

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número **3** - Octubre 2007 ¹

1. DOCUMENTOS DE AREA ²

- **Comisión de Asistencia - 20 Junio 2007**

- Trastornos de la Conducta Alimentaria: estado actual de nuestra lista de espera para el Hospital de Día TCA. Necesidad coordinador área en ausencia Dra. Gutiérrez
- Hospital de Día: distribuido folleto informativo para profesionales sanitarios del área con criterios de derivación/exclusión. Debate sobre la aplicación de los mismos al área
- Rehabilitación psicosocial área 11: datos actualidad proporcionados por la Comisión de Rehabilitación y reflexión sobre los mismos
- Infanto-Juvenil, Boletín SSM y Reunión de Mazagón (17-20 Octubre 2007)

- ¹ **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, y Jesús Fernández (jfernandezrozcas.scsm@salud.madrid.org), del CSM de Carabanchel, se encargarán 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)

² 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...

• **Comisión de Docencia - 6 Junio 2007**

- Se han acreditado las Sesiones Clínicas de área por parte de la Agencia Laín Entralgo, el periodo de mayo a diciembre ha conseguido 5 créditos.
- Se ha puesto en marcha el Curso de Psicopatología Fenomenológica
- Está abierto el plazo de presentación de propuestas para cursos del año 2008. Se deben de llevar a la próxima Comisión de Docencia del mes de octubre.
- Se organizará un curso sobre histeria con la colaboración de un grupo notable de profesores.
- Se acuerda mejorar y unificar los criterios de evaluación de las rotaciones de los residentes. Se han introducido cambios positivos en las rotaciones de rehabilitación, infantil, psicogeriatría y *senior*. También hay cambios en las guardias que contarán siempre con un residente mayor junto a otro de menor experiencia.
- Se acuerda trabajar en la mejor definición y coordinación de los programas PIR y MIR. Se trabajará en la regulación de las supervisiones a residentes y las funciones de autorización.
- Aquellas personas que colaboran en funciones docentes podrán solicitar si cumplen los requisitos una acreditación de la UCM. Todos aquellos pendientes de otras certificaciones de instituciones donde no quede registro de las mismas podrán pedir una certificación del Servicio.
- Se anuncia la realización del futuro Congreso de Cerebro y Mente en Mazagón del 17 al 20 de octubre.

2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ³

Continuando con el trabajo y el crecimiento multidimensional del Área en el último tiempo, desde el Hospital de Día nos hemos sumado a este proyecto aportando nuestro granito de arena. Como sabéis, hemos realizado distintos cambios con este objetivo; entre ellos hemos intensificado y estrechado la coordinación con el Área, para escuchar todo aquello que pueda mejorar nuestra actividad asistencial. Y queremos seguir escuchando; por ello nos asomamos a este boletín para ofrecer una pequeña reseña de este proyecto. Hemos diseñado un pequeño folleto en el que nos damos a conocer de una manera más detallada; invitamos a todo aquel que esté interesado, a que lo solicite en hdvillaverde@gmail.com. Esperamos que en breve, podamos encontrar un espacio donde hablar de ello y así seguir creciendo juntos y ofreciendo cada día, un mejor servicio desde los SSM del Área 11.

David Núñez Palomo - Coordinador H.D.

DEFINICIÓN-ENCUADRE DEL HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día, por definición, presta un tratamiento intensivo a pacientes que hayan perdido o no hayan adquirido una capacidad de vida normalizada dentro de la comunidad (trabajo, estudios, relaciones sociales y familiares...) por un daño o trastorno psicológico que, a su vez, no precise internamiento psiquiátrico y requiera un tratamiento más intensivo que el meramente ambulatorio. El objetivo terapéutico sería conseguir cambio permanente en el funcionamiento psicológico del individuo, que le permita una vida normalizada dentro de la comunidad, con la posibilidad de continuar allí, si lo precisa, con tratamiento ambulatorio.

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

El Hospital de Día, es un recurso de hospitalización parcial (varias horas al día, durante cinco días a la semana), de tipo ambulatorio, que proporciona una Atención Integral e Intensiva, necesaria en pacientes con trastornos mentales graves; ofreciendo, por un lado, una mayor contención y continuidad que los tratamientos ambulatorios de los Servicios de Salud Mental de Zona, y por otro lado, en algunos casos, una alternativa a la hospitalización a tiempo completo, evitando así la exclusión del medio familiar y social que ésta conlleva.

Estas características hacen del Hospital de Día un recurso terapéutico esencial en el abordaje de la patología psiquiátrica grave del paciente, pudiendo repercutir en todas las áreas del mismo (emocional, familiar, social, laboral, etc....).

El Hospital de Día permite:

- Actuar, al contar con equipos multidisciplinares, sobre los *múltiples factores* (individuales, familiares, laborales, sociales,...) que han sido determinantes tanto en la génesis como en el mantenimiento de los trastornos mentales que presentan los pacientes.
- Actuar de una manera *integral* tomando en consideración como objetivo de tratamiento todas las áreas afectadas, y ello en el ambiente estructurado que posibilita un trabajo en equipo, permitiendo el desarrollo de un proceso terapéutico global.
- Actuar de una manera *intensiva*, que implica para el paciente durante su ingreso en el centro, una retirada parcial, de su entorno social, donde habitualmente se encuentra muy dañada su capacidad adaptativa. Una vez conseguido el cambio en los procesos psicopatológicos que los pacientes presentan, éstos se reincorporan progresivamente a su medio social.
- Actuar de forma intensiva sobre las dinámicas familiares, tanto por el trabajo específico con las familias como por la implicación que supone para las mismas la estructura del trabajo en Hospital de Día que favorece la participación en el proceso terapéutico de los pacientes.

Los objetivos terapéuticos de un Hospital de Día no se circunscriben sólo a modificar la sintomatología superficial sino que se pretende la aparición de nuevas formas de funcionamiento mental y de intercambios relacionales con el otro.

En un Hospital de Día basado en los principios de Comunidad Terapéutica es el ambiente estructurado el que aporta una variedad de relaciones humanas, interacciones emocionales satisfactorias, oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencia, manejo de situaciones nuevas y el desarrollo de competencias personales y sociales.

Como todo dispositivo asistencial, es una Unidad que está organizada con un funcionamiento autónomo, y al mismo tiempo está integrada y coordinada con el resto de recursos de la Red de Salud Mental Comunitaria, puesto que el tratamiento en el Hospital de Día es una etapa dentro de todo el largo *proceso terapéutico* (que debe caracterizarse por la coherencia y continuidad de cuidados) por el que pasa un paciente desde que toma contacto con los Servicios de Salud Mental hasta que deja de necesitarlos.

En el Hospital de Día del Área 11, nos esforzamos en ofrecer el mayor y mejor servicio a las necesidades del área; siendo conscientes de la necesidad de adaptarse a la población a la que asistimos, con sus características tanto patológicas como sociodemográficas. Por ello hacemos especial hincapié en las coordinaciones con el resto del área; consiguiendo así ofrecer cada vez, un mejor servicio a la realidad de nuestra área.

(David Núñez y equipo Hospital de Día Adultos)

3. OTROS RECURSOS ⁴

- “Curso de Teatro para personas con enfermedad mental” organizado por la Asociación Cultural SOTAVENTO dedicada a la formación teatral para personas con enfermedad mental (Inicio curso: Octubre 2007) Información y precio: 676 92 68 37 y 658 57 19 92 sotavento.teatro@gmail.com) Proyecto integrador dirigido por Itziar Mtnez. (terapeuta ocupacional), María San Benito (psicóloga clínica, monitora de movimiento y psico-ballet) y César Beceiro (psicólogo clínico, director de montajes teatrales)
(Gracia Córdoba-CSM Usera)

4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁵

5. CONTACTOS ⁶

6. RESIDENTES ⁷

Os adelanto el BORRADOR de las líneas fundamentales de lo que será la docencia MIR para el próximo curso 2007-2008. Confío en poder concretar horario y fechas exactas para la próxima reunión de la Comisión de Docencia.

1. Docencia teórica

Se mantienen los “miércoles docentes”, con un programa en el que se ha implicado un gran número de compañeros y que confío resultará de interés.

a. Se mantiene la **sesión clínica** entre las **8,30 y 9,30**.

b. De **10 a 11,30**, tras un café de 30 minutos (¡¡) alternarán quincenalmente los seminarios de **psicopatología general, psicoterapia para R1 y psicoterapia para R2**.

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

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 E-mail profesionales para comunicaciones dentro de la red: cambios de guardias, convocatorias de profesionales con intereses comunes para investigación o docencia, anuncios...

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

Los seminarios de **psicopatología general** coordinados por Natalia Sartorius e Ignacio Mearin, se mantendrán con el formato que ha ido planteándose en el pasado curso: estudio previo del tema por parte de todos los asistentes, breve exposición de aspectos destacados/polémicos, y discusión con experto en el tema. Con la inestimable ayuda de los compañeros de Infantil, comandados por Carlos Espín *incluiremos en este espacio un bloque de psicoaptología infantil general* (pendiente de decidir espacio concreto). Desde febrero los R3 asistirán a los seminarios específicos de infantil en este tiempo.

En este mismo hueco se mantienen los seminarios generales de **psicoterapia para R1 y los dirigidos a R2** coordinados por Miguel Moré, ambos hasta febrero; desde entonces **seminarios específicos sobre psicoterapia para todos.**

c. Entre las **12 y 14,30** pondremos en marcha M^a Jesús Muñoz y un servidor, semanalmente hasta enero, un breve curso de **psicofarmacología práctica.**

Desde entonces quincenalmente alternarán los **seminarios que sobre la histeria** organiza Javier Ramos (probablemente bajo la cobertura de la Agencia Laín Entralgo), con los **grupos en los que Fabiola Hernán Cortés** y su gente han promovido con gran éxito de crítica y público.

Se recuerda a todos los residentes que la actividad de docencia teórica de los miércoles es, como el resto de la actividad profesional contemplada en su contrato de ASISTENCIA OBLIGATORIA. Las excepciones individuales puntuales han de justificarse debidamente en su caso como cualquier otra ausencia laboral.

2. Como se acordó en la última Comisión de Docencia los tutores MIR y PIR intentarán encontrar fórmulas de coordinación óptimas para ambos colectivos.

3. Respecto a las **evaluaciones**, se pretende para este próximo curso que la hoja de evaluación de cada rotación sea rellena por el responsable correspondiente y **remitida a este tutor al terminar el paso por el dispositivo, sin esperar al fin de curso.** El objetivo, además de facilitar los aspectos administrativos, es que las puntuaciones sean lo más ajustadas a la realidad al realizarse al final de la rotación.

Sigo pretendiendo poner en marcha una evaluación de los dispositivos por parte de los residentes en su aspecto docente, confío en que este será el curso en el que recibiré masiva colaboración por parte de los residentes.

Dr. J. Sanz Fuentenebro (Tutor de residentes M.I.R. Psiquiatría)

7. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁸

Algunas recomendaciones de la cartelera reciente sobre cine relacionado con la Salud Mental:

- **“La mejor juventud”**: La mejor juventud (primera parte) y Los años soñados (segunda parte) *es una película italiana de Marco Tullio Giordana, ganadora de múltiples premios. Relata la historia de una familia, desde los años sesenta hasta la actualidad, y recorre con sabiduría los entresijos familiares de esta compleja saga, así como la historia política y social de Italia; pero además es especialmente obligada para los de nuestro gremio porque uno de los personajes clave es un psiquiatra inteligente, sensible y comprometido (le he escrito para que venga a trabajar al área 11-sin respuesta) que ejerce su profesión en la época de la antipsiquiatría. Emociona y hace pensar* (Está en DVD)

(Natalia Sartorius - UHB Hosp. 12 de Octubre)

- **“Uno por ciento, esquizofrenia”** (documental dirigido por Ione Hernández (2006), producido por Julio Médem) *(Entrevista a la directora en la revista de la FEAFES. Abril 2007. Nº 16: 30-31)*

<http://www.blogdecine.com/2006/11/12-julio-medem-produce-y-monta-un-documental-sobre-la-esquizofrenia>

http://www.fundacionagustinserrate.org/noticia_detalle.php?pk_noticia=107

- **“Una cierta verdad”** (película documental dirigida por Abel García Roure, rodada entre Noviembre 2005 y Julio 2007 en Sabadell y en el Complejo Hospitalario Parc Taulí: *atentos a su estreno*)

<http://www.notrofilms.com/index.asp?MP=6&MS=11&MN=2&id=83>

- **“Elisabeth Kübler-Ross: acompañar a morir”** *Documental de Stefan Haupt (2006), estrenado en España en Mayo 2007- sobre la fascinante vida y la polémica obra de la famosa psiquiatra suizo-americana que escribió “Sobre la muerte y los moribundos”⁹.*

Su obra revolucionó el negador acercamiento que en las instituciones sanitarias tradicionales se hace sobre el acompañamiento a los adultos y a los niños que van a morir. Fue quien describió las fases de pánico, negación, depresión, negociación y pacto, aceptación. El documental no profundiza sobre

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 “Sobre la muerte y los moribundos”, “La rueda de la vida”, autobiográfica, y otras obras de Kübler-Ross

otro de sus muy controvertidos campos de investigación, las "near-death experiences" (experiencias cercanas a la muerte) pero sí sobre su reflexión personal vivencial - ya anciana y dependiente tras las secuelas de varios ACVA - realizada sobre su propia vida y cercana muerte en su retiro en su casa del desierto de Arizona. Falleció en 2004, a los 78 años de edad. Supongo que la película acabará colgada en Internet

<http://www.zinema.com/pelicula/2007/elisabet.htm>

(Santiago Vega - CSM Usera)

8. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ¹⁰

• PARG: Psychosis and Addictions Research Group

En septiembre de 2003, un grupo de profesionales del Área 11 decidimos poner en común nuestras inquietudes y esfuerzos como investigadores y formamos el Grupo de Investigación en Psicosis y Adicciones (*Psychosis and Addiction Research Group*, PARG). Partimos desde una línea ya consolidada de investigación en adicciones y desde otra más reciente de investigación en psicosis. Nuestro objetivo fue poder realizar investigación integrada entre los profesionales de los distintos dispositivos del área.

Se trata de un grupo abierto, en el que desde 2003 han estrado y salido diferentes colaboradores. Actualmente, el PARG está formado por una investigadora FIS, más de 20 psiquiatras y psicólogos del Área y algunos becarios de investigación. Se han incorporado, además psiquiatras del Centro de Salud Mental de Retiro (Área 1), así como de los Servicios de Salud Mental de Cuenca y Guadalajara.

Aprovechamos para animar a otros profesionales del Área a integrarse en el PARG, así como ofertar a los residentes formación y participación en investigación.

Con la participación de la mayor parte de miembros del PARG, en los 2 últimos años, hemos publicado los siguientes **artículos**:

- **Psychopathology and Wisconsin Card Sorting Test Performance in Male Schizophrenic Patients: Influence of Dual Diagnosis. Psychopathology, 2007**
- **COMT Val158Met polymorphism and schizophrenia in a series of Spanish patients. Med Clin (Barc), 2007**
- **C957T DRD2 polymorphism is associated with schizophrenia in Spanish patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2006**

Además, hemos solicitado 2 **Proyectos FIS**, multicéntricos dentro de la REM-TAP:

¹⁰ 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."!!

- Ensayo doble ciego controlado con placebo de la eficacia de reboxetina y citalopram como tratamiento coadyuvante de los antipsicóticos de segunda generación en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Estrategias terapéuticas en Trastorno Depresivo Mayor resistente a tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina. Ensayo clínico pragmático, paralelo, aleatorizado con evaluación enmascarada

Y hemos puesto en marcha el **Proyecto**:

- Estudio de utilidad de Amisulpride como tratamiento coadyuvante, en la mejoría de sintomatología negativa y funciones cognitivas en esquizofrenia

De manera especial, señalar el 1º Premio al mejor Póster en el X Congreso Nacional de Psiquiatría, que fue defendido por la Dra. J. Hoenicka:

- Estudio del gen COMT en esquizofrenia

Y finalmente, señalar la presentación los siguientes **Pósters**:

15 th European Congress of Psychiatry. Madrid, Spain. Marzo 17-21, 2007 Abstracts publicados en European Psychiatry 22 (2007):

- Study of the COMT gene in Spanish patients with schizophrenia.
- Correlation between cognitive functions and the PANSS cognitive factor in schizophrenic patients.
- Clinical and neuropsychological differences in schizophrenia according to negative symptom PANSS scores.
- Influence of childhood ADHD history on personality traits of pathological gamblers.

X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 16-21 Octubre, 2006 Abstracts publicados en Psiquiatría Biológica 2006; 13 Supl 3 :

- Diferencias en funciones ejecutivas entre pacientes esquizofrénicos, alcohólicos y controles.
- Estudio del gen COMT en esquizofrenia
- Influencia del antecedente de trastorno por uso de sustancias en la ejecución del WCST en pacientes esquizofrénicos.
- Influencia del antecedente de TDAH en la infancia en factores de personalidad de pacientes alcohólicos.

International Meeting On Implications Of Comorbidity For Etiology And Treatment Of Neuropsychiatric Disorders. October 19-23, 2005 Mazagón (Huelva, Spain) :

- The TaqIA2 allele, linked to the DRD2 gene, is associated with substance use disorders in schizophrenic patients (dual diagnosis).
- Role of adrenergic function in the association between cannabinoid receptor gene (CNR1) genotype and attention-deficit/hyperactivity disorder in alcoholic patients.
- Dual diagnosis: Prevalence and clinical characteristics in psychiatry inpatients.
- Cannabinoid receptor gene variant is related to P300 wave characteristics in Spanish male alcoholic patients.

- **Cannabinoid receptor gene (CNR1) is associated to schizophrenia in Spanish population.**
- **C957T DRD2 polymorphism is associated to schizophrenia in Spanish patients.**

(Roberto Rodríguez-Jiménez – UHB Hosp. 12 Octubre)

- Desde Junio 2007 se lleva a cabo en nuestro hospital y área el estudio financiado por el F.I.S. denominado **Clozapina como posible óptimo tratamiento en primeros episodios de esquizofrenia para prevención de deterioro**, cuyo investigador principal es Javier Sanz. La importancia de este estudio radica en la posibilidad de poder utilizar Clozapina como antipsicótico de primera opción terapéutica. Los pacientes serán captados desde la urgencia o en el centro de salud mental. María Aragüés coordinara su derivación a la UHB (Javier Sanz) o a los centros donde se encuentran los psiquiatras de referencia para este estudio (Santiago Vega en Usera, Iluminada Rubio en Villaverde, Justo Díez en Carabanchel y Miguel Angel Jiménez- Arriero en Arganzuela cuyos pacientes serán derivados a Roberto Rodríguez). Diana Taboada se encargará de la neuropsicología. El estudio se está realizando también en colaboración con el hospital Gregorio Marañón con Enrique García Bernardo. *(María Aragüés -Urgencias H120)*
- Artículo: Sartorius N, Sanz J y Pérez R *"Cuestionarios de satisfacción en Psiquiatría"* Rev AEN (2006) XXVI, 2: 289-301

9. CONVOCATORIAS ¹¹

- Congreso de Mazagón (Huelva) 17-21 Octubre 2007: ***"Beyond neuropsychiatric diagnostics: symptoms not disorders"*** (Fundación *Cerebro y Mente* y Servicio de Psiquiatría Hospital Univ. 12 de Octubre) Información del programa científico en <http://www.cermente.com> Estamos ultimando las inscripciones invitadas. Si estáis interesados en ir (o lo está alguno de los compañeros de nuestro Servicio de Psiquiatría-Area 11), haced el favor de confirmar con la Secretaria de la Fundación Cerebro y Mente (secretaria: Mila: 91 561 12 67) si os tiene incluidos en el listado de invitados.

PROGRAM

Wednesday 17 October

Registration

¹¹ 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...

Thursday 18 October

COMMON NEUROCIRCUITS UNDERLYING COMMON SYMPTOMS IN PSYCHIATRIC DISORDERS

- **Ann Graybiel, USA**
Habit formation in striatal circuits and compulsive behaviors
- **Peter Kalivas, USA**
Pathology in cortical regulation of habit circuits and loss of control
- **David Lewis, USA**
Disruption of prefrontal circuits
- **Bitá Moghaddam, USA**
Cognitive functions mediated by prefrontal cortical neurotransmitters
- **Janet Hoenicka, Spain**
Behavioral disorders and the ANKK1 Kinase
- **Michael Sutton, USA**
Dendritic mechanisms of synaptic plasticity
- **José Borrell, Spain**
Maternal infection and brain development: Implications for schizophrenia

PSYCHOSES

- **Robin M Murray, UK**
The biology of drug induced psychosis
- **Celso Arango, Spain**
Cognitive function in psychosis through different diagnostics
- **José Luis Vázquez-Barquero, Spain**
Effectiveness and metabolic alterations of conventional and atypical antipsychotics in first episode psychosis
- **Douglas Blackwood, UK**
Chromosomal abnormalities in psychosis
- **Willem M A Verhoeven, The Netherlands**
Psychoses as an aspecific expression of disordered brain function
- **Anissa Abi-Dargham, USA**
Relationships between dopamine function and clinical dimensions

Friday 19 October

COGNITIVE SYMPTOMS

- **Jeremy Seamans, Canada**
What cellular mechanisms might underlie cognitive symptoms?
- **Mark Geyer, USA**
Information processing in animal models of psychiatric symptoms
- **Ivan Izquierdo, Brazil**
Multiple parallel molecular cascades are in charge of memory formation; the failure of any of any one may be disruptive
- **Martin Cammarota, Brazil**
Consolidation, reconsolidation and the persistence of memory
- **Anthony A Grace, USA**
Hippocampal dysfunction and disruption of dopamine system regulation in an animal model of schizophrenia
- **Trevor Archer, Sweden**
Symptom-profiles under cognitive-affective deficit conditions
- **Antonio Lobo, Spain**
Non-cognitive symptoms predict cognitive decline and dementia in the elderly community
- **José M^a Delgado, Spain**
Functional basis of associative learning in wildtype and transgenic mice

MOTOR EXPRESSIONS OF NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS

- **Manfred Gerlach, Germany**
Motor symptoms expressed by neuro-psychiatric diseases
- **Richard Kostrzewa, USA**
Stereotypic behaviours related to levels of receptor-sensitivity

- **Werner Schmidt, Germany**
Motor expressions of behavioural sensitization in neuropsychiatry
- **Moussa Youdim, Israel**
Symptom-profile complexity in the movement disorders and their eventual containment

Saturday 20 October

ANHEDONIA AND AFFECT

- **Roy A Wise, USA**
Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on
- **Mary L Phillips, UK**
Neural correlates of anhedonia
- **Ian Reid, UK**
Mood disorder and early life trauma: symptom profiles
- **Richard Beninger, Canada**
Dopamine receptor mechanisms of reward
- **Aleksander A. Mathé, Sweden**
Neurochemical effects of maternal separation
- **Michel Le Moal, France**
Complex features of biobehavioral pathologies: difficulties for an experimental Psychopathology

IMPULSIVITY

- **Anna Rose Childress, USA**
Leaping (to reward) before looking: impulsivity as a brain-behavioral vulnerability crossing diagnostic boundaries
- **Guillermo Ponce, Spain**
Genetics and psychophysiological variables in psychopathic traits
- **César Ávila, Spain**
Impulsivity as sensitivity to reward: a cognitive neuroscience approach
- **Moshe Kotler, Israel**
Impulsivity from neurobiology to neuropsychological assessment
- **Giovanni Laviola, Italy**
Animal models and mechanisms of impulsivity in adolescence

- Próxima **Comisión de Asistencia:** 14 Noviembre 2007, 9.45 h.
- Próxima **Comisión de Docencia:** 10 Octubre 2007
- Próxima reunión **P.A.R.G.:** 24 Octubre 2007
- Sesiones de investigación Hosp. 12 de Octubre: "**Vulnerabilidad genética en las adicciones**" (Dr. Tomás Palomo) 6 Noviembre 2007 13.45 h. Salón de Actos del Hosp. Materno-Infantil
- **Cursos formación de la Biblioteca Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre** (*cursos tanto programados como a demanda de un grupo de usuarios*). Información a partir Septiembre: ☎ 91 390 85 51, Interfono 1091 Correo: wmartin@hdoc.es o sod@hdoc.es . Inscripción directa en la web de la Biblioteca virtual: <http://cendoc.h12o.es>
- Los próximos días 25,26 y 30 de octubre y 7 y 8 de noviembre se impartirá en la Agencia Laín Entralgo el curso sobre **Psicopatología Fenomenológica** que se ha organizado desde el Área 11. Lo impartirá el Dr. Héctor Pelegrina (<http://www.hpelegrina.net/>) y el Prof. Ramón Rodríguez (<http://www.ech.es/cgi-bin/xdoc20/media/media.pl?ref=100882>) (*Jesús Fernández CSM Carabanchel*)

- VI Jornadas Asoc. Madrileña Rehabilitación Psicosocial: **"La Rehabilitación Psico-Social en la Continuidad de Cuidados"** 25-26 Octubre 2007. Salón de Actos del Hosp.. Clínico de San Carlos
- II Jornada de Enfermería en Salud Mental **"La investigación en Enfermería de Salud Mental como pilar de la calidad de los cuidados"** Hosp. Gral. Univ. Gregorio Marañón. Madrid, 10 Octubre 2007 www.amesmen.es
- I Jornadas Salud Mental y Trabajo Social: **"Movimientos de usuarios"** (encuentro con el fin de crear una plataforma de ciudadanos en defensa de los derechos civiles y a favor de la salud mental) 16 y 23 Noviembre 2007. Centro Asociado de la UNED-Aulario de "Escuelas Pías" c/ Tribulete, 14 - Madrid
(Información: ☎ 91 420 30 30)
Inscripción gratuita: subdirección-medios@madrid.uned.es
(Programa Jornadas: pedir archivo pdf a Eva Pizarro epizarro@walkredi.org)

10. SESIONES CLINICAS ¹²

11. REFLEXIONES ¹³

Aspectos Éticos de la asistencia a las personas con Trastorno Límite de la Personalidad

Antonio Muñoz - Psiquiatra CSM Usera ¹⁴

Introducción

Todo sistema sanitario tiene como misión ofertar a los ciudadanos el mayor nivel deseable de salud. Este objetivo precisará de: 1/medidas preventivas adecuadas, individuales o comunitarias, 2/medidas terapéuticas. La intervención, la práctica clínica, que se deriva de este sistema sanitario tendrá por finalidad la mejora del enfermo, con el mayor bienestar posible a través de una intervención terapéutica.

Por otra parte las intervenciones terapéuticas proporcionan conocimientos que pueden dar lugar a procesos de investigación clínica con el objetivo de hacerlos generalizables. Tanto la práctica clínica como la investigación plantean problemas éticos considerables.

La bioética clínica es la ética que acompaña a la asistencia sanitaria, tratando de fundamentar las relaciones que se dan en dicho ámbito, es decir sus discursos y sus acciones. Hablar de aspectos éticos es introducir la cuestión de los valores, inseparables de los hechos en la práctica clínica, de los integrantes de la asistencia, ya sea los de los pacientes, como los de los

¹² 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)

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

¹⁴ Presentado en el Grupo de Trabajo sobre Trastorno Límite de la Personalidad de la Cdad. de Madrid

profesionales, así como los de los gestores, familiares, etc. Todos ellos aportan sus proyectos, conformando una compleja relación con frecuencia conflictiva, en la que se parte de la validez de interlocución de todos los que participan en la relación.

Nuestra sociedad se fundamenta en la pluralidad de valores, en el principio de libertad de conciencia, por lo que es necesario establecer principios objetivos que puedan ser aceptados por todos.

Dos autores de referencia en Bioética, Beauchamp y Childress, establecieron los cuatro principios que en su opinión serían aceptables en la asistencia sanitaria: la no-maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia

Es interesante resaltar que estos dos autores parten de fundamentaciones filosóficas distintas, siendo esto un ejemplo de la pluralidad moral y de la libertad de conciencia: Beauchamp defiende que estos cuatro principios son moralmente exigibles dado que sus consecuencias son buenas. Childress sin embargo entiende que estos cuatro principios son objetivos y que por tanto son exigibles con independencia de sus consecuencias.

Estos cuatro principios pueden expresarse de esta manera:

- **No-maleficencia**, *primum non nocere*, que obliga a realizar correctamente nuestra profesión;
- **Justicia**, que obliga a no discriminar, proporcionando a todos las mismas oportunidades;
- **Autonomía**, que reconoce que todas las personas son capaces de tomar decisiones y disponer de sí libremente mientras no se demuestre lo contrario; y
- **Beneficencia**, que exige hacer el bien, teniendo en cuenta los “criterios de bien” del paciente y a representarle cuando este no pueda hacerlo por sí mismo.

Estos principios son considerados como principios “*prima facie*” o intersubjetivos, moralmente exigibles si no entran en conflicto entre ellos, por lo que deben ser jerarquizados para las situaciones en las que al entrar en conflicto no pueden preservarse todos ellos.

La No-Maleficencia y la Justicia serían los mínimos éticos exigibles siempre.

La Autonomía y la Beneficencia tienen relación fundamentalmente con los proyectos de las personas, con su jerarquía de valores, es decir con sus máximos éticos. Deberán ser protegidos y respetarse, pero no serán absolutamente exigibles si colisionan con los anteriores al producir daño o discriminación.

En 1977 la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó la llamada Declaración de Hawái, introduciendo por primera vez de forma oficial una serie de normas éticas para la práctica de la psiquiatría. La Declaración desarrolla los principios éticos básicos de respetar la autonomía del paciente y de actuar solamente por el mejor interés del mismo, así como los principios de no maleficencia y de justicia.

Un año después, en 1978, se creó en EEUU una comisión que elaboró un documento que se denominó Informe Belmont que contenía los principios éticos básicos de la experimentación biomédica.

En 1996 la AMP revisó estas normas éticas y aprobó el documento denominado Declaración de Madrid en su asamblea general.

En los últimos 30 años la ética clínica o la ética de la relación asistencial, derivadas de la bioética, forma parte de las reflexiones epistemológicas y prácticas de la medicina. Este periodo ha centrado el debate bioético en los avances técnicos, en el desarrollo de los derechos humanos y en el derecho a la asistencia sanitaria, es decir ha centrado el debate sobre los medios, sin cuestionar los fines de la práctica sanitaria.

La clarificación de los fines es un problema en la medicina, algunos lo consideran como el reto del actual siglo, y aún en mayor medida en la psiquiatría dado su permanente autocuestionamiento.

Las relaciones entre la ética y la psiquiatría no han sido fáciles a lo largo de la historia, sin embargo, y tal vez por esto mismo, hoy se entiende que son saberes autónomos y

complementarios que pueden conseguir un enriquecimiento mutuo, la ética puede y a mi juicio debe formar parte de la reflexión sobre los conflictos que surgen en la asistencia psiquiátrica.

Los conflictos planteados desde la ética a la psiquiatría tienen que ver con los fines, con los medios, con los límites y con los modelos de esta.

La psiquiatría por otra parte es un campo de batallas internas, menos cruentas pero más prolongado que la conocida guerra de los 30 años en la Europa del siglo 17, a la búsqueda de una suerte de Paz de Westfalia que haga posible que el modelo biomédico y el psicosocial convivan, a salvo de la retórica, en discursos integradores.

En la práctica, en el día a día de la asistencia, el diagnóstico psiquiátrico configura un área de conflicto donde confluyen las dificultades nosológicas no superadas por los criterios categoriales, a pesar de haber aportado fiabilidad y validez, y las expectativas, sino exigencias, sociales de explicación de la conducta desde el concepto de enfermedad.

Orientaciones distintas sobre la enfermedad mental, diversidad de técnicas y de escuelas sitúan también a las intervenciones terapéuticas en la esfera de la ética, con la necesaria reflexión sobre sus aplicaciones, es decir sobre las necesarias condiciones de estas, su eficacia y su eficiencia.

Nuestra práctica se asienta en el conocido principio de autonomía, es decir en el reconocimiento de la capacidad de las personas para tomar decisiones y en la disposición libre de sí, lo cual conlleva el necesario consentimiento informado de las intervenciones a fin de lograr la máxima participación del paciente en las decisiones que tienen que ver con su salud.

Se entiende como consentimiento informado un proceso de información, que forma parte de la relación terapéutica, por medio del cual el profesional comunica al paciente aspectos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, incluyendo en estos las diferentes alternativas si existiesen, con el objetivo que el paciente adopte sus decisiones en el contexto de sus valores y de su proyecto vital.

Nuestra práctica en suma persigue la dignificación de nuestros pacientes haciéndoles copartícipes del proceso terapéutico, es decir reconociéndoles como sujetos responsables.

Sin embargo la presunción de incompetencia y de peligrosidad para quienes tienen un trastorno psiquiátrico ha favorecido las actitudes paternalistas en la práctica, reforzadas de forma clara por asociaciones de allegados, por grupos profesionales y por la sociedad en general que promueve intervenciones más “controladoras”.

Lo anterior es compatible con las situaciones clínicas, nada infrecuentes, en las que el paciente tiene disminuida su competencia, de forma transitoria o permanente, para decidir por sí mismo, tal como ocurre en deterioros severos, en menores, en trastornos afectivos o psicóticos graves, etc., que conllevan prácticas habituales como el ingreso involuntario, los tratamientos forzosos, las técnicas de contención...

La información clínica en medicina y con especial relevancia en psiquiatría, en la que se contemplan en mayor medida aspectos de la intimidad del paciente, nos acerca al concepto de la confidencialidad, que con frecuencia es necesario abordarlo desde la ética, ya que aumenta la necesidad de informar a terceros, ya sea en los propios equipos, a la administración, a los jueces, a las compañías de seguros, etc

Considero que a falta de una mayor reflexión que obtuviera criterios de consenso, sería válido defender el criterio de la mínima información necesaria.

La ética también nos acerca a la necesaria distribución de los recursos, que por definición son siempre limitados, en la práctica asistencial, haciendo necesario que prioricemos la asistencia de los casos más graves, que nuestra experiencia nos indica que son el grupo que demanda menos asistencia.

Este principio ético, el de la Justicia, se encuentra a mi juicio severamente amenazado por la creciente demanda hacia la psiquiatría de explicaciones y soluciones sobre la conducta y las emociones en prácticamente todos los ámbitos sociales, con la colaboración de profesionales en el

“descubrimiento” de nuevas enfermedades, con unidades específicas que ofertan inapelables técnicas avaladas por la bibliografía y por las diferentes, variopintas y coloridas, políticas sanitarias de las distintas administraciones.

Aspectos éticos de la relación clínica

La relación clínica sería el escenario en el que se representan las demandas de los pacientes y de los usuarios y las respuestas de los sanitarios, en un teatro institucional donde los espectadores serían la sociedad que los legitima como tales.

Es un escenario, disculpen que continúe con la metáfora, de especiales características de acústica e iluminación, ya que debe preservar la privacidad necesaria.

En la clínica confluyen los pacientes y los profesionales, las instituciones sanitarias, las políticas sanitarias y la sociedad que a través de sus representantes establecen marcos presupuestarios y normativos.

Todo comienza con el hecho de que todo usuario es “un ciudadano con derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria”. Este hecho es un derecho social, política y legalmente legitimado.

Se precisa, para establecer la relación clínica, de un paciente que desempeñe un rol de enfermo y de una conducta de enfermedad.

T.Parsons (1966) caracteriza el rol de enfermo de esta forma:

- Exención de responsabilidades habituales.
- Exención de responsabilidades por su incapacidad.
- Percepción de la enfermedad como indeseable.
- Búsqueda de ayuda técnica y cooperación con los expertos para resolver el problema de salud.

Este modelo precisa de ser ajustado al dominio de enfermedades crónicas, compatibles en general con el mantenimiento de responsabilidades y el desempeño de tareas sociales de los pacientes, evitando en la mayor medida posible la dependencia e infantilización del paciente, ya que esto menoscaba su responsabilidad y su autonomía.

Los recursos disponibles son desbordados por una demanda creciente que en general no se corresponde con los individuos que presentan una patología más grave, produciéndose una fractura entre lo que los expertos entienden por necesidades de los usuarios y la demanda basada en la conducta de enfermedad por parte de estos que contiene aspectos socioculturales relevantes.

La relación clínica precisará de una alianza de trabajo en el proceso asistencial, o dicho de otro modo de una alianza terapéutica.

La alianza terapéutica ha sido incorporada desde el psicoanálisis con distintos matices a los diferentes pensamientos, a los diferentes modelos de entender la relación interpersonal y su carácter terapéutico.

Elementos esenciales de esta serían los aspectos emocionales y afectivos que introducen tanto los pacientes como los profesionales en la relación, así como la actitud con la que el paciente pueda y/o quiera colaborar en el proceso terapéutico y las habilidades clínicas y comunicacionales de los profesionales.

La alianza terapéutica sería la condición, el presupuesto básico, para el cambio terapéutico y como señala Laín Entralgo se realiza o no en la primera entrevista, soliendo determinar el futuro de la relación clínica.

Diversos autores han reflexionado sobre las características de este vínculo, pudiéndose destacarse las siguientes:

- La calidez verbal y no verbal, en un ambiente de privacidad e interés.
- El respeto como reconocimiento del otro en su identidad cultural y política con la condición de que sea recíproca, siendo esto a mi juicio imprescindible.
- La empatía como actitud de comprensión.

- La escucha activa.

Modelos de relación en la clínica:

Siguiendo la descripción de Ezequiel y Linda Emmanuel, podemos distinguir:

- *El modelo paternalista* en el que el médico da una información ya seleccionada al paciente a fin de conducirlo a consentir una intervención que a juicio de aquel sería la mejor. Este modelo prima el principio de beneficencia, utilizable cuando por razones clínicas o del paciente el profesional debe asumir un mayor protagonismo en la toma de decisiones.

- *El modelo informativo* en el que el médico proporciona al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Este modelo concibe la autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de decisiones médicas.

Este modelo supone valores claros por parte del paciente, sería elegible en condiciones ideales de autonomía y el papel del profesional se reduciría al de un experto que informa y realiza la elección del paciente.

- *El modelo interpretativo* basaría su objetivo en determinar los valores del paciente y ayudarlo a elegir de entre todas las intervenciones posibles, aquellas que satisfagan estos. Este modelo sería de aplicación cuando existan en el paciente valores claros pero en conflicto. El profesional asesora y ayuda a tomar decisiones adecuadas de entre las posibles.

- *El modelo deliberativo* tendría como objetivo ayudar al paciente a elegir de entre todos los valores relacionados con su salud aquellos que son los mejores.

Este modelo es el defendido por los autores en base a las siguientes razones:

- Es el que mejor respeta el ideal de autonomía de los autores.
- Es el que dota al médico de un perfil más humanista y a través del diálogo persuade al paciente sobre la mejor decisión para su bienestar global.
- El médico no impone y por lo tanto no cae en una actitud paternalista.
- Los valores del médico son relevantes en la elección del paciente.
- Resulta imprescindible, lógicamente, que los médicos promuevan valores relacionados con la salud y no solamente oferten terapias elegidas por el paciente en función de sus valores.
- El modelo deliberativo fomenta la formación humanística y en valores de los médicos y no solamente la técnica.

Diego Gracia, comentando a Aristóteles, se refiere a la deliberación como un modo de conocimiento, como un proceso no coactivo de evolución y cambio de los puntos de vista de partida, del que se sale enriquecido en conocimientos, compromiso y reconocimiento del otro.

La bioética supone un desafío ya que plantea desde una concepción dialógica y deliberativa, que incluye a todos los interlocutores como válidos, la negación de la exclusiva existencia de los hechos clínicos, desvelando la importancia de los valores que incorporan los interlocutores en el proceso de toma de decisiones, obligando a la reflexión sobre los métodos, los fines y sobre todo las prácticas en psiquiatría.

Perspectiva ética acerca del Trastorno Límite de Personalidad:

En este trastorno encontramos un importante consenso entre los profesionales; es el más controvertido.

En el TLP cobra mayor importancia las dificultades que rodean a los TP dado el elevado solapamiento con otros trastornos psiquiátricos del denominado eje 1 y la falta de unificación de teorías sobre la personalidad.

La importancia del TLP es avalada por su elevada prevalencia, la disfuncionalidad que acompaña a sus manifestaciones clínicas, la frecuente comorbilidad con otros trastornos y el

interés de los profesionales evidenciado por el elevado número de publicaciones, seminarios, cursos, estudios farmacológicos y psicoterapéuticos, páginas web, etc... Junto a esto existe una importante sensibilidad social expresada por medio de asociaciones de enfermos y familiares, por la difusión de información en los medios de comunicación e incluso por nuestros Diputados que presentaron una proposición no de ley sobre el trastorno en el año 2002 que aunque fue desestimada, refleja la preocupación de nuestros representantes sobre el mismo

Por otra parte algunos autores consideran necesario evaluar su ubicación nosológica, es decir cuestionan la pertenencia al llamado eje 2 del DSM.

Hay clínicos que consideran este diagnóstico como un cajón de sastre, otros que son reacios a utilizarlo y el importante número de publicaciones contribuye a aumentar cierta confusión entre los profesionales dada la incongruencia de resultados tal vez relacionadas con la disparidad de las bases teóricas y con métodos de difícil comparación.

En definitiva se trata de un diagnóstico, de un cuadro clínico, que presenta un interesante, abundante e incluso apasionado debate profesional y social.

La reflexión ética debe tener en cuenta el concepto actual de TLP o borderline y ciertamente existen distintas concepciones del mismo:

- Algunos autores incluyen esta categoría diagnóstica en el espectro de los trastornos afectivos. Akiskal, desde una orientación más biológica, denomina "ciclotimia" a un TLP en relación con el espectro bipolar.

- Otros lo incluyen en el espectro de los trastornos esquizofrénicos (teoría que fue prevalente hace 30-40 años)

- Otros lo sitúan en el espectro de los trastornos del control de los impulsos. Zanarini ha realizado distintos trabajos de investigación sobre esta hipótesis.

- Otros lo sitúan como una entidad dentro de los trastornos relacionados con el trauma, observando cierta similitud con el TEPT.

- Otros lo conceptúan como una forma grave de organización de la personalidad. Kernberg es uno de los autores más reconocidos por su estudio de la personalidad. Elaboró una compleja nosología en base a dimensiones y niveles de orientación psicoanalítica, diferenciando el TLP de la organización límite de la personalidad que incluiría además los TP antisocial, narcisista e histriónico.

- Otros autores lo contemplan como una forma específica de alteración de la personalidad. Gunderson defiende que se trata de un trastorno definido que puede describirse con claridad.

En definitiva el TLP es un trastorno que ofrece un interesante debate entre los profesionales con importantes líderes teóricos como los ya mencionados y otros como Cloninger y sus propuestas en relación con modelos psicobiológicos de personalidad o Millón y su teoría del aprendizaje biosocial y posteriormente su interesante reformulación evolucionista, etc. Sin embargo esta riqueza teórica tiene el riesgo de introducir confusión.

Algunas de las características contempladas para realizar el diagnóstico del TLP (el patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, la impulsividad, los intentos y amenazas suicidas, etc) suponen una mayor complejidad en la relación clínica y una amenaza para la alianza terapéutica, con resultado de pérdida del paciente o de sobreimplicación ineficaz del profesional con elevado riesgo de desgaste del mismo.

Desde una perspectiva ética sería razonable, incluso necesario, contemplar aspectos ligados al profesional tales como su experiencia y especificidades de su formación, así como aspectos ligados a sus valores y estilo personal.

Por otra parte sería necesario que la organización asegurara el apoyo suficiente al profesional, cuidando, y mejor definiendo, la carga asistencial de estos casos y potenciando el trabajo en equipo

Otras características del TLP (la ideación paranoide transitoria, la inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, etc) implican a mi juicio un especial

cuidado en la información que de forma clara y congruente debe recibir el paciente por parte de los profesionales, con el objetivo de hacerle corresponsable del proceso terapéutico a través del consentimiento informado.

Desde esta perspectiva será vital cuidar la continuidad de cuidados del paciente ya que con frecuencia será atendido por distintos dispositivos y por lo tanto por diversos profesionales. En este sentido la confidencialidad será probablemente un aspecto conflictivo.

Finalmente algunas otras características (la alteración de la identidad, los sentimientos crónicos de vacío, la ira inapropiada, etc) aconsejan en mi opinión que la relación clínica se fundamente, con mayor motivo, en un modelo deliberativo en el cual como ya hemos referido cobran relevancia los valores del profesional que deben ser firmemente expresados.

12. CON SENTIDO DEL HUMOR: FRASES MEMORABLES ¹⁵

Aquí van algunas de las cientos de frases memorables que cada día se escuchan en nuestros despachos, en Urgencias, en la planta... En los cientos de encuentros que cada día se dan entre personas – en el papel en el que cada momento nos toca actuar: hoy de profesional, mañana de paciente, pasado de familiar... - que buscan ayuda o ayudar, hacerse comprender, comprender o comprenderse, darse sentido, desahogarse, etc... Diálogos entre los personajes de la Salud Mental.

- *"¡A mi mujer cuando no duerme 3 días seguidos le dan brotes psicóticos en los que se convierte en una neurótica!"*
- *"Soy esquizofrénico sexual"*
- *"¡Vamos al grano doctor! ¿He matado a alguien?"*
- *Psiquiatra: "¿No le parece extraño que Dios le haya elegido a Usted como especial?" Paciente: "Hace tiempo eligió a Jesús y nadie protestó"*
- *"De vez en cuando le doy una colada a los perros... no, una colada a los porros"*

(MIRes de Psiquiatría)

13. INFORMACION PRACTICA ¹⁶

14. OTRAS SECCIONES A PROPONER ¹⁷

Espacio abierto a cualquier propuesta.

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

¹⁵ Humor fino e inteligente sobre nuestro quehacer, la sociedad en la que vivimos... para hacer sonreír ☺ y pensar

¹⁶ 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

¹⁷ Apuntad y motivad el posible contenido del apartado