

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

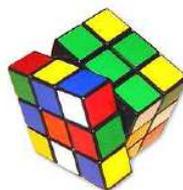
Número 17 – Abril 2010

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12 Nº 2 (2010)
UNIDAD DOCENTE DE SALUD MENTAL. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

Apuntes del Curso de PSICOFARMACOLOGIA APLICADA - 2009

Organizado por las
Unidades Docentes de Psiquiatría del
Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés
y del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

Programa de Formación Común Complementaria para Residentes 2009
Agencia Laín Entralgo (Comunidad de Madrid)



Agüera L, De la Mata I, Mearin I, Muñiz M^ªJ, Ponce G,
Rodríguez-Jiménez R, Sanz J, Sartorius N y Vega LS



Hospital Universitario
12 de Octubre
Comunidad de Madrid

- Acta de la Jornada de Docencia de Area 28 Octubre 2009
 - Cuadernos de Salud Mental del 12 - Nº 2 (2010) :
"Apuntes del curso de psicofarmacología aplicada 2009"
(L. Agüera, I. De la Mata, I. Mearin, M^ªJ. Muñiz, G. Ponce, R. Rdguez-Jiménez, J. Sanz, N. Sartorius y S. Vega)
- Web del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental HU 12 Octubre en construcción
 - Rotación Externa Buenos Aires: "Científicos y samborondones" (Ariana Quintana)
 - Formación continuada en píldoras: Recursos de información y documentación científica en ciencias de la salud (Mayte de Lucas)
 - "Unas reflexiones descaradas acerca de la psicopatología" (José Camilo Vázquez)

1. DOCUMENTOS DE AREA ¹

• Comisiones de Docencia Hospital Universitario 12 de Octubre

• Comisión de Noviembre 2009 (Acta 10/2009)

1. **Informe del Presidente Comisión Docencia:** Se informa sobre la actual organización de las guardias de puerta. Se acuerda ampliar a 6 los vocales representantes de los residentes y a 6 los de los tutores. Se informa del Plan de Mejora Docente del Hospital, a implantar desde Enero 2010.
2. **Ruegos y preguntas.** La tutora de Medicina del Trabajo informa sobre una reunión a la que acudió en el Ministerio sobre la troncalidad en la formación sanitaria especializada.

• Comisión de Enero 2010 (Acta 1/2010)

1. **Informe del Presidente Comisión Docencia:** Se convoca para el 10 Marzo 2010 elecciones para elegir los representantes de los tutores y de los residentes en la Comisión. La representante de la ALE informa sobre los cambios en la financiación de los cursos durante el presente curso y se analiza la situación.
2. **Ruegos y preguntas.** El Dr. López Álvarez (vocal residente) pregunta sobre la prórroga de los residentes de Psicología al ampliarse un año más su período de formación. El Dr. Serrano le informa que la petición hace tiempo que está enviada a la Dirección Gerencia y estamos a la espera de su contestación².

El Dr. Vega presenta y enseña físicamente la guía de acogida de residencia de Psiquiatría. A la Comisión le parece una idea estupenda y seguramente será copiada por los servicios que no dispongan de una guía parecida. El Dr. Vega no tiene ningún inconveniente y para que sea más accesible la va a colgar en la página web del Hospital.

Se analizan ciertas rotaciones de residentes extranjeros en el Hospital sin la conveniente aceptación por la comisión de Docencia del Hospital, por lo que en los próximos días se enviará a todos los tutores una carta recordatorio con la normativa sobre dichos temas.

El Dr. Serrano en relación con el Plan de Calidad Docente sugiere que se hagan reuniones de tutores con los residentes en los servicios y que se levante acta de las mismas, así como realizar encuestas de satisfacción a los residentes sobre las distintas rotaciones que realizan.

¹ Sección para la difusión de documentos de trabajo sobre nuestra organización asistencial. Información sobre los temas recogidos en las Actas de las Comisiones de Asistencia, Docencia, Rehabilitación, Usuarios u otras (así quien quiera puede leerlas: se envían a cada CSM y queda copia en la Secretaría del Servicio Psiquiatría Hospital 12 Octubre). Información sobre grupos de trabajo de la Cdad. de Madrid (Gestión de la Demanda, Urgencias, Historias Clínicas...), etc...

² ¡¡Finalmente se aceptó por parte de la Gerencia del Hospital la prórroga del contrato laboral a 4 años para las actuales residentes PIR: **ENHORABUENA!!**

- **Comisión de Enero 2010 (Acta 2/2010)**

1. **Informe del Presidente Comisión Docencia:** Se informa sobre el Plan de Calidad Docente en curso, solicitándose a todos los servicios del Hospital actualización de sus protocolos docentes y del itinerario/cronograma de rotaciones. Se informa de la solicitud recibida desde el centro de San Juan de Dios (Psiquiatría y Psicología Clínica) para que el 12 de Octubre sea su hospital general de referencia para las rotaciones de las que carecen (una vez contactado con los servicios implicados se ha contestado afirmativamente). **Se informa de la aceptación por parte de la Dirección Gerencia de la prórroga del cuarto año de los actuales PIR del hospital.** Se seleccionan los cursos del Plan de Formación Común Complementaria del año 2010 a proponer a la ALE para realizar en el hospital. Otros asuntos.
2. **Ruegos y preguntas.** Se debate sobre las numerosas solicitudes recibidas desde distintos pequeños hospitales de la Cdad. de Madrid e incluso de las comunidades autónomas limítrofes para que el HU 12 Oct sea hospital de referencia.

- **Comisión de Docencia Serv. Psiquiatría - SSM Area 11: 23 Sept. 2009**

1. **Propuestas de cursos de formación continuada 2010** Tras la presentación de las diferentes propuestas se decide llevar a la Comisión Central de Formación las propuestas de los siguientes cursos, por este orden:
 1. Taller de supervisión de casos. Carabanchel
 2. Actualización en alcoholismo. UPRA
 3. Demandas no psiquiátricas. Villaverde
 4. Tratamientos biológicos en patologías resistentes. Hospital
3. **Seguimiento Programa MIR y PIR:** El tutor MIR anuncia que están prácticamente ultimadas las guías de las diferentes rotaciones y los planes de rotaciones. Asimismo informa que está pendiente de cerrarse el calendario docente. Ambas informaciones se enviarán en cuanto estén disponibles.

El tutor PIR comenta el nuevo programa PIR con duración de cuatro años. Este es vigente para las personas que inician su residencia pero los PIR actuales pueden prorrogar su formación a estos cuatro años. Es necesario elevar la propuesta a la Comisión de Docencia del Hospital. Está por decidir el tema de la jornada continuada PIR, si en forma de guardia o de otra manera. El Dr. Jiménez Arriero advierte que se ha de elaborar una propuesta concreta para elevarla al Gerente ya que probablemente tenga que ser objeto de negociación.
4. **Ruegos y preguntas: Sesión General Docente de Area:** se informa de la próxima celebración de dicha reunión el 28 Octubre de 2009, de 8.30 a 12 h., abierta a todos los profesionales y residentes del Area. **Página web del Servicio de Psiquiatría – Salud Mental Area 11:** en construcción. **Manual de Psiquiatría (Palomo y Jiménez-Arriero):** descargable en www.cermente.com. **Profesionales colaboradores del Practicum:** Ana López informa de las gestiones en curso con la Facultad de Psicología de la UCM para coordinar a los colaboradores del Practicum. El Dr. Moré pide conocer la **carga docente total** con suficiente antelación para poder organizar las actividades docentes, es decir,

tanto las personas que reciben docencia como las que colaboran en su impartición. Angeles Lassaletta comenta la posible **colaboración con Elipsis en el campo infantil** y la buena disposición que desde esa institución hay para ello. Finalmente el Dr. Agüera comenta que, tras los cambios habidos, se debería fijar de nuevo la **composición final de la Comisión de Docencia**. Para ello propone que se continúe con el esquema del Jefe de Distrito o Unidad junto con un representante para cada uno de ellos y en el caso de Carabanchel se contemple el mismo esquema para los dispositivos de Guayaba y Pontones.

- **Acta de la Jornada de Docencia de Area (28 Octubre 2009)**

Programa de la Jornada:

- Formación Continuada: Sesiones Clínicas y Cursos ALE (*L. Agüera*)
- Auditoría Unidad Docente de Psiquiatría (*S. Vega*)
- Auditoría Unidad de Psicología Clínica (*J.J. Belloso*)
- Marco general de la docencia en el Área (*M.A. Jiménez-Arriero / T. Palomo*)
- Docencia MIR (*M. Navío, N. Sartorius, S. Vega*)
- Docencia PIR (*J. J. Belloso*)
- Pregrado de Medicina (*G. Rubio*)
- Pregrado de Psicología Clínica (Practicum) (*Ana López Fuentetaja*)
- Otros compromisos docentes presentes y futuros

- **Formación Continuada**

El Dr. Agüera recuerda los objetivos de la Comisión de Docencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre – Servicios de Salud Mental del Area 11. Ese es el ámbito en el que se la organización y compromisos docentes del Servicios. Están representados todos los Dispositivos, así como los tutores. La comisión se reúne aproximadamente 3 veces al año.

Señala el procedimiento de solicitud de cursos de formación continuada certificados por la Agencia Laín Entralgo (LE) y recuerda que no sólo se trata de proponer un curso sino de responsabilizarse en la organización logística y burocrática que ello supone. Recuerda que al tratarse de una actividad de formación continuada la asistencia y los certificados de dichos cursos son sólo para personal sanitario de plantilla en el ámbito de la Comunidad de Madrid (excluye personal en formación), aunque pueden acudir residentes y personal no sanitario como oyentes.

La Agencia LE puede avalar cualquier otro curso que cumpla los requisitos y que no tenga coste para la Agencia.

Finalmente se refiere al alto nivel de preparación y participación en las sesiones clínicas de Area de los miércoles, recordando que se respete los 15 minutos finales para debate. Se mantiene la certificación de la Agencia LE para dicha actividad a los que firmen la asistencia a lo largo del año.

- **Auditoría a la Unidad Docente de Psiquiatría y de Psicología CLínica**

El Dr. Vega explica el proceso de auditoría realizada entre el 15 y el 17 Septiembre de 2008, subrayando la idea de que dichas evaluaciones externas son una buena oportunidad para afianzar aquello que venimos haciendo bien y mejorar las carencias detectadas. La información extensa de dicha auditoría está archivada en la Secretaría de Psiquiatría y es de consulta pública. La valoración de los auditores del Sistema Nacional de Salud fue muy satisfactoria en general. Las conclusiones y recomendaciones de esta auditoría se analizaron en la Comisión de Docencia del Servicio del 18/3/2009 y ya se ha enviado un primer informe al Ministerio de Sanidad notificando las acciones realizadas para cumplir las recomendaciones de los auditores. Estas recomendaciones aludieron principalmente a la mejora de la organización tutorial (más fácil ahora desde que en Enero 2009 el Dr. Palomo nombró a 3 tutores de Psiquiatría: Mercedes Navío, Natalia Sartorius y Santiago Vega), el incremento de la participación de los MIR en investigación, en sesiones clínicas y en publicaciones y otros aspectos de los que se informó en la reunión.

Asimismo resalta que dos de estas recomendaciones se han recogido como objetivos de productividad de docencia MIR durante el año 2009, negociados con la Dirección Médica: elaboración de una Guía de Acogida al MIR de Psiquiatría de nuestro Servicio (que incluye Guía de Rotación por cada uno de los dispositivos de la Unidad Docente (UD) por donde realizan su itinerario formativo) y compromiso de realización de al menos 4 tutorías individuales por año. Ambos objetivos se están cumpliendo satisfactoriamente.

En cuanto a la recomendación de seguir mejorando la comunicación entre *staff* y residentes sobre aspectos de docencia se recuerda, además de la Guía y reuniones de tutoría mencionadas, los instrumentos actualmente existentes en el Area: el calendario docente anual, el *Boletín de los Servicios de Salud Mental del Area 11* (publicados ya 14 números de forma continuada desde Abril 2007) y la futura página web del Servicio (actualmente en construcción en colaboración con el CRL de Usera).

En similares términos se desarrolló la Auditoría a la Unidad Docente de Psicología Clínica.

- **Marco general de la docencia en el Área y Carrera profesional**

El Dr. Jiménez-Arriero subraya la importancia de la participación en la tarea docente del Servicio más allá de la obligación que como profesionales de un Hospital Universitario tenemos, en especial en lo que a la Carrera Profesional de la Comunidad de Madrid implica (aprobada el 25/1/2007 por la CAM). Expone los principios que rigen la misma, las áreas de evaluación (actividad asistencial, de formación, docente, científica y de investigación y de participación y compromiso con la organización), los niveles existentes y el procedimiento de evaluación para el acceso a cada uno de dichos niveles.

En el debate posterior se pregunta si dicha carrera profesional es también para los psicólogos y se valora la conveniencia de revisar la política de certificados del Servicio (el Dr. Jiménez-Arriero señala, por ejemplo, que tiene más valor un certificado de colaboración docente anual, de más de 20 horas, que 10 ó 20 certificados de 1 ó 2 horas, sin valor en el baremo mencionado).

- **Docencia MIR**

El Dr. Vega, en representación de los 3 tutores de Psiquiatría, explica los cambios organizativos a raíz del Real Decreto de Febrero 2008 y nuevo programa oficial de Psiquiatría de

septiembre 2008. Se mantiene la organización docente, contando con el inestimable compromiso de los tutores de rotación y/o área de capacitación y resto de *staff* que participa en la actividad docente de los miércoles y diaria en los dispositivos de la UD con un alto nivel de calidad, reconocido por la auditoría, tutores y propios residentes.

Se enumera la carga docente anual de residentes del Servicio, no sólo de Psiquiatría (16 residentes): también MIR de Medicina de Familia (14), Neurología (4 a partir de 2010), Medicina del Trabajo (rotan 2 meses) y rotantes externos (23 desde Marzo 2008 a Octubre 2009, sin incluir Medicina de Familia y Neurología).

En Noviembre 2009 se actualizará el Protocolo Docente (consultable en web del Hospital 12 de Octubre y en la futura web de nuestro Servicio, disponible a partir de Enero 2010). Se enumeran los objetivos docentes MIR de productividad 2009 y se explica una vez más la dinámica de elaboración del calendario docente MIR/PIR anual. Se explicita, como ya se hizo en la anterior Jornada de Área de 24 Enero 2007 por el anterior tutor MIR, el que la participación en la tarea docente MIR está abierta a TODOS los profesionales del área como docentes y se constata la alta calidad de la participación en el curso 2008-09, tanto por parte de adjuntos como de residentes. Se valora muy positivamente la estabilidad alcanzada en los últimos años en la formación en Psicoterapia y Salud Mental Infanto-Juvenil.

El Dr. Mearin expone el funcionamiento de la Unidad Docente de Psicoterapia, que coordinada por N. Sartorius, J. Ramos, M. de Andrés-Gayón y él mismo, comienza su actividad con MIREs en Enero 2010. Se invita una vez más a la participación del resto de compañeros del área con actividad psicoterapéutica que amplie la oferta docente.

El Dr. Rodríguez-Jiménez, informa asimismo sobre la rotación longitudinal de Investigación para MIR y PIR. Dicha propuesta formativa e investigadora recoge y concreta las recomendaciones de la auditoría y de los nuevos programas MIR de Psiquiatría y PIR, ofreciendo los recursos materiales y humanos del Servicio en el tema de la investigación. En el debate posterior se subraya que la infraestructura investigadora del Servicio está abierta al inicio y desarrollo de las líneas de investigación que se crean convenientes, además de las ya existentes.

El Dr. Vega informa del primer número de “*Cuadernos de Salud Mental del 12*”, dedicado al curso de “*Aproximaciones contemporáneas a la histeria*” que coordinó Javier Ramos como curso monográfico avalado por la Agencia LE. Se ofrece este instrumento a los profesionales del Servicio para recoger en dichos *Cuadernos*... material docente que podamos utilizar en nuestra actividad de pregrado, postgrado y formación continuada.

Subraya finalmente 3 ideas claves en relación con la docencia MIR en nuestra Unidad Docente: los puntos fuertes del servicio que hay que potenciar y que los residentes deben aprovechar para su formación (*modelo comunitario en la práctica real, integración de múltiples modelos clínicos y pertenencias laborales, investigación, psicogeriatría y conductas adictivas...*), la idea de que la formación “no es sólo los miércoles” (*guardias, investigación, formación común complementaria de la Agencia LE para MIR Psiquiatría, congresos y jornadas que organizamos, rotaciones externas...*) y la co-responsabilidad de numerosos compañeros en la tarea docente (*tutores, tutores de rotación, responsables de cursos, adjuntos de guardia, resto del staff...*).

En el debate posterior surgen temas de gran interés como el riesgo de la sobrecarga docente que devalúe la calidad de la misma, la conveniencia de identificar claramente los profesionales que participan en docencia, la conveniencia de planificar con la mayor antelación posible los distintos alumnos de pre y postgrado que rotarán por los distintos dispositivos, la posibilidad de que los MIR de Medicina de Familia roten también con psicólogos en los CSM o la extrañeza de que los MIR de Pediatría no roten por nuestros dispositivos.

El Dr. Jiménez-Arriero señala cómo el actual proceso de cambio en la organización asistencial a nivel de la Comunidad de Madrid va a forzar a tener que identificar claramente en nuestras agendas a qué dedicamos el tiempo de nuestra jornada laboral. Esto probablemente supondrá en el

futuro inminente una clarificación de las cargas laborales de cada adjunto, identificando más claramente qué tiempo dedica cada uno a qué actividad (asistencial, docente u otra).

- **Docencia PIR**

El tutor PIR comenta varias novedades en relación a la docencia PIR: la puesta en marcha en el presente curso de un espacio de docencia específica para PIR; la ampliación de la Unidad Docente a dos PIR por año solicitada en el 2008 y hecha efectiva en el 2009; la aprobación en junio de 2009 del nuevo programa PIR y sus novedades (programa de cuatro años; mayor especificidad y variedad en rotaciones, actividades y objetivos; atención continuada obligatoria desde el primer año).

El tutor PIR comenta que se han iniciado los trámites para la aplicación del nuevo programa para las PIR actuales, así como la conveniencia de una respuesta rápida por parte de la Gerencia del hospital ya que la actual R3 finalizaría su residencia antes de un año.

- **Pregrado de Medicina**

El Dr. Gabriel Rubio describe la organización de la docencia en Medicina (asignatura de Psiquiatría de 5º y las optativas de “Toxicomanías” y “Habilidades de Comunicación en Psiquiatría”), así como los previsibles cambios con el Plan Bolonia. En 6º curso los alumnos de la asignatura de “Práctica Clínica” rotarán este año un mes durante el primer cuatrimestre por los Centros de Salud Mental a cargo de los médicos colaboradores de docencia práctica que se han ofrecido.

Existe el proyecto de realizar un “Manual de Psiquiatría para alumnos de Medicina” (UCM) y un “Manual de Casos Clínicos”, invitando a los colaboradores docentes a participar.

- **Pregrado de Psicología (Practicum)**

La actividad de Pregrado de Psicología Clínica se realiza en función de un Convenio de Colaboración entre la Facultad de Psicología y el Hospital 12 de Octubre. Los alumnos rotan tanto por el Hospital como por los diferentes CSM. El itinerario de Psicología Clínica se cursa desde el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Para realizar esta actividad se cuenta con Profesores Asociados y Profesores Colaboradores. Los PP.AA. acceden a dicha plaza a través de una Convocatoria pública. Se encargan de organizar la rotación del practicum en su distrito, de acuerdo a unos criterios generales y de tutorizar a los alumnos, En la actualidad estos profesores son: F. Denia en el Hospital, J. Ramos en Arganzuela, J. Fernández en Carabanchel, S. Vega en Usera y A. López en Villaverde (Coordinadora del Practicum).

Los profesores colaboradores pueden ser Psicólogos Clínicos u otros perfiles profesionales. Solicitan personalmente a la Facultad el ser colaboradores docentes, a través de un impreso de solicitud. El Departamento de Clínica presenta la relación de solicitudes a la Junta Rectora y es ésta quien la aprueba. Su participación se puntúa con 0,5 puntos por curso en futuras convocatorias de profesor asociado.

Los alumnos eligen el Hospital o los CSM entre un conjunto de Centros que se les ofrecen. Se organizan ocho turnos en el Curso, de tres semanas de duración. Al comenzar el Practicum, se lleva a cabo una Jornada de Introducción, que es obligatoria para todos los alumnos, en la que participan tanto PP.AA., como Colaboradores. La media de alumnos que suelen rotar cada curso es de 70 aproximadamente

Es obligatoria la realización de una Memoria para evaluarse como realizado el Practicum. El horario de los alumnos se acomoda a las necesidades de los Servicios y los profesionales implicados. La nota final se pone desde la Facultad, teniendo en cuenta la propuesta realizada por el Tutor de Prácticas.

Los objetivos del Practicum son :

- Conocer el Funcionamiento de los CSM y del Hospital y de otros recursos comunitarios
- Conocer las funciones del Psicólogo Clínico y, de forma complementaria, la del resto de profesionales
- Acercarse a las demandas y la psicopatología presentada por los pacientes, fundamentalmente en las primeras entrevistas, y al establecimiento de la relación terapéutica
- Acercarse a las diferentes técnicas de intervención que se llevan a cabo en los Centros

Queda por verse cuál será el impacto del Plan Bolonia en esta actividad ya que si se incrementa la demanda, habrá de estudiarse detenidamente la capacidad docente de los Centros

- **Otros compromisos docentes**

El Dr. Vega señala a este respecto la situación actual en relación con el convenio de colaboración docente del Servicio de Psiquiatría del Hosp. 12 de Octubre con la Universidad de Comillas y Elipsis a través del Dr. Hugo Bleichmar (Adultos) (coordina Santiago Vega), así como la reciente solicitud de colaboración para que los alumnos del curso de la Dra. Emilce Dio Bleichmar (Infanto-Juvenil) roten para realizar sus prácticas por nuestros Servicios de Infanto-Juvenil (coordina Angeles Lassaletta).

Finalmente se hace mención al convenio de colaboración docente de la Oficina Regional de Salud Mental con la Universidad de Comillas para las prácticas del Máster de Terapia Familia en el CSM Usera (coordina Dr. Muñoz) y entre la UCM y el Servicio de Psiquiatría para el Máster y experto en terapia de Pareja y Familiar.

Agradecemos a todos los profesionales implicados en la realización de las Jornadas y en particular al Dr. S. Vega su colaboración y aportaciones

Fdo. Luis Agüera Ortiz
Coordinador de Programas de Formación
Secretario de la Comisión de Docencia

2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ³

3. OTROS RECURSOS ⁴

³ Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Area 11 (tanto del propio IMSALUD como los concertados). Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas

⁴ Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

**Página WEB del SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
EN CONSTRUCCION**



Con la inestimable participación de **Javier Fabuel Fernández**, maestro de taller del **Centro de Rehabilitación Laboral de Usera**, y la colaboración de los usuarios que se forman en su taller de informática, estamos diseñando el mapa inicial, *la percha*, de la futura página web del Servicio.

Los apartados serán los siguientes:

- Presentación
- Asistencia
- Docencia
- Investigación
- Publicaciones
- Usuarios
- Profesionales
- Enlaces

A la mayor brevedad posible, una vez que contemos con la aceptación del Gabinete de Comunicación del Hospital, daremos de alta dicha web *en construcción* para el acceso público (excepto el apartado profesionales, que será restringido). Podéis ir aportando vuestras colaboraciones e ideas al respecto de dicha web, como ya habéis ido haciendo varios de vosotros de las distintos dispositivos que pretendemos seguir trabajando en RED, nos llamen Area 11 o como sea.

*Miguel Angel Jiménez-Arriero
Santiago Vega*

4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁵

FORMACION CONTINUADA EN PILDORAS (II) ⁶

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD

VIII Edición, Noviembre 2009, Agencia Laín Entralgo

Esto es un resumen ultra-condensado de los “apuntes” tomados en este curso, de 1 semana de duración y que recomiendo a todos. Señalo sólo algunas curiosidades pero quien quiera mis “apuntes” completos, puede solicitármelos en mtdlucast@yahoo.es.

Recursos de Información y Documentación Científica en Ciencias de la Salud, VIII Edición, Código AG09-18
Del 23 al 27 de noviembre 2009

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN
(Rellenar con letra legible y en MAYÚSCULAS)

Nombre y Apellidos: _____
NIF: _____ Área Sanitaria: _____
Centro de trabajo: _____
Servicio: _____
Puesto/Cargo: _____
Dirección: _____
C.P.: _____ Localidad: _____
Teléfono trabajo (*): _____ Teléfono móvil (*): _____
Otro teléfono (*): _____ FAX: _____
E-mail (*): _____
Titulación Académica: _____
Participación como tutor en: Pregrado Postgrado
Justificación del interés para realizar el curso: _____
Fecha y firma del de la solicitante, que declara que son ciertos los datos consignados en la solicitud

La solicitud deberá ser presentada al responsable de formación continuada de la Dirección General, Hospital o área de Atención Primaria correspondiente, quien la remitirá a la Agencia Laín Entralgo

LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO O TELEFONO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS. PARA LA CONFORMACIÓN DEL CURSOPROGRAMA ES RESPONSABLE EL QUE TENGA LA CARGA DE LAS HORAS LECTIVAS PARA CURSOS DE MAESTRÍA, POSGRADO Y DEL 100% PARA CURSOS DE MAESTRÍA O IGUAL DE HORAS

Agencia Laín Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Científicos
Comunidad de Madrid

⁵ Puesta en común de materiales de interés clínico o docente: p.e. una escala de evaluación clínica o de investigación, una escala de evaluación de la docencia que impartimos o de satisfacción de usuarios. Solicitud de datos (respetando las normas legales de confidencialidad: ¡ojo!) o casos clínicos para estudios de investigación proyectados o en marcha, etc...

⁶ Como pusimos en marcha en el Boletín Nº 16, la Dra. Mayte de Lucas hace en este número un práctico resumen de la información recibida en este curso al que asistió. Esta es una idea interesante que permite compartir con el resto de colegas del Area en el Boletín algo de la formación continuada recibida en cursos, congresos, jornadas y similares a los que acudimos. Por cuestiones prácticas en estas páginas **debemos hacerlo de forma muy esquemática y muy práctica**. Posibilita asimismo que quien tenga más interés en el tema se ponga en contacto con quien hace la reseña para ampliar información o intercambiar documentación. Sería fenomenal que pudiéramos compartir estas “PILDORAS DE CONOCIMIENTO” que pueden mejorar nuestra formación y práctica clínica: compartir tal referencia bibliográfica que he escuchado a tal experto en tal tema y que parece razonable, provocadora, cuestionadora y/o aplicable a nuestra práctica clínica o tal dato científico reciente, tal proyecto, tal idea innovadora, tal uso de tal psicofármaco.... **¿Qué os parece la idea?** Nuevamente gracias, Mayte... ¿quién se anima a recoger el testigo?

BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS

Al citar artículos electrónicos, hay que poner tras el autor, título y revista: “serial online” y tras el año y mes de publicación, poner cuándo lo ha visto en Internet el autor del artículo que está citando al electrónico (esto es así porque pasado un tiempo, a lo mejor el webmaster de la página web retira el artículo. Cuando ya no está en esa web, buscarlo en www.archive.org, que enseña una foto de la página que se retiró). Y tras el volumen y nº de la revista, poner el nº de pantallas que ocupa, y la dirección web en que está disponible.

www.bne.es es el catálogo de la Biblioteca Nacional de España, para ver los títulos abreviados de revistas que no salen en las grandes bases de datos internacionales

¿Por dónde buscar?

Revistas open access: BioMedCentral, PLOS, SCIELO, PubMedCentral.

Bases de datos: PubMed, Embase (europa), IME-Biomedicina (Española),

Tesis: TESEO agrupa las españolas

Evidencia científica: Cochrane Library, Biblioteca Cochrane Plus (español), UpToDate...

Portales: Infodoctor, fisterra, etc.

Buscar el documento en Internet:

- Buscadores Google: OpenDirectory

- Directorios Yahoo: www.clmoz.org busca en páginas seleccionadas por un grupo de personas, además hay un menú, p.ej. pinchar en health que a su vez tiene mental health, o bien en medicina, que a su vez tiene un subdirectorío que es psiquiatría

- Metabuscadorees o agentes dogpile.com lanzan una búsqueda a varias bases de datos (yahoo, bing que es la de Microsoft, ask, y google)

- Buscadores de buscadores Buscopio, mira qué buscadores hay para mi tema de interés, www.buscopio.net/esp. Hay que meterse en salud, entrar en medicina, luego en pediatría, y salen varios buscadores, p.ej. ADDresource.com. No da páginas web, sino buscadores para el tema, por ejemplo ADD (ADHD), para TDAH por ejemplo

Internet invisible: concepto de que ningún buscador encuentra todo, p.ej. las páginas que piden claves

Consejos de búsqueda Google:

- Escribir varias palabras, Ajustar expresiones con comillas.

- Uso del + y del –

- Sustituir palabras (truncamiento cogiendo sólo la raíz semántica y poner seguido un *

- Ajustar por tipo de archivo (filetype:), para que sólo nos salgan p.ej. .pdf

- Limitar (intitle:) para que busque sólo en las páginas que tengan la frase buscada, en el título de la página. Se pondría: intitle:”medicina basada en la evidencia” en el recuadro.

- Ampliar con páginas relacionadas (related:) que recibe de páginas relacionadas (p.ej. related:yahoo.es) o con páginas que enlazan (link:)

Google académico: en página principal entrar en “más” y luego en “todavía más”. Es mejor que el google normal, para los profesionales. Por defecto Google pone “and” (intersección)

Otras herramientas de Google: búsqueda avanzada, herramientas del idioma (traduce copiando el artículo), calculadora, diccionario (define:), conversor de monedas o medidas (in), uso de la caché, canales específicos...

Buscar un artículo concreto: con el Single Citation Matcher (PubMed) o el Article Search (de Embase.com), o el Find Citation (de OVID) o el QuickSearch (de ScienceDirect)

Localizar una imagen: en OVID (www.ovidsp.ovid.com) y meterse en Campos de Búsqueda y poner “ct” en Campo. Busca en los pies de las fotos de las revistas de OVID, la palabra que sea. Es una de las suscripciones de la ALE. Otras formas son: BioMed Search (www.biomed-search.com) que busca en bases de datos médicas, y Google

Tesauro: vocabulario controlado y especializado en una materia que utiliza Descriptores o palabras que identifican el contenido de un documento. Es una lista de términos admitidos y no admitidos. A varios conceptos del lenguaje natural, puede corresponder un único descriptor en lenguaje documental. Hay subencabezamientos.

- DeCS (Descriptores en ciencias de la salud) www.decs.bvs.br/E/homepagee.htm (español)
- MeSH (Medical Subjects Headings) www.pubmed.com, en inglés
- Emtree (Excerpta Medica Tree) tesauro de Embase, en inglés www.embase.com

Lenguaje de interrogación:

- Intersección Y es AND. Suma O es OR (unión). NO es NOT para excluir
- Caracteres de truncamiento: ilimitado (*, \$) p.ej. medic* es médico, medicina... o determinado (¿) p.ej. medic? Recupera médico o médica y meta?anal* recupera metaanálisis y meta-análisis

BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS CON PUBMED

ScienceDirect (accesible por ALE) contiene **Elsevier** (que ha comprado recientemente Doyma). Se puede entrar en Doyma por Elsevier y se recuperan más artículos de Doyma que por PubMed

PubMed: Sistema desarrollado y mantenido por National Center for Biotechnology Informations (NCBI) de la National Library of Medicine (NLM) creado en 1997

- Actualizada a diario por los editores, referencias automáticamente accesibles
- Acceso a las referencias antes de esta incluidas en Medline: en proceso
- Enlaces a los textos completos de los artículos
- OLDMEDLINE: todavía no incluidas en Medline

No incluye libros, capítulos de libro, material audiovisual ni art. a texto completo

Ayuda: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=helppubmed.chapter.pubmedhelp

Guía PubMed de Fisterra: www.fisterra.com/recursos_web/no_explor/pubmed.asp

NLM Technical Bulletin Nov-De 2009 www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/current_issue.html

My NCBI

1º Registrarse. Cuándo lo utilizamos: al conectarnos a PubMed: My NCBI o Sign In y para guardar una estrategia: Save Search

Permite guardar o recuperar en un servidor remoto: estrategias de búsqueda, crear alertas, guardar referencias bibliográficas (hasta 500); pedir el texto completo (si está contratado), guardar o enviar por e-mail las referencias guardadas en el portapapeles

Display Settings: permite elegir:

Format: summary, abstract, PMID list...

Ítems por página visualizados: de 5 a 200

Sort by: cómo los ordena: recently added, pub date, first author, etc.

Descriptores MESH www.nlm.nih.gov/mesh/Mbrowser.html

- Acrónimo de Medical Subject Headings (MESH)

- 1 referencia bibliográfica = 12 términos de tesouro
- Está compuesto por encabezamientos y subencabezamientos

Advanced Search del PubMed: Permite limitar las búsquedas bibliográficas: campo específico, tipo de publicación, idioma, edad, género, subgrupo. Permite combinar búsquedas, y guarda hasta 100 búsquedas

PMID: nº que PubMed da a cada artículo, sirve para buscar en Single Citation Matcher

MESH Database permite buscar por descriptores/ palabras clave (MESH) que la base da datos ha asignado a las referencias

Journal Database: incluye todas las revistas indexadas en PubMed, y se pueden localizar por título, abreviatura, ISSN, especialidades...

PubMed Tools (herramientas de búsqueda):

Single Citation Matcher: busca referencias partiendo de pocos datos conocidos, muy útil para localizar referencias incompletas, verificar datos...

Clinical Queries: buscador que tiene incorporados filtros metodológicos:

- Clinical Study Category: propone 4 categorías: terapéutica (therapy), diagnóstico (diagnosis), etiología (etiology) y pronóstico (prognosis)
- Systematic Reviews: recupera revisiones sistemáticas, metaanálisis, conferencias de consenso, guías de práctica clínica, etc
- Medical Genetics: recupera registros relacionados con la genética médica

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE)

Elaborar pregunta: decidir tipo de estudio (p.ej. para eficacia: ensayo clínico controlado ECC), luego elegir base de datos, trasladar la pregunta al lenguaje documental y elegir los operadores lógicos (palabras clave y operadores booleanos), después definir los limitadores (fecha, edad, tipo de estudio) y finalmente ejecutar la búsqueda y evaluar los resultados

Pregunta PICO: paciente o problema (P), intervención (tratamiento o factor de riesgo) que se quiere considerar (I), intervención con la que se quiere comparar (opcional) (C) y la variable (Outcome) o variables de resultado que se valoran (beneficios, daños, costes...) (O)

Tipo de pregunta	Sugerencia de mejor tipo de estudio
Tratamiento	ECC > cohorte > caso control > serie de casos
Diagnóstico	Prospectivo, comparación ciega con estándar de oro
Etiología o daño	ECC > cohorte > caso control > serie de casos
Pronóstico	cohorte > caso control > serie de casos
Prevención	ECC > cohorte > caso control > serie de casos
Examen clínico	Prospectivo, comparación ciega con estándar de oro
Coste	Análisis económico

Tipo de documento	Fuente de información
Artículos primarios	Bases de datos generales (embase es la que más info da sobre medicación) Revistas secundarias
Revisiones sistemáticas	Cochrane (CL y BCP), DARE y PeDRO Bases de datos generales (filtro metodológico)

Ensayos clínicos	Cochrane (CL y BCP) Bases de datos generales (filtro metodológico)
Guías de práctica clínica	Organismos compiladores (Clearinghouse) Organismos elaboradores de guías Metabuscadores (Trip y SUMSearch) Bases de datos generales
Documentos de síntesis de la evidencia	Clinical Evidence y UpToDate

Para guías: **Trip**, para revisiones sistemáticas: **Cochrane**

UpToDate: libro electrónico, hay suscripción en la mayoría de hospitales, se actualiza constantemente y no se puede acceder desde casa, sólo desde la institución

www.infodoctor.org/rafabravo/buscador/ proporciona la pirámide llamada 5S de Haynes que permite elegir los buscadores que queramos

Filtros metodológicos para MBE: sensibilidad (recall) y precisión.

Si buscamos en PubMed el apartado PubMed Tools, al entrar por Clinical Queries podemos obtener artículos de alta calidad metodológica y aplicables a la clínica, pero da menos resultados. Hay tres tipos de estrategias: Clinical Study Category (con etiología, diagnóstico, terapia, pronóstico, guías de predicción clínica) pudiendo elegir búsqueda estrecha o amplia, Systematic Reviews y Medical Genetics Searches

Filtros en OVID

www.ovidsp.tx.ovid.com Para entrar en los filtros metodológicos, hay que entrar en Límites (click to expand) y hay 9 categorías de filtros según sensibilidad, especificidad, u optimizado que combina los dos anteriores. Hay otra opción más de búsqueda llamada Additional Limits

Cochrane Library (CL) da sólo info sobre tratamiento, está traducida (bien) al español en la Biblioteca Cochrane Plus (BCP). Los gestores retiran las revisiones si se quedan obsoletas

La Cochrane Library tiene 4 bases de datos y otro tipo de información adicional:

- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Database of Abstracts of Reviews of Effects o DARE (resúmenes de revisiones)
- Cochrane Controlled Trials Register CENTRAL, registra todos los ensayos realizados
- Cochrane Database of Methodology Review CDMR y Cochrane Methodology Register (CMR), bases de datos sobre revisiones de metodología y registro de Metodología

LA biblioteca Cochrane Plus es en español, hay una pantalla de acceso y luego una inicial, permite búsqueda simple, asistida, y MeSH. Podemos poner restricción por fechas, restringir los campos de búsqueda (a título y resumen, título, resumen y autor).

En la BCP no encontraremos una referencia de Medline (porque el título está en inglés), salvo que la busquemos por autor

Una vez encontrada la lista de documentos que da Cochrane, si pinchamos en uno se nos abre el texto de ese documento y lo podemos imprimir en html (en Versión para imprimir) o en pdf (en Visualizar esta versión en formato pdf)

TripDataBase plus:

Trip es el acrónimo de Turning Research Into Practice (www.tripdatabase.com/)

Se entra por la pirámide de Rafa Bravo---síntesis---guías de práctica clínica

También tiene búsqueda avanzada para limitar la búsqueda al título o al texto, y da un listado de las búsquedas para poder combinarlas o borrarlas con Delete. Permite truncados,

operadores booleanos, comillas... Tiene una función de sinónimos. No permite descriptores MeSH para poder buscar. Conviene no usar más de 2-3 términos

Los resultados salen divididos a la derecha en Categorías que son:

1. Filtered by (Filtrada por): da varios grupos por orden decreciente de calidad de evidencia
2. Artículos de Medline (Medline Articles) con búsquedas en PubMed con Clinical Queries

A la izquierda salen los títulos de los documentos con enlace y dando al enlace Preview, se abre una ventana con el documento, y si seleccionamos el título del recurso se abre una ventana con la fuente original (completo si la base de datos ha suscrito el recurso)

Excelencia clínica www.excelenciaclinica.net:

Versión en español de TRIP Database. Tiene acceso a Biblioteca Cochrane Plus, revistas secundarias y alertas sanitarias, repositorios de guías de práctica clínica, etc.

Se puede hacer búsqueda básica o avanzada (en ésta podemos hacer que busque el término solicitado en título sólo, o en título y texto); el resultado lo organiza en categorías: Revisiones sistemáticas como las Cochrane, Resúmenes basados en evidencia, Guías de práctica clínica, Preguntas clínicas, Libros electrónicos, Búsquedas en bases de datos

Tras hacer la búsqueda en español, traduce los términos al inglés y realiza la búsqueda en TripDataBase y se recuperan resultados pinchando en la pestaña Inglés

SumSearch:

Metabuscador médico gratuito de la Health Science Center de la universidad de Texas, que también está en español www.sumsearch.uthscsa.edu/espanol.htm. La página es muy clara, está hecha para estudiantes y principiantes. Lanza la búsqueda en libros de texto y revistas médicas, y Wikipedia, PubMed, la Cochrane Database de Abstract of Reviews of Effectiveness (DARE) por lo cual tarda bastante

Guías de práctica clínica (GPC) o Clinical practice guidelines: Pueden encontrarse en:

Sitios web de instituciones y sociedades científicas: AEPNYA, ICSI (institute for clinical systems improvement: www.icsi.org)

Almacenes o Clearinghouse de GPC como www.guiasalud.es, CMA Infobase (www.mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp), National Guideline ClearingHouse NGC de USA (www.guideline.gov/) y Recommended Practice Guidelines (www.gacguidelines.ca/index.pl)

Centros elaboradores: New Zealand Guidelines Group (NZGG: www.nzgg.org.nz), Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (www.sign.ac.uk/index.html)

Buscadores o “search engines” de Internet específicos o generales: NHS Guidelines Finder (www.libraries.nelh.nhs.uk/guidelinesFinder/), Tripdatabase (www.tripdatabase.com/). Directorio de guías clínicas en español Fisterra

(www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp)

Pubgle www.pubgle.com/buscar.htm: Motor de búsqueda que busca en PubMed pero con la potencia de búsqueda de Google, porque sólo busca en las guías de práctica clínica. Junto a las referencias encontradas, añade tres tipos de enlace: FullText (texto entero gratis), Enlace (lleva al artículo de PubMed o al texto del artículo con o sin restricciones) o Google

Uptodate www.uptodate.com: es como un libro electrónico para responder brevemente preguntas clínicas como si estuviera el paciente delante. Basada en Cochrane Database, Clinical Evidence, guías de práctica clínica y revistas peer-review. Actualiza cada 4 meses, cita la mejor evidencia si no hay una rigurosa, tiene material educativo para pacientes

Essential Evidence Plus www.essentialevidenceplus.com: Hasta marzo 09 se llamaba Infotriever, permite buscar en 10 fuentes secundarias relacionadas con MBE

Revistas secundarias:

ACP Journal Club www.acpj.org, Bandolier www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/, Bandolera www.infodoctor.org/bandolera/, Evidence Based Medicine www.ebm.bmjournals.com/, Evidence based medicine versión en español www.ebm.isciii.es, Evidence-Based Healthcare www.sciencedirect.com/science/journal/14629410, Evidence-based Healthcare and Public Health www.sciencedirect.com/science/journal/17442249, Evidence-Based Mental Health www.ebmh.bmjournals.com, Evidence Based Practice www.ebponline.net,

El buscador PSE de publicaciones secundarias españolas (o en español) permite rastrear artículos valorados críticamente en revistas secundarias en España y América Latina, www.google.com/coop/cse?cx=016908703256648068814%3Aoxwj5rbrbj4 donde el contenido de los recursos incluidos es accesible a texto completo y sin restricciones.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA AGENCIA LAÍN ENTRALGO

Agregador: Proquest u Ovid, van por claves. Escanean la revista, mala calidad

Portal de acceso: ScienceDirect para Elsevier, van por IP, o SpingerLink para SpringerVerlag Elsevier no precisa clave ni contraseña pero debe accederse desde ordenador de red pública

	Clave	Contraseña
OVID	cscm999	magle1
Proquest o Evidence matters	OMRKD4DM7J	consejería

BV cómo acceder: www.bvaleusuario.sanidad.madrid.org

Primero consultar e-revistas (revistas electrónicas), luego documentos digitalizados, y luego las revistas en papel (en Catálogo) y en este último caso hay que meterse en Obtención de Documentos y solicitar un artículo seleccionando la forma de entrega.

Para acceder al texto completo de un artículo de PubMed, hay que seleccionar el formato Abstract o Citation, de PubMed y pinchar en el icono de la Agencia Laín Entralgo

Revistas de salud mental en BVALE (2009): (pedir listado a M. de Lucas) algunas tienen embargo (no se pueden ver 6-12 meses previos)

PUBLICAR

Revistas del ISI: productor del WOK (impact factor). Lleva 1 año de retraso, sale cada 2 años. Para cada revista (identificada por el ISSN), dará la vida media de la citación (en años). Se publica el journal summary list

SJR (SCImago Journal&Country Rank) www.scimagojr.com: listado de todas las publicaciones del mundo. Va con 2 años de retraso. Informa sobre las citas que han tenido sus artículos (impacto)

Listas de distribución: Utilizan el correo electrónico para la distribución masiva de información entre usuarios que están suscritos a dicha lista. Listas en RedIRis: www.rediris.es/list/select-iris.phtml?string=medicina: entrar en “Medicina” y una vez allí, hay varias especialidades. Fuera de España se suelen considerar a nivel de C.V.

Podcast, videocasts: Son archivos de imagen o de sonido con contenido científico que se distribuye mediante suscripción (RSS, etc.). Dan información a los pacientes: los que emiten

diversos organismos de EEUU tienen buena información en español: Saludsinfronteras, el podcast de la comisión de salud fronteriza México-EEUU

Poderato sirve para subir podcasts gratis.

Cómo elaborar las referencias

- Estilo APA:

www.decanaturadeestudiantes.uniandes.edu.co/Documentos/Cartilla_de_citas.pdf

- Estilo Harvard:

www.library.uwa.edu.au/education_training_and_support/guides/harvard_citation_style

- Estilo Vancouver:

www.icmje.org

Mayte de Lucas - CSM Usera

5. RESIDENTES ⁷

Rotación Externa Ariana Quintana (R-4 Psiquiatría) en el Instituto de Terapia Multifamiliar del Dr. García Badaraco (Buenos Aires)

Científicos y Samborondones

*A los compañeros de viaje y a las penélopes.
Septiembre-Diciembre de 2010. Buenos Aires. Argentina.*

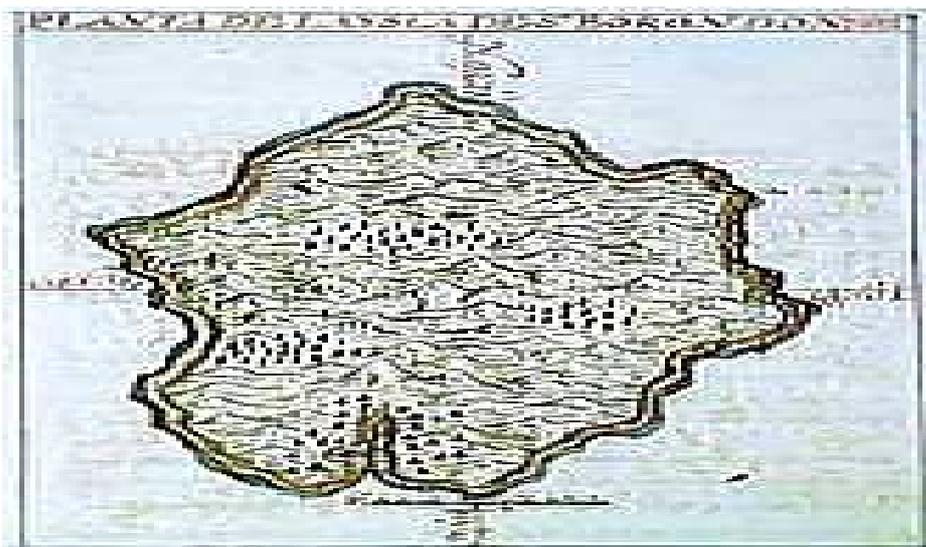
“... y la manera en que una enfermedad esquizofrénica tan grave puede curarse a través del esfuerzo terapéutico.” J. C. Badaracco. Demonios de la Mente.

Imaginemos por un instante que se puede curar la esquizofrenia. Imaginemos sin perder la noción de lo que significa imaginar. El imaginar implica partir de una posición de realidad a la que en este caso siempre vamos a poder regresar. Imaginar mientras paralelamente constatamos cada vez más una realidad científica: vías dopaminérgicas, neurotransmisión glutamatérgica, vulnerabilidad genética... Una vez aclarado nuestro lugar de partida, permitámonos durante cinco minutos o tres meses viajar, sin tener muy claro el lugar de destino.

Ante la intranquilidad que esto comprensivamente supone, pensemos que no somos los primeros. Muchos como nosotros ahora se lanzaron a empresas fantásticas construidas de elementos más cercanos a la ilusión que a la realidad: Eldorado, la Atlántida, el nacimiento del río Nilo, Shangri-la... La isla de San Borondón constituye uno de esos lugares. Según la leyenda popular en las Islas Canarias, esta isla aparece y desaparece sobre el Océano Atlántico cuando se contempla el horizonte desde sus costas. Su ilusoria presencia ha generado durante siglos expectación en la mirada de aquellos que no se conformaban con mirar a lo ya conocido, aunque esto fuera casi el paraíso. Expectación similar a la que genera la aparición de nuevos tratamientos para la psicosis y otros trastornos mentales: antipsicóticos atípicos, estabilizadores del ánimo, nuevos anticonvulsivantes, tratamientos rehabilitadores...

⁷ Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc...

Leonardo Torriani fue uno de esos hombres que le dio forma a esa ilusión. Ingeniero destinado en las Islas Canarias por el rey Felipe II, describió las dimensiones y la localización de San Borondón, basándose en los testimonios de algunos marinos que aseguraban haber llegado a sus costas en el siglo XVI: a 550 km en dirección oeste-noroeste de El Hierro y a 220Km en dirección oeste-sudoeste de La Palma. Otros historiadores, testigos de alguna de sus apariciones, la sitúan entre las islas de La Palma, La Gomera y El Hierro. Se estiman sus dimensiones en 480 Km de norte a sur y 155Km de este a oeste. Orográficamente está enmarcada por dos montañas, la del sector septentrional tiene mayor envergadura, dejando éstas una degollada en la zona central.



Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por describirla y localizarla, la isla de San Borondón no había podido ser conquistada y los habitantes de las islas Canarias empezaban ya a llamarla “la Non Trubada, la Encubierta, la Perdida”... Fue entonces cuando el Capitán General Francisco Fernández de Lugo, regidor de La Palma y después de Tenerife, fue más allá. Pidió y obtuvo unas capitulaciones de la cámara de Castilla muy semejantes a las que Cristóbal Colón consiguió de los Reyes Católicos en Santa Fe en 1492. La Corona se llenó de expectativas ante otro posible descubrimiento en el ancho de lo desconocido tras la brecha abierta por Colón y dio su beneplácito a todo lo que le proponía de Lugo. Esto en sus propias palabras era “arar el mar con tres navíos por espacio de un año hasta hallar la isla”.

Contemplemos esa posibilidad, la cura de la esquizofrenia, de forma que como San Borondón se nos presente como alucinatoriamente real y démosle forma. A lo mejor nos planteamos que para poder considerar la curación de la esquizofrenia tendríamos que resignificar el tema del déficit. Una forma sería considerar que el déficit no es real, pero quizá esta opción es demasiado extrema. Pensemos que igual que el esquizofrénico tiene el déficit, tiene también los recursos propios para transformarlo en creación. Que igual que nosotros sólo hemos contemplado su déficit, todos los que han estado a su alrededor han hecho lo mismo, familia, amigos, la comunidad... Porque, reconozcámoslo, la locura abrumba, angustia, impresiona, seduce, sobrecoge...

Imaginemos, por este momento solamente, que de ser así poco tendríamos que hacer como psiquiatras. Si pueden ir más allá, imaginen incluso que todo lo que hemos creído tan real, como que la esquizofrenia era una enfermedad crónica, no fue más que el resultado de una construcción en base a la asociación de miles de datos y que nos ha dado sentido como médicos durante años. Sin embargo también nos ha colocado el cargante peso de ser los que saben de dónde viene la

locura y cómo controlarla; todo ello materializado en órdenes de ingreso involuntaria, incapacitaciones, contenciones mecánicas, entrevistas con familiares, luchas con otros médicos... Paremos un instante en este punto del viaje, porque puede merecer la pena contemplarnos en este momento. Quizá nos preguntemos, si hemos conseguido imaginar hasta aquí, en qué lugar nos colocamos, qué papel nos queda en todo esto. Quizá pensemos en lo absurdo de la cuestión y la ingenuidad del engaño. O tal vez aludamos al recurrido “¿y qué?”. O pasemos a referirnos a nuestra responsabilidad sobre aspectos fundamentales de la curación... Pero tal vez nos haya picado la curiosidad y pensemos que merece la pena seguir adelante, aunque sólo sea por confirmar que no existe ese tal lugar llamado San Borondón.

La creencia en la isla llega al continente americano, ratificando la posibilidad de la existencia de algo en base a la búsqueda de su origen. Magallanes en su expedición puso el nombre de Bahía de Samborombón a una enorme concavidad formada en la zona costera de la Provincia de Buenos Aires manteniendo la tesis de la formación de San Borondón a raíz del desprendimiento de un fragmento de tierra. No es nueva la hipótesis de que la falta de algo significa la posibilidad de que ese algo existe. Así debió pensar Magallanes al ver el hueco creado en la bien perfilada línea costera de Buenos Aires.

Reconozco que es difícil sentirse Magallanes en Madrid y que es más fácil vivir la experiencia para dejarnos llevar en este momento por espejismos, pero si seguimos el ejercicio de imaginar donde lo dejamos y perseveramos en el hecho de que es posible que eso que conocemos cada vez más como esquizofrenia no exista, puede que empecemos a ser capaces de escuchar otras alternativas diferentes a las que ya conocemos aunque parezcan fantásticas e ilusorias. Entonces, quizá podamos empezar a pensar que ese lugar que ocupamos frente al paciente y que ha pasado a no tener sentido como tal, empieza a construirse, a mostrarse tal cual es en concepto de necesidades, inseguridades, satisfacciones, relaciones, afectos... Algunos nos podríamos llegar a plantear “¿no tendré yo el déficit?”. Claro que esto es demasiado imaginar hasta para Francisco de Lugo.

Este momento del viaje puede ser complicado. Nos habíamos embarcado con la promesa de una respuesta dispuestos a arar el mar si hacía falta, y nos encontramos en este punto habiendo perdido nuestro lugar como médicos, encontrándonos con nosotros mismos y con la pregunta sin contestar “¿se puede curar la esquizofrenia?” Y por si fuera poco, surgen otras preguntas más que por escuchar se nos han planteado en el camino. Por todo esto puede ser importante introducir el concepto del compañero de viaje, esa persona que por alguna razón, conocida o no, estando en su propia búsqueda de respuestas decide y puede compartir algún tramo en el mismo rumbo. Y puede ser que esta persona sea sobre todo importante a la hora de asumir que es el momento de regresar, que muchas de esas preguntas han de quedarse sin contestar o no tienen respuestas por el momento.

Es posible que deseemos hacer el regreso de forma rápida. De repente nos apremia la espera de nuestras penélopes o, de una forma menos clásica pero no por ello menos idealizada en la distancia, la apretada agenda del día de hoy. Pero si en un último esfuerzo de nuestro potencial imaginario conseguimos ralentizar el tiempo de vuelta, quizá tengamos la oportunidad de plantearnos una vez más qué lugar queremos ocupar frente a ese paciente al que no podemos curar. Ante él, a esta altura, se presenta una persona con muchas preguntas y escasas respuestas. Científico y Sanborondón. Si toleramos todavía un poco más el ansia del regreso podemos llegar a ver que este lugar que dejamos hace 5 minutos o 3 meses no es el mismo y que nosotros no somos los mismos. O quizá nos sorprendamos ante el hecho de que quien está al otro lado de la puerta del despacho esperando el turno de su cita y al que vimos hace un mes, tampoco es el mismo. Puede ser que haya cambiado o que nosotros lo miremos de forma diferente.

¿Y qué pensó Francisco de Lugo al final de su empresa? Lo cierto es que hoy sabemos que San Borondón no existe como isla de carne y hueso, aunque sí formando parte de esas representaciones que nos alcanzan el mundo de una forma simbólica: el imago mundi. Tanto

Francisco de Lugo como Colón tenían todas las de ganar o perder en sus empresas. La cuestión no es si lo lograron o no, sino que asumieron el riesgo de lanzarse a la búsqueda. Al parecer, según dicen las malas lenguas, años después de arar el mar Francisco de Lugo escribió a la corte diciendo que había encontrado la Non Trubada “la tienen marcada y le darán aviso de dónde está”. Lo que parece cierto es que falleció en 1548 a los 60 años al frente de su ejército en Pánuco en algún lugar entre los desiertos y montañas de Zacatecas (Méjico).

Ariana Quintana - MIR 4 de Psiquiatría

Bibliografía:

- Badaracco, J. C.: Demonios de la mente. Biografía de una esquizofrenia. Buenos Aires, 2005. Editorial Ceudeba.
- Winnicott, D. W.: Realidad y juego. Barcelona, 1982. Editorial Gedisa.
- Cioranescu, A.: El capital general de San Borondón. Revista de Occidente, 2009 (342), 244-247.

6. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁸

7. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ⁹

- Segundo número de *Cuadernos de Salud Mental del 12*: “Apuntes del curso de Psicofarmacología Aplicada 2009” (Agüera L, De la Mata I, Mearin I, Muñiz M^ªJ, Ponce G, Rodríguez-Jiménez R, Sanz J, Sartorius N y Vega LS) (descarga gratuita en formato pdf desde la web del Servicio)

Este segundo *Cuadernos de Salud Mental del 12* recoge la mayoría de las presentaciones y resúmenes de las ponencias de los autores que participaron durante el cuarto trimestre de 2009 en el segundo curso de Psicofarmacología Aplicada que organizaron de forma conjunta las Unidades Docentes de Psiquiatría de las áreas 9, 10 y 11 de Madrid, dentro del programa de Formación Común Complementaria para Residentes de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid.

Pretenden ser unos unas notas recordatorias para profundizar en el estudio personal de aquellos residentes que acudieron al curso y unos apuntes de puesta al día para el resto de profesionales de nuestros servicios asistenciales. No pueden

⁸ 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...*

⁹ Información de líneas de investigación en curso en nuestro área 11, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir y *sacar del armario* 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.” !!**

sustituir la riqueza de las exposiciones orales y posteriores debates que realizaron los distintos ponentes y alumnos a lo largo del curso de Psicofarmacología Aplicada 2009.

También pueden ser utilizadas como material docente de nuestras Unidades para futuros profesionales en formación.

Una de las ventajas de este material docente es que los autores de estas notas son compañeros nuestros en activo con quienes podemos contrastar en el día a día las revisiones bibliográficas aquí expuestas y, sobre todo, su experiencia clínica práctica acumulada.

Se reseñan a continuación algunas recomendaciones bibliográficas sobre psicofarmacología aplicada que complementa la recogida específicamente por cada uno de los ponentes en sus presentaciones:

- **Stephen M. Sthal. Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas.** 3ª edición (castellano). Aula Médica. Madrid, 2010

Tercera edición en español (la 3ª edición en inglés fue publicada en 2008) de esta obra imprescindible de Sthal. Aporta de forma muy pedagógica y con las ya clásicas figuras e iconos del autor los últimos avances en neuropsicofarmacología que explican con claridad las claves que subyacen al tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos.

- **Stephen M. Stahl. Psicofarmacología esencial de Stahl. Guía del prescriptor.** 3ª ed. (castellano). Aula Médica. Madrid, 2010

Complemento del libro anterior, aporta información útil del uso de psicofármacos en la práctica clínica. A todo color y con cuatro o más páginas por cada uno de los más de 100 psicofármacos revisados. Altamente práctico y de fácil manejo. Cada fármaco incluye cinco categorías: terapéutica general, dosis y uso, efectos secundarios, poblaciones especiales y perlas (apartado en el que Stahl aporta múltiples recomendaciones prácticas sobre el arte de la psicofarmacología: ventajas potenciales y desventajas de cualquier fármaco, los síntomas dianas primarios y las recomendaciones clínicas para obtener lo mejor de un fármaco). Se acompaña además de unas pocas y muy seleccionadas lecturas sugeridas al respecto de cada fármaco.

- **David Taylor, Carol Paton y Robert Kerwin. Prescribing guidelines.** 9ª ed. (inglés). Informa healthcare. London, 2007

Igualmente práctico y rigurosamente actualizado en sus sucesivas ediciones originales en inglés. Muchas de su información se muestra en tablas y gráficas que

facilitan su consulta rápida. Utilizable tanto como guía de bolsillo (aunque las últimas ediciones cada vez son más voluminosas) como texto de referencia, con múltiples referencias bibliográficas sólidas.

- Rosenbaum JF, Arana GW, Hyman SE, Lobbate LA y Fava M. **Handbook of psychotropic drug therapy** . 5ª ed. (inglés). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2005
- Frank J. Ayd. **Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences**. 2ª edición (inglés). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2000

Original obra de consulta en profundidad sobre múltiples temas de interés práctico en el uso de psicofármacos y neurociencias: 1.100 páginas y unas 10.000 entradas en formato diccionario con numerosas informaciones actualizadas sobre trastornos neuro-psiquiátricos, tratamientos biológicos, indicaciones y contraindicaciones, interacciones entre psicofármacos y entre éstos y otros fármacos y otros muchos temas clínicos siempre respaldados por interesantes y muy concisas referencias bibliográficas. Transcribimos una reseña sobre el texto: "From emerging research and clinical developments to the latest psychoactive drugs, discover the one resource that covers the complete world of mental health and neuroscientific language. To help you keep pace with the changing language of these evolving disciplines, the Lexicon has been fully revised and updated to provide the most timely, broad-based, and authoritative coverage available anywhere. A treasury of essential information derived from over 100 books and several hundred medical and scientific journals, the Lexicon includes over 10,000 entries providing concise descriptions of both common and rare psychiatric, neurologic, and genetic disorders--as well as key facts and features for the full range of psychoactive drugs. More than a dictionary, the Lexicon is a unique and comprehensive reference tool for both the expert and non-expert seeking to maintain a current knowledge base and improve professional communication. This encyclopedic resource provides... / Authoritative perspectives from a leading biological psychiatrist and one of the founders of modern psychopharmacology--combined with the expertise of an esteemed Editorial Board and over 100 internationally respected reviewers--assure you of only the most accurate and clinically relevant information available. / Over 10,000 entries cover clinically important data--including basic, complex, and obscure technical terms; vital facts on assessment, diagnosis, and treatment; basic biological and neuroscientific concepts; psychoactive drugs; and neuropsychopharmacology. /Current information from recent books and journal articles (50% published within the last 5 years) help you keep abreast of today's most important developments. / User-friendly format features a clear writing style, logical organization, and language accessible to the non-expert. Alphabetical listing of entries--all annotated, cross-referenced, and indexed--as well as generic and brand names for drugs, common abbreviations, acronyms, and synonyms, make vital facts easy to find and use. / Practical emphasis addresses the full scope of psychotropic and neurotropic medicines available in the United States and Europe as well as their classification,

pharmacology, pharmacokinetics and pharmacodynamics; side effects and adverse reactions; drug combinations; drug comparisons; and both beneficial and adverse drug-drug interactions"

- **Glen O. Gabbard. Tratamientos de los trastornos psiquiátricos.** Ars Medica. Barcelona, 2008

*Dos tomos ampliamente documentados sobre los tratamientos de todo tipo de los trastornos mentales. Con la garantía del autor del también recomendable **Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica.** Versión española de la cuarta edición inglesa.*

- **Farmacoterapia trastornos mentales** Cdad. de Madrid (pdf) En: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142351269537&language=es&pagename=Porta1Salud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024

Desde esta web de la CAM se pueden descargar diversos documentos fiables sobre manejos de psicofármacos "que sirven de apoyo a los profesionales sanitarios para la toma de decisiones relativas al tratamiento farmacológico de los problemas relacionados con la Salud Mental". Útiles para MIR Psiquiatría, Neurología, Medicina de Familia, Geriatría y otros que rotan por nuestros servicios. Se incluyen los siguientes documentos:

- [Boletín de Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes](#)
- [Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental](#)
- [Recomendaciones para el manejo de Síntomas Psicopatológicos y alteraciones de conducta asociadas a Demencia en ancianos.](#)
- [Recomendaciones Terapéuticas para el manejo de la Agresividad](#)
- [Recomendaciones para el manejo de los Trastornos depresivos y de Ansiedad en Atención Primaria](#)
- [Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la depresión infanto-juvenil](#)

Madrid, Marzo de 2010

*Santiago Vega González
Coordinador de la Colección
"Cuadernos de Salud Mental del 12"*

- Revista **Psicogeriatría**

Suscripciones a la revista en papel en la web de la SEPG:

<http://www.viguera.com/sepg/> ó en el correo suscripciones@viguera.com

- **Psicogeriatría Vol.1, 2**

PSICOGERIATRIA 2009; 1: 115-125

Abordaje terapéutico del trastorno bipolar en ancianos: tratamientos específicos y características especiales

López-Álvarez, J.; Agüera-Ortiz, L.F.; Marín-Mayor, M.

PSICOGERIATRIA 2009; 1: 133-137

Potomanía de inicio tardío

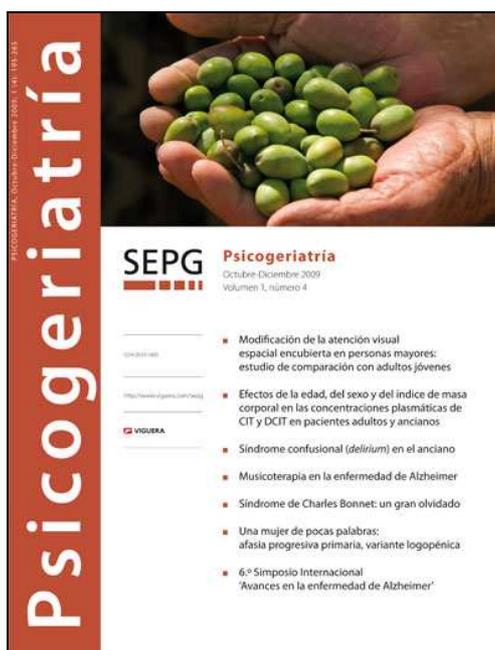
Guerrero-Morcillo, A.; Sánchez-Pastor, L.; Feliz-Muñoz, C.; Cascales-García, M.A.; Agüera-Ortiz, L.F.

- **Psicogeriatría Vol. 1, 4**

PSICOGERIATRIA 2009; 1: 243-247

Una mujer de pocas palabras: afasia progresiva primaria, variante logopénica

Puertas-Martín, V.; Agüera-Ortiz, L.F.; Villarejo-Galende, A.; Rodríguez-Rodríguez, C.; Bermejo-Pareja, F.



8. CONVOCATORIAS ¹⁰

- **IV Curso Intensivo de terapia Electroconvulsiva (TEC).** Dirección: Dr. Imanol Querejeta y Dr. Javier Palomo. Organiza: Servicio de Psiquiatría – Hospital Donosita. 26 al 29 Abril 2010. Salón de Grados. Unidad Docente de San Sebastián – UPV. Secretaría Técnica: Fundación Cerebro y Mente: secretaria@cremente.com . Más información y programa: http://www.cibersam.es/opencms/export/sites/default/cibersam/recursos/Curso_TECIII.pdf

9. SESIONES CLINICAS 2008 ¹¹

ABRIL

- 7 CARABANCHEL
- 14 USERA
- 21 U. CONDUCTAS ADICTIVAS
- 28 UHB 12 DE OCTUBRE

MAYO

- 5 INFANCIA Y ADOLESCENCIA ARGANZUELA
- 12 UHB BENITO MENNI
- 19 HOSPITAL DE DIA VILLAVERDE
- 26 INTERCONSULTA HOSPITALARIA

¹⁰ Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, Cursos, 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...

¹¹ 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) o Rotaciones Externas de Residentes de la Unidad Docente de Salud Mental del hospital 12 de Octubre de especial interés

UNAS REFLEXIONES DESCARADAS ACERCA DE LA PSICOPATOLOGÍA

José Camilo Vázquez Caubet - R1 psiquiatría.

*Con especial agradecimiento a Pilar Cano y Pedro Holgado,
quienes han hecho de su pasión por la materia algo peligrosamente contagioso.*

1. Puede que la historia de la psicopatología se remonte en el tiempo, si nos empeñamos en seguirle el rastro, hasta sus difusas fronteras con el mito. Ese inmortal que según cuentan los aedos todavía yace encadenado a las montañas, el mismo del gesto doliente y vientre ensangrentado, no es otro que Prometeo, hoy llamado Patrón de la Humanidad. Todos los días busca con la mirada resignada el ave que habrá de regresar para devorar un hígado que crece y crece de nuevo, prolongando el suplicio. ¿La razón para un castigo así? Entregar el fuego a los hombres tras robárselo a los envidiosos dioses del Olimpo. Así se las gastaban antaño por la Hélade.

Hay quien opina que la enfermedad mental es el precio que el hombre paga por el fuego ardiente, esclarecedor y condenatorio de la racionalidad. Y puede que en ello haya algo de verdad.

Sea como sea, el espíritu clásico de este mito nos acompaña a la hora de explorar la etimología de este término fundamental en psiquiatría que asienta sobre su triple raíz griega. Por un lado tenemos la *psiché*, entendida como espíritu o alma. *Páthos* la sigue, haciendo referencia al sufrimiento, al daño. *Lógos*, finalmente nos invita al discurso racional de lo que precede.

Así la **psicopatología** se presenta literalmente como el discurso racional de las dolencias del espíritu o, como diríamos hoy en día: la **disciplina formal encargada del estudio de las enfermedades mentales**. Pero su afán va más allá de lo teórico. Citando a Berrios: “la psicopatología es el lenguaje que nos permite detectar y describir los síntomas de la enfermedad mental”.

Enfermedad mental que, al enfrentarnos a ella por vez primera, puede generarnos impresiones parecidas a las de un cuadro expresionista abstracto abierto frente a nosotros: confusión, perplejidad, rechazo... hasta un “¡pero esto qué es!” escapando de nuestros labios. Los gestos del

¹² 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...

paciente, las palabras, duelos y quebrantos, como las pinceladas sobre el lienzo, parecen dadas al azar, sin orden ni concierto que nos hagan pensar en una reconfortante finalidad.

La psicopatología, como el lenguaje que es, tendrá por objetivo crear un orden en el caos de la enfermedad mental. De la misma forma en que las palabras crean el mundo (pues sólo existe para nosotros aquello que podemos nombrar), iremos denominando y reconociendo los diferentes síntomas. Y analizados éstos los veremos mostrar sus propias preferencias a la hora de dejarse ver dentro de las constelaciones que acabarán siendo síndromes. Se empezará a apreciar un patrón, algo comprensible para nuestra racionalidad. Y quizás lo que veamos no sea mucho mejor que ese primer cuadro abstracto, a lo sumo quizás tengamos un reloj desmontado que nos recuerde que todo aquello encajó de alguna manera antes de convertirse en disfuncional. Pero algo habremos ganado. Convertidos los síntomas en engranajes y muelles aprenderemos a relacionar unos con otros para hacer un ejercicio de ingeniería inversa que nos permita esbozar las leyes de la mente humana y encontrar -por fin- en la locura un significado. La comprensión del paciente y sus vivencias jamás será perfecta, pues distamos de ser sólo máquinas, pero la ayuda que de esta aproximación pueda surgir hará que el intento bien valga la pena.

2. Pero ¿cuándo surge la psicopatología como disciplina? ¿Dónde lo hace y por qué?

Situémonos en primer lugar en el Siglo de las Luces, el siglo XVIII o lo que se ha venido a denominar genéricamente la Ilustración. Un furor enciclopedista recorre Inglaterra y Francia, dando lugar a la ordenación sistemática de todo el conocimiento disponible. En lo que a las ciencias de la vida se refiere esto se traduce principalmente en la taxonomía orquestada por Carl Von Linneo, quien acomete la ingente tarea de nombrar todas las clases de animales, plantas y minerales de los que se tiene noticia para luego ordenarlas en función de sus similitudes morfológicas. Su sistema de nomenclatura binomial perdura hasta hoy. Por otro lado, lo que se aplicó a la biología se intenta desarrollar en el ámbito de la medicina. De forma similar a las especies animales y vegetales aparece el concepto de especie morbosa, y con él toda una serie de listas destinadas a clasificar las enfermedades conocidas en base a características compartidas. Estas listas, las primeras **nosologías**, van a ser el embrión conceptual de la futura psicopatología.

Pero para finales de siglo una serie de movimientos sociales e intelectuales agitarán la convulsa Europa más allá de lo que las mentes liberales pudieran imaginar décadas atrás. Cuando se desaten las revoluciones americana y francesa, los principios de Libertad, Igualdad y Fraternidad habrán permeado de tal forma en el sentir de estos nuevos ciudadanos, ya no súbditos, que se extenderán incluso hasta esa masa apartada y olvidada: los alienados. Todos aquellos que

un día fueron encerrados o condenados a vagar sin rumbo como resultado del poder estigmatizador de la palabra locura serán reexaminados por quienes, tras reflexionar acerca de su libre albedrío perdido, acabarán llegando a la conclusión de que no cabe sino verlos como víctimas de una opresión externa, la misma que todavía cercena su libertad como el Antiguo Régimen oprimió la de sus conciudadanos. Antaño tachados de debilidad moral o simplemente vistos como acreedores de un castigo divino por sus actos, los alienados van a ver romperse las ataduras de lo sobrenatural para ser nuevamente reconocidos y acogidos por la visión naturalista de una medicina moderna incipiente.

El célebre episodio de la ruptura de las cadenas, en *Bicêtre*, desembocará en que **Philippe Pinel** pase a la historia (eclipsando tal vez a otros tantos filántropos de la época) como uno de los padres de la psiquiatría moderna. Siendo heredero de la nosología de Cullen y partícipe de una era de profundos cambios, Pinel representará, al liberar a los alienados, la cristalización de todo lo dicho: es decir, el cambio de paradigma, en que el enfermo moral, culpable y olvidado, pasará a ser enfermo mental, víctima de una dolencia que merece ser tratada con el fin de recuperar la libertad. La dignidad inviolable de estos enfermos, que emana del simple hecho de ser humanos, ya nunca volverá a ser puesta en suspenso por causa de la superstición.

3. Esta doble liberación (física, pero también intelectual) implica abrir de alguna forma la Caja de Pandora de la enfermedad mental. Lo que de ella surja ha de ser estudiado y clasificado, en aras de emprender algo que se asemeje a un tratamiento naturalista y específico de lo que sólo con la boca chica podrá llamarse “lesión”. Pero esto requerirá mucho más que positivismo científico, como pronto descubrirán las mentes más preclaras del siguiente siglo. El XIX puede considerarse con toda justicia el siglo de la medicina científica. A rebufo de la anatomía patológica (*omnis celula e celula*) y de la microbiología (que marcará el fin de la teoría de la generación espontánea) la medicina centrará sus esfuerzos en la búsqueda (muchas veces embebida de la épica de los exploradores) de la etiología de las enfermedades. Si existe una alteración en la estructura de esa “maquinaria humana” compuesta de órganos, vísceras, huesos, tendones y fibras, será sencillo entonces comprender de dónde surge la patología, viéndose alterada la función original de dichas estructuras. No es de extrañar, por lo tanto, que los estudiosos de la enfermedad mental de entonces merecieran el (aparentemente) postmoderno calificativo de neuropsiquiatras. Su naturalismo científico así lo exigía. Si la enfermedad mental es el resultado de un cerebro o unos nervios enfermos, encontremos pues la lesión. Esta óptica que tan buenos resultados había arrojado en otras disciplinas médicas va a llevar, en el caso que a nos

atañe, a que psiquiatras como Alzheimer descubran el correlato orgánico (detectable por los medios disponibles) de algunos cuadros que hoy consideramos neurológicos; al tiempo que neurólogos de renombre como Westphal, Meynert, Wernicke, Charcot o Janet, buscando la causa primaria de un gran número de alteraciones psíquicas, acaben distanciándose de su inicial empeño tras conocer -por poner un ejemplo- los abismos de la histeria. Esta ruptura tendrá lugar de forma progresiva, no sin antes haberse realizado grandes aportaciones descriptivas y descubrimientos tangenciales. Numerosas serendipias fueron el fruto de esa convergencia que habría de terminar dando la actual separación macro-micro de las neurociencias.

4. Pero ¿cómo pasamos del ocular ana-tómico, desintegrador, del microscopio al ojo desnudo, integrador, del clínico?. Digámoslo ya. Una vez reclamadas por la neurología las alteraciones con base orgánica, el buque etiológico naufragará frente a ese iceberg formado por la mayor parte de las enfermedades mentales que aparentemente carecen de daño estructural. La psicopatología va a eclosionar entonces (ya a finales de siglo) para hacer las veces de salvavidas de pacientes y psiquiatras. El impulsor de esta disciplina será el psiquiatra de origen alemán **Emil Kraepelin**, quien sin renegar del origen eminentemente biológico y genético de la enfermedad mental, va a devolver el protagonismo a la clínica, a la semiología, esmerándose en la descripción de los síntomas y signos que con más frecuencia concurren en lo que serán a partir de entonces cuadros sindrómicos.

Porque esa será, ya desde dicho momento, la principal distinción de la psiquiatría respecto del resto de especialidades médicas: el manejo del síndrome, en lugar de la enfermedad. Mientras que ésta tiene su núcleo conceptual en la causa, una etiología que desencadena síntomas y signos secundarios a lo largo de un proceso etiopatogénico; el síndrome -por decirlo así- comienza la casa por el tejado, ya que se define en función del conjunto de síntomas que se manifiestan de forma más o menos simultánea, esto es, un cuadro sindrómico, que podrá ser identificado, comprendido y tratado al margen de cuál sean sus causas, por lo general poco o nada conocidas.

El acierto de Kraepelin (apasionado botánico, además de literato y músico) consistirá en la sistematización rigurosa de un ingente número de casos clínicos para acabar dando forma a toda una serie de cuadros sindrómicos arquetípicos, descritos en su monumental *Kompendium der Psychiatrie*. Este proceder dará lugar al nacimiento de la **psicopatología descriptiva**, que tendrá en el pronóstico su elemento más innovador. Fruto de una observación fina y libre de prejuicios “junto a la cama” del enfermo, obtendremos no sólo un cuadro sindrómico puntual, sino una mirada empírica al futuro que nos adelantará la forma más probable en que se desarrollarán los

acontecimientos. El pronóstico del cuadro, más que la causa, será el eje en torno al cual Kraepelin organizará su nosología, siendo su *Dementia Praecox* el exponente más conocido de esta nueva forma de entender la enfermedad mental.

5. Al abrigo de esta nueva disciplina, la psicopatología, nuevos enfoques conceptuales se irán desarrollando a fin de comprender y tratar el núcleo de la enfermedad mental. El filósofo y psiquiatra **Karl Jaspers** perfeccionará los métodos de la psicopatología descriptiva, eminentemente observadora, externalista, al articularlos con el método fenomenológico, propio de las corrientes filosóficas en las que acostumbraba a manejarse el autor, generalmente considerado existencialista. Aunque en ocasiones tildado de “psiquiatra de salón” por haber acunado su obra más frecuentemente entre los tomos de su biblioteca que en los pasillos de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg, Jaspers llevará a cabo una imprescindible labor de criba entre todo aquello que puede observarse en torno a la enfermedad mental de un individuo concreto, pero a su vez de todos los enfermos mentales. Para él ningún ser humano es igual a otro – tal y como los cuadros psicopatológicos difieren entre sí- sin embargo existen semejanzas que es preciso descubrir.

Estas semejanzas, lugares comunes, entendidos como la esencia de un síntoma determinado surgirán al aplicar a dichos síntomas su “**reducción fenomenológica**”. El objetivo no será ya meramente descriptivo, sino que el terapeuta tomará un papel más activo frente a la enfermedad, tratando de aprehender, de representar en sí mismo la vivencia psíquica del enfermo y comprender -o fracasar en su empeño- el origen de una supuesta alteración mental. La reducción fenomenológica como herramienta de criba nos dará la forma del síntoma por un lado y por otro su contenido. Aquello que será de verdadera utilidad para el psiquiatra será la forma del síntoma mental, la irreductibilidad de un delirio frente a toda argumentación lógica -por ejemplo- más allá de que el paciente relate toda una serie de abrumadores detalles que den cuenta de una angustiada persecución. Forma y contenido aparecen todavía hoy al realizar el estudio psicopatológico del paciente, pues cumplen el objetivo del que se habló anteriormente: desbrozar el caos que supone el síntoma mental para traer a primer plano elementos de comprensibilidad. En ese aspecto, a pesar de las críticas a Jaspers, aspectos de su obra siguen vigentes.

6. La **comprensión** del síntoma mental, por tanto es el objetivo final de la psicopatología fenomenológica. Según la receta del psiquiatra-filósofo: tómese un síntoma mental y aplíquese la reducción fenomenológica. Reducido el síntoma a su esencia, su forma, hágalo

suyo. Interiorízelo a fin de incluirlo en su vida psíquica. Una vez recreado en la mente de quien escucha haga uso de sus conocimientos y evoque su propia experiencia personal, de tal forma que se establezca un puente entre ambas mentes, un verdadero **acceso empático** a la vida psíquica del paciente. Entonces podrá comprender y ayudar. O quizás falle la comprensión. De ahí surgirá la clasificación de Jaspers en **fenómenos comprensibles e incomprensibles**, irrecreables estos últimos por un individuo cuyo estado psíquico no se encuentre alterado. La comprensión, a su vez, puede ser estática o genética. El ánimo deprimido de quien ha perdido a un ser querido es algo comprensible tanto por la forma de los síntomas como por su génesis, su origen. Si la misma persona se mostrase alegre y expansiva, por ser algo infrecuente y difícilmente recreable, hablaríamos de incomprensibilidad estática (si carece de la lógica habitual), pero genéticamente habría comprensión, pues entendemos que ha sido esa pérdida la que ha dado lugar de forma secundaria a esa reacción, y el hecho de que “algo ocurra” tras la mala noticia sí puede ser comprendido porque presenta una clara asociación con la biografía del sujeto. Un paciente, finalmente, que de la noche a la mañana establece asociaciones entre determinadas palabras pronunciadas en televisión y una intensa angustia por entender que algo nefasto le va a suceder, no existiendo nada que pueda interpretarse como predisponente o desencadenante, todo ello, además de sorprender e inquietar vivamente a sus conocidos, será descrito en una evaluación psiquiátrica como algo incomprensible tanto del punto de vista estático como genético. No habrá psique normal capaz de recrear dicha vivencia.

Algunas críticas importantes se han alzado contra estos conceptos, pues -aducen algunos- la incomprensibilidad de un síntoma mental podría tener su origen más en una carencia de sensibilidad por parte del terapeuta que en la propia naturaleza de un trastorno mental. A lo cual otros responden que una comprensión muy directa de estos síntomas (por haber desarrollado un infalible acceso empático a la enfermedad) bien podría dar algo que pensar acerca de la propia vida psíquica, quizás no siendo la incomprensibilidad algo tan indeseable después de todo.

7. Sea como sea, la comprensibilidad va a dar lugar a otros tres conceptos clave en el pensamiento psicopatológico de Jaspers: el proceso, el desarrollo y la reacción. No siendo ninguno de ellos creaciones del propio Jaspers sí fueron ampliamente difundidos a través de su obra. Adoptando, como hizo Kraepelin, una visión temporal de las enfermedades mentales, Jaspers intenta encontrar las formas arquetípicas de aparecer y evolucionar como cuadros sindrómicos, describiendo luego las características esenciales de cada uno de estos pilares comunes.

El **proceso**, en primer lugar, se trata de aquella alteración de la vida psíquica que tiene lugar de forma genéticamente incomprensible. No puede entenderse desde la biografía del paciente. Esta alteración va a ser por definición permanente, aunque puede cursar en brotes que irán dejando tras de sí un deterioro irreversible. Hablamos en cambio de fases si dicha alteración es transitoria, con recuperación del estado premórbido. Las fases se consideran una variedad del proceso por compartir su característica esencial: la incomprensibilidad genética. Las vivencias del proceso, por otra parte, son irreductibles debido a su carácter primario, y suponen una ruptura biográfica por la cual el paciente deja de ser “el que era” para pasar a ser subsidiario de una nueva personalidad mórbida.

El **desarrollo**, en cambio, es comprensible en su génesis. Se trata de ese “ya se veía venir”, la culminación de una predisposición o una tendencia latente en la personalidad de un individuo que en un momento determinado afronta una serie de circunstancias que desencadenarán la enfermedad. En él, no tendremos una quiebra de la personalidad, sino posiblemente todo lo contrario. Se conservará, sufriendo típicamente un despliegue interno de sus rasgos previos más disfuncionales, procediendo la mayor parte de los conflictos de la vida cotidiana del inevitable roce de los demás ciudadanos con esta personalidad hipertrofiada. El desarrollo, aunque pueda ser comprendido desde la biografía, suele ser estáticamente incomprensible, ya que sus síntomas difícilmente podrán ser recreados por terceras personas. Al igual que en el proceso, esta alteración de la vida psíquica será permanente.

La **reacción** será, por tanto, aquella alteración de la vida psíquica que se muestre comprensible tanto genética como estáticamente ante el terapeuta. Esta doble comprensibilidad no imposibilita que algunas de estas vivencias se consideren normales mientras que otras sean patológicas. En los casos en que sea difícil averiguar la causa de una reacción va a ser importante tomar una actitud prudente que no nos lleve a pensar de forma prematura en un desarrollo. Al margen de esto, el pronóstico de la reacción siempre será favorable, pues se considera que será reversible siempre y cuando desaparezca la causa que dio lugar a su aparición.

Desde un estudio superficial de estos tres conceptos podemos entrever sin mucho esfuerzo que Jaspers hace mención -a través de estas descripciones- a cuadros bastante concretos. La definición de proceso dibuja claramente la demencia precoz o esquizofrenia. El delirio esquizofrénico sería el síntoma procesual por excelencia: primario e irreductible, doblemente incomprensible. Su descripción de una personalidad destruida y sustituida hace clara referencia a estos cuadros, mientras que sirve de base para diferenciarlos del desarrollo, siendo el paranoide crónico el más estudiado. En él encontramos delirios secundarios, genéticamente comprensibles, fruto de la forma de procesar la información que tendría una personalidad predispuesta. Más allá de estos dos

ejemplos, el esquema Jasperiano chirriará sin remedio al intentar aplicarlo al amplio número de trastornos que manejamos hoy. En la semiología actual -opina Eguíluz- proceso, desarrollo y reacción sólo podrían encontrarse indirectamente presentes en lo referente a reacciones frente al estrés, esquizofrenia y síndromes psíquicos de origen orgánico. Pese a todo, no podemos reprocharle a Jaspers este desbordamiento de su cauce conceptual. Forma y contenido, comprensibilidad e incomprensibilidad, proceso, reacción y desarrollo son aportaciones que siguen teniendo su eco hoy en día en mayor o menor grado y, qué duda cabe, probablemente su influencia sobre las vidas de miles de pacientes psiquiátricos haya sido mayor que cualesquiera de las que hayan surgido exclusivamente de entre las paredes de una biblioteca.

8. Ciertamente existe una psicopatología más allá de la considerada clásica (descriptiva y fenomenológica). El siglo XX verá el auge y caída del apabullante dominio del paradigma psicodinámico, el cual enarbolará toda una psicopatología propia donde el significado inconsciente del síntoma va a primar sobre cualquier otro aspecto del mismo. Más adelante, a partir de la década de los setenta, debido al explosivo auge de los psicofármacos y el retorno de la psiquiatría al sendero del método científico, tendremos una psicopatología experimental, cuyos engranajes girarán en torno a la respuesta de los pacientes ante tratamientos validados por ensayo clínico, así como a los aspectos neurobiológicos (todavía en constante descubrimiento) vinculados a la enfermedad mental.

Pero, sea cual sea el aspecto de ésta en que ponemos el acento, si hablamos de una psicopatología, una patología de la mente, estamos dando a entender que ésta existe en contraposición a un estado de salud mental que podríamos considerar **“normal”**. Esta (inofensiva en apariencia) reflexión nos va a llevar inevitablemente -al carecer nuestra disciplina de métodos objetivos de evaluación- a entrar en la eterna polémica de lo que es normal y lo que no lo es. La definición tradicional, recogida por el saber popular, podría decir así: “normal es todo aquel conjunto de patrones de conducta o rasgos de personalidad que son típicos o componen algún patrón estándar de formas adecuadas de comportarse y ser”. En principio resulta una sentencia reconfortante por intuitiva. Parece que sí, que todos podemos mirar a nuestro alrededor y detectar fácilmente aquello que nos resulta extraño por infrecuente, o inadecuado por no ajustarse a los parámetros de lo socialmente deseable. Pero en la práctica pronto descubriremos las numerosas fallas de esta normalidad “estadística” y “deseable”. Al fin y al cabo, ¿no cambia la sociedad y con ellas sus costumbres? ¿Qué papel tienen las minorías culturales en el ámbito de una sociedad que las vive como algo extraño?

A fin de afinar la respuesta al dilema de la normalidad, autores como George Mora sugieren introducir matices contextuales que nos permitan una mayor flexibilidad a la hora de evaluar a los individuos. Por su parte tendremos los conceptos de auto y heteronormalidad para referirse respectivamente al sujeto que es considerado normal en su propia sociedad o bien en una que le es ajena. Como es de esperar también existirán los conceptos de auto y heteropatológico, haciendo referencia a los individuos que se salen de esta aceptabilidad social.

Pero tener en cuenta el contexto en que se desenvuelve la enfermedad mental no nos libra de sobre o infradiagnosticarla. Lo que en una sociedad ayer fue susceptible de ser tratado, hoy puede vivirse como una decisión vital más entre tantas, tal y como demuestra la salida de la homosexualidad de los manuales de psiquiatría en momentos históricos tan lejanos como 1974 (DSM-III) o 1990 (CIE-9).

Las instituciones oficiales, en tanto que organizaciones a las que se les presupone un espíritu conciliador siempre tienden a ofrecer definiciones lo suficientemente amplias como para no desairar a nadie. Según la OMS, normalidad es “ un estado de bienestar físico, mental y social completo, así como ausencia de trastorno mental definido según los criterios del DSM-IV-TR”. No se puede negar la buena intención de dicha declaración de principios, pero tampoco parece razonable olvidar aquella máxima tan sabia transmitida en las escuelas de todo el mundo: “lo definido no entra en la definición”.

La normalidad desde el punto de vista psicodinámico, en cambio, se define mediante una postura que pretende ser más aplicada, más pragmática. Aunque en ocasiones emplee términos ambiguos, éste no es el caso, pues Freud la define como la “capacidad de amar y trabajar”. Sin duda parece algo sencillo, pero cuyos límites difusos se explican por su carácter utópico, reflejo de la clase de persona que el propio Freud pudo tener en la cabeza como modelo de salud en el momento de enunciarla.

Así pues, resumiendo, parece que aquello tan intuitivo y reconocible al inicio de nuestra reflexión, “la normalidad”, es en realidad un concepto tremendamente esquivo que ha intentado ser atraído y capturado desde cuatro perspectivas principales: como **salud** desde el modelo médico de la OMS, como **utopía** psicodinámica en la forma del hombre pleno, como área más amplia en torno a los valores centrales de la curva de Gauss al aplicar la **estadística**, o como cumplimiento de determinados hitos del **desarrollo personal** al aplicar una perspectiva temporal tal y como abogaba Piaget. Cuatro (o quizás más, inagotables en el fondo) formas de intentar definir la normalidad. Y, pese a todo, ninguna certeza.

Con tamaño margen para la libre interpretación no es de extrañar que pronto surjan los miedos al error, no siempre accidental. La principal crítica a la esencia del concepto de normalidad va a ir

dirigida hacia su mismo origen como fruto de un consenso social. Al tratarse de un concepto arbitrario, por mucho que la sociedad en su conjunto asiente sus bases, nada evita que puedan existir minorías que acaben ejerciendo un poder proporcionalmente mayor, directriz, a la hora de definir aquello que no es normal, lo patológico, indeseable, tratable, internable. Para Thomas Szasz, la psiquiatría habría diseñado un cuerpo doctrinal que apoyaría arbitrariamente unos u otros intereses, como una disciplina pseudocientífica reclutable al mejor postor y cuyo cliente preferencial sería un poder político encantado con la posibilidad de esgrimir los argumentos de las autoridades sanitarias a fin de apartar opositores incómodos o incluso estandarizar un modelo de ciudadano previsible, dócil y adocenado. Más allá de lo justificadas que pudieran estar determinadas tesis antipsiquiátricas en momentos históricos muy concretos y en escenarios igualmente particulares, lo cierto es que nadie que hoy tenga contacto con un servicio de salud mental podría pretender una extrapolación de dichas tesis sin acusar tintes conspiranoicos. Y es que todo dogma, por fuerte que parezca, es susceptible de derrumbarse cual castillo de naipes ante la confrontación con la realidad.

Dicho todo esto cabría pensar, desanimados, que habríamos hecho mejor no metiéndonos en semejantes embrollos existiendo tantas profesiones igualmente dignas. Por fortuna y para alivio de nuestra parte más obsesiva, en realidad sí existe cierto consenso acerca de lo que no es patológico. Su paradigma es lo que denominamos **funcionamiento**, y lo empleamos todos los días en nuestros hospitales y consultas. Se consideran “psicológicamente normales o funcionales a todas aquellas personas que se encuentran en armonía con ellas mismas y con su entorno, y que cumplen los requisitos culturales o mandatos de la sociedad. Pueden tener problemas o enfermedades médicas, pero son normales siempre y cuando esto no afecte a su razonamiento, juicio, capacidad y habilidad intelectual o capacidad para adaptarse personal y socialmente.” Lo contrario, por fuerza, ha de ser la enfermedad.

La psiquiatría, por todo lo dicho, se enfrenta a una realidad social cambiante. Y por ello siempre estará condenada a ejercer labores de funambulista torpe, tratando de no caer ni del lado de un conservadurismo que sólo admita como deseable lo frecuente, ni precipitándose hacia el ultra-relativismo del “todo vale” negando incluso la existencia de enfermedades mentales incorregiblemente tozudas, sufridas a lo ancho y largo de todas las sociedades humanas por avatares de la evolución. En este ejercicio de equilibrismo nuestra vocación protectora casi siempre nos llevará a aceptar con retraso lo que quizás sean algo más que nuevas tendencias. Los malentendidos, lo queramos o no van a estar ahí. Pero pase lo que pase, más allá de lo bien que lo hagamos al cumplir nuestro papel social, siempre habrá una red de seguridad en los ojos de un

paciente que busca y encuentra ayuda, en el frágil momento en que la psiquiatría -si no la medicina entera- encuentra su verdadera justificación.

9. Hemos hablado largo y tendido de lo que, a efectos prácticos, debe ser una **herramienta** para ayudar al individuo enfermo. La psicopatología, como **lenguaje** del psiquiatra o psicólogo, debe permitirnos poner un nombre inequívoco a los síntomas que se nos presenten. Debe ser capaz de transmitir la realidad del enfermo a cualquier profesional de la salud mental que lea uno de nuestros informes, haciéndolo de la forma más precisa posible, dar forma al caos. Y este cometido, incluso obviando la letra de médico, no será tarea fácil. De la misma forma en que un cirujano emplea el acero, o un médico generalista amasa un abdomen con sus manos, nosotros nos valdremos de un instrumental tan maleable como la palabra; la nuestra, la del paciente y sus interacciones. Por ello es necesario llegar -una vez más- a un consenso que deje claro lo que queremos decir cuando escribamos con fruición términos tales como delirio, anancástico o pseudoalucinación. Ser rigurosos con la semántica hará que no se melle el filo de nuestro instrumental. Pero también tendremos que cuidar la estructura cuando tecleemos las impresiones que surjan de la exploración psicopatológica. A modo de libro de estilo encontraremos en numerosos textos las recomendaciones que nos lleven a introducir, por ejemplo, el estado de consciencia seguido del aspecto externo; o bien, a priorizar aquello que está presente en el momento de la entrevista para luego obviar los síntomas ausentes. Habrá quien incluya una descripción somera de datos socioeconómicos y familiares, o quién vea en el desarrollo de la biografía una verdadera tentación.

Nosotros mismos podemos desarrollar (y sin duda acabaremos haciéndolo) un estilo propio, una plantilla memorizada que nos ayudará a organizar la entrevista. Será nuestro dialecto de batalla y con él nos manejaremos bien la mayoría de las veces. Sin embargo, deberíamos ser conscientes de la presencia de otros tantos, y sabiendo de su existencia, guardarnos un idioma común, una síntesis de dialectos, para los momentos en que trabemos contacto con otros profesionales, de nuestro centro o incluso de otros, lo cual no será infrecuente. La literatura, mal que nos pese, quizás habrá que dejarla para otras situaciones. Nuestra profesión, aunque buen caldo de cultivo para el arte, nos obliga en realidad a ser más prácticos y a no olvidarnos nunca del paciente.

10. Lancemos para terminar una intuición al aire, puede que irrelevante. Largo ha sido el recorrido y breve el espacio dedicado. Una reflexión final se nos exige, que no deje al corazón inquieto y a la mente balbuciente. Esta es la mía.

Hay algo instintivo, soterrado y palpitante que une el fuego y la palabra. La psicopatología de alguna forma pareciera que ayuda a desenterrar de la arena alguno de sus lazos. Otras veces no encuentra nada. Nos devuelve las manos vacías. Pero quizás entre gesto y gesto de dolor, a Prometeo se le escape de vez en cuando una sonrisa de satisfacción al vernos impelidos (hoy y siempre) a confesarnos historias cuando nos reunimos en torno a una lumbre. O una mueca de desesperación cuando la llama que él robó por nosotros queme en ocasiones más de lo que ilumina, y las palabras se quiebren en la punta de la lengua, y el universo entero se hunda, porque nadie comprenda.

José Camilo Vázquez Caubet - MIR 1 de Psiquiatría

Bibliografía: - Breve historia de la psiquiatría. *Erwin H. Ackernech* - Tratado de psiquiatría. *Henry Ey*
- Sinopsis de psiquiatría. *Kaplan* - Introducción a la psicopatología. *J.I.Eguiluz* - DSM-IV TR

Entre varios compañeros hemos construido este número.

Os animamos a enriquecer los siguientes con vuestro trabajo y creatividad¹³

La lista de distribución desde la que se envía este BOLETIN es exclusivamente para el envío del mismo, agradeciéndooos que no la empleéis para el envío de otros correos personales, según marcan las normas de protección de datos vigentes

-
- ¹³ **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 11
 - Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM del Area 11
 - 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 del Area 11
 - **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), del CSM de Usera, 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 Salud Mental del Area 11 (lista de distribución)