objetos de la naturaleza realmente existentes y que forman el núcleo patogénico de la entidad nosológica. Sobre ella, la conformación patoplástica modela la forma final de la enfermedad, reconocible gracias a la pericia del médico pero exclusiva y personal de cada enfermo.

Valiéndonos de la obra de K. Jaspers (4) podemos decir que el núcleo patogénico de la enfermedad se explica siguiendo leyes deterministas biológicas, mientras que su expresión patoplástica se construye como un fenómeno psicológico, intencional y comunicativo.

La patoplastia de la enfermedad se construye como una narración en torno a los signos y síntomas primarios de la enfermedad. Esta narración, que se constituye como un sistema psicológico, conforma el objeto final de la enfermedad comprensible para el propio enfermo y, según estas claves, comunicable. Podemos decir, entonces, que "hay enfermedades en enfermos".

La ciencia médica ha definido el término "anosognosia" para referirse a la falta de conciencia de la enfermedad que se padece. Podemos, de manera simétrica, proponer el término "apatognosia" para referirnos a la falta de conciencia por parte del médico (y del sistema sanitario) del sufrimiento del paciente. En la apatognosia subyace una concepción unidimensional de la salud como mera ausencia de enfermedad y se supone que la ausencia de enfermedad se acompaña de bienestar.

4. CONCORDIA TERAPÉUTICA

Definimos la concordia terapéutica como el establecimiento conjunto de ob-

jetivos terapéuticos entre el sistema asistencial y el paciente, construido como una narración compartida y basado en la empatía. La raíz de la palabra concordia alude a la voz latina "cor": corazón. Y así concordia indicaría unión de corazones. Recordemos que Platón, y tras él la tradición occidental, ubicaban en el pecho y en el corazón la voluntad. Así, concordia denota unión de voluntades, es decir, el establecimiento de un plan de acción conjunto, de un proyecto común. Nótese que no se trata aquí sólo de consensuar, unificar el punto de vista, o de congeniar, compartir un conocimiento. También sería insuficiente la mera compasión, o compartición del sufrimiento. En el proceso terapéutico de cambio desde la enfermedad a la salud es necesario establecer conjuntamente entre el paciente y el médico unos objetivos de salud y un plan conjunto de acción (5). Se trata de compartir una voluntad de cambio que por eso llamamos concordia. Por supuesto que la concordia se basará en el compadecer, el consensuar y el congeniar entre el médico (y todo el sistema asistencial) y el enfermo.

El resultado último de la concordia terapéutica será la fijación de unos objetivos de cambio, aceptados por igual por el enfermo y el médico y significativos tanto desde el punto de vista personal para el paciente, como fisiopatológico para el médico.

4.1. LA NARRACIÓN PATOPLÁSTICA

Atendiendo a lo tratado en los apartados previos, el establecimiento de una adecuada concordia implica en primer lugar que la pérdida de salud se deba a enfermedad.

El primer juicio valorativo del médico será por ello confirmar que la narración aportada por el enfermo se corresponde con una narración patoplástica y no con una narración de malestar.

En el caso de las narraciones de malestar probablemente otros profesionales de la salud, como los psicólogos clínicos, sean las personas más competentes. El enfoque en este caso es distinto, la narración no es consecuencia de una causa en el nivel biológico sino que la narración de malestar obedece a una hermenéutica propia del sistema social y personal del sujeto. Los roles de médico y de psicólogo de la salud son suficientemente diferentes como para que se diferencien también las personas que los desempeñan en un sistema de salud. No abordaremos aquí las dificultades en la definición del rol del psiquiatra



cuando no se consideran explícitamente la diferenciación del sistema biológico y el psicológico o cuando no se considera la diferenciación entre patogenia, patoplastia y narración de malestar.

4.2. LA NARRACIÓN COMPARTIDA A TRAVÉS DEL DIÁLOGO CLÍNICO

En segundo lugar, el diálogo clínico buscará construir una narración compartida. Para ello la perspectiva personal del paciente, experto en su malestar, se imbricará con el conocimiento patogénico del médico, experto en la enfermedad. Atendiendo a las preferencias del paciente y a las recomendaciones del médico, emergerá un léxico común para denominar las causas, explicaciones, objetivos y soluciones relacionados con la situación de enfermedad. Todo ello se estructurará como el microsistema terapéutico construido para ese paciente con esa enfermedad. No se

trata por lo tanto de que el médico "reinvente" la medicina con cada paciente ni de que el paciente "comulgue con ruedas de molino" tal y como proponen los defensores de la adquisición de conciencia de enfermedad.

La concordia terapéutica, por el contrario, se alinea con las estrategias de entrevista motivacional que han demostrado su utilidad en el tratamiento de problemas de salud tan graves y de difícil manejo como las adicciones o los trastornos de la conducta alimentaria.

De esta manera, la concordia terapéutica implica la creación de un sistema narrativo, a la vez explicativo y comprensivo, pues considera tanto la patogenia de la enfermedad como la patoplastia concreta que adopta en esa persona enferma. **El objetivo último es la disminución del malestar ligado a la enfermedad, el cual debe ser el fin último de la ciencia mé-**

dica en cualquiera de sus facetas. Una auténtica concordia terapéutica implica la radical empatía con el sufrimiento del paciente por parte del médico. Esta empatía será el mejor garante ético de la medicina buena.

5. CONCLUSIÓN

Se propone el constructo "concordia terapéutica" como marco para la práctica médica. La concordia terapéutica acepta el relativismo epistemológico pero se adscribe al realismo ontológico. Es decir, el conocimiento de la realidad admite múltiples vías de acercamiento, todas igualmente válidas pero unas mejores que otras según la capacidad que tengan de representar dicha realidad. Pero la realidad es sólo de una manera, no se construye sino que se descubre.

En el caso de la salud, la ciencia médica descubre las entidades y procesos del enfermar y el arte clínico construye para cada persona la mejor manera de paliar el sufrimiento que conlleva.

Esperemos que estas reflexiones sean de alguna utilidad en el cada vez más complejo ámbito de la salud y la enfermedad, que contribuyan a resolver malentendidos asociados al concepto de salud mental y que ayuden a desenmascarar a los embaucadores tanto de enfermos y como de sanitarios.

REFERENCIAS

1. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(6):450-4.
2. García-Valdecasas Campeloa J, Vispe Astolab A, Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011;31(110):321-41.
3. Bunge M, Ardila R. *Filosofía de la psicología.* Barcelona: Ariel Psicología; 1988.
4. Jaspers K. *Psicopatología General.* México: Fondo de Cultura Económica (Edición española de 1996); 1913.
5. Marredo J, Vargas M. La psicología de los constructos personales en el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial. *Rehabilitación Psicosocial* 2010;7(1):27-34.

**Entre varios compañeros hemos construido este número.
Os animamos a enriquecer los siguientes
con vuestro trabajo y creatividad ⁶**



El Roto © - El País 2 de Febrero 2013

⁶ * **Objetivos del BOLETIN:**

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el AGC de Psiquiatría y Salud Mental del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSM del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados
- **Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones
- **Metodología de elaboración** (*lo más sencilla y doméstica posible*):
 - Algún "corresponsal" en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos.
 - Santiago Vega (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 de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental del HU 12 de Octubre (lista de distribución) y descargable desde www.psiquiatria12octubre.org