

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 1 - Abril 2007

Al final del curso pasado (28 de junio) tuvimos una reunión que yo considero especial. Era la primera vez en la que en la sesión clínica el paciente éramos nosotros mismos y yo me encargué de presentarla. Os presenté ahí mi análisis de la situación del área: dónde estamos, qué hemos hecho, a dónde vamos. Al hilo de nuestra historia como Área de Psiquiatría y Salud Mental nos centramos fundamentalmente en nuestras señas de identidad en un momento en el que después de diferentes OPEs, consolidación de empleo, etc. el Área se estaba estabilizando tras un crecimiento considerable en los últimos años. Crecimiento multidimensional: recursos humanos, infraestructura, actividad asistencial, actividad docente, actividad investigadora, que sólo pudimos abordar brevemente y que evidenció la necesidad de realizar una jornada completa participativa. La Primera Jornada del Área tuvo lugar el 24 de Enero pasado.

Tanto la "sesión clínica" del 28 de Junio, como la Jornada de Enero se realizaron en respuesta a las necesidades expresadas por diferentes profesionales del Área: necesidad sobre todo de información, comunicación y participación. Este boletín, del Área para el Área, quiere ser un vehículo de todo ello. Os invito a que os animéis y participéis activamente. Sólo así será exponente de nuestra identidad multidimensional y medio de cohesión entre todos nosotros.

Tomás Palomo

- 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 C.S.M. de Usera, se encargará de coordinar los primeros números. Se envían a su *e-mail* las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra).
- Forma de distribución: documento Word 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)... *Suscripción gratuita ...* ☺

1. DOCUMENTOS DE AREA ¹

- Jornada de Area - 24 Enero 2007 (*ver archivo adjunto: Sesion de Area 2007.pdf* ²):
 - Estructura del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre y Area 11 de Madrid
 - Demanda en los Servicios de Salud Mental y coordinación con Atención Primaria
 - Situación asistencial a Niños y Adolescentes en el Area 11
 - Programa de Rehabilitación y Reinserción social. Comisión de Rehabilitación
 - Formación continuada y Comisión de Docencia
 - Docencia Pregrado: Medicina y Psicología
 - Programas M.I.R. Psiquiatría y P.I.R.
 - Investigación
 - Algunas ideas sobre la motivación de las personas que trabajamos o pensamos hacerlo en el área de la salud mental, aquí y ahora (ver sección 11 de este Boletín: Reflexiones)
- Doc. Comisión de Asistencia - 7 Febrero 2007. Resumen del acta:
 - Coordinación de la Asistencia a los Trastornos de la Alimentación en la Cdad. de Madrid. Información de la Dra. Elena Gutiérrez sobre dicha coordinación y los criterios de derivación al Hospital de Día para TCA de la Cdad. de Madrid (22 plazas: 2 pacientes por área). Se propone que en ntro. Área 11 se cree un registro de casos atendidos de TCA (307.1 ó 307.5) (paciente, edad, terapeuta responsable) desde 2006, centralizado en la Dra. Gutiérrez
 - Jornada de Area del 24 Enero 2007. Se analiza y valora positivamente dicha Jornada. Se encarga al Dr. Vega que ponga en marcha el presente Boletín informativo, con los objetivos referidos en la presentación
 - Urgencias Psiquiatría Hospital 12 de Octubre. La Dra. Aragués plantea el tema del inicio de tratamientos farmacológicos antidepresivos desde la Urgencia cuando haya indicación clínica para ello. Se recuerda la obviedad de que la atención médica en Urgencias de Psiquiatría debería minimizar el número de pacientes referidos posteriormente a los CSM como “Preferentes” o “Urgentes”

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 Se puede solicitar a: svega.scsm@salud.madrid.org

2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ³

- Actuales recursos de Rehabilitación Psicosocial en el área 11:
 - Centros Rehabilitación Psico-Social:
 - CRPS "Los Cármenes" (Dtora.: Marta Rosillo) 90 plazas. C/ María Martínez, 2 28025 Madrid ☎ 91 462 10 63 / Fax: 91 465 54 22 crpscarmenes@intress.org
 - CRPS "Carabanchel" (Dtor.: Diego Pulido) 90 plazas. C/Matilde Hernández, 97-99 28025 Madrid ☎ 91 462 07 39 / Fax: 91 462 72 75 diegopulido@msn.com
 - CRPS "Aranjuez" (Dtor.: Jose L. Jiménez) 60 plazas. C/Juan Bautista de Toledo, 9-11 28300 Aranjuez ☎ 91 875 49 30 / Fax: 91 875 47 21 05crpsaranjuez@hscmadrid.org
 - CRPS "Villaverde" (Dtora.: Angeles de la Hoz) 60 plazas. C/de la Mica, 3 bajo. 28021 Madrid ☎ 607664879 (provisional) / Fax: - crpsvillaverde@intress.org
 - Centros de Día:
 - C.D. "Carabanchel" (Dtor.: Diego Pulido) 20 plazas. C/Matilde Hernández, 97-99 28025 Madrid ☎ 91 462 07 39 / Fax: 91 462 72 75 diegopulido@msn.com
 - C.D. "Aranjuez" (Dtor.: Jose L. Jiménez) 30 plazas. C/Juan Bautista de Toledo, 9-11 28300 Aranjuez ☎ 91 875 49 30 / Fax: 91 875 47 21 05crpsaranjuez@hscmadrid.org
 - C.D. "Usera" (Dtora.: Eva Pizarro) 30 plazas C/Gaínza, 307 - 315 posterior (Locales 2 y 3) 28041 Madrid ☎ 91 428 26 26 / 35 Fax: 91 476 33 67 epizarro@walkredi.org
 - C.D. "Arganzuela" (Dtora.: Francisca Barroso) 30 plazas C/Arganda, 18 28 00 Madrid
 - C.D. "Villaverde" (Dtora.: Beatriz Reparez) 50 plazas. Pza. de los Pinazo, 5 28021 Madrid ☎ 91 723 21 68 Fax: 91 798 63 97 05cdvillaverde@hscmadrid.org
 - Equipos de Apoyo Social Comunitario:

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

- EASC "Usera" (Dtora.: Eva Pizarro) 30 plazas C/Gaínza, 307 – 315 posterior (Locales 2 y 3) 28041 Madrid ☎ 91 428 26 26 / 35 Fax: 91 476 33 67 epizarro@walkredi.org
 - EASC "Arganzuela" (Dtora.: Francisca Barroso) 30 plazas C/Arganda, 18 28 00 Madrid
 - EASC "Carabanchel" (Dtora.: Beatriz Reparez) 50 plazas. Pza. de los Pinazo, 5 28021 Madrid ☎ 91 723 21 68 Fax: 91 798 63 97
 - EASC "Villaverde" (Dtora.: Angeles de la Hoz) 60 plazas. C/de la Mica, 3 bajo. 28021 Madrid ☎ 607664879 (provisional) / Fax:- crpsvillaverde@intress.org
- Centros de Rehabilitación Laboral:
 - CRL "Carabanchel" (Dtora.: Amaya Díaz) 40 plazas C/Matilde Hernández, 97-99 28025 Madrid ☎ 91 462 07 39 / Fax: 91 462 72 75 diegopulido@msn.com
 - CRL "Villaverde" (Dtora.: Esther Díaz) 50 plazas C/Alcocer, 42 28041 Madrid ☎ 91 797 58 38 Fax: 91 796 95 42 esther.diaz@nuevoliceo.com
 - Mini-Residencias:
 - MR "Carabanchel" (Dtora.: Begoña Collantes) 24 plazas C/General ricardos, 1777 (Finca Vista Alegre) 28025 Madrid ☎ 91 461 82 74 Fax: 91 462 39 60 01miniresidencia@hscmadrid.org
 - MR "Cobeña" (Dtora.: Susana García-Arias – Beatriz Ruiz) 25 plazas (19 plazas para área 11 y 5 para área 3) Ctra. De Madrid s/n 28863 Cobeña (Madrid) ☎ y fax: 91 620 91 50 mrcobeña@grupo5.net
 - Pisos Supervisados:
 - 3 pisos supervisados vinculados a la MR de Carabanchel: 12 plazas (situados en los distritos de Carabanchel, Villaverde y Latina)
 - 1 piso supervisado vinculado a la MR de Cobeña: 4 plazas
 - 3 pisos en el distrito de Usera, gestionados por la entidad Walkredi: 9 plazas
 - Pensiones supervisadas:
 - 11 plazas en pensiones, supervisadas por la MR de Carabanchel

(Recopiló la información: *Gracia Córdoba* - CSM Usera)

3. OTROS RECURSOS ⁴

- A.S.I.S. (Asociación para la promoción y la prevención de la Salud y la Integración Social) Web: www.asociacion-asis.com Correo: asociacion_asis@psique3.com (*“Servicio de acompañamiento terapéutico para personas que necesitan un trabajador de la salud en su domicilio o fuera de él, potenciando la efectividad de un tratamiento, el comienzo del mismo o acompañamiento especializado en momentos difíciles de la vida”, según su folleto informativo. Servicio autorizado por la Cdad. de Madrid, gratuito para el paciente previa solicitud desde los CSM (¿?). Habrá que ver la articulación con los recursos de la red ya existentes, si se solapa o complementa con éstos y cuál es la utilidad REAL -¿sus objetivos y población diana son muy ambiciosos? - de este recurso de esta asociación sin ánimo de lucro)*)
- Servicios de interpretación (*Util solicitarlo para consultas programadas con suficiente tiempo en CSM. Buena experiencia en CSM Usera con las traductoras de chino, que posibilitan no sólo la traducción meramente lingüística: también la “traducción cultural” que ayuda a contextualizar determinada conducta o síntoma en la cultura del paciente*):
 - Serv. De Traducción e Interpretación del Aytº de Madrid
☎ 91 758 14 37 www.munimadrid.es
 - COMRADE – S.E.T.I. ☎ 91 523 25 96
seti@comrade.e.telefonica.net
- Centros de Apoyo a las Familias – CAF del Aytº de Madrid. *Orientación, asesoramiento e intervención familiar (psicológica, social, jurídica) para familias y/o parejas en situaciones de crisis, medicación familiar en una amplia gama de conflictos intrafamiliares (divorcios, separaciones, dificultades de la organización familiar para el cuidado de personas dependientes, crisis de comunicación de los miembros de la familia, discrepancias intergeneracionales, disputas por la economía familiar y herencias, dificultades educativas con adolescentes).* A la población de Arganzuela le corresponde el CAF 1: Pº del Molino, 11 ☎ 91 506 18 60 / 61 y a los de Carabanchel, Usera y Villaverde el CAF 4: C/Marqués de Monistrol,7 ☎ 91 463 23 42

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

4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁵

5. CONTACTOS ⁶

Puede ser interesante hacer un listado con los correos electrónicos de todos los profesionales interesados en dar a conocer su *e-mail* profesional para comunicaciones dentro de nuestra red de salud mental del área 11. Enviad nombre, centro de trabajo, profesión y dirección electrónica a svega.scsm@salud.madrid.org y los iremos publicando.

6. RESIDENTES ⁷

7. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁸

- McCullough, J. P. (2000). *“Tratamiento para la depresión crónica. Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual (CBASP). Manual Moderno”*. México. 2003 (*Presenta un programa de intervención psicoterapéutica que merece la pena considerar, especialmente interesante la inclusión de la transferencia y las intervenciones centradas en el aquí y ahora, en línea con los nuevos desarrollos terapéuticos conductuales como la Terapia de Aceptación y Compromiso. Muy interesante el cap. 12 donde compara su modelo con los de Beck (Terapia Cognitiva) y Klerman (Terapia interpersonal). Buen libro (Jesús Fdez. - CSM Carabanchel)*)

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: ¡jojo!) 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...

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...*

- ¿Qué libro recomendáis a pacientes con ansiedad? *Cada vez es más frecuente que los propios pacientes traigan a consulta informaciones y documentación sobre sus dolencias. Pese a todas las críticas que se puede hacer a la biblioterapia, esta se nos impone, la autoayuda o el "psicólogo en casa" en forma de libro son parte de nuestros recursos.*

Moreno, P. y Martín, J.C. *acaban de publicar "Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas". Completan así una trilogía con los anteriores dedicados a los pacientes: "Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes" (2004) y "Superar la ansiedad y el miedo" (2002) todos publicados en Desclée de Brouwer. Prologados por David H. Barlow (autor de uno de los mejores libros de texto de Psicopatología) ya es un mérito. El otro, a mi juicio, su sencillez (aunque también simplicidad), que lo hace válido para su comprensión por un gran espectro de pacientes.*

Para un trabajo más sistemático (con una comprensión más profunda de la patología) y que se puede complementar con las consultas sigo prefiriendo Peurifoy, R. Z. (2000) *"Cómo vencer la ansiedad"*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
(Jesús Fernández Rozas - CSM Carabanchel)

- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2004) *"A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente"*. Ed. Katz. Buenos Aires. 2006. *Escrito entre un neurocientífico y un psicoanalista. En la línea, propuesta por Kandel, de reelaboración por las neurociencias de los conceptos freudianos. Imprescindible*
(Jesús Fernández Rozas - CSM Carabanchel)
- IV Congreso "Tratamiento Asertivo Comunitario" (Avilés, 28-29 Junio 2007) *(organizado por el Dr. Juanjo Mtnez. Jambrina, del ETAC de Avilés, quien participó en una sesión en nuestro área en el 2005. Uno de los mejores foros nacionales de reflexión e impulso sobre TAC)*
(Santiago Vega - CSM Usera)

8. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ⁹

- Líneas investigación PARG (*Psicosis and Addiction Research Group*): Esquizofrenia, Trastornos Afectivos, Adicciones, Genética en trastornos psiquiátricos: *ver documento adjunto de la Jornada 24 Enero 2007*
- Libro: Luis Agüera, J. Cervilla y M. Martín: "*Psiquiatría Geriátrica*" (2ª ed.) Masson. Barcelona (2006) (*Un exhaustivo manual de Psicogeriatría en vías de convertirse en un clásico en nuestra lengua*)
- Libro: Pedro Cubero: "*El grupo paranoide*" Ediciones Experiencia. Barcelona (2005) (*Erudito y original análisis psicopatológico sobre el fenómeno sectario*)
- Libro: Francisco Montañés y M^a Teresa de Lucas: "*Hiperactividad, déficit de atención y conducta desafiante. Guía psicoeducativa y de tratamiento. Manual práctico para padres y profesionales*" Ars Medica. Barcelona (2006)
- Póster: Jeanette Hoenicka: "*Estudio genético del gen COMT en esquizofrenia*" (*Dirigido por nuestra prestigiosa genetista: trabajo premiado en el último Congreso Nacional de Psiquiatría: Sevilla, 2006*)
- Artículo: Justo Díez y PARG: "*COMT Val158Met polymorphism and schizophrenia in a series of spanish patients*" Med Clin (Barc) 2007 Jan 20; 128 (2): 41-4
- Artículo: J. Hoenicka y PARG: "*C957T DRD2 polymorphism is associated with schizophrenia in spanish patients*" Acta Psychiatr Scand 2006 Dec; 114 (6): 435-8
- Artículo: J.J. Belloso y J.C. Espín: "*Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental*" Rev AEN (2007) XXVII, 99: 39-58 (*análisis sobre el CSM Aranjuez*)
- Artículo: Roberto Rodríguez-Jiménez y PARG: "*Psychopathology and Wisconsin Card Sorting Test performance in male schizophrenic patients: influence of dual diagnosis*" Psychopathology (*aceptado y en prensa*)

⁹ Información de líneas de investigación en curso en nuestro área 11, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir y *sacar del armario*, nuestra producción científica. Como solemos ser bastante modestos, también invitamos a que unos recomendemos los trabajos de los otros. Eso no es delación... ¡¡Perded la vergüenza: lo que investigamos y publicamos no es sólo "para aumentar el C.V."!!

9. CONVOCATORIAS ¹⁰

- 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>
- Próxima Comisión de Asistencia: 20 Junio 2007, 10 h.
- Próxima Comisión de Docencia: 6 Junio 2007, 9.30 h.
- Próxima reunión P. A. R. G. : 25 Abril, 13 h.
- Sesión Clínica de Area extraordinaria: *"Puesta en marcha del EASC (Equipo de Seguimiento Asertivo Comunitario) de Palma de Mallorca"* (Dra. Tania Izquierdo y D^a Concepción Mirabal) 25 Abril 8.15 h. Aula grande Edificio Medicina Comunitaria (*¡¡ muy interesante!!*)
- Seminario "Introducción a la Psiquiatría Comunitaria" para MIR-1 y PIR-1 . Sesiones abiertas a los profesionales de Salud Mental área 11:
 - D^a. Pilar Durante (Terapeuta Ocupacional – Walkredi /EASC Usera): *"El concepto de RECOVERY en Rehabilitación Psicosocial: teoría y práctica en nuestro medio"*: 16 Mayo 2007: 13 a 14.30 h. Aula grande del Edificio Medicina Comunitaria (donde las sesiones clínicas) (*¡¡ muy interesante!!*)
 - D. Marcelo Aldanas (ASAM): *"La atención a las personas con enfermedad mental: la visión de los familiares"* 20 Junio 2006: 11.30 a 13 h. Aula 3^a planta Edif.. Materno-Infantil Hosp.. 12 Octubre
- 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

¹⁰ 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...

Sesión Clínica Hosp. Univ. 12 de Octubre: 21 Marzo 2007
A propósito del concepto de Psicosis Única

Planteamos el objetivo de revisar el concepto histórico actual de **psicosis única** a partir de un caso clínico. Por tanto, comenzaremos con la exposición del caso.

Mujer 26 años, natural de China, que acude al Servicio de Urgencias por episodios de heteroagresividad a nivel familiar. La paciente presenta una situación de aislamiento importante desde hace 2 años en relación con la idea de que tanto su familia como la Iglesia Evangelista mantienen un complot para impedirle vivir con su novio. Según lo recogido en el relato familiar la persona que ella considera su novio es un hombre casado con un hijo, realidad que niega la paciente, argumentado que cada vez que él la rechaza está poniendo a prueba su amor o se siente atemorizado por las posibles represalias de la familia y de la iglesia evangelista china. En los dos últimos meses la paciente ríe y habla sola, deambula de modo errante por la casa y se muestra muy irritable y hostil. En la valoración inicial la paciente hace referencias constantes a que ella conoce que su novio la ama porque puede comunicarse con él mentalmente. Además, verbaliza escuchar voces dialogantes entre sí que le revelan planes malévolos de su familia y de la iglesia evangelista. Por tanto, procedemos a su ingreso, inicialmente en la UHB del Hospital Gregorio Marañón donde recibe tratamiento con olanzapina 10mg/día. A su regreso a la planta de psiquiatría evidenciamos que la clínica alucinatoria, la desorganización conductual y los fenómenos de difusión del pensamiento han desaparecido, pero que el delirio erotomaniaco se mantiene inamovible.

En la historia biográfica de la paciente destaca un hecho traumático vivido a los 18 años de edad cuando mantenía correspondencia con un hombre casado, hecho que fue descubierto por el padre, quien la calificó públicamente como una prostituta. La paciente en ese momento inicia un proceso de encierro mantenido de tres años de duración, permaneciendo todo el día en la cama y con un marcado desinterés hacia las cosas. Tras este episodio comienza a salir de su domicilio para acudir diariamente a la iglesia evangelista. Allí un chico comienza a ayudarla y llega al convencimiento de que está enamorado de ella.

Durante su estancia en la unidad utilizamos métodos directos e indirectos de abordaje de la temática delirante. La paciente ante la confrontación pasa de un ánimo exaltado con tendencia a la hipertimia a un situación de tristeza marcada y tendencia al llanto. En esos momentos muestra dudas subjetivas en relación con el delirio, que desaparecen cuando vuelve a reestructurarse la ideación erotomaniaco, reapareciendo ese tinte hipertímico.

En el diagnóstico diferencial consideramos la existencia de un sistema delirante. Por tanto, nos encontramos ante un delirio pasional, caracterizado por la exaltación y la hiperestesia a nivel afectivo y por su estructura en sector, englobando a partir de la idea delirante todo el mundo

¹¹ Publicación de las revisiones de especial interés presentadas en las sesiones clínicas de área presentadas en el Hospital. Información sobre las últimas sesiones clínicas realizadas (así se puede contactar con los profesionales que presentaron la sesión y que probablemente revisaron la última bibliografía a propósito del caso)

vivencial de la paciente. Sin embargo, en un momento de la evolución de la enfermedad aparece sintomatología del primer rango de Schneider. Si consideramos los criterios DSM-IV, el diagnóstico sería de esquizofrenia. Sin embargo, desde un punto de vista psicopatológico estaríamos ante un síndrome Clarendault. Por tanto, deberíamos analizar el significado de la clínica alucinatoria y de la desorganización conductual en los trastornos delirantes crónicos. Para ello la única clasificación válida es la de la escuela francesa, que describe dos cuadros que estarían a medio camino entre la esquizofrenia y la paranoia vera, la psicosis alucinatoria crónica y la parafrenia. Sin embargo, tampoco estas entidades nosológicas se ajustarían a la psicopatología que presenta la paciente. Por tanto, debemos pensar en un concepto más amplio, el de psicosis única.

El paradigma de la psicosis única se remonta a la época helénica en el que la locura se consideraba una única enfermedad, cuyo origen era la melancolía. Sin embargo, este concepto no es recuperado hasta los siglos XVIII y XIX con autores como Chiarugi y Guislain. Sin embargo, el mayor apogeo de esta concepción de la psicosis se alcanza con Griesinger, quien define la evolución de todo cuadro psicótico en varios estadios: la melancolía, la manía, la paranoia, la confusión y la demencia. Sin embargo, Hoffmann describe cuadros de tinte paranoide primarios, sin necesidad de que exista previamente un episodio melancólico. Así se inicia el declive del concepto de psicosis única, cayendo en olvido con las aportaciones de Kraepelin y Breuler. Desde entonces todas las clasificaciones en psiquiatría han abogado por un modelo categorial, vigente actualmente en el DSM-IV y CIE-10. Sin embargo, la experiencia clínica nos muestra que esta concepción de la enfermedad mental como entidades nosológicas cerradas e independientes no se ajusta a la realidad clínica de los pacientes. Por esta razón, la idea de psicosis única sigue teniendo validez. Actualmente este concepto se basa en la existencia de diferentes dimensiones de la enfermedad que se obtienen por medio del análisis factorial. Por ejemplo, el caso que hemos comentado se definiría de la siguiente forma en un modelo dimensional:

- a. **Dimensión positiva:** delirio erotomaniaco, ideación delirante de perjuicio y pseudoalucinaciones auditivas, vivencia de difusión del pensamiento.
- b. **Dimensión negativa:** ausencia de sintomatología negativa.
- c. **Dimensión desorganización:** conducta extravagante.
- d. **Dimensión disfunción relacional:** aislamiento social marcado.

Podríamos introducir otras muchas dimensiones, como la afectiva o la conciencia de enfermedad.

Los estudios neurobiológicos apuntan a que el concepto de psicosis única es válido. Se han hallados genes involucrados en diferentes entidades nosológicas, la atrofia cortical y la dilatación ventricular se relaciona con la sintomatología negativa, independientemente de la enfermedad de base, y todas las psicosis reciben el mismo tratamiento.

Dr. Ricardo López Mateos – UHB Hosp. 12 Octubre

ALGUNAS IDEAS SOBRE LA MOTIVACION
de las personas que trabajamos, o pensamos hacerlo,
en el área de la salud mental, aquí y ahora

Antonio Muñoz (Jornada 24 Enero 2007)

La motivación es la causalidad vista desde dentro (Schopenhauer).

Se podría definir como lo que hace que actuemos de una determinada manera, implicando una combinación de procesos cognitivos, emocionales y fisiológicos, con el fin de conseguir un determinado objetivo.

La palabra motivación nos remite a factores o determinantes internos, más que externos, al sujeto.

Podríamos considerar dos variables motivacionales a fin de delimitar esta intervención: los motivos tienen usualmente un carácter supervivencial.

1. los motivos primarios o biológicos (hambre, sed, sexo, crianza, térmicos, evitación del dolor, excretorios...)
2. los motivos psicosociales (seguridad, afecto, estima propia, información y conocimiento, comprensión del mundo, autorrealización, goce de la belleza...)

Abraham Maslow desarrolló una jerarquía de la motivación en 6 niveles: desde los primeros, los fisiológicos... a los últimos, la necesidad de comprender el mundo.

Con esta premisa el objetivo del Servicio sería, a mi juicio, la de cuidar las condiciones necesarias, evitando los factores de amenaza, para que se preserve y potencie la motivación de los profesionales, es decir de su supervivencia.

Me referiré exclusivamente a los factores externos, dejándoles a ustedes, en su intimidad, la rica y excitante consideración de los internos.

A efectos prácticos, equipararé la supervivencia profesional a la idea de adaptación:

- Pasiva (acatamiento de las condiciones del ecosistema)
- Activa (modificación del ecosistema y de las relaciones que se establecen con él)

¹² Análisis cuantitativos y cualitativos de nuestro trabajo, nuestra organización, propuestas CONSTRUCTIVAS de cambio, textos breves nuestros y/o importados de la prensa y/o literatura profesional o general, cartas, artículos, etc...

¿Motivación para qué?

Para realizar nuestra actividad, entendiendo ésta más como ideográfica (interesada en el hecho particular del enfermar) que como nomotética (lo común, lo general del mismo).

Nuestra actividad es fundamentalmente clínica, con sujetos concretos inseparables de sus condiciones sociales, culturales, económicas, morales... es decir, nuestra actividad es histórica.

Nuestra actividad es una práctica que analiza hechos particulares y es relativa porque cada cultura, cada grupo social, da un valor distinto al hecho de enfermar.

Y además nuestra actividad es funcional, entendiendo por ésta que la característica de la persona que más nos concierne no es la física, ni la metafísica, sino su quehacer, su obra.

Sería legítimo afirmar que la salud y la enfermedad son sobre todo fenómenos sociales y culturales.

El objeto fundamental de nuestra práctica no sería en sentido estricto el estudio de la enfermedad, ni tan siquiera de los enfermos, sino de nuestra relación con éstos y de los valores suyos y nuestros.

La enfermedad es definida por el sufrimiento, es un hecho de conciencia, pertenece a la subjetividad más neta y nunca es un acontecimiento desligado de la vida de la persona (la vida anterior la condiciona, influye en su curso, la vida posterior estará marcada por ella).

El enfermo es ante todo un hombre consciente de su sufrimiento, siendo esto radicalmente opuesto a lo que llamamos "conciencia de enfermedad", que es más conciencia de que debe aceptar las interpretaciones que se le hacen.

El estado de enfermedad no siempre tiene un valor socialmente negativo. A menudo tiene un sentido adaptativo, de supervivencia, más aún cuando nos movemos en la dinámica malestar/bienestar y en menor medida en la de sufrimiento/no sufrimiento o en la de vida/muerte.

En nuestro campo la demanda no tiene con frecuencia una relación lineal con la necesidad:

- se producen demandas sin padecimiento
- se producen demandas derivadas de la irresponsabilidad de la propia vida
- se producen demandas de la adversidad

Concretando: nuestra actividad es fundamentalmente clínica (*k/leí*: inclinarse; *k/line*: cama, lecho y... féretro). Es una actividad de cuidado hacia personas que necesitan y/o demandan ayuda, que en un momento histórico y en un contexto social específico son considerados enfermos.

Nuestra actividad tiene como objeto evitar, aliviar y/o eliminar el sufrimiento y la discapacidad que produce en las personas el padecimiento de los trastornos mentales:

- en función de los recursos (posibilista)
- en un contexto de incertidumbre (probabilística)

En nuestra actividad no es posible hablar de enfermedades según el modelo médico etiopatogénicamente fundamentado, así es que utilizamos el término trastorno, entendiendo como tal aquello definido en las clasificaciones. Esto es tan operativamente útil, como conceptualmente falso.

Las clasificaciones no contienen los trastornos, sólo delimitan nuestra actividad.

Nuestra actividad se basa en los conocimientos que aportan las neurociencias, las ciencias sociales y la psicología. Esta última, que parece el aporte natural de nuestra actividad, pasa por momentos... digamos que es *"hija díscola de la filosofía y amante despechada de la biología"*.

Partamos del hecho de que somos sujetos motivados, activa o pasivamente adaptados, es decir con motivaciones biológicas y psicosociales, satisfechas o no, que desde distintos paradigmas nos intentamos explicar la realidad de estar o no aquí, a estas horas y oyendo esto.

Algunas reflexiones que pretenden favorecer la reflexión:

Los modelos que tenemos, o tal vez nos tienen, considerados como narraciones diferentes, no excluyentes y en necesario conflicto sobre el hecho de enfermar, los enfermos y los tratamientos.

Y junto a los modelos, su interpretación de sentido, su hermenéutica.

Es necesario que el servicio dé cabida, con afecto, a los diferentes modelos teóricos que sustentan nuestras intervenciones, dándolas a conocer y debatiéndolas críticamente.

Los recursos: somos recursos (a veces sanos y otras enfermos, a menudo agudos y otras "espesos") a cuidar, respetando nuestra forma de estar en el mundo y nuestra concepción del mismo, así como nuestras circunstancias "biopsicosociales".

Somos recursos en un permanente proceso de ser posibilidades.

Para ello deberíamos hacernos visibles, en nuestras diferentes profesiones.

Las trayectorias profesionales consideradas como el desarrollo de los conocimientos y habilidades de los miembros del servicio en su tarea y que probablemente no sea superponible al concepto de "carrera profesional", tal vez limitada en estos momentos al necesario aumento salarial de los profesionales, salvo

de los Trabajadores Sociales que al parecer, según la administración y los sindicatos, no lo precisan, excluyéndoles de la carrera profesional.

El equipo como espacio donde tiene lugar el encuentro de los diferentes profesionales, con sus modelos, sus profesiones, sus trayectorias... cuidando los tiempos de reunión a efectos de coordinarnos, formarnos, informarnos, apoyarnos...

Las condiciones de trabajo: el salario que recibimos (que a pesar de nuestra austeridad resalta escaso y que no se relaciona con nuestro rendimiento y sí con nuestra dependencia administrativa), el espacio (los despachos, los techos...), el horario asistencial y no asistencial (los mínimos y los máximos), los contratos (algunos muy precarios), las pertenencias administrativas (tan divertidas e irritantes), nuestros compañeros administrativos (obligados "Diógenes")...

Las agendas como instrumentos de calidad y compromiso asistencial.

Que sean útiles para preservar tiempos asistenciales, tan amenazados por la presión asistencial, nuestro afán de conocimientos asistiendo a cursos y congresos, por nuestros gerentes y sus listas de espera...

La información y la formación continuada (cursos, sesiones clínicas...).

Información sobre lo que se hace en el área, sobre lo que se pretende hacer...

Fortalecer las sesiones clínicas, dotándolas de más "voces", de más discrepancia...

El respeto por los discursos de los usuarios, los pacientes y los clientes.

Estos son tan legítimos como los nuestros e igual de necesarios.

No olvidemos que nuestro discurso incluye frases como: *"el tratamiento tuvo éxito pero el paciente se murió"*.

La ética como valor principal de la organización:

- la autonomía de las decisiones
- el derecho a la intimidad y privacidad
- la promoción de la responsabilidad
- el establecimiento de los mínimos exigibles a todos mediante consensos basados en la participación y deliberación

Epílogo (preposicional) con pretensiones motivadoras:

Estamos, aquí, en nuestros mapas cognitivos, con nuestros niveles de cortisol, desde nuestros mecanismos de defensa, sobre nuestro hipocampo, para nuestro discurso, tras nuestras alianzas,

contra nuestros miedos, sin los medios necesarios, de nuestros gerentes,
entre nuestras dudas, hasta nuestra T.A., ante los otros,
so pena del D.S.M., según y cabe nuestra dopamina...
PARA la asistencia y el tratamiento posible de, y con, nuestros pacientes.

12. CON SENTIDO DEL HUMOR ¹³



13. INFORMACION PRACTICA ¹⁴

- Solución a *“cómo funciona el agua caliente de la ducha de los médicos de guardia”*: en el próximo número, debido a problemas de espacio en este boletín

14. OTRAS SECCIONES A PROPONER ¹⁵

Espacio abierto a cualquier propuesta.

Entre varios compañeros hemos construido este primer número.
Os animamos a enriquecer los siguientes con vuestro trabajo y creatividad.
Para que se note que tenemos buena SALUD MENTAL

¹³ Humor fino e inteligente sobre nuestro quehacer, la sociedad en la que vivimos... para hacer sonreír ☺ y pensar: *El Roto, Quino, Forges y compañía*

¹⁴ Para los nuevos profesionales que se incorporan a nuestros Servicios (*p.e. cómo funcionan los buscas de la guardia o el agua caliente de la ducha*) o para el respetable en general (*p.e. carrera profesional, etc...*). Preguntad... y tal vez alguien responderá

¹⁵ Apuntar y motivar el posible contenido del apartado