

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 11 – Febrero 2009



Novedad: "Tratado de Psiquiatría" (T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero) -
Auditoría Unidad Docente de Psiquiatría y de Psicología Clínica (Sept 2008)-
Intervención precoz en primeros episodios (Melburne, Australia) -
Recomendaciones bibliográficas - Otras informaciones

1. DOCUMENTOS DE AREA ¹

- **Comisión de Docencia Hospital Universitario 12 de Octubre (mensual)**
 - **Comisión del 28/11/2008 (Acta 09/2008)**
 1. **Auditoría Docente general al Hospital:** realizada a finales de 2008. En Febrero 2009 se realizará una reunión con todos los tutores de residentes del Hospital
 2. **Curso de Cirugía**
 3. **Guardias de Dermatología**
 3. **Ruegos y preguntas:** Lola Vicent (Agencia Laín Entralgo) hace mención a los cursos de formación para Tutores en la Agencia, alegando que no llegan a cubrirse las plazas a pesar de la alta utilidad de los mismos. Se acuerda mejorar la difusión de los cursos programados
- **Auditoría de las Unidades Docentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica del Hospital Univ. 12 de Octubre:** tras haber recibido recientemente el informe final del equipo auditor del Sistema Nacional de Salud, con sus correspondientes conclusiones y recomendaciones, se convocará en breve una Comisión de Docencia y una posterior reunión informativa al conjunto del Servicio (incluyendo obviamente a los residentes MIR y PIR)
- **Documento: "Libre elección de médico y centro sanitario y Area única de Salud"** (Enero 2009) que la Consejería de Sanidad quiere poner en marcha en Marzo 2009 según informa la Coordinadora de Equipos de AP de Madrid. Se resumen los objetivos y cronograma de implantación de la medida. Puede solicitarse *pdf* resumen del documento a: ceapmsm@yahoo.es

2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ²

• **Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Desde Junio 2008 los profesionales de los distritos pueden derivar pacientes con TCA, según los criterios determinados por la Oficina Regional Salud Mental en el marco del *Plan Integral para la Atención a los Trastornos del Comportamiento Alimentario*, a la Clínica de TCA del Instituto Provincial de Rehabilitación, integrada en la Red de Recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

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 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

Población de referencia:

- Pacientes mayores de 16 años, con dgtº principal CIE-10 de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa, pertenecientes a las áreas de Salud Mental de referencia para cada Clínica:
 - i. **Clínica TCA Hospital de Móstoles:** Areas 8, 9 y 10
 - ii. **Clínica TCA Hospital Gregorio Marañón (IPR):** Areas 1 y 2 con derivación posible del resto de Madrid capital tras contacto previo telefónico
- Pacientes que por su gravedad, al finalizar su tratamiento en la Unidad de Día del Hospital Santa Cristina requieren un seguimiento médico y de salud mental más intensivo que el que se puede ofrecer en el C.S.M., aunque no pertenezcan a las áreas de referencia establecidas para las Clínicas

Modalidades de Tratamiento: 1. **Tratamiento integral:** tratº de forma “completa” (tratº psiquiátrico y nutricional, terapias individuales y grupales para el paciente y su familia) sólo en este dispositivo hasta conseguir una mejoría suficiente como para ser derivadas para seguimiento a otro centro con menor intensidad terapéutica 2. **Apoyo y complemento al tratamiento que reciben en otros dispositivos de la red pública** (hospital, CSM...) y que su terapeuta considera que, mientras mantienen su mismo tratº, pueden beneficiarse de alguna terapia concreta adicional de las que se ofrecen en la Clínica TCA (grupo de psicoeducación para pacientes y familiares, comedor terapéutico...): entrarían en esta modalidad terapéutica: casos incompletos (no reúnen todos los criterios de Anorexia o Bulimia) y casos en los que el terapeuta considera que es suficientemente eficaz la oferta que se le realiza en el CSM pero que precisa alguna intervención complementaria

Criterios de derivación

- Para las que sigan la modalidad de Tratamiento integral:
 - i. Diagnóstico principal CIE-10 (cuadros completos)
- 1. Anorexia Nerviosa
- 2. Bulimia Nerviosa
- Para las que sigan la modalidad de Apoyo al Tratamiento:
 - i. Para grupo psicoeducativo pueden ser derivadas todas las pacientes con TCA y sus familias, al inicio del tratamiento en el CSM (nuevos) y aquellos en los que se considera que puede estar indicado en otro momento del proceso terapéutico
 - ii. Para otros grupos y comedor terapéutico se pueden derivar pacientes con TCA con la indicación concreta de cada grupo

Las pacientes deben ser evaluadas inicialmente en su CSM, donde se hace el diagnóstico y se decide si continúa el tratamiento ahí o se deriva a la Clínica TCA. El acceso a su CSM se realiza siempre desde el médico de cabecera/pediatra de Atención Primaria.

En los casos de pacientes procedentes de otros dispositivos (UHB, Unidad de Día de TCA Santa Cristina), el CSM de referencia de la paciente debe tener igualmente conocimiento de dicha derivación.

Actividad Asistencial

- Modalidad Tratamiento Integral:
 - i. **Evaluación** psicológica y psiquiátrica
 - ii. **Plan de Tratamiento Individualizado** (PTI) donde se recoge qué tipo de terapia/s requiere cada paciente y su familia y se establecen unos objetivos. El PTI puede incluir, según los casos:
- 1. **Terapia individual** semanal durante los 3 primeros meses y posteriormente según evolución
- 2. **Terapia grupal** en las modalidades que estén indicadas en cada caso. Las diferentes terapias de grupo se ofrecerán tanto a las pacientes en tratº integral como a las que acuden como apoyo. No necesariamente las pacientes en tratº integral participarán en todos los grupos. Se desarrollarán los siguientes grupos:
 - a. **Psicoeducativo y de encuadre terapéutico para pacientes**
 - b. **Psicoeducativo y de encuadre terapéutico para familias**
 - c. **Imagen Corporal**
 - d. **Terapia Familiar**

- e. **Autocuidados para la salud**
 - f. **Transición**
 - g. **Cronicidad**
 - h. **Comedor Terapéutico** (máximo 8-10 pacientes). Aprender a comer es el objetivo de este comedor, por tanto se entiende como un grupo terapéutico más con las mismas condiciones (no todas lo utilizan, no necesariamente todos los días)
3. **Entrevistas motivacionales y de adherencia al tratamiento.** En los casos de pacientes cuya cronicidad o falta de conciencia de enfermedad impide otro abordaje
- iii. **Control médico y nutricional**
 - iv. **Compromiso terapéutico.** Dado que este recurso es limitado y altamente específico e intensivo, para que resulta eficaz para el paciente es necesario trabajar la motivación para la derivación. Además, una vez incluido en tratamiento el paciente debe comprometerse en su propia recuperación. Para llevar a cabo lo anterior se firmará un compromiso con normas de alta del recursos específicas
- Modalidad de Apoyo al Tratamiento:
- i. **Coordinación** con el terapeuta derivante para establecer qué tipo de terapia complementaria va a recibir la paciente
 - ii. **Entrevista individual con paciente y/o familia**
 - iii. **Terapia grupal.** El terapeuta del paciente realiza la derivación para una terapia de grupo concreta de las anteriormente descritas. En el caso del Comedor Terapéutico se establece una permanencia de 3 meses tras la cual se evaluará su continuidad

Canalización a la Clínica TCA

Coordinación

En el documento enviado el 3/6/2008 por el Dr. Jose Jaime Melendo (O.R.S.M.) se adjunta el *Documento de Canalización de Pacientes a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Gregorio Marañón, en el Instituto Provincial de Rehabilitación (C/ Francisco Silvela, 40 – 7ª planta. Madrid)*

3. OTROS RECURSOS ³

- **Fundación Manantial – Programa de Pisos Supervisados**

Comunican con fecha 12 Dic 2008 su nueva dirección y forma de contacto:

- Despacho (provisional): C/ Sajonia, 23 (local) 28022 Madrid (San Blas, Las Rosas)
- Tfno.: 91 760 96 52 (L-V, 8-15 h.) Fax: 91760 99 38
- Correo electrónico: método preferible para el contacto inicial sobre un caso o solicitud de información, adjuntando un teléfono de contacto donde poder nosotros responder a la demanda lo antes posible: pisos@fundacionmantial.org o smerinof@fundacionmantial.org , indistintamente

Susana Merino Fernández.

Directora - psicóloga "Programa de Pisos" (Fund. Manantial)

³ Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁴

- Os sigo animando a ir construyendo entre todos una **BASE DE MATERIALES DOCENTES** que pudiéramos utilizar con los distintos profesionales de pre y postgrado que rotan por nuestros servicios, adaptada a sus distintas necesidades formativas. **Para ello os propongo la siguiente metodología:**
1. Podéis mandar a svega.scsm@salud.madrid.org las preferencias bibliográficas que recomendaríais en los siguientes apartados (sería ideal en un pequeño comentario subrayando el por qué de la importancia del material recomendado:
 2. Historia de la Psiquiatría / Psicología Clínica
 3. Psicopatología
 4. Psicofarmacología
 5. Psicoterapias
 6. Autoayuda
 7. Otros campos relacionados con la Salud Mental (literatura, cine, sociología, filosofía, etc...)
 8. Otros

No se trata tanto de hacer una mera lista enorme de bibliografía que uno puede encontrar en cualquier sitio (p.e. el tratado de Kaplan o el Vallejo Ruiloba de Psiquiatría) sino una recomendación personalizada de textos "imprescindibles". Los anteriores tutores MIR y PIR ya realizaron una **lista bibliográfica** que está colgada en el apartado de Docencia (**Protocolo Docente de Psiquiatría y de Psicología**) de la página web del Hospital Universitario 12 de Octubre:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=Hospital12Octubre/Page/H12O_hom

Insisto: lo más interesante serían vuestros comentarios **PERSONALES** críticos (filias y fobias) del material recomendado. El material que aporta David Antón en las páginas siguientes es un óptimo ejemplo.

9. Si lo tenéis mandad también el formato de ese documento:
 - a. **Archivo pdf , word u otro** (esto sería lo ideal porque así podríamos colgar estos materiales en el futuro apartado del Servicio de Psiquiatría en la ya existente del Hospital 12 de Octubre y desde allí descargárselo los residentes y/o alumnos de pregrado interesados)
 - b. **Fotocopia de artículo o libro** (si no son muchas páginas podríamos escanear el artículo... libros es más complicado, pero podría quedar una

⁴ 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...

copia en el cuarto de Residentes de la UHB o en la Secretaría o tratar de buscarlo si está escaneado en Internet si está descatalogado)

- c. **Referencia bibliográfica electrónica** en Internet
 - d. **Literatura "gris"** (artículos en boletines como el de la AEN o la AMRP, guías clínicas como la que hizo el Colegio de Psicólogos de Madrid a raíz de los atentados del 11-M, artículos de opinión en prensa o revistas no profesionales...)
 - e. O únicamente la referencia bibliográfica
- **Comentarios bibliográficos de David Antón**, psicólogo clínico que realizó su formación PIR en nuestros Servicios, quien nos permite amablemente hacer uso de un interesante comentario personalizado suyo sobre diversa bibliografía profesional que iremos dando a conocer (por su amplitud) en varias entregas. Puede ser especialmente útil para residentes y alumnos de pregrado (Practicum y otros) y de interés para la formación continuada de todos.⁵

En una ocasión, me fui a buscar un libro sobre tratamiento de la ansiedad a una librería y me quedé mirando los cientos de títulos disponibles sumido en la desorientación. ¿Cuál será bueno? No me compré ninguno, lo que hice fue ir a preguntar a alguien a ver si conocía alguno bueno. Después de sonsacar a diestro y siniestro, resultó que había un par de títulos que se repetían y así me hice con uno decente. Las otras opciones que existen para encontrar un libro bueno son principalmente mirar el índice, leer un par de páginas, conocer al autor de otros libros, preguntar al que atiende en la librería (en Paradox eso da bastante resultado), buscar reseñas en internet... después de todo esto, termina uno comprando un libro con buena pinta, pero arriesgándose a que sea una porquería, con la consiguiente pérdida de dinero y tiempo. Como a mí me gusta leer, pero buenos libros, me dedico a combinar todo esto, pero he encontrado que es especialmente útil la opción de preguntarle a la gente experta en algo por los libros que cree mejores en ese tema, o al menos los que son sus favoritos. Con esta estrategia he encontrado libros excelentes y me he ahorrado sin duda montones de porquerías.

La idea de esta bibliografía es transmitir a quien le apetezca servirse de ella algunos títulos de calidad comprobada en el campo de la Psicología. Igual que yo recibí amablemente la información de aquellos a quienes pregunté durante los últimos años (y añadiendo de paso la información que surge de mis propias experiencias) creo que es adecuado que satisfaga mi deuda de gratitud hacia aquellos que compartieron su conocimiento conmigo haciendo que su aportación continúe su camino hacia los siguientes. Así como yo fui cuidado por mis predecesores, cuido a mis sucesores.

⁵ Quien lo quiera en documento pdf completo (hasta que lo colguemos en la futura web del Servicio) puede pedirlo a svega.scsm@salud.madrid.org (¡¡ Gracias, David !!)

Ni que decir tiene, que esta bibliografía es parcial, incompleta y subjetiva. He puesto mi opinión subjetiva (en ocasiones la de aquellos que me los han recomendado, pero entonces lo digo expresamente) sobre los libros y he tratado de ceñirme a aquellos que realmente merecen la pena, aunque alguna ocasión (por ejemplo algunos de Nardone) mencione libros para desaconsejar su compra o matizar su utilidad, en general no me voy a molestar en desacreditar libros malos, porque no acabaría nunca. Aunque en algunos apartados no lo parezca, he intentado poner sólo los buenos, no un montón de cada. Creo que una lista interminable siempre es menos útil que una lista corta y selecta. Por tanto cada libro que aquí aparece lo hace por una razón, no hay libros “de relleno” y se verá claramente que hay temas en los que no menciono ningún libro porque no se de ninguno bueno o especialmente bueno. En cualquier caso, estás invitado/a (de hecho estaría muy agradecido de que así fuera) a enviarme recomendaciones de libros (explicando por qué lo recomiendas) o comentarios sobre los aquí expuestos a mi correo electrónico david.anton.menendez@gmail.com para futuras ampliaciones de la bibliografía, donde los añadiré debidamente acreditados.

Bibliografía de David Antón (1ª parte)

HABILIDADES DEL TERAPEUTA

- **Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario.** M^o Patricia Acinas Acinas. Formación Alcalá. (2 volúmenes).

[Es una transcripción de un curso, como tal incluye partes teóricas y otras más prácticas. Es muy completo y además está hecho por gente que trabaja en Cruz Roja, con lo cual la orientación práctica está garantizada. Realmente interesante pese a lo tocho y a ser un poco caro]

- **La entrevista motivacional.** Stephen Rollnick. Paidós.

[Clasicazo absoluto del tratamiento de alcohol y toxicomanías, pero aplicable a otros temas como trastornos de conducta alimentaria. Utiliza el modelo transteórico de Prochaska sobre las fases de cambio en terapia para describir las técnicas más adecuadas para la fase del cambio en que esté el paciente.]

CONSTRUCTIVISMO E INTEGRACIÓN

- **La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas.** Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega. Desclee de Brouwer. Biblioteca de psicología 108. [Un interesante libro para integrar psicoterapia dinámica, cognitivo-conductual y sistémica utilizando el constructivismo como metateoría en la que se busca adaptarse al estilo del paciente a la hora de construir la narrativa de su problema].

- **Psicoterapia constructiva.** Michael J. Mahoney. Paidós.

COGNITIVO CONDUCTUAL

[Estos tres a continuación son los manuales al uso de cognitivo conductual, comparten tochez, precio caro, ser generales, sistemáticos y orientados a ser obras de consulta, elegir uno u otro es más o menos complicado porque son por el estilo. Si puedes disponer de ellos en alguna biblioteca cerca mejor]

- **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta** (900 páginas). Francisco J. Labrador, Juan Antonio Cruzado, Manuel Muñoz. Ed. Pirámide.

[En un sólo tomo, dividido por técnicas, es un poco rígido, pero útil].

- **Manual de terapia de conducta.** (dos volúmenes de 700 pags). Miguel A. Vallejo Pareja. Ed. Dykinson.

[Tiene la ventaja de que está dividido por trastornos].

- **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.** Vicente Caballo. SXXI.(1000 páginas)

[Mejor que el de Labrador, en cuanto más flexible].

- **Técnicas cognitivas de intervención clínica.** Carmelo Vázquez. Síntesis.

[Barato y pequeño, pero hiperdenso. Describe sistemáticamente las técnicas cognitivas, aunque sin base previa puede resultar un tanto técnico, si existen conocimientos de psicoterapia cognitiva supone un buen resumen de referencia].

- **Terapia cognitiva de la depresión.** Aaron T. Beck. Desclee de Brouwer (nº21).

[Clasicazo, el libro de la depresión de Beck, imprescindible aunque sólo sea por ver la formulación original de la terapia de más éxito y soporte empírico.]

- **Manual de terapia racional-emotiva.** Albert Ellis Russell Grieger. Desclee de Brouwer volúmenes I (nº16) y II (nº48).

[Son recopilaciones de artículos, no una formulación sistematizada, lo cual es un poco decepcionante. Además son un tanto heterogéneos en calidad. Si te interesa la Terapia Racional Emotiva, de todos modos, te los tendrás que leer. Ellis siempre es más filosófico que Beck, lo cual es útil cuando las distorsiones dejan ver esa creencia que las sustenta y hay que entrar a reestructurar temas complejos].

- **Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes.** Robert D. Friedberg, Jessica M. McClure. Paidós.

[Un libro que demuestra que se puede hacer terapia cognitiva con niños, con ideas originales sobre cómo hacerlo, muy práctico y realmente recomendable].

- **Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo.** Mariana Segura Galvez, Pilar Sanchez Prieto, Pilar Barbado Nieto. Editorial Universidad de Granada.

[Un pequeño librito sobre análisis funcional que describe bastante bien cómo hacerlo y la utilidad de aplicarlo a nuestros casos, aunque nos dé pereza].

- **Reinventar Tu Vida.** Jeffrey Young. Paidós.

[Un paso más allá de las distorsiones y las creencias están los esquemas cognitivos de Young, para el que quiera profundizar en lo cognitivo y se le quede corto, está es la opción (y la teoría del marco relacional y la terapia de aceptación y compromiso, pero eso otro día)]

- **Cuadernos de psicoterapia. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien.** Ángeles Beriso Gomez-Escalonilla. Editorial EOS.

[Sencillo, barato, directo al grano, con muchos esquemas y tablas que lo hacen fácilmente digerible y de uso inmediato].

SISTÉMICA

Estructural

- **Familias y terapia familiar.** Salvador Minuchin. Gedisa.

[Expone brevemente las bases del modelo sistémico y de la visión estructural e incluye mucho ejemplos, aunque las técnicas no están tan bien descritas como sería deseable].

Escuela de Milán

- **Los juegos psicóticos en la familia.** Mara Selvini. Paidós.

[Clásico recomendado a diestro y siniestro]

Estratégica

- **Miedo, pánico y fobias: La terapia breve.** Giorgio Nardone. Herder.

[Bastante más sistemático que sus hermanos pequeños (ver los dos siguientes), aún así incluye dos casos clínicos que ocupan medio libro.]

- **No hay noche que no vea el día.** Giorgio Nardone. Herder.

[Si bien es breve y rápido de leer, da la sensación de ser más un libro de casos que uno de terapia, las orientaciones y sistematizaciones son escasas, pero los ejemplos amplios. En todo caso es mejor acudir directamente a los hermanos mayores como “Miedo, pánico y fobias” o “el arte del cambio”].

- **Más allá del miedo.** Giorgio Nardone. Herder. [Igual que el anterior].

- **Más allá de la anorexia y la bulimia.** Giorgio Nardone. Herder.

[Igual que los dos anteriores, aunque con un poco más de esfuerzo sistematizador del material, el hermano mayor sería “Las prisiones de la comida”].

- **Las prisiones de la comida.** Giorgio Nardone , Tiziana verbitz. Herder [

- **El arte de amargarse la vida.** Paul Watzlawick. Herder.

[Muy divertido, es más un libro de divulgación de los principios de Watzlawick desde los contraejemplos cotidianos que uno orientado a terapia. Adolece de falta de orden, sistematicidad y formulaciones claras, pero lo que subyace es perfectamente comprensible para iniciados y tiene un buen sentido del humor].

- **¿Es real la realidad?** Paul Watzlawick. Herder.

[No es un libro de terapia, sino uno de divulgación sobre comunicación utilizando ejemplos extremos de ésta, como el intento de comunicarse con extraterrestres del proyecto SETI, los códigos secretos de espías, etc. Muy interesante, a meno y curioso].

- **El arte del cambio.** Giorgio Nardone y Paul Watzlawick. Herder.

[Específicamente para obsesiones y fobias, describe el proceso de tratamiento con paradojas y estrategias para producir la “experiencia emocional correctora”].

- **Cambio.** Paul Watzlawick, Jhon H. Weakland y Richard Fisch. Herder.

[Es un tanto general y teórico. Interesante para ir interiorizando los principios fundamentales del enfoque estratégico].

- **La táctica del cambio.** R. Fisch, J.H. Weakland, L.Segal. Herder.

[Un manual que contempla el enfoque del Mental Research Institute sobre la terapia con todos sus elementos y fases, distingue varias situaciones problema típicas y su abordaje sistematizado].

- **El lenguaje del cambio.** Paul Watzlawick. Herder.

[Interesante por su aplicabilidad en cualquier orientación, con bastante base ericksoniana, trata sobre como “empujar” con el lenguaje de forma sutil, pero efectiva].

- **Teoría de la comunicación humana.** P. Watzlawick, J. Beavin Bavelas y D.D. Jackson. Herder.

[Un gran clásico, sus leyes de la comunicación son fundamentales. La teoría del doble vínculo ha evolucionado desde la formulación que aquí aparece, pero todo lo demás está perfectamente vigente. Algunos dicen que es un poco árido de leer, pero eso no puede deteneros, es un imprescindible].

- **Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos.** Jay Haley. Paidós.

[Un poco irregular, pero contiene dos de los más famosos ensayos de Haley: “El arte de ser esquizofrénico” y “El arte de fracasar como terapeuta”, que son inpagables].

- **Las 36 estrategias chinas.** Edaf.

[Citado en muchos de los libros de Nardone como base de las estratagemas que utiliza para que las personas se expongan a experiencias emocionales correctoras que resuelvan sus problemas esquivando las posibles resistencias. Es un clásico chino del estilo del “arte de la guerra” de Sun Tzu que últimamente está de moda en el mundo de los negocios. También tiene utilidad en psicoterapia y ayuda a comprender las geniales inspiraciones de Nardone a la hora de hacer prescripciones paradójicas, creativas y astutas.]

Terapia centrada en soluciones. TCS

- **En un origen las palabras eran magia.** Steve de Shazer. Gedisa.

[Un poco farragoso, sirve para profundizar en las raíces teóricas de la posterior Terapia Centrada en Soluciones.]

- **Trabajando con el problema del alcohol.** Steve De Shazer, Insoo Kim. Gedisa.

[Un poco desordenado, pero en conjunto plantea la terapia centrada en soluciones con todos sus componentes. El tema del alcohol es casi anecdótico, ya que la tcs no está orientada a un tipo particular de patología].

- **24 ideas para una psicoterapia breve.** Mark Beyebach. Herder.

[Fue mi profesor de terapia familiar y director del máster de sistémica de la pontificia de salamanca, que tiene orientación TCS, trabaja integrando TCS, estructural y Palo Alto.]

(David Antón, psicólogo clínico)

- **Bibliografía sesión "Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad"**
(Juanjo Belloso - tutor PIR)

- BECK, A. T.; FREEMAN, A. **TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.** ED. PAIDOS, 1995 (ORIGINAL EN INGLÉS: 1992)

Un clásico. Cualquiera que desee acercarse a la "mente" de un trastorno de personalidad e iniciarse en esto de la terapia cognitiva tiene en este libro un buen referente para empezar. Muy práctico, tiene una primera parte teórica acerca del trabajo de la TC en TP, y una segunda donde se analiza su aplicación con cada uno de los TPs, incluyendo casos prácticos.

- CABALLO, V. E. (DIR.) **MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO – CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.** VOL. II. ED. SIGLO XXI, 1998.

Para gente con prisas. Sólo contiene un capítulo acerca del tratamiento de los TP, en el que presenta de una forma muy resumida las principales terapias cognitivas.

- CABALLO, V. E. (COORD.) **MANUAL DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: DESCRIPCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.** ED. SINTESIS, 2004

Típico manual con afán universalizador de contenerlo todo, desde la reflexión acerca del diagnóstico de los TP hasta los tratamientos psicoterapéuticos más "eficaces" para cada trastorno.

- CARO, I. (COMPILADORA). **MANUAL DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS: ESTADO DE LA CUESTION Y PROCESOS TERAPEUTICOS.** ED. PAIDOS, 1997.

Muy recomendable porque presenta una visión de conjunto de casi todas las terapias cognitivas desde las racionalistas (más clásicas) hasta las constructivistas. Entre sus ventajas se encuentra que cada capítulo está escrito por los creadores de dichas terapias (o gente muy afín) y que se estructura en un capítulo teórico donde se describe la terapia en cuestión y otro siguiente en el que se describe su aplicación a un caso práctico. La autora ha sacado hace un par de años o menos un segundo volumen. Sólo lo he mirado por encima y no es tan bueno como el primero. Ya se sabe que "segundas partes..."

- MILLON, T.; EVERLY, G. S. **LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS.** ED. MARTÍNEZ ROCA, 1994 (PERSONALITY AND ITS DISORDERS: A BIOSOCIAL LEARNING APPROACH, 1985)

Hay muchos libros de Millon, pero éste condensa su teoría y clasificación de los TP. Cada TP es analizado con una estructura muy didáctica (etiología, mecanismos de defensa, apariencia, factores de mantenimiento etc.). Contiene muchas viñetas clínicas para ilustrar cada tipo.

Espero que os sirva. Un saludo.

Juan José Belloso - Tutor PIR

5. RESIDENTES ⁶

- Rotación Externa: **Dr. Alberto Segura** (*MIR-4 Psiquiatría*)

INTERVENCIÓN PRECOZ EN PRIMEROS EPISODIOS EN MELBOURNE (Australia)

Orygen Young Health es un servicio de salud mental para jóvenes de entre 15 y 24 años que se encuentra en Melbourne, Australia. Fue fundado en 2002 por Patrick D. MacGorry. La atención es gratuita. Proporciona asistencia a la población del Noroeste de la ciudad, una parte de la misma tradicionalmente obrera, en la que la falta de recursos y la presencia de problemática social son la norma, así como la existencia de ambientes marginales y de consumo de tóxicos que dificultan la atención.

La puerta de entrada a esta asistencia es el llamado YAT (Youth Acces Team). El YAT está compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales. La función de este equipo es realizar la valoración, decidir donde será derivado el paciente (a qué parte de ORYGEN o recomendar algún lugar distinto si el paciente no es susceptible de entrara en el servicio), hacer la primera intervención y en caso de que fuera necesario actúan en situaciones de crisis.

La manera de acceder a este servicio es mediante llamada telefónica, donde se realiza una breve evaluación en que se decidirá si seguirá siendo valorado o se deriva a otro servicio (por no cumplir requisitos socio-demográficos o por el problema que presenta por ejemplo). Esta evaluación suele ser realizada por terapeutas ocupacionales. Recogen la situación actual y una breve historia. La llamada puede ser realizada por el propio individuo, algún familiar o desde otras instituciones como el instituto, la policía, el hospital etc. De cumplir los requisitos se concierta una cita o se acude a su domicilio si la situación lo requiere. Es entonces evaluado por un profesional (nunca el psiquiatra) en una o varias entrevistas en que se establece el diagnóstico en la medida de lo posible. Se recoge una historia completa, aunque quizá la crítica a este nivel sea lo excesivamente protocolizado de la evaluación, con entrevistas semiestructuradas, dirigidas y muy centradas en lo sintomático. Por otro lado no es esa persona la que seguirá la evolución del paciente lo cual podría afectar a la adherencia, aunque sí es cierto que la inexistencia de listas de espera a este nivel hace que sí haya un enganche en mi opinión a la institución (y no tanto al profesional). A continuación se decide si el paciente necesita ingresar o si el manejo será ambulatorio. De ser este último caso se da cita con el psiquiatra que pautará una medicación si es necesario. En los últimos tiempos, en caso de sospecha de psicosis, es el psiquiatra quien realiza la primera entrevista para evitar demora en el inicio de la medicación.

Dentro de YAT existe un equipo llamado YAT Acute que maneja los pacientes más graves (incluyendo a todos los pacientes con síntomas psicóticos). Trabajan desde las ocho de la mañana a las diez de la noche, por ello realizan funciones como administrar medicación.

El otro equipo se llama YAT Entry, da atención a pacientes menos graves con síntomas ansiosos y afectivos. La dotación de personal es menor y tienen mayor demora en la atención ya que se entiende que los problemas no son urgentes.

El equipo telefónico está las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, los pacientes del servicio pueden llamar a cualquier hora para recibir atención y orientación en caso de urgencia (acudir al hospital por ejemplo).

⁶ Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, reflexiones de residentes tras rotaciones externas o asistencia a congresos...

La hospitalización se realiza en el Western Hospital (junto al centro de YAT). Consta de dieciséis habitaciones individuales, una sala de estar, un patio, varios despachos para ver pacientes y dos controles. Además existe la Unidad de Cuidados Intensivos con tres habitaciones y un pequeño patio.

Es notable la cantidad de personal que hay. Los pacientes tienen asignado un enfermero encargado del caso, el cual lo revisa cada treinta minutos en condiciones normales, en caso de necesitar más supervisión se hace cada 15 minutos hasta poder estar con el paciente de manera permanente. En la planta se llevan a cabo actividades ocupacionales de libre acceso. La familia puede acompañar al paciente en todo momento si lo desea. La planta es abierta, aunque según el caso los pacientes pueden tener la salida restringida, algunos pacientes previo aviso pueden salir y entrar libremente.

En casos en los que el paciente se encuentra agitado pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos, que ya es cerrada. Está vigilado en todo momento y posee menos estímulos (tiene una televisión y un patio). Esto hace necesario menos sedaciones y contenciones, aunque podría ser cuestionable la poca medicación que se utiliza. En caso de agitación más grave pasan a las llamadas habitaciones de seclusión, donde están desde unos minutos a varias horas; en este caso son revisados frecuentemente.

Los ingresos duran habitualmente una semana, apoyados por un importante dispositivo comunitario. El paciente suele ser visto por el psiquiatra y el case manager ambulatorio en unos pocos días. Por este motivo también hay una baja incidencia de reingresos.

Este modelo de planta me parece muy interesante, aunque por su puesto requiere de importantes dotaciones económicas.

Una de las principales particularidades con respecto a nuestro sistema es la figura del Case Manager o gestor de casos. Éste puede ser un psicólogo, un enfermero, un trabajador social o un terapeuta ocupacional. Según el tipo de paciente que se atiende se establece el perfil del case manager. Es la persona más directamente implicada siguiendo al paciente en todo el proceso de tratamiento. Se encarga de la psicoeducación, del tratamiento psicoterapéutico, de las derivaciones internas (a grupos, a psicoterapias más específicas etc.), de organizar las entrevistas con el psiquiatra y de la atención a nivel social como ayudas económicas, de vivienda, empleo o educación. Son realmente el pilar del tratamiento y tienen disponibilidad suficiente para la adecuada atención del paciente, con gran flexibilidad y personalización de la atención, además del ya dicho aprovechamiento de los distintos perfiles. Es un modelo útil que busca la optimización de recursos que además permite gran calidad asistencial.

Las consultas se encuentran en Royal Park, un parque situado cerca del distrito centro. Existen dos tipos de consultas en función de que los pacientes presenten síntomas psicóticos (dividido en EPPIC, PACE e ICM) o no (Youthscape, que incluye Mood & Anxiety, HYPE e YMIOS).

EPPIC (Early Psychosis Prevention & Intervention Centre) fue la primera consulta que se creó y dio nombre a la unidad en un principio. Es el lugar donde se atiende a todos los pacientes que presentan síntomas psicóticos, independientemente del diagnóstico, recibiendo tratamiento durante dos años. Ésta es una de las mayores críticas internas, ya que en esta consulta están incluidos con frecuencia pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad u otros diagnósticos alejados de los trastornos psicóticos crónicos. También atienden a pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar I o depresión con síntomas psicóticos. Se reúnen una vez a la semana para revisar los casos y exponer los de más difícil manejo.

PACE (Personal Assessment & Crisis Evaluation) es la consulta donde acuden los pacientes con alto riesgo de paso a psicosis. Uno de los requisitos es que sean pacientes que presentan síntomas y buscan ayuda. Se dividen en tres grupos:

Grupo 1 con síntomas psicóticos atenuados. Presentan ideas autorreferenciales, alteraciones en la percepción, alteraciones en el discurso, en el pensamiento, en la conducta o la

aparición en el último año. Esto ha de durar menos de una semana y no más de cinco años, con una frecuencia de varias veces a la semana.

Grupo 2 con síntomas psicóticos intermitentes, autolimitados y breves. Presentan claros síntomas psicóticos varias veces a la semana, duran menos de una semana (desaparecen sin tratamiento) y ocurre en el último año.

Grupo 3 con rasgos y factores de riesgo. Han de presentar un descenso en su funcionamiento en el último año, con personalidad esquizotípica, algún pariente de primer grado que presente un trastorno psicótico o disminución del estado mental o funcionamiento durante más de un mes y menos de cinco años.

CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State) es el aparato de medida para evaluar a este grupo de pacientes. Consiste en una entrevista estructurada, que tiene un índice de conversión de aproximadamente 35 a 40%. En los últimos años este índice está disminuyendo, el dato es de lectura difícil aunque se podría explicar por una adecuada intervención en esta clínica (reducción del estrés, abandono del consumo de tóxicos etc.).

En esta clínica se realiza tratamiento durante 6 meses en principio. Como en el resto, hay reuniones semanales para comentar los casos.

ICM (Intensive Case Management) se encarga del manejo de los pacientes con mayor dificultad de enganche, que necesitan más apoyo en un momento dado, con un estilo más asertivo en su actuación.

En casos de evolución tórpida (no mejoría en tres meses, mala adherencia etc.) se evalúa en TREAT, una comisión de psiquiatras y psicólogos de amplia experiencia para sugerir alternativas al tratamiento. En general se valora la posibilidad de paso a Clozapina e incluir en psicoterapia cognitivo-conductual intensiva (Systematic Treatment Of Persistent Psychosis).

La clínica Mood & Anxiety trata a pacientes con síntomas afectivos (depresiones, trastorno Bipolar II, adaptativos, TOC y ansiedad). Se reúnen semanalmente para comentar los casos. El tiempo de tratamiento es variable según la situación, desde unos seis meses a un máximo de dos años.

La clínica HYPE (Helping Young People Early) se encarga del tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. El case manager es el encargado, entre otras funciones, de realizar Terapia Cognitivo Analítica. Habitualmente treinta y dos sesiones, es decir unos seis meses de tratamiento, que podrán ser extensibles según los casos hasta completar un total de dos años.

En casos de mayor gravedad se deriva a IMYOS (Intensive Mobile Youth Outreach Service) que atienden al paciente en su domicilio si es necesario, lo ven más frecuentemente etc.

Existe además terapia grupal que consta de diversas sesiones al día donde el paciente acude voluntariamente en base a dificultades, intereses y proyectos vocacionales de futuro. Existen grupos ocupacionales, orientados a lo laboral (se crean talleres en los que se pretende que se alcance una experiencia acreditada), a lo educacional (existe una escuela donde se pueden obtener títulos válidos a nivel estatal), al manejo de síntomas, a las habilidades sociales, etc. Me parece muy interesante que los grupos permitan la obtención de un reconocimiento, creo que eso motiva mucho al paciente, sin que el servicio se convierta en un dador total que sustituya en los casos que pueda ser los dispositivos comunitarios normalizados.

A su vez existen los llamados apoyos de pares. Se trata de pacientes que contactan con otros pacientes para realizar apoyo durante el tratamiento. La atención a la familia más allá de lo individual se realiza de esta manera; se trata de padres de antiguos pacientes que han recibido un entrenamiento y que apoyan a otros padres. Me parece una buena idea, aunque se echa de menos un grupo de familias donde se lleve a cabo psicoeducación y terapia grupal.

En general es un sitio donde se trabaja bien, lo más llamativo es la cantidad de personal que permite una adecuada atención. Habitualmente se dispone de una hora para ver a los pacientes con una media de tres o cuatro pacientes por día. Así se puede establecer una adecuada coordinación

entre los distintos profesionales. Otro elemento interesante que ocurre es el elevado número de órdenes de tratamiento involuntario a nivel ambulatorio que se hacen. Esto evita reingresos y me sorprendió lo bien aceptado que era en general por los pacientes de acuerdo a las circunstancias. En general se observa una fuerte orientación comunitaria.

En mi estancia en Melbourne asistí al Sexto Congreso Internacional de Psicosis Precoz que se realiza bianualmente. Se reunieron un importante número de expertos en la materia. Es notable la cantidad de estos servicios que se han ido formando a nivel mundial, en general con una estructura similar a Orygen. Aunque parece que aún es necesario investigar en esta dirección y hasta ahora los datos no son tan halagüeños como cabía esperar, el interés y entusiasmo con el que se trabaja permite una atención de gran calidad. Por parte de Orygen se presentó un estudio con un importante número de pacientes seguidos durante siete años, parece que se observaron mejorías en cuanto a la incorporación a una vida normalizada, menor número de recaídas, necesidad de medicación, costes etc. Este estudio se presentará en distintos artículos en lo sucesivo, será interesante observar detenidamente estos resultados y comprender así las nuevas direcciones que podría tomar la atención a estos pacientes.

Dr. Alberto Segura

- **VII Reunión Nacional de Residentes de Psiquiatría** (Palma de Mallorca, 17 febrero 2009)

6. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁷

- **El Proyecto Chamberlin**



Tras el programa “redes”, el CRL “Nueva Vida” nos sorprende con un proyecto novedoso e interesante. Mucho trabajo detrás de un cómic que sería deseable dar la mayor difusión posible www.proyechochamberlin.org.

⁷ 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...*

La mayoría de las viñetas tiene un texto que complementa la información que se ofrece en la misma, para acceder a él simplemente hay que hacer un "click" sobre la viñeta que se desea completar la información y aparecerá una ventana emergente con el texto adicional.

Los textos que siguen pretenden aumentar la información básica contenida en el cómic "Una historia sobre Luis". En ellos queremos profundizar en las diferentes situaciones con las que se enfrenta el protagonista.

El lector podrá encontrar información sobre la enfermedad que padece Luis – esquizofrenia- y sobre los diversos abordajes médicos y psicosociales que tratan de aliviar el padecimiento y promover la integración social y laboral de los afectados. Así, en estos textos encontrará el lector información relevante sobre la enfermedad, la atención psiquiátrica y sobre las características de la Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Tanto afectados como sus familiares podrán encontrar también una orientación básica de cómo actuar en los distintos momentos del curso de la enfermedad.

Finalmente, estos textos ampliados pueden servir también como referencia a profesores y alumnos de ESO y Bachiller que quieran profundizar en el conocimiento de esta enfermedad y en el desarrollo de actitudes de comprensión de la enfermedad y solidaridad con los afectados.

Si desea obtener el cómic en formato papel y/o CD interactivo y los textos adicionales de "Una historia sobre Luis" es necesario que nos envíe un correo electrónico a la siguiente dirección chamberlin@proyecto-chamberlin.org adjuntando los datos profesionales que se piden en la web antes citada

- La Fundación ONCE ha presentado la **Guía 'on line' de Ayudas a la discapacidad**, que pretende ser una herramienta para los 3,84 millones de españoles con discapacidad. Es una herramienta básica para la integración de personas en riesgo de exclusión social. La guía se puede consultar en <http://www.guiadis.es>
- En una jornada en el Ministerio de Sanidad nos informaron de la puesta en marcha de un **super buscador**.
 - <http://www.excelenciaclinica.net> ¡¡¡es genial!!!!
 - <http://www.seguridadelpaciente.es>
 - <http://www.quiasalud.es> (tienen unas estupendas guías)

Espero que estas informaciones os sean útiles

Lola Yela – CSM Usera

- Os mando información sobre los cursos que damos en la **UNINPSI (Unidad de Intervención Psicosocial de la Universidad de Comillas)** donde trabajo de clínico y doy algunos cursos. Creo que también puede ser de interés para residentes y prácticums. Puedes encontrar información en la dirección:

http://www.upcomillas.es/Centros/cent_unin_curs.aspx

David Antón, psicólogo clínico

7. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ⁸

- Libro "TRATADO DE PSIQUIATRIA" Palomo T y Jiménez-Arriero MA, (editores) Madrid, 2009

El presente Manual de Psiquiatría se origina aprovechando la oportunidad del nuevo programa de formación para la especialidad de psiquiatría, con planteamientos novedosos relacionados con áreas de acreditación específica y con nuevas exigencias de capacitaciones, y la ausencia en nuestro país de un libro de referencia que pueda cumplir similares funciones al de otros que sí existen en otros ámbitos culturales de nuestro entorno, especialmente anglosajones. Por tanto, aunque surge inspirado en el Manual del Residente de Psiquiatría, escrito por residentes y realizado aprovechando la oportunidad del Programa de 1996, el presente Manual está escrito por psiquiatras expertos, con responsabilidad directa o indirecta en la formación de los residentes de psiquiatría con el objetivo de proporcionar un manual que sea moderno, atractivo, inspirado en la filosofía y contenido del nuevo programa de 2008, y que sea en un sólo volumen, al estilo británico del "Companion to Psychiatric Studies" de Edimburgo (Churchill Livingston) o el "Core Psychiatry" de Londres (Elsevier Saunders).

En el momento actual de globalización del conocimiento y el acceso inmediato a su progresión a través de internet en una disciplina, la psiquiatría, en constante evolución, podría parecer que la existencia de textos de psiquiatría es innecesaria y obsoleta. Sin embargo, es precisamente este contexto el que ha llevado a los editores a considerar la necesidad de realizar un manual riguroso de psiquiatría que sirva de mapa entre tanta información disponible y cambiante y con frecuencia difícil de contrastar. Un manual de psiquiatría por tanto al modo de los libros clásicos de texto que agrupan con autoridad los conocimientos bien asentados en la tradición psiquiátrica, el estado actual de esos conocimientos y los avances recientes de los que disponemos evidencia contrastada y publicada en el ámbito científico.

El abanico de autores representa a lo que se ha venido en llamar las "diferentes sensibilidades" en el saber psiquiátrico de manera que refleje las diferentes tendencias y perspectivas, intentando lograr un manual que represente de la manera más universal las formas de abordar a la enfermedad mental y al paciente psiquiátrico y, también desde lo geográfico, no sólo a las diferentes autonomías del Estado Español sino a la psiquiatría de habla hispánica a la que va dirigida el Manual.

El manual de psiquiatría está dividido en diez partes, cada una de las cuales es coordinada por psiquiatras de reconocido prestigio en lo tratado en el bloque correspondiente. A lo largo del mismo los editores han tratado de plasmar siempre un equilibrio entre lo psicosocial y lo psicobiológico.

La primera parte, coordinada por Julio Sanjuán corresponde a los fundamentos de la psiquiatría y recoge el desarrollo histórico (capítulo 1) y las bases psicológicas (capítulos 2 – 4), sociales

⁸ 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." !!**

(capítulo 5) y biológicas (capítulos 6-9) del comportamiento normal, comportamiento enfermo y la vulnerabilidad (capítulo 10) a padecer trastornos psiquiátricos.

La segunda parte (capítulos 11 al 17), coordinada por Iñaki Eguiluz, hace referencia a aquellos elementos que fundamentan el diagnóstico psiquiátrico desde la psicopatología, fundamental para el entendimiento del paciente, hasta las técnicas de exploración clásica y las más modernas neuropsicológicas, neurofisiológicas y de neuroimagen.

Los grandes síndromes psiquiátricos se abordan en el bloque tercera que está coordinada por Julio Vallejo, autor del clásico "Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría" (Editorial Massón). En este bloque (capítulos 18-28) se incluyen además de los trastornos psiquiátricos, las estrategias terapéuticas para los trastornos refractarios: esquizofrenia resistente (capítulo 20) y depresión resistente (capítulo 24). En el bloque cuatro (capítulos 29-35), coordinada por Jerónimo Sáiz, hemos agrupado los trastornos de personalidad y los trastornos relacionados con el control de impulsos y con los ritmos biológicos.

La psiquiatría de las edades, desde la infancia y el desarrollo a la ancianidad, se ha desarrollado en los últimos años hasta hacerse prioritaria en la formación del psiquiatra, dando lugar a las sub-especialidades de Psiquiatría Infantil y Psicogeriatría. En el bloque cinco (capítulos 36-40), coordinada por Manuel Gómez Beneyto, se aborda la Psiquiatría según los grupos de edad.

En el bloque 6 (capítulos 41-47) coordinada por Antonio Lobo, se incluye un grupo de capítulos heterogéneos que abordan la psiquiatría según el contexto y "setting" donde se desarrolla la práctica clínica especializada así como los grupos específicos a los que va dirigido, desde la psicósomática y psiquiatría de enlace (capítulos 41 y 42) al manejo de las urgencias (capítulo 43), la psiquiatría forense (capítulo 45) y el contexto creciente de la migración (capítulo 46). El bloque se completa con un capítulo (44) que aborda los aspectos éticos de la psiquiatría y otro (47) que enfoca la psiquiatría desde el ángulo de la prevención y promoción de la salud.

Los tratamientos en Psiquiatría son abordados en dos grandes bloques, el bloque 7, Tratamientos Biológicos coordinado por Cristóbal Gastó, y el bloque 8, Tratamientos Psicoterapéuticos e Intervenciones Psicosociales, coordinado por Alberto Fernández Liria. Los editores han tenido especial cuidado en incorporar en ambos bloques la evidencia actual acerca de la eficacia de los tratamientos. En el bloque 7 (capítulos 48-54) se describen los diferentes grupos farmacológicos, complementando lo que se ha ido diciendo en los capítulos previos al hablar de cada trastorno individual y su abordaje farmacológico específico. En el bloque 8 (capítulos 55-59), se analizan las diferentes técnicas psicoterapéuticas tanto individuales como familiares y de grupo, desde diferentes enfoques conceptuales teóricos.

La organización y gestión de la asistencia psiquiátrica constituyen el pilar donde se asienta una buena atención psiquiátrica. Por ello los editores han querido incluir un bloque (9) coordinado por Eudoxia Gay Ramos. Con tres capítulos bien diferenciados donde se analizan los modelos modernos

de atención psiquiátrica. El capítulo 62 está dedicado al reto, cada vez más apremiante, que supone la atención al Trastorno Mental Grave.

Finalmente, los editores han querido dedicar un bloque entero a la investigación en psiquiatría (bloque 10) coordinado por Celso Arango, resaltando así la importancia que siempre ha tenido la investigación, y hoy más que nunca, para el progreso de la ciencia psiquiátrica. Este bloque incluye tanto investigación clínica como experimental básica que constituye el eje de lo que actualmente se llama investigación traslacional, es decir, investigación que partiendo de los nuevos conocimientos neurocientíficos básicos, éstos sean aplicables, y a medida que se van generando aplicados, a la realidad clínica.

Aunque este Manual se ha elaborado pensando como libro de texto para los residentes de psiquiatría, resulta igualmente útil para residentes de psicología y estudiantes de pregrado en medicina, psicología, y en general ciencias de la salud y del comportamiento. Así mismo el presente volumen será de utilidad como libro básico de referencia para psiquiatras y médicos en general.

Tomás Palomo

Miguel Ángel Jiménez Arriero

• Estudio CLOZAPINA

Estimados compañeros , como sabéis sigue abierto el estudio sobre **Clozapina en Primeros episodios Psicóticos**.

El pobre ritmo de entrada nos sugiere la necesidad de **ser menos restrictivos con los criterios** de inclusión.

En adelante, **ante cualquier primer episodio psicótico** (aunque no está limpio de tóxicos, el tiempo de evolución sea mayor de lo deseable, pertenezca a otras áreas, el diagnóstico poco claro...) , por favor **contactad conmigo (Javier Sanz 913908000 Ext:1490 y 1488, 913908536) o con Pablo Portillo (913908000 Busca de guardia)** para comentar el caso y decidir.

Muchas gracias por vuestra ayuda

Javier Sanz - UHB

8. CONVOCATORIAS ⁹

- Curso "Trastornos de la Personalidad" (Programa docente MIR/PIR: ver *Boletín nº 9*) Organiza: Dra. Sartorius. Abierto al *staff* y otros alumnos pre y postgrado. Salón de Actos del Hosp. Materno-Infantil:
 - Día 11 Febrero 2009, 12-14.30 h.: **"Trastorno Evitativo de la Personalidad"** (Natalia Sartorius - CSM Arganzuela)
 - Día 21 Enero 2009, 12-14.30 h.: **"Trastorno Dependiente de la Personalidad"** (Ignacio Mearin - CSM Arganzuela)
- Actividades formativas a través de la Agencia Laín Entralgo en curso (Area 11):
 - **Perspectiva del Grupo Operativo aplicado a Salud Mental** (14 Enero al 24 Junio 2009) (Coordina: Carmen Gómez Pérez - CSM Carabanchel-Pontones)
 - **Supervisión de Casos Clínicos - Adultos Area 11** (21 Enero a 21 Octubre) (Coordina: Jesús Fernández - CSM Carabanchel-Guayaba; Supervisor: Dr. Jose Antonio Méndez) (aún es posible incorporarse)

9. SESIONES CLINICAS 2008 ¹⁰

- **FEBRERO 2009**
 - Día 4: UHB C.A.Benito Menni
 - Día 11: Hospital de Día de Villaverde
 - Día 18: Interconsulta
 - Día 25: **"Un caso típico de Trastorno de la Conducta Alimentaria"** (Hospital de Día Infanto-Juvenil Pradera San Isidro)
- **MARZO 2009**
 - Día 4: Infancia y Adolescencia de Carabanchel
 - Día 11: UHB Hospital 12 de Octubre
 - Día 18: **"Patología Dual"** (CSM Villaverde)

⁹ Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, Congresos y reuniones científicas en las que participamos activamente u organizamos. Conferencias de profesionales que invitamos a participar en la formación MIR-PIR y que son abiertas al resto de profesionales del área, etc...

¹⁰ 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)

- Día 25: ***"Fenómeno vs estructura: algunas reflexiones a partir de un caso clínico"*** (CSM Aranjuez)

10. INFORMACION PRACTICA ¹¹

- *¿Qué pasa si un paciente que está cobrando pensión por enfermedad comienza a trabajar de forma remunerada (p.e. tras la intervención del CRL)? ¿Se perjudica económicamente (lo cual sería des-incentivador para el proceso rehabilitador e integrador)?*

Pensiones no contributivas:

Las pensiones no contributivas son prestaciones periódicas vitalicias o de duración indeterminada en favor de aquellas personas que no han cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar prestaciones de nivel contributivo por la realización de actividades profesionales.

La Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, el pasado 10/02/2005 ([Ley 8/2005, de 6 de junio, para compatibilizar las pensiones de invalidez en su modalidad no contributiva con el trabajo remunerado](#)), por unanimidad, la proposición de ley para compatibilizar las pensiones de invalidez en su modalidad no contributiva con el trabajo remunerado, con el fin de facilitar la integración de las personas con discapacidad en el mercado laboral.

De esta manera, las personas que tengan un grado de discapacidad mayor a un 65 por ciento que, cobrando la citada prestación, encuentren un empleo, podrán mantener la pensión durante cuatro años, siempre que la suma de los dos ingresos no supere 1,5 veces el Indicador Público de Rentas con Efectos Múltiples (IPREM), unos 516,90 euros mensuales.

En caso de exceder de esa cuantía, la nueva normativa fija que se rebajará el importe de la pensión en el 50% del exceso, siempre con el límite de 1,5 veces el IPREM.

Prestaciones por hijo a cargo:

Se considera "hijo o menor acogido a cargo" a aquél que conviva dependa económicamente del beneficiario.

El causante no perderá la condición de hijo o de menor acogido a cargo por el mero hecho de realizar un trabajo lucrativo, por cuenta ajena o propia, siempre que continúe conviviendo con el beneficiario de la prestación y que los ingresos percibidos por aquél en concepto de rendimientos del trabajo no superen el 100% del salario mínimo interprofesional (http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/CotizacionRecaudaci10777/Regimenes/RegimenGeneraldel aS10957/TablasResumendebase9932/Parametrosrelaciona730/index.htm) vigente en cada momento, en cómputo anual.

¹¹ Para los nuevos profesionales que se incorporan a nuestros Servicios o para el respetable en general (*p.e. carrera profesional, etc...*). Preguntad... y tal vez alguien responderá

Se considera que el hijo o el menor acogido "no está a cargo" del beneficiario:

- a) Si las rentas percibidas por su trabajo o por una prestación sustitutiva del salario superan el 100% del SMI citado anteriormente.
- b) Cuando sea perceptor de una pensión contributiva, a cargo de un régimen público de protección social español o extranjero, distinta de la pensión de orfandad o de la pensión en favor de familiares de nietos y hermanos.

Eva Pizarro - CRL Usera

- **Revista "Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud"**

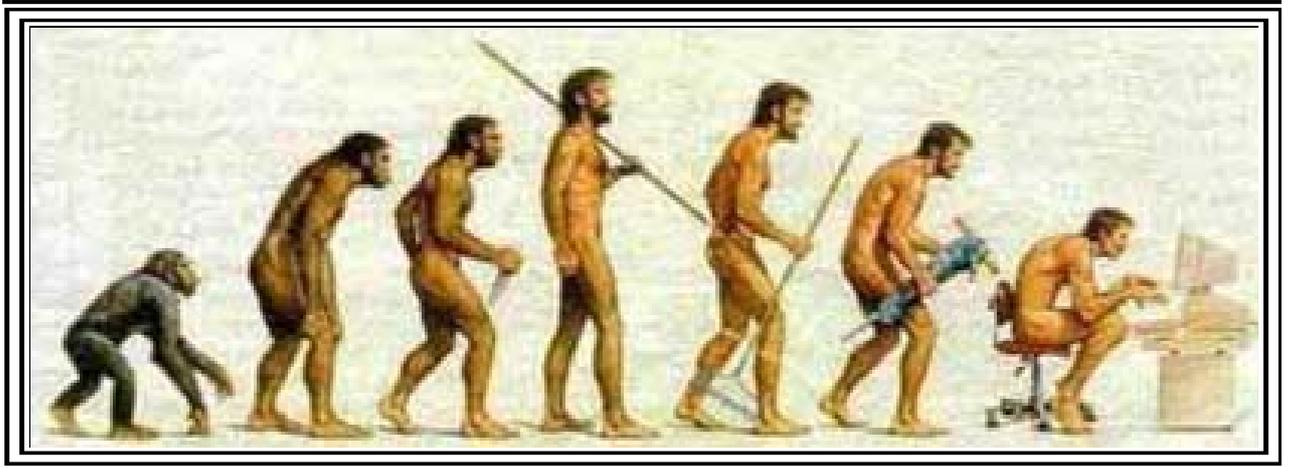
En: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/home.htm o en http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/home.htm puede uno suscribirse en papel. Aquí seleccionaremos los artículos o notas terapéuticas que tengan relación con los tratamientos de nuestra especialidad, pretendiendo ser un aporte de información que complemente, compense o rebata la que nos proporcionan los laboratorios con su inevitable sesgo comercial. **Algunas revisiones pueden ser útiles para los MIR de Familia, Medicina del Trabajo, Neurología, Geriatría u otras especialidades que rotan por nuestros servicios.**

- **Abordaje de la deshabitación BZD en Atención Primaria**
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_2DeshabBenzodiaAtenPrimaria.pdf Inf Ter SNS (2008) Vol 32,2
- **Tratamiento farmacológico del tabaquismo**
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_3ManejoTabaquismo.pdf Inf Ter SNS (2008) Vol 32,3
- **Retirada en Julio 2008 del RIMONABANT** (Acomplia®, autorizado como "coadyuvante a la dieta y el ejercicio para el tratamiento de obesos IMC > 30 y sobrepeso con factores de riesgo asociados") por efectos secundarios psiquiátricos (en especial, depresión)
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_3InforSegurMedic.pdf
Inf Ter SNS (2008) Vol 32,3
- **Tratamiento farmacológico de la fibromialgia**
Inf Ter SNS (2009)
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratFarmFibromialgia.pdf

- **Tratamiento del insomnio**

Inf Ter SNS (2009)

http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratInsomnio.pdf



**Entre varios compañeros hemos construido este número.
Os animamos a enriquecer los siguientes
con vuestro trabajo y creatividad ¹²**

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

- ¹² **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)