

**CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12**

**Nº 4 (2021)**

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL**

**Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental**

**Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)**

---

# **INTRODUCCION A LAS PRACTICAS DE PSICOLOGIA CLINICA EN EL 12 DE OCTUBRE**

**- Edición Curso 2021-22 -**



Juan José Belloso Roperó, Ángeles Castro Masó,  
Francisca Denia Ruiz, Jesús Fernández Rozas,  
Ana López Fuentetaja, Javier Ramos García  
y L. Santiago Vega González



**Hospital Universitario  
12 de Octubre**

 **Comunidad de Madrid**

## INDICE

1.	Introducción (Ana López Fuentetaja)	3
2.	Aspectos prácticos (Ana López Fuentetaja)	5
3.	La red de Salud Mental del 12 de Octubre (L. Santiago Vega González)	7
4.	El programa de Psicometría y Neuropsicología en el Hospital (Francisca Denia Ruiz)	14
5.	Evaluación y posibilidades terapéuticas en pacientes graves (Juan José Belloso Roperó)	17
6.	El estilo del terapeuta (Jesús Fernández Rozas)	48
7.	El trabajo del psicólogo, el psiquiatra y otros profesionales de Salud de Salud Mental. Evaluación de la demanda y terapias combinadas (Javier Ramos García)	56
8.	La atención en Salud Mental en niños y adolescentes (Angeles Castro Masó)	61
9.	Bibliografía	64

---

*El dibujo de la portada fue realizado por R.R., participante en el Programa de Trastornos Mentales Graves del Hospital 12 de Octubre. Representa magníficamente parte de nuestro objetivo: contribuir a crear salud (... amar y trabajar). Con colores diferentes surge un conjunto bello, donde ningún color desentona ni sobra.*

## **INTRODUCCION**

***Ana López Fuentetaja***

*Psicóloga Clínica*

*Tutora Psicoterapia UDM Salud Mental*

*AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre*

Las prácticas de Psicología Clínica se realizan en el marco de un convenio institucional entre la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y el Hospital Universitario 12 de Octubre.

La trayectoria docente del 12 de Octubre, como corresponde por ser Hospital Universitario, se ha caracterizado por su amplia predisposición y motivación hacia la docencia, tanto en su vertiente de pregrado como de postgrado, estando en el momento actual, plenamente integrada la presencia de alumnos en el funcionamiento habitual de las unidades hospitalarias y de las consultas de los Centros de Salud Mental (*CSM en adelante*).

Además de la bienvenida personal que os hacemos a cada alumno, deseo que estas páginas sean un momento de acogida y bienvenida a todos los que van a rotar con nosotros a lo largo del curso.

Con el paso del tiempo y el rodaje de la experiencia, se han ido definiendo cada vez con mayor precisión tanto los objetivos a conseguir por parte de los alumnos, como las funciones a realizar por parte de los tutores y profesionales colaboradores en el mismo. De esta manera, el ajuste de expectativas y el equilibrio entre lo que se puede ofertar y pedir, se traduce en una mayor satisfacción para ambas partes.

El Practicum de Psicología Clínica y las prácticas del Máster de Psicólogo General Sanitario, se realiza en un marco institucional perteneciente a la Sanidad Pública, en el que confluyen aspectos individuales, relacionales, grupales y organizativos, que nos condicionan y definen.

De esta manera, lo que de forma individual aportan tanto el profesor y el alumno, su forma de ser, lo que cada uno “sabe”, su formación, su curiosidad, su comprensión de la realidad, el cómo se relacionan entre ellos y con los pacientes, el grado de colaboración, la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas... convertirá estas prácticas en una experiencia particular y única para cada alumno, para cada docente y para cada centro.

Tampoco podemos olvidar que en el día a día de nuestro trabajo con los pacientes, estamos sujetos a directrices y guías provenientes de normativas en Salud Mental, que nos trascienden y que también son elementos que condicionarán el desarrollo de las prácticas.

Con estas premisas y al igual que ocurre en el tratamiento de nuestros pacientes, es importante ajustar la demanda y las posibilidades, con el fin de perseguir objetivos realistas, teniendo en cuenta la duración de las prácticas y la propia tarea que tenemos entre manos (terapéutica, con personas reales que han venido solicitando ayuda), serían los siguientes:

- Acercamiento al ejercicio profesional y al rol de Psicólogo Clínico en situaciones de trabajo reales, con pacientes concretos que acuden a las consultas y en el mismo momento en que se realiza la consulta
- Posibilidad de integrar la teoría que se aprende en la Facultad, con la práctica profesional, experimentando la flexibilidad que requiere el encuentro con un paciente específico
- Acercamiento a la demandas que plantean los pacientes, fundamentalmente en las primeras entrevistas, y al establecimiento de la relación terapéutica
- Acercamiento a la forma de presentación de la psicopatología de los pacientes, tanto en la etapa infanto-juvenil como adultos, y las diferentes modalidades de intervención y tratamiento
- Conocimiento de la organización y tareas de los CSM, del Hospital y de otros recursos comunitarios y de las diferentes funciones de los profesionales que trabajan en ellos.

Armonizar la tarea terapéutica con la tarea docente, debe representar también una objetivo tanto para los profesionales como para los estudiantes. En este sentido, puede ocurrir que de forma excepcional y dadas las características particulares de algún paciente, se pueda pedir al estudiante que no esté dentro de la consulta en ese momento para preservar su tratamiento, aspecto que sería comentado con el estudiante.

*Ana López Fuentetaja*  
[alopezf@salud.madrid.org](mailto:alopezf@salud.madrid.org)  
*Tutora de Psicoterapia*  
*Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental*  
*AGC Psiquiatría y Salud Mental*  
*H.U. 12 de Octubre (Madrid)*

## ASPECTOS PRÁCTICOS

Para poder llevar a cabo estos objetivos, los alumnos deben contar con disponibilidad de horarios, ya que éstos se organizan en función de los profesionales y de las actividades que se realizan en los centros, que se pueden llevar a cabo en jornadas de mañana y tarde y pueden ser diferentes, dependiendo del lugar donde se realicen las prácticas.

El alumno tendrá un tutor de prácticas (profesor asociado) y otros colaboradores que participarán en la docencia, rotando el alumno por diferentes consultas. Es esta tarea de equipo entre tutores y colaboradores, la que permite ofrecer la gran variedad de intervenciones por las que el alumno puede rotar.

El tutor será el responsable de dirigir la formación durante el periodo de prácticas. Persona a quien se tienen que presentar los alumnos cuando acuden a los diferentes centros, quienes les entregarán su horario, rotaciones y actividades a realizar y a quien deben acudir si existe algún tipo de incidencia. También será el encargado de hacer la propuesta de Evaluación a la Facultad, quien calificará al alumno, una vez se haya realizado la Memoria obligatoria.

Este curso, los profesores asociados son:

- **Montserrat Caballero González**, en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría del H.U. 12 de Octubre. Planta semisótano de la Residencia General del Hospital 12 de Octubre.  
[montserrat.caballero@salud.madrid.org](mailto:montserrat.caballero@salud.madrid.org)
- **Angeles Castro Masó**, en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Villaverde. C/Totanes, 1 - 3ª Planta. 28041 Madrid.  
[acmaso@salud.madrid.org](mailto:acmaso@salud.madrid.org)
- **Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca** (coordinador actual), en la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH) del H.U. 12 de Octubre. Planta semisótano de la Residencia General del Hospital 12 de Octubre. Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid  
[juanmanuel.espejosaavedra@salud.madrid.org](mailto:juanmanuel.espejosaavedra@salud.madrid.org)
- **Javier Ramos García**, en el CSM de Carabachel-Aguacate: CEP Carabanchel. C/ Aguacate, 13, 1ª planta. 28044 Madrid.  
[javier.ramos@salud.madrid.org](mailto:javier.ramos@salud.madrid.org)
- **Cristina Rivas Santiago**, en el CSM Villaverde. C/Totanes, 1 - 3ª Planta. 28041 Madrid.  
[cristina.rivas@salud.madrid.org](mailto:cristina.rivas@salud.madrid.org)
- **L. Santiago Vega González**, en el CSM Villaverde. C/Totanes, 1 - 3ª Planta. 28041 Madrid.  
[santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org)

La distribución de los alumnos en los distintos dispositivos la realizamos en la reunión al inicio de cada grupo de rotantes, a la que os convoca el **coordinador de las prácticas**.

Finalmente, desearía resaltar la importancia del compromiso en la realización de estas prácticas, que va más allá de la necesidad de puntualidad o de la asistencia, por otra parte imprescindibles. Y qué mejor que hacerlo con palabras de un paciente que participa en uno de

nuestros tratamientos y comentaba a otros: *“Quiero hablar de la importancia del compromiso. Venir e irse con algo. Venir aquí me ha hecho pensar mucho, oírme a mí misma. Antes ponía la TV cuando entraba en casa, la ponía muy alta... ahora la pongo bajita y me puedo escuchar a mi mismo y puede ir llegando a mis propias conclusiones”*.

Nos podríamos preguntar al inicio de estas prácticas, si estamos dispuestos bajar “esa TV” que disfrazada de todo lo que sabemos y de aparente seguridad, nos puede dificultar escuchar a los pacientes y construir un rol profesional realista.

Además de la bibliografía que cada profesor os facilite, se os enviará una invitación a una **carpeta de Dropbox** con bibliografía de interés para vuestras prácticas. Si no la recibís, enviad un correo a [santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org).

Los **miércoles** participaréis en la docencia de los residentes de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Hospital, juntos a nuestros MIR de Psiquiatría y otras especialidades que en ese momentos estén rotando, PIR de Psicología Clínica y EIR de Salud Mental. En nuestra web está el **CALENDARIO DEOCENTE actual**.

**Cada miércoles de 13.30 a 15 horas** participaremos en la **SESIÓN CLÍNICA DEL ÁREA**. Os enviaremos con antelación un resumen de la sesión y el enlace ZOOM si no es posible realizar la sesión de forma presencial.



Proyecto nuevo 12 de Octubre:

<https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/01/12/hospital-12-octubre-presenta-diseno-definitivo-nuevo-edificio-hospitalizacion>

## Prácticas durante la pandemia COVID-19

La pandemia COVID-19 nos ha obligado a modificar de forma importante tanto nuestra práctica asistencial como la docente para adaptarnos a la normativa y recomendaciones de las autoridades sanitarias vigentes en cada momento. De ahí que hayamos que tener que complementar con actividad online algunas de las actividades que antes realizábamos de forma presencial.

Además de las actividades docentes extraordinarias a las que os invitamos, estas son algunas en las que actualmente debéis conectaros a través de **ZOOM** de forma regular:

1. Todos los miércoles de 13.30 a 15 h. es la **Sesión Clínica del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental** del H.U. 12 de Octubre. Enviamos enlace y resumen de la sesión el día anterior.

El enlace recurrente (siempre el mismo) actual es:

<https://madrid.zoom.us/j/88572285473> (ID: 885 7228 5473)

2. Los 2º y 4º martes de cada mes de 14 a 15 h. hay **Seminario de Salud Mental Infanto-Juvenil**. El enlace recurrente para unirse desde un PC, Mac, Linux, iOS o Android:

Reunión Zoom de [hdoc.csminfantojuvenil.tm4@salud.madrid.org](mailto:hdoc.csminfantojuvenil.tm4@salud.madrid.org)

<https://madrid.zoom.us/j/89201497428>

3. Seminario mensual de **Terapia Basada en la Mentalización** (2º miércoles de mes, de 8.30 a 11 h), muy práctico, con presentación de viñetas clínicas en vídeo. El enlace recurrente de [hdoc.csmcarabanchel.tm3@salud.madrid.org](mailto:hdoc.csmcarabanchel.tm3@salud.madrid.org) para unirse desde un PC, Mac, Linux, iOS o Android es:

<https://madrid.zoom.us/j/83493316747>

Aconsejable para aprovechar este seminario leer, además de los que os enviemos para cada sesión, este artículo de Bateman y Fonagy (2013), traducido en el nº 59 de la revista Aperturas (2018):

### Tratamiento basado en la mentalización

#### Mentalization-based treatment

Anthony Bateman y Peter Fonagy

Artículo original traducido y publicado con autorización: Bateman, A. y Fonagy, P. (2013).  
Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.  
<https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>

Traducción: Marta González Baz  
Revisión: Beatriz López-Palop de Piquer

Pdf en: <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/cc2018n059a8.pdf>

Aunque estas y otras actividades online son **obligatorias para los alumnos que están haciendo sus prácticas en ese momento** (salvo que coincida con otra actividad presencial o lo que os diga vuestro tutor), **podéis conectaros todos los grupos si os interesa**. Si hay otras actividades online de interés os enviaremos el enlace.

Durante la actual pandemia los profesionales del AGCPSM del 12 hemos generado diversos documentos que pueden seros de interés. Entre otros:

- **Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19. Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica clínica** (Nº 17)

En: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4342/download?token=mGtuLYkE>

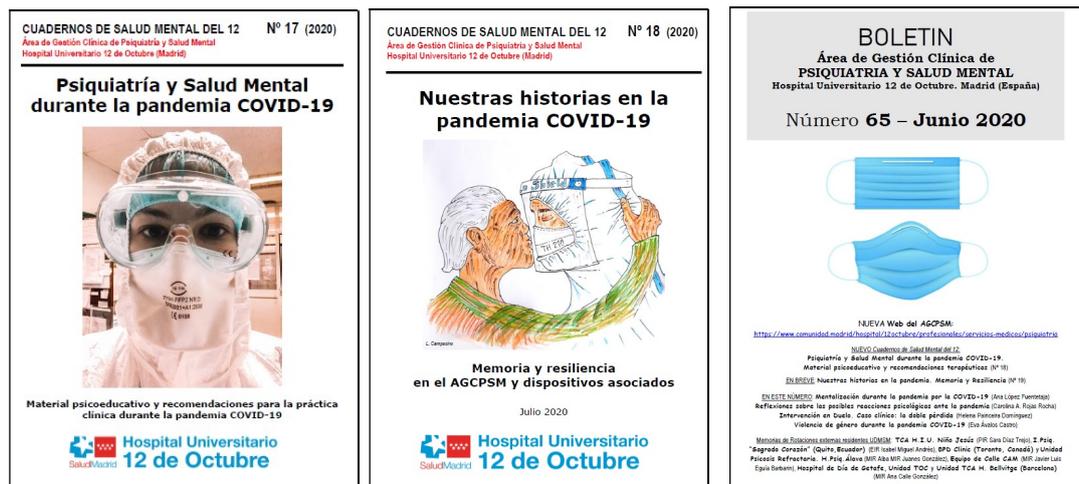
- **Historias en la pandemia COVID-19. Memoria y resiliencia en el AGCPSM y dispositivos asociados** (Nº 18)

En: [https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4454/download?token=O5B58i\\_J](https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4454/download?token=O5B58i_J)

- **Boletín AGCPSM** (Nº 65 y 69)

65: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4366/download?token=AV9p9npy>

69: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4832/download?token=cFb8lbyA>



<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

(Sección: **DOCENCIA / PUBLICACIONES**)

Os recomendamos visitar nuestra web, donde hallaréis numerosa información sobre nuestro modelo de trabajo en asistencia, docencia e investigación, así como numerosas publicaciones de acceso libre y gratuito.

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

## LA RED DE SALUD MENTAL DEL 12 DE OCTUBRE

### **L. Santiago Vega González**

*Médico Psiquiatra - CSM Villaverde*

*AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre*

*Profesor Asociado Ciencias de la Salud - UCM*

[santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org)

El trabajo del psicólogo, está determinado por múltiples elementos a los que a lo largo de esta Jornada de bienvenida e introducción haremos referencia:

- factores CULTURALES (lo que la sociedad demanda a los profesionales de Salud Mental públicos y/o privados, los valores socio-culturales imperantes en la población con la que el psicólogo trabaja: valores en relación con la salud y la enfermedad, la normalidad y la anormalidad, lo admirable o lo intolerable, lo soportable o insoportable ... que en cada momento histórico-cultural va cambiando... ),
- factores INSTITUCIONALES (el modelo organizativo con los recursos materiales y funcionales disponibles, el desarrollo en la práctica del mismo, el “listón de entrada” en los servicios públicos y privados, el estilo de liderazgo del jefe y de relaciones entre los miembros del equipo...)
- y factores INDIVIDUALES (formación, experiencia profesional y vital, personalidad...).

Os presentamos a continuación algunas informaciones sobre el marco organizativo en el que desarrollaréis vuestro aprendizaje práctico, la filosofía asistencial que da origen a una forma de organización diferente a otros lugares de trabajo donde podrías realizar vuestra formación o práctica profesional.

La organización asistencial donde vais a desarrollar la mayor parte de vuestras rotaciones conforma una compleja red de dispositivos y profesionales organizada desde el modelo que marca la actual Ley General de Sanidad (1986)<sup>1</sup>: el modelo de Salud Mental Comunitaria. Cada comunidad autónoma en nuestro país ha ido desarrollando sus respectivos Planes de Salud Mental y con esa referencia cada comunidad autónoma y cada área de salud ha ido concretando al pie de terreno una organización asistencial propia que pretende dar respuesta a las necesidades de Salud mental de la población asignada. La realidad es que en el momento actual existen grandes diferencias entre las distintas comunidades e incluso entre las distintas áreas de salud, incluso dentro de una misma comunidad. Además, en los últimos años de están produciendo en nuestra comunidad de Madrid diversos cambios legislativos que están transformando la Salud Mental pública: área única, libertad de elección de especialista, nuevos modelos de gestión, etc... Este momento histórico, como toda crisis que revoluciona lo previo, presenta riesgos y también oportunidades.

---

<sup>1</sup> Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE nº 102 – 29 de Abril de 1986: 15207- 15224 <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

La organización donde vais a realizar vuestro Practicum está realizando dicho esfuerzo adaptativo a las nuevas realidades socio-económicas, políticas y culturales, con un modelo innovador que denominamos **Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre** (*AGCPSM en adelante*), cuya filosofía, proyectos y realidades a nivel de asistencia, docencia, investigación plasmamos en nuestra página web, que os invitamos a visitar: [www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria](http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria).

Esta red de servicios de salud mental, públicos y concertados, hospitalarios y extrahospitalarios, integrada y coordinada con múltiples organizaciones sociales como el sistema educativo, el judicial, la red de atención a las toxicomanías, la Universidad y otros recursos docentes y de investigación, asociaciones de usuarios y familiares y otras organizaciones no gubernamentales... es una forma de trabajo rica y compleja que os invitamos a observar críticamente. Es un modelo no cerrado, que ha de adaptarse a los cambios que vertiginosamente se están produciendo en nuestra sociedad.

Es una red de Salud Mental pública (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y recursos concertados por la Consejería de Asuntos Sociales). Durante vuestras prácticas seguro que habrá oportunidades de reflexionar sobre las ventajas e inconvenientes del actual modelo de organización para la atención a la Salud Mental (p.ej. cuál es el “listón de entrada” para ser atendido en unos servicios de Salud Mental de tercer nivel, especializados con los recursos socio-sanitarios de los que la sociedad dispone en el momento actual), la complementariedad de nuestros recursos profesionales con los del circuito privado “psi” y con otros recursos “no psi”.

Pero para poder juzgar críticamente lo que tenemos en el momento actual y hacia dónde queremos ir debemos reflexionar (brevemente aquí y en profundidad en el estudio personal que es de esperar en cualquier universitario) sobre la historia de la respuesta que la sociedad ha dado al sufrimiento psíquico que hoy en día atienden las distintas disciplinas de Salud Mental: la Psiquiatría, la Psicología Clínica, la Enfermería de Salud Mental.

Hay que recordar críticamente la historia para aprender de ella, para no volver a repetir los mismos errores, para contextualizar opiniones y juicios... Un modelo claro para ello es el desarrollado por los profesores de Historia de la Medicina Diego Gracia y José Lázaro al recorrer la historia de la respuesta social ante la locura<sup>2</sup>. ¿Cómo ha ido considerando la sociedad al enfermo mental? A lo largo de la historia se ha visto y tratado como un animal salvaje (al que había que recluir forzosamente en jaulas, aislar en manicomios hasta el siglo XVIII...), como un animal a domesticar (la “rotura de las cadenas” de Pinel, la diferenciación entre agitados y no agitados y la curación como domesticación con el manicomio que homogeniza, con los métodos físicos y mecánicos, con los neurolépticos usados de forma indiscriminada...), como animal humano (los años 60: movimientos de derechos civiles, cuestionamiento del paternalismo médico tradicional, la terapia versus la reclusión social... ; los años 70: movimientos sociales de la “antipsiquiatría” y la “contrapsicología”, la revolucionaria ley italiana de 1978 que prohibía nuevos ingresos en hospitales psiquiátricos, los procesos de reforma de la asistencia psiquiátrica: el movimiento de Salud Mental Comunitario...; España: Ley General de Sanidad de 1980). En las últimas décadas se ha ido pasando desde un modelo “hospitalo-céntrico” a un modelo “comunitario”. Repasamos brevemente sus diferencias:

---

<sup>2</sup> Gracia D y Lázaro J. Historia de la psiquiatría. En: Ayuso JL y Salvador L. Manual de Psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Interamericana – Mc Graw-Hill; 1992: vol. I. p. 17-31.

<b>Modelo HOSPITALO-CENTRICO</b>	<b>Modelo COMUNITARIO</b>
Hospital Psiquiátrico	Red de Salud Mental
Segregado (reclusión)	Integrado (en la comunidad, en la red sanitaria general) (terapéutica antes que control social)
Institución total	Atención bio-psico-social (pero no sólo por instituciones “psi”)
Psiquiatras	Equipo multiprofesional
Patología grave	Salud Mental
Riesgos institucionalismo / cronificación	Riesgos actuales (criminalización, marginación, sobrecarga familias, estigmatización...)
Terapias biológicas-laborterapia	Múltiples técnicas terapéuticas complementarias bio-psico-sociales (rehabilitación)

Un buen libro introductorio sobre la historia de la Psiquiatría y cómo el actual modelo asistencial comunitario pretende responder a algunos de los problemas generados por el modelo manicomial previo, si bien no ha resuelto otros, es el de *“Breve historia de la locura”* de Roy Porter <sup>3</sup>. Los residentes que se forman en el momento actual en nuestro país y área sanitaria tienen el reto de tratar de mejorar el sistema actual, en permanente dinamismo y transformación.

Debemos estar muy atentos a identificar en cada nuevo cambio aparentemente innovador una nueva vuelta al pasado y la ley del péndulo que ha oscilado entre la reclusión-segregación y la integración de la persona con problemas mentales. Debemos estar muy atentos a tratar de disminuir el estigma asociado a las personas con trastornos mentales (y sus familiares y cuidadores). Cómo cada sociedad atiende a los enfermos mentales tiene mucho que ver con la atención de esta sociedad al diferente. Durante las prácticas en más de una ocasión surgirán, actualizados en el paciente concreto que acabamos de atender en el Centro de Salud Mental o el Hospital, el debate sobre los aspectos éticos de nuestro quehacer.

<sup>3</sup> Porter R. Breve historia de la locura. Madrid: Turner – Fondo de Cultura Económica.; 2003 (traducción de la edición inglesa de 2002: *“Mandnes: a brief history”*)

## **Características socio-demográficas del área del 12 de Octubre**

Las características socio-demográficas de la población a la que atendemos en el área de influencia del Hospital 12 de Octubre (*H12O en adelante*) determinan en muchas ocasiones nuestro trabajo. Es una de las zonas sur de la ciudad y comunidad de Madrid más pobladas, con nivel socio-cultural medio-bajo (con algunos barrios deprimidos y de alta conflictividad social), realmente multicultural desde hace décadas con un significativo porcentaje de población gitana y con inmigración latina, árabe, china y otras desde hace años, sin prácticamente circuito asistencial psicológico y psiquiátrico privado, con una importante historia de movimiento social y vecinal reivindicativo de los derechos sociales y ciudadanos, y con cierto desarrollo de red social no gubernamental de apoyo, entre otras características,

Actualmente el Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre y los Centros de Salud Mental de Carabanchel-Guayaba, Carabanchel-Aguacate, Usera y Villaverde, constituyen el **Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del H12O**. Desde dicho AGC nos coordinamos desde hace años recursos profesionales y materiales hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, públicos y privados (concertados y no gubernamentales...) para tratar de dar una respuesta realmente bio-psico-social a cada caso individual: ¿lo logramos? Durante tus prácticas podrás ver la maravillosa complejidad de cada caso individual que se nos presenta y preguntarte sobre las distintas posibilidades de intervención desde nuestro rol profesional.

En cada Centro de Salud Mental hay características socio-demográficas específicas que os comentarán *in situ*, si bien los recientes cambios introducidos por la Comunidad de Madrid (libre elección de especialista) pueden difuminar (o no) dichas diferencias en los próximos años. Interesante tema de investigación y reflexión.

## **Dispositivos de la red de Salud Mental del 12 de Octubre**

Aunque actualmente se están produciendo importantes cambios organizativos derivados de la implantación en la Comunidad de Madrid del decreto de área única y libre elección de facultativo, en este momento la red de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental adscritos y relacionados con el H12O la componen básicamente:

- los **Centros de Salud Mental (C.S.M.)** de los distritos de Carabanchel – Guayaba, Carabanchel – Aguacate. Usera y Villaverde
- las **Unidades de Hospitalización (psiquiátrica) Breve (U.H.B.)** del Hospital Universitario 12 de Octubre y del Complejo Asistencial Benito Menni, con 20 camas cada una de ellas
- la **Unidad de Interconsulta y Enlace** del H12O
- la **Unidad de Transición Hospitalaria** del H12O
- las **Urgencias de Psiquiatría** del Hospital Universitario 12 de Octubre
- el **Hospital de Día de Adultos** del área (ubicado en Villaverde) y el **Infanto-Juvenil “Pradera de San Isidro”** (en Carabanchel)

- los **dispositivos de rehabilitación psicosocial** existentes en cada uno de los principales distritos (Carabanchel, Usera y Villaverde):
  - **Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)**
  - **Centro de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)**
  - **Centro de día (C.D.)**
  - **Equipo de Apoyo Socio-Comunitario (E.A.S.C.)**
  - **Mini-residencias, pisos protegidos** y otros recursos residenciales con distintos niveles de supervisión
  
- El Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del H12O cuenta además con otros recursos como la **Unidad de Investigación** y la **Unidad Docente de Psicoterapia**. Desarrolla asimismo diversos Programas Asistenciales y Docentes, como los de **Psicogeriatría**, de **Psiquiatría y Salud Mental Infanto-Juvenil**, de **Alcoholismo y Patología Dual**, de **Trastornos de la Conducta Alimentaria**, de **Terapia Electroconvulsiva**, de **Psicometría y Neuropsicología**, de **Trastorno Mental Grave** y de **Primeros Episodios Psicóticos** del H12O
  
- Nuestros pacientes hacen uso de recursos coordinados con el resto de la Comunidad de Madrid, como son:
  - las **Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (U.H.T.R.,** antes denominada “*Unidad de Media Estancia*”)
  - y las **Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (U.C.P.P.,** antes “*Unidad de Larga Estancia*”), ubicadas en el Complejo Asistencial Benito Menni y en el Hospital San Juan de Dios (Ciempozuelos),
  - las **Unidades de Hospitalización Infanto - Juvenil** del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Adolescentes) y del Hospital Infantil Niño Jesús (Niños),
  - las unidades específicas como el **Hospital de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria** del Hospital de Sta. Cristina,
  - las **Unidades para Trastornos de la Personalidad** de la Cdad. de Madrid (Hospital Clínico San Carlos, Hospital Rodríguez Lafora, Clínica San Miguel, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital José Germain)
  - la **Clínica Ntra. Sra. de la Paz** (especializada en el tratamiento de dependencia a cocaína y otras drogas y patología dual)
  - o el **Equipo de Calle para Enfermos Mentales Sin Hogar** de la Comunidad de Madrid, entre otras.

Esta amplia **red de Servicios de Salud Mental** pretende responder a la complejidad asistencial de los pacientes que atendemos en nuestra comunidad, área sanitaria y distritos. A diferencia de la organización asistencial previa a la reforma de la asistencia psiquiátrica en curso desde los años ochenta en España (aún con grandes desigualdades entre las distintas comunidades autónomas e incluso entre las distintas áreas sanitarias dentro de una misma

comunidad, como hemos señalado antes), en una red de Salud Mental como ésta trabajan diferentes profesionales (médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería psiquiátrica y trabajadores sociales especializados en Salud mental y otros) coordinados tanto con la Atención Primaria de Salud (puerta de entrada y centro del sistema sanitario) como con otras especialidades médicas y servicios socio-sanitarios (servicios sociales generales y específicos, tanto públicos como privados; comunidad educativa; red de toxicomanías; servicios judicial y penal, etc...).

Los principios del modelo de atención integral comunitaria en salud mental, propugnado por la Organización Mundial de la Salud y en constante revisión y concreción en cada país y comunidad, son los siguientes <sup>4</sup>:

- **Trabajo en red y continuidad de cuidados:** el servicio se coordina con el resto de recursos que atienden a la persona, favoreciendo que los distintos recursos conozcan el plan individualizado de tratamiento y rehabilitación, así como la continuidad en la atención entre unos dispositivos y otros
- **Trabajo en equipo y multidisciplinar:** la intervención implica aportaciones de diversas disciplinas complementarias para un tratamiento integral. Los miembros del equipo se reúnen y toman decisiones en conjunto acerca del plan de tratamiento y rehabilitación de la persona
- **Comunitario:** se promueve la integración de cada persona en su comunidad natural: familia, amigos, barrio, ciudad. Prepara para participar en el entorno comunitario. El servicio conoce el medio ambiente de la persona así como los recursos comunitarios y favorece su integración. Las actuaciones de los profesionales se realizan preferentemente en la comunidad, en el entorno natural del paciente. Se interviene con el medio en el que vive la persona, empezando por la familia
- **Individualización:** las actuaciones e intervenciones están guiadas por objetivos basados en la valoración de la situación única de cada persona, en una evaluación individualizada de sus necesidades, y la metodología de intervención es flexible y se adapta a ésta
- **Normalización y recuperación:** se ponen a disposición de la persona las estructuras, apoyos, actividades u oportunidades necesarias para que pueda tener un estilo de vida similar al resto de la sociedad (pareja, trabajo, familia, relaciones, ocio...). Se pone énfasis en el concepto de recuperación (*recovery*), más allá de la rehabilitación, es decir, en el proceso de restaurar o desarrollar un significado y un propósito en la vida y un estilo de pertenencia más allá de los efectos de la enfermedad
- **Autonomía, independencia y mínima institucionalización:** se busca maximizar la autonomía e independencia de la persona basándose en sus capacidades. Se busca siempre la intervención mínima necesaria para que la persona pueda satisfacer con la máxima autonomía sus necesidades dentro de la comunidad
- **Participación y autodeterminación:** se busca la participación activa de la persona en las decisiones acerca de su tratamiento y rehabilitación. Se acuerdan con la persona los objetivos de su plan de tratamiento / rehabilitación, así como las actividades rehabilitadoras / integradoras, psicoterapias o tratamientos biológicos propuestos. El servicio da importancia a las elecciones de la persona. Existen medios establecidos para recoger las opiniones de los usuarios acerca del servicio. Las

---

<sup>4</sup> Basado en: "Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007); "Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad mental Grave y crónica 2003-07" (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2003); "Rehabilitación psicosocial del enfermo severo. Situación actual y recomendaciones de la AEN" Cuadernos Técnicos nº 6 – AEN, 2002 y otros

características de los servicios se desarrollan atendiendo a las opiniones y necesidades expresadas de sus usuarios (incluyendo familiares y otras agencias socio-sanitarias del área de captación)

- **Modelo de competencia:** se mantiene una visión optimista sobre las posibilidades de la persona, destacándolas frente a sus dificultades. En todas las personas pueden identificarse objetivos de mejora, apoyo para el desarrollo de su calidad de vida o evitación del deterioro
- **Continuidad:** ofrece el apoyo y soporte que cada persona necesita durante el tiempo que sea necesario a lo largo de las distintas etapas de su enfermedad y de su vida
- **Evaluación de resultados:** existe un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejorar la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programa de intervención / rehabilitación

Durante la estancia por el dispositivos por el cual rotéis es importante ir captando cómo se concretan (o no) estos ambiciosos principios teóricos en el paciente concreto al que atendemos personalmente dentro del equipo terapéutico donde estamos insertos en ese momento.

### Centro de Salud Mental

El CSM es el centro sobre el que pivotan el resto de los dispositivos de un área sanitaria. Está compuesto por equipos multiprofesionales de Salud Mental (psicólogos clínicos, médicos psiquiatras, enfermería y trabajadores de Salud Mental, administrativos, básicamente). Están coordinados con la Atención Primaria (puerta de entrada para la mayoría de nuestros pacientes y lugar de tratamiento de la mayoría de las problemáticas de Salud Mental que por su complejidad o momentos evolutivos no requieren la atención especializada) y con los Servicios Sociales generales (municipales, de atención a la infancia o a la mujer, etc...). También han de estar estrechamente coordinados con el Sistema Educativo y con el Sistema Judicial-Penal (Agencia Madrileña Tutela del Adulto, personas excarceladas o en régimen de tercer grado o de sumisión al tratamiento involuntario, centros de protección o reforma, mujeres maltratadas...) y otros agentes sociales (*Cáritas, Cruz Roja* y otras OO.NN.GG.).

En los Centros de Salud Mental existen programas transversales y longitudinales:

- Evaluación de la Demanda
- Atención Ambulatoria
- Atención Domiciliaria
- Coordinación con la Hospitalización y Urgencias Psiquiatría
- Apoyo y Coordinación con Atención Primaria
- Apoyo y Coordinación con Servicios Sociales
- Rehabilitación Psicosocial
- Infanto-Juvenil, Psicogeriatría y Alcoholismo

Varios de dichos programas están actualmente en fase de transformación para adaptarnos al denominado “trabajo por procesos”, que pretende optimizar los recursos, minimizar las diferencias de atención para un mismo proceso no explicables por factores individuales del paciente y evaluar los resultados de las intervenciones implementadas para mantener o modificar las estrategias de intervención. Otros programas están en fase de desarrollo e implantación (nuevo programa de psicogeriatría, trastornos de la conducta alimentaria y otros).

## EL PROGRAMA DE PSICOMETRIA Y NEUROPSICOLOGIA HOSPITALARIO

### **Francisca Denia Ruiz**

*Psicóloga Clínica – Programa de Psicometría y Neuropsicología  
AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre  
Profesora Asociada Ciencias de la Salud - UCM  
[fdenia.hdoc@salud.madrid.org](mailto:fdenia.hdoc@salud.madrid.org)*

- Evaluación cualitativa y cuantitativa de pacientes que presentan alteraciones y déficit cognitivos y conductuales, de cara al diagnóstico diferencial, y orientación en su caso a la posible rehabilitación neuropsicológica de los mismos.
- Personal de que consta: 1 Psicólogo clínico y 1 PIR (Interconsulta), (PIRs atención continuada y colaboración del Instituto de Investigación del Hospital)
- Pacientes ingresados y ambulatorios derivados del propio Servicio de Psiquiatría (Interconsulta, UHB y UPRA) y de otros Servicios:
  - Neurología: Demencias, Epilepsia, ACV, etc...
  - Neurocirugía: TCE, tumores en periodos pre y postcirugía, etc..
  - Rehabilitación, Medicina Interna, Traumatología, etc...
  - Ambulatorios extrahospitalarios: Psiquiatría y Neurología (CSM y CEP Atención Primaria).

### **Función del psicólogo en el Hospital:**

#### ■ **Evaluación psicológica = Psicodiagnóstico:**

1. Entrevista clínica psicológica:
  - Recogida de información general
  - Descripción y detección del problema
2. Autoobservación, autoinformes, cuestionarios
3. Instrumentos específicos de evaluación:
  - Cuestionarios de personalidad
  - Pruebas proyectivas
  - Pruebas neuropsicológicas

#### ■ **Apoyo emocional:**

Facilitando al enfermo la libertad de sentirse como se siente, liberándole de culpas. Objetivos a conseguir:

- a) aceptación del impacto emocional

- b) permitirse la expresión emocional
- c) conseguir que la sienta y la identifique
- d) que la canalice en la dirección que facilite el proceso de adaptación a la situación en que se encuentra

■ **Tratamiento o intervención: individual y grupal**

**Áreas de intervención psicológica:**

- Integración en equipos interdisciplinarios (modelo bio-psico-social)
- Trastornos del comportamiento alimentario y obesidad
- Pacientes con demencia
- Infección por VIH y SIDA
- Patología cardíaca
- Procesos de trasplante
- Insuficiencia renal crónica
- Accidentes trabajo y tráfico (amputaciones)
- Lesionados medulares
- Enfermedades reumáticas
- Dolor crónico
- Hemofilia
- Psico-oncología – Cuidados paliativos
- Alteraciones dermatológicas (psoriasis, alopecia, ...)
- Trastornos de la identidad de género
- Niños hospitalizados
- Urgencias – Final de la vida, etc.

**Tipos de paciente de más probable frecuencia a observar en el Hospital:**

***UHB y Unidad de Transición Hospitalaria para TMG:***

- Esquizofrenias
- Trastorno paranoide
- Trastornos Afectivos graves: Depresión Mayor, Tr. Bipolar..
- Trastornos graves de conducta alimentaria
- TOC, etc

***Unidad de Conductas Adictivas:***

- Alcoholismo
- Drogadicción
- Ludopatía
- Patología Dual

### **Interconsulta - Neuropsicología:**

- Trastornos adaptativos
- Ansiedad
- Depresión
- Intentos de suicidio
- Enfermedades médico-psiquiátricas en Unidad de Custodia Penitenciaria
- Oncología
- Trastornos de alimentación
- Dolor crónico
- Enfermedades Psicósomáticas (aparato digestivo, enfermedad coronaria, asma, etc...)
- Encefalopatías (vírica y tóxica)
- Síndrome Wernicke-Korsakoff
- Demencias
- Trasplantes: evaluación y seguimiento pre- post cirugía (Protocolo Tx cardiaco y pulmonar)
- Evaluación donante vivo Trasplante hepático y renal
- Evaluación y preparación para cirugía bariátrica de la obesidad mórbida
- Psicodiagnóstico neuropsicológico y de personalidad, etc...
- Programa de intervención individual y grupal en patología mamaria.
- Programa de intervención en duelo perinatal

### **El alumno del Practicum en el Hospital:**

- Rotación de cada alumno por las distintas Unidades del Servicio de Psiquiatría: UHB, Unidad de Transición Hospitalaria para TMG, Conductas Adictivas y de Interconsulta y Enlace.
  - Asistencia como observador y participación en todas las actividades asistenciales de las Unidades, incluidos los grupos terapéuticos y sesiones clínicas de Área.
  - Realización de entrevistas de evaluación a juicio del tutor correspondiente y bajo su supervisión.
  - Aplicación y corrección de cuestionarios y otras pruebas psicodiagnósticas.
  - Elaboración de memoria final de prácticas según las pautas acordadas por su tutor.
  - Emisión por parte del tutor externo, de informe individual de evaluación del alumno al final del periodo de prácticas, que será enviado a la Facultad de Psicología.
1. Los alumnos asignados al Hospital 12 de Octubre deberán presentarse el día señalado a cada grupo en el nuevo Centro de Actividades Ambulatorias del Hospital, Psiquiatría - Unidad de Interconsulta (3ª Planta - Bloque B), a las 9:00 a.m. y preguntar por la coordinadora del Practicum en el Hospital: Francisca Denia Ruiz.
  2. Es imprescindible disponer de uniforme sanitario (bata blanca) durante la realización del Practicum en el hospital.

## EVALUACION Y POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EN PACIENTES GRAVES

**Juan José Belloso Ropero**

*Psicólogo Clínico*

*Unidad de Transición Hospitalaria. Unidad Hospitalización Breve  
AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre*

[jbelloso@salud.madrid.org](mailto:jbelloso@salud.madrid.org)

### 1. EL CONCEPTO DE GRAVEDAD EN SALUD MENTAL

No hace mucho tiempo, varios de los pacientes que se encontraban en ese momento en el programa de tratamiento ambulatorio de Trastorno Mental Grave del Servicio de Psiquiatría de este hospital, se quejaban del nombre que dicho programa tenía. Sin duda varias ideas pasaban por sus cabezas, y ninguna positiva, al pensar en este calificativo. A saber:

¿Trastorno Mental Grave significa incurable?

¿Habían sido derivados a este recurso porque el resto de los dispositivos estaba destinado a otros menos graves?

¿Tan malo era lo que ellos tenían?

¿No tenían remedio?

Ya que el título de esta guía es Evaluación y posibilidades terapéuticas en el paciente grave, no he podido evitar acordarme de esta anécdota. Al ser el vocablo “grave” una palabra tan llamativa y repleta de connotaciones negativas, me parece útil iniciar este trabajo partiendo del análisis de su significado.

Si recurrimos a la última edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se recogen las siguientes acepciones para la palabra **grave** (del latín *gravis*).

1. adj. Dicho de una cosa: Que pesa. U. t. c. s. m. La caída de los graves
2. adj. **Grande, de mucha entidad o importancia.** Negocio, enfermedad grave
3. adj. **Enfermo de cuidado.**

4. adj. Circunspecto, serio, que causa respeto y veneración.
5. adj. Dicho del estilo: Que se distingue por su circunspección, decoro y nobleza.
6. adj. **Arduo, difícil.**
7. adj. **Molesto**, enfadoso.
8. adj. Acús. Dicho de un sonido: Cuya frecuencia de vibraciones es pequeña, por oposición al sonido agudo.
9. adj. Fon. Dicho de una palabra: llana. U. t. c. s.

El Diccionario del uso del Español de María Moliner puede ayudarnos a completar el significado:

- 1 adj. \*Pesado. m. Fís. \*Cuerpo: "La caída de un grave en el espacio". Ingrávido.
- 2 adj. Se aplica a acciones o situaciones que envuelven **peligro** o tienen o son susceptibles de tener **consecuencias muy dañosas**: "La situación es grave pero no desesperada. Una **enfermedad grave**. Una falta grave". Capital, comprometido, de cuidado, \***difícil**, importante, **mortal**, trascendental. Gravedad, graveza, importancia, seriedad. \*Ligero. \*Agravar. \*Empeorar. \*Importancia. \*Peligro. \*Serio.
- 3 (gram. yuxtapuesto, rara vez con "ser", y alguna vez, sólo aplicado a personas, con "estar") Aplicado a personas, a su gesto o actitud, a sus palabras, etc., \*serio, respetable o \*solemne: "Un grave profesor. Me alarmé al verle con una cara tan grave. Nos hicieron impresión sus graves palabras".
- 4 Aplicado al \*estilo, elevado.
- 5 Aplicado a \*sonidos, poco agudo: de pocas vibraciones por segundo. Bajo.
- 6 Gram. Aplicado a las palabras, acentuado en la penúltima sílaba. \*Llano. Gram. También se aplica al \*acento que carga en esa sílaba: "Acento grave". Gram. Y al acento (signo) consistente en una tilde dirigida de arriba abajo y de izquierda a derecha.
- 7 **Molesto** o \*enfadoso.
- 8 \***Difícil**.

Me he tomado la libertad de señalar en negrita aquellas palabras que más relación pueden tener con la aplicación del término a la salud. Dado que el significado de un concepto se establece por la "malla" de relaciones que establece con otros, no podemos evitar darle parte o toda la razón a la preocupación de los protagonistas de la anécdota. En esta red semántica las asociaciones se establecen con términos como **enfermedad, peligro, enfermo de cuidado, importancia, arduo, difícil, mortal...** Todos ellos términos negativos, que aluden a peligro, consecuencias indeseables, dificultades, etc.

Esta construcción de lo grave en términos negativos también se ha producido en torno las etiquetas diagnósticas que integran el concepto de Trastorno Mental Grave. Palabras como “Esquizofrénico” o “Psicótico” van lastradas de imágenes y connotaciones nada positivas en la mentalidad general. Hay que recordar que términos como “imbécil” o “idiota” eran hace aproximadamente un siglo sólo vocablos científicos. Pero esta es una idea a la que luego volveré a hacer referencia, de capital importancia en la idea del estigma, la autoestima, la conciencia de enfermedad y la identidad, no queriendo adelantarme aún.

Pero con independencia de las asociaciones que se establezcan, no podemos negar que el constructo Trastorno Mental Grave o Severo se ha convertido en los últimos años en una categoría casi universalmente aceptada y que hace referencia a un perfil concreto de pacientes. De acuerdo con Vila Pillado et al.<sup>5</sup> el trastorno mental severo se entiende en una primera aproximación al concepto como aquellos trastornos mentales graves de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

## **2. EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

No se han desarrollado unos criterios homogéneos, pero la definición más consensuada probablemente tal vez sea la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, que incluye tres dimensiones:

**1. Diagnóstico:** Incluye a los trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad.

Según la CIE-10<sup>6</sup> abarcaría siguientes diagnósticos

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastorno esquizotípico
- Trastornos delirantes persistentes
- Trastornos delirantes inducidos
- Trastornos esquizoafectivos
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Trastorno bipolar

---

<sup>5</sup> Vila Pillado, L. et al. (2007). Trastorno Mental Severo. Revista de Terapia Ocupacional. Nº 5. Disponible en <http://www.revistatoq.com/num5/pdfs/revision1.pdf>

<sup>6</sup> CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. Rev. Washington: Organización Mundial de la Salud: 2003

- Episodios depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastornos depresivos graves recurrentes
- Trastorno obsesivo compulsivo

La inclusión de los trastornos de personalidad sigue siendo objeto de controversia, aunque dado que algunos de ellos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales que pueden persistir toda la vida, se considera que sí podrían clasificarse como TMS.

**2. Duración de la enfermedad y el tratamiento:** superior a 2 años.

**3. Presencia de discapacidad:** disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medida a través de diferentes escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I). La consecuencia es una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en Autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

Las personas con un Trastorno Mental Severo presentan una serie de características comunes:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para la interacción social, pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan solo a la familia, y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación).

A estas características podrían sumarse muchas más que completarían el retrato de este tipo de pacientes, sobre todo en lo relativo a sus dificultades de tratamiento:

- Inadecuada conciencia de enfermedad
- Baja adherencia al tratamiento
- Dificultades de vinculación a los profesionales y dispositivos
- Presencia de comorbilidad

- Factores de riesgo asociados (abuso o dependencia de tóxicos)
- Escaso autocuidado
- Alta probabilidad de recaída y/o reingresos psiquiátricos
- Dificultad para la estabilización clínica (riesgo de situación aguda casi continua)
- Mortalidad

En una comunicación <sup>7</sup> presentada en el XIV Curso de Esquizofrenia del H. G. U. Gregorio Marañón mostramos el perfil de los pacientes afectos de Trastorno Mental Grave que eran derivados al programa de tratamiento ambulatorio del mismo nombre, fundamentalmente desde la Unidad de Hospitalización Breve del H. U. 12 de Octubre.

### **Diagnóstico principal:**

- Psicosis no afectivas (fundamentalmente esquizofrenias): 70 %
- Psicosis afectivas: 22 %
- T. personalidad: 8 %

### **Diagnóstico secundario: 40 %**

- Tóxicos: 34 %
- T. Personalidad: 8 %
- Otros diagnósticos: 11 %

### **Sexo:**

- V (52 %)
- M (48 %)

### **Media de ingresos (2 años): 2,7 ing/pac**

Varios aspectos son llamativos de estos datos, en primer lugar la elevada comorbilidad. Casi la mitad de los pacientes tienen más de un diagnóstico añadido al principal diagnóstico “grave” y, de éstos, lo más frecuente es que acumulen dos y hasta tres diagnósticos secundarios (abuso o dependencia de uno o más tóxicos + T. personalidad). En cuanto al número de ingresos,

---

<sup>7</sup> Caballero, M.; Belloso, J. J. y Arranz, M. (2009) “Descripción del Programa Ambulatorio de Atención a Trastorno Mental Grave en el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre de Madrid”. Comunicación presentada en XIV Curso Anual de Esquizofrenia (2009): Organizado por el Servicio de Psiquiatría del H. G. U. Gregorio Marañón.

el dato es tan elevado porque el programa de tratamiento ambulatorio se enfocaba sobre aquellos pacientes con elevado riesgo de recaídas y/o excesivo número de ingresos previos.

Un caso particular de TMG lo constituyen los pacientes que sufren un Primer Episodio Psicótico (PEP). De acuerdo a la definición de TMG, en principio quedarían excluidos debido al menor tiempo de evolución en su enfermedad, pero el diagnóstico de psicosis, recogido en el primer punto de la definición y su posible evolución en el futuro, amenaza la recuperación funcional del paciente debido al elevado riesgo de recaída tras el primer brote. La Asociación Española de Psiquiatría<sup>8</sup>, en su publicación monográfica acerca de la atención temprana a los primeros episodios, recoge el dato de la alta probabilidad de recaída en el primer año: de los que no toma el tratamiento recaen el 60 % y de los que lo continúan un 40 % experimentan recidiva.

Un número elevado de recaídas y/o la persistencia de síntomas negativos y positivos de manera casi permanente introduciría al paciente, normalmente muy joven, en el circuito de la cronicidad, precisamente en un momento vital muy delicado, terminando de configurar su identidad personal y social, al tiempo que inicia su proceso de independencia familiar y económica.

En el Servicio de Psiquiatría de este Hospital se desarrolla desde el año 2009 un programa de atención a Primeros Episodios Psicóticos, siendo el principal objetivo la prevención de recaída precoz en el primer año, mediante el desarrollo de la conciencia de enfermedad, potenciando la adherencia al tratamiento y reduciendo la comorbilidad (patología dual).

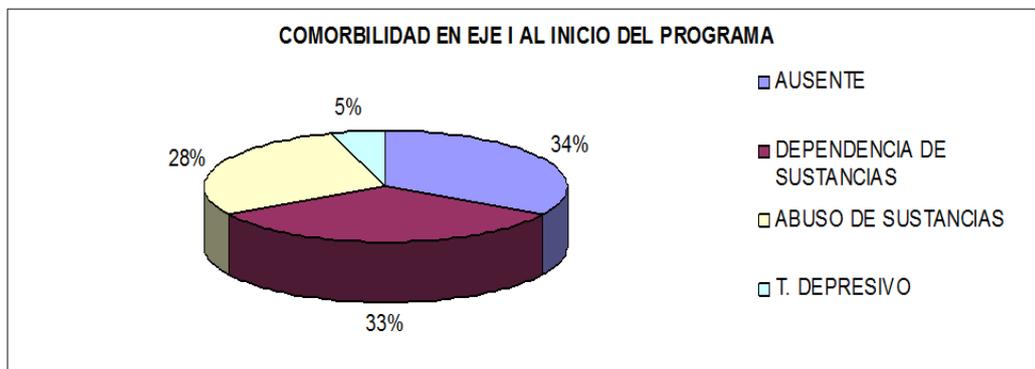
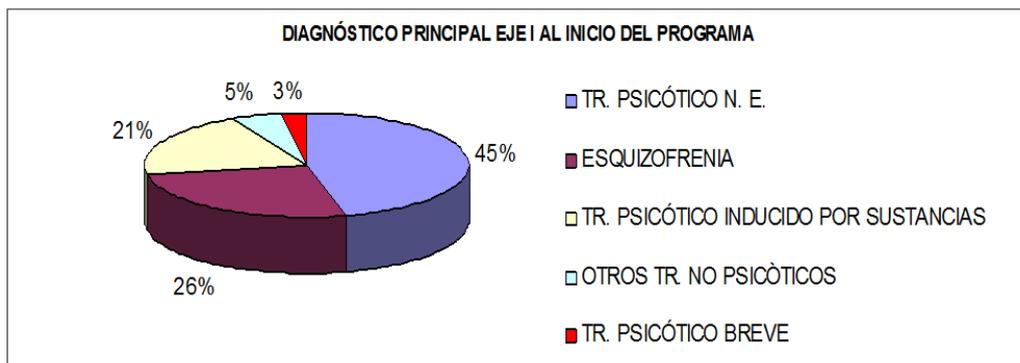
En un trabajo<sup>9</sup> presentado en el XV Curso de Esquizofrenia analizamos las características sociodemográficas y diagnósticas de los pacientes tratados en este Programa:

---

<sup>8</sup> A. E. N.: Consenso sobre atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009. Cuadernos Técnicos 10, Madrid 2009

<sup>9</sup> Belloso, J. J., Caballero, M. , Rubio, G., Arranz, M., De Juan, A. (2010). Programa de Primeros Episodios Psicóticos. Comunicación presentada en XV Curso Anual de Esquizofrenia. H. G. U. Gregorio Marañón.

<b>EDAD</b>		
	Media:	25
	Mediana:	23
<b>SEXO</b>		
	Hombre	77%
	Mujer	23%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
	Soltero	82%
	Casado / Pareja	13%
	Separado / Divorciado	5%
<b>CONVIVENCIA</b>		
	Familia de origen	80%
	Familia propia	15%
	Solo	2,50%
	Otras modalidades	2,50%
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
	Primer ciclo	72%
	Segundo ciclo	18%
	E. Universitarios	10%
<b>SITUACION LABORAL</b>		
	Desempleado	59%
	Estudiante	15%
	Trabajando	5%
	Ama de casa	8%
	ILT	8%
	Incapacidad permanente	2,50%
	Otras situaciones	2,50%



### **3. EL MODELO DE VULNERABILIDAD COMO MARCO DE REFERENCIA**

Desde que fue formulado por Zubin y Spring<sup>10</sup> a finales de los setenta del siglo pasado, el modelo de vulnerabilidad se ha convertido en una herramienta muy útil a la hora de diseñar una intervención psicoterapéutica, comprender una amplia gama de fenómenos que rodean al paciente con TMG, facilitar la comprensión por parte del propio paciente de su enfermedad y desarrollar en éste una expectativa positiva de control frente al caos que supone la recaída y el proceso de recuperación. Por último, este modelo, al plantear una dialéctica de diátesis – estrés, ayuda a enfocar el futuro en términos de estrategias de prevención y calidad de vida.

Brevemente, este modelo parte de la existencia de una vulnerabilidad biológica, resultado de la interacción de influencias genéticas y ambientales tempranas. En este sentido todos seríamos vulnerables a desarrollar un Trastorno Mental Grave, pero esta vulnerabilidad o fragilidad variaría de unos individuos a otros. Esta vulnerabilidad no sería el único factor que interviene en el desarrollo del trastorno, siendo necesaria la interacción con factores de riesgo presentes en el entorno, como por ejemplo el estrés y los tóxicos.

Este modelo, como se apuntaba más arriba, brinda a la persona un marco para comprender y responder a la pregunta “¿por qué a mí?”, y diseñar una estrategia que disminuya el grado de vulnerabilidad (“¿y ahora qué?”). El modelo se completa introduciendo además elementos que facilitan el desarrollo de una actitud proactiva en el paciente, ya que se insiste en la importancia de aprender habilidades de afrontamiento que palién la influencia del estrés ambiental, así como conocer los factores de riesgo controlables que pueden modular el pronóstico de la enfermedad y su impacto. En función del diagnóstico, paciente y momento evolutivo, unos factores van a ser más decisivos que otros. Un listado no exhaustivo podría incluir los siguientes:

- Conciencia de enfermedad
- Conocimiento de la enfermedad
- Identificación de signos y síntomas precoces de recaída
- Habilidades de búsqueda eficaz de ayuda
- Adherencia al tratamiento farmacológico
- Consumo de tóxicos
- Comorbilidad médica y/o psiquiátrica

---

<sup>10</sup> Zubin J, Spring B. Vulnerability—a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1977;86:103-126

- Estilo de vida
- Nivel socioeconómico
- Ambiente familiar
- Apoyo social
- Deterioro cognitivo
- Rasgos de personalidad
- Identidad, autoestima y estigmatización
- Habilidades sociales
- Habilidades de autocontrol emocional, de solución de problemas, de organización y gestión del tiempo, etc.

La acumulación mayor o menor de factores de riesgo y/o la ausencia de elementos de protección (habilidades) influirá decisivamente en la posibilidad de una estabilización clínica rápida, determinará fuertemente el tiempo que el paciente permanezca libre de recaídas o ingresos, condicionará el nivel máximo de adaptación psicosocial y las posibilidades rehabilitadoras a medio y largo plazo.

A fin de realizar un trabajo psicoterapéutico lo más eficaz posible, resulta fundamental evaluar los factores de riesgo y de protección disponibles en la persona y su entorno. Una vez determinados los puntos “débiles” y “fuertes”, es necesario diseñar un plan de actuación individual que disminuya los factores de riesgo (controlables) y potencie el aprendizaje de estrategias de protección.

La intervención psicoterapéutica que se ofrece desde la Unidad de Hospitalización Breve y la Unidad de Transición cubriría ampliamente dos etapas de la enfermedad: en primer lugar la etapa aguda, con predominio de síntomas positivos (alteraciones sensorio-perceptivas, del lenguaje y desorganización conductual) y, a continuación, la etapa de recuperación.

El modelo de vulnerabilidad facilita integrar técnicas y procedimientos psicoterapéuticos en la fase de recuperación con la finalidad de ayudar a una estabilización clínica lo más rápida posible, al tiempo que se trabaja para mejorar la futura evolución. Siendo estas metas los objetivos de la Unidad de Transición Hospitalaria.

La fase aguda, que coincide con la estancia en la Unidad de Hospitalización Breve, requiere de otro tipo de estrategias que analizaré con más detalle cuando abordemos la situación

de los pacientes con PEP.

Es difícil intentar mostrar el trabajo psicoterapéutico que se lleva a cabo con los distintos tipos de trastornos y, como comentaba al inicio de esta exposición, es frecuente la acumulación de distintos diagnósticos que complican la situación clínica. Pero con el fin de resultar lo más didáctico posible, voy a detenerme en detallar las posibilidades de intervención en tres grandes bloques de patología: los pacientes con esquizofrenia, aquellos afectos de Trastorno Bipolar y, por último, dedicaré atención a la situación de los pacientes con PEP. Muchas de las intervenciones son trasladables de un trastorno a otro, en función de las necesidades y características de cada paciente.

## **4. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

### **4.1 INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA EN ESQUIZOFRENIA**

En el trastorno esquizofrénico habría que considerar una serie de áreas fundamentales, a saber:

#### **Síntomas positivos**

Con esta expresión se alude a cogniciones, experiencias sensoriales y conductas que “sobresalen” intensamente. Ejemplos frecuentes de estos síntomas serían las alucinaciones auditivas, las ideas delirantes y las conductas extrañas o desorganizadas. Estos síntomas a menudo son los responsables de que el paciente acuda a las urgencias y termine ingresado. Predominan sobre todo en la fase aguda de la enfermedad y responden generalmente bien a la medicación antipsicótica. En algunos individuos pueden permanecer (síntomas resistentes) más allá de la fase aguda, a pesar del tratamiento farmacológico, justificándose la posibilidad de intervenciones psicoterapéuticas específicas.

#### **Síntomas negativos**

Bajo esta etiqueta se recoge la ausencia o disminución de cogniciones, emociones o conductas que normalmente están presentes en la mayoría de la población. Ejemplos comunes son una expresividad afectiva aplanada, pobreza del habla, anhedonia, apatía, enlentecimiento,

etc.

Estos síntomas se hacen evidentes tras la fase aguda, en la fase de recuperación del brote psicótico. No están presentes en todas las personas de la misma manera, y aunque menos espectaculares y disruptivos que los positivos, constituyen el verdadero reto en el tratamiento de la esquizofrenia, pues no responden fácilmente a los tratamientos farmacológicos. La recuperación e integración social y laboral del paciente con frecuencia tropieza con estos síntomas. En el tratamiento de estas dificultades se emplean con relativo éxito los tratamientos conductuales y rehabilitadores.

### **Alteraciones emocionales**

Como consecuencia de los síntomas anteriores, muchos pacientes experimentan cuadros depresivos graves, siendo el suicidio una complicación que afecta al 10 % de las personas con este trastorno.

Otras alteraciones emocionales, como ansiedad, irritabilidad u hostilidad, pueden aparecer como consecuencia de la persistencia de síntomas positivos, en particular voces de carácter negativo y amenazante y/o ideas delirantes de perjuicio. Las intervenciones cognitivo-conductuales centradas en los síntomas positivos, tienen como principal objetivo no tanto eliminar las alteraciones sensorio-perceptivas o los delirios, sino reducir el malestar y la interferencia asociadas. El lector interesado puede encontrar en el trabajo de Cuevas-Yust<sup>11</sup> un completo resumen sobre las técnicas de intervención en síntomas positivos.

### **Deterioro**

Muchos pacientes experimentan un deterioro cognitivo en áreas como la memoria, atención, concentración y pensamiento abstracto. En los últimos años se han diseñado enfoques psicoterapéuticos que inciden en la mejora de estos déficits, en concreto la Terapia Psicológica Integrada de Brenner. El lector interesado puede consultar la publicación de Volker Roder et al.<sup>12</sup> que recoge un análisis de los estudios que han evaluado la eficacia de esta técnica.

Además del deterioro cognitivo, no hay que olvidar el deterioro del funcionamiento social. Varias áreas son afectadas, las relaciones personales, la capacidad para trabajar, el cuidado de

---

<sup>11</sup> Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de psicología*. Vol. 24, Nº 1-3, p. 267-292.

<sup>12</sup> Volker Roder, Daniel R. Mueller, Kim T. Mueser y Hans D. Brenner. *Terapia Psicológica Integrada (IPT) para la Esquizofrenia: ¿Es efectiva? Rehabilitación Psicosocial*, Vol. 5, Nº 1 y 2, Enero-Diciembre 2008.

uno mismo. No en todos los individuos del mismo modo ni todas las áreas con la misma intensidad. Estas discapacidades están fuertemente ligadas a los síntomas negativos y el deterioro cognitivo, y constituyen también un reto en el tratamiento del paciente, siendo el objetivo principal de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial de la Red de Salud Mental (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, MiniResidencias, Pisos protegidos, etc.).

Excede del espacio disponible presentar aquí una explicación pormenorizada de todos los procedimientos psicoterapéuticos eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, por no mencionar el abanico de procedimientos de la rehabilitación psicosocial. El lector interesado puede consultar varias fuentes.

En la revista *Psicothema*, Vallina y Lemos<sup>13</sup> realizaron una revisión de los tratamientos psicológicos eficaces en este trastorno. Estos autores agrupan los tratamientos eficaces en tres categorías:

- Intervenciones psicoeducativas familiares
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Terapias cognitivo – conductuales para los síntomas psicóticos
- Paquetes integrados multimodales (Terapia Psicológica Integrada de Brenner)

Mueser<sup>14</sup>, en su capítulo sobre el tratamiento cognitivo – conductual de la esquizofrenia, distingue las siguientes intervenciones:

**Entrenamiento en Habilidades Sociales:** recomendando que este entrenamiento se realice en formato grupal, prestando atención no sólo a la comunicación eficaz sino a la mejora de la percepción social, esto es, ser capaz de atender, interpretar y responder adecuadamente a las señales interpersonales, con frecuencia muy alterada en estos pacientes. Las áreas objeto de trabajo abarcarían la asertividad, las habilidades de conversación, el control de la medicación, el trabajo, el ocio, la capacidad para hacer amigos y concertar citas, la comunicación en la familia y la solución de conflictos.

**Terapia familiar conductual:** de duración prolongada (hasta dos años). El tratamiento

---

<sup>13</sup> Vallina Fernández, O.; Lemos Giráldez, S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 2001, Vol. 13, nº 3.

<sup>14</sup> Mueser, K. T. Tratamiento cognitivo – conductual de la esquizofrenia. En Caballo, V. E. (Dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. I). Ed. Siglo XXI, Madrid, 1997.

pasaría por las siguientes fases:

1. Evaluación: Primero individual, al objeto de determinar en cada miembro de la familia cómo se explican el trastorno, cuáles son sus objetivos personales, con qué apoyos cuentan y la interferencia de la enfermedad. A continuación la evaluación familiar, que se lleva a cabo animando a la familia a que intenten resolver un problema delante del terapeuta.
2. Educación: se cubrirían áreas como información sobre el trastorno, la medicación, el modelo de vulnerabilidad y los factores que influyen en la misma. El objetivo final es que los miembros de la familia puedan elaborar un plan de prevención de recaídas.
3. Entrenamiento en seis habilidades básicas de comunicación: expresión de sentimientos positivos y negativos, realizar peticiones, escucha activa, compromiso y negociación.
4. Entrenamiento en solución de problemas: a fin de capacitar a la familia para la resolución de las dificultades que surjan en el futuro.
5. Atención a problemas especiales.

**Habilidades de afrontamiento de síntomas psicóticos residuales:** la finalidad es reducir el malestar intenso asociado a la persistencia de síntomas psicóticos, bajo la premisa de que la eficacia depende de aumentar la variedad y el número de estrategias de afrontamiento. Las fases son:

1. Análisis conductual topográfico y funcional del síntoma
2. Identificación de las estrategias usadas (utilidad, eficacia, obstáculos)
3. Selección y ensayo de una estrategia (en sesión y en casa)
4. Seguimiento y revisión
5. Desarrollo de una segunda estrategia (preferentemente bajo una modalidad diferente de afrontamiento)

Birchwood y Tarrrier<sup>15</sup>, recogen una clasificación de las posibles estrategias de afrontamiento de estos síntomas, en función del tipo de modalidad empleada, en su clásico y pionero libro sobre el tratamiento psicológico de la esquizofrenia:

- Cognitivas

---

<sup>15</sup> Birchwood, M. y Tarrrier, N. (1995). El tratamiento psicológico de la Esquizofrenia. Barcelona, Ariel.

- Conductuales
- Sensoriales
- Fisiológicas

**Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas:** según Mueser debe hacerse sincronizando la intervención con la etapa en la que se encuentra el paciente. Es fácil rastrear en este enfoque la influencia del modelo de los Estadios de cambio de Prochaska et al.<sup>16</sup> y el enfoque motivacional de tratamiento de Miller y Rollnick<sup>17</sup>. Sólo aumentando la discrepancia entre sus objetivos personales y la conducta de consumo puede generarse un movimiento en la “rueda del cambio”, desde la negación del problema hasta el mantenimiento en la abstinencia y la prevención de recaídas.

Por último, Kopelowicz, Liberman y Zarate<sup>18</sup>, en una revisión más actual de los procedimientos eficaces, establecen cinco tratamientos recomendables:

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Intervenciones psicoeducativas familiares
- Empleo protegido
- TCC para reducir la severidad de los síntomas psicóticos
- Programas basados en la modificación de conducta y el aprendizaje social para instaurar y mantener conductas prosociales

En cuanto al estilo de tratamiento óptimo para implementar estas técnicas, mi experiencia con estos pacientes es que el enfoque más adecuado es aquel cercano al paciente, manteniendo la distancia interpersonal que su personalidad y la etapa de evolución de su enfermedad requiera. Es fundamental una alianza terapéutica en la que el paciente se sienta escuchado y valorado. Un clima de aceptación, una atmosfera de empirismo colaborador, una relación de “experto a experto” desde la óptica constructivista, favorecerá la apertura del paciente y la posibilidad de modificar estilos arraigados. En este marco, además, potenciar, sobre todo al final de la etapa aguda y durante la recuperación, los tratamientos grupales frente a lo individual, permite multiplicar por cien cualquier tipo de intervención que se realizase en una sesión individual. Este

---

<sup>16</sup> Prochaska, J. O., Prochaska, J. M. (2001). ¿Por qué no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas? *Revista de Psicoterapia*. Vol. XII, Nº 46-47.

<sup>17</sup> Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

<sup>18</sup> Kopelowicz, A.; Liberman, R. P. y Zarate, R. *Psychosocial Treatments for Schizophrenia*. En Nathan, P. E. and Gorman, J. M. (Eds.) *A Guide to Treatments that Work (Third Edition)*. Oxford University Press, 2007

“estilo” debe impregnarse finalmente de una filosofía asertiva. Aunque pueda ser una simplificación excesiva, el paciente neurótico se acercará a ti en demanda de ayuda, mientras que el psicótico puede que te rehúya (por mil motivos posibles que tienen que ver con la disminución de su malestar a corto plazo).

## **4.2 INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN TRASTORNO BIPOLAR**

Al igual que en el tratamiento de las esquizofrenias, las intervenciones psicoterapéuticas sobre el trastorno bipolar (TB) se llevan a cabo en el seno de los tratamientos farmacológicos, en este caso fundamentalmente de los estabilizadores del ánimo.

Aunque el tratamiento farmacológico permite la estabilización clínica del paciente, la disminución de recaídas y mantenerse más tiempo libre de ingresos, los tratamientos psicosociales siguen siendo cruciales en una evolución favorable del trastorno, por lo que la farmacoterapia no cubriría totalmente las necesidades del paciente.

Miklowitz y Craighead<sup>19</sup> apuntan tres objetivos de este tipo de intervenciones:

**Adherencia a la medicación:** casi el 60 % de pacientes que siguen un tratamiento de mantenimiento con litio no se adhieren o lo hacen parcialmente. Sin embargo, los estudios que comparan la tasa de recaída entre los que interrumpen el tratamiento y los que lo continúan son contundentes respecto a la eficacia del tratamiento farmacológico: Strober registró tasas de recaída del 92 % entre los primeros frente al 37 % de los segundos en un seguimiento a 18 meses.

**Disminución de hospitalización y recaídas:** enseñar a los pacientes y sus familiares a monitorizar su estado de ánimo e identificar signos precoces de alarma, permite evitar una recaída total, sobre todo en los episodios maníacos, y llevar a cabo intervenciones ambulatorias. Las técnicas de autocontrol emocional y las recomendaciones encaminadas hacia la estabilización de los ritmos sociales y circadianos aumentan también los períodos libres de recaída. Del mismo modo que en la esquizofrenia, es importante identificar factores de riesgo que puedan hacer más vulnerable al paciente (consumo de tóxicos, comorbilidad, estrés, etc.)

---

<sup>19</sup> Miklowitz, D. J.; Craighead, W. E. (2007). Psychosocial Treatments for Bipolar Disorder. En Nathan, P. E. and Gorman, J. M. (Eds.) A Guide to Treatments that Work (Third Edition). Oxford University Press.

**Mejora de la calidad de vida:** las recaídas en el TB, sobre todo las maníacas, suponen una importante disrupción en la vida social, familia y laboral del paciente. Casi tan importante como dirigir al paciente hacia la eutimia, es trabajar con él en el proceso de recuperación y reinserción social y laboral. En algunos casos permanecen síntomas crónicos interepisódicos que pueden beneficiarse del trabajo psicoterapéutico. Finalmente, y aunque en menor medida que en las esquizofrenias, puede existir un deterioro, susceptible de ser abordado desde las técnicas y dispositivos de rehabilitación psicosocial.

Estos autores concluyen, tras revisar numerosos ensayos clínicos, que las intervenciones psicosociales aportan los siguientes beneficios en los pacientes que las reciben:

- Mayor tiempo libre de recaídas
- Mejor y más rápida estabilización en los síntomas
- Mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico

Según Miklowitz y Craighead, las intervenciones más eficaces se clasificarían en los siguientes epígrafes:

- Psicoeducación
- Terapia Interpersonal y del Ritmo Social (IPSRT)
- Terapia Cognitivo Conductual
- Terapias de pareja y de familia

Becoña y Lorenzo<sup>20</sup>, en su revisión de los tratamientos eficaces, aportan una clasificación muy similar de tratamientos.

A continuación vamos a revisar brevemente algunos ejemplos de estos tratamientos.

### **Psicoeducación:**

En España Colom y Vieta<sup>21</sup> constituyen una referencia dentro de los enfoques psicoeducativos en el trastorno bipolar. El lector puede encontrar más información en el manual escrito por los propios autores.

---

<sup>20</sup> Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 2001, Vol. 13, nº 3.

<sup>21</sup> Colom, F. y Vieta, E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. *Ars Medica*: 2004.

En un estudio publicado en el 2003<sup>22</sup>, y sobre una muestra de 120 pacientes, estos autores hallaron niveles más altos y estables de litio, así como tasas más bajas de recaída (67 % vs 92%), al comparar dos grupos de pacientes. Uno recibió 21 sesiones de apoyo, mientras que el otro recibió las mismas sesiones pero de psicoeducación. Ambos grupos se encontraban estables al inicio del estudio, en remisión desde hacía seis meses, bajo tratamiento farmacológico y fueron seguidos durante dos años.

En esta intervención se establecen tres niveles de objetivos:

◆ OBJETIVOS DE PRIMER NIVEL, ELEMENTALES:

- Conciencia de enfermedad.
- Detección precoz de síntomas prodrómicos.
- Cumplimiento del tratamiento.

◆ OBJETIVOS DE SEGUNDO NIVEL, DESEABLES:

- Controlar el estrés
- Evitar el uso y el abuso de sustancias.
- Lograr regularidad en el estilo de vida.
- Prevenir la conducta suicida.

◆ OBJETIVOS DE TERCER NIVEL, DESIDERATIVOS:

- Incrementar el conocimiento y el afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros.
- Mejorar la actividad social e interpersonal entre episodios.
- Afrontar los síntomas residuales subsindrómicos y el deterioro.,
- Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

---

<sup>22</sup> Colom, F.; Vieta, E. et al (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Archives of General Psychiatry, 60, 402-407

El programa se estructura en sesiones semanales de noventa minutos y a lo largo de seis meses, distribuido en cinco bloques:

- ◆ Bloque 1. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD (6 sesiones)
  
- ◆ Bloque 2. ADHESIÓN FARMACOLÓGICA (7 sesiones).
  
- ◆ Bloque 3. EVITACIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (1 sesión)
  
- ◆ Bloque 4. DETECCIÓN PRECOZ DE NUEVOS EPISODIOS. (3 sesiones)
  
- ◆ Bloque 5. REGULARIDAD DE HÁBITOS Y MANEJO DEL ESTRÉS. (4 sesiones)

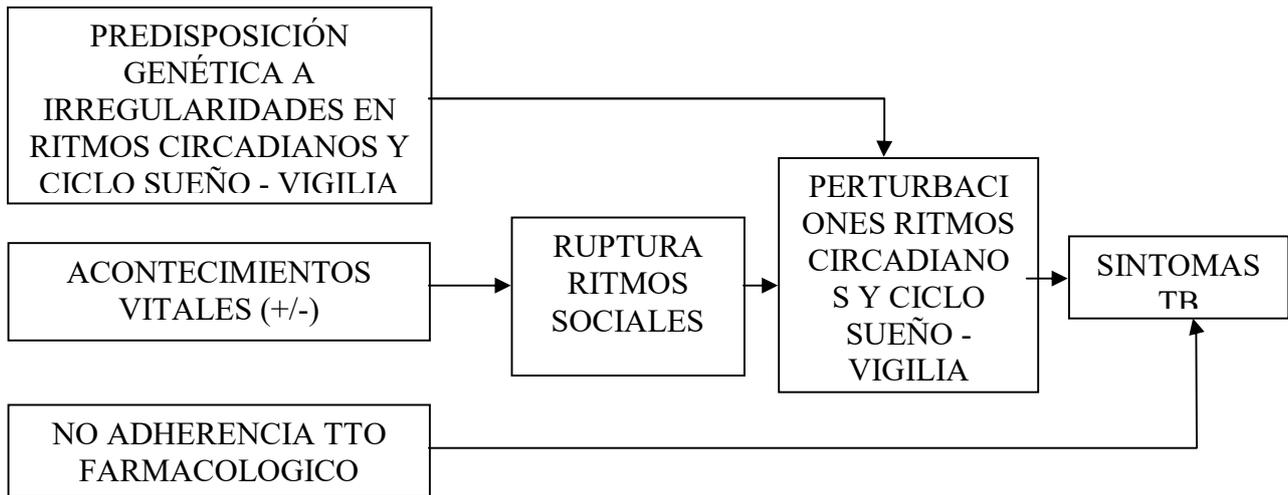
### **Terapia Interpersonal y del Ritmo Social:**

Es una derivación de la Terapia Interpersonal (IPT) para la Depresión Unipolar, desarrollada por Frank<sup>23</sup>, a partir del modelo cronobiológico de los trastornos afectivos de Ehlers y Monk, así como del modelo de inestabilidad del TB de Goodwin y Jamison.

El modelo (Ver figura) intenta explicar la inestabilidad del TB en base a la interacción de varios factores: la aparición de acontecimientos vitales estresantes tanto positivos como negativos (un nuevo empleo), podría conducir a la alteración de las rutinas sociales (horarios, actividad de ocio) del paciente y a la consiguiente alteración en los ritmos biológicos, especialmente el sueño, facilitando la aparición de síntomas de manía y/o depresión. Los inevitables factores genéticos y la adherencia al tratamiento intervendrían también de manera decisiva.

---

<sup>23</sup> Frank, E., Swartz, H. A. & Kupfer, D. J. (2000) Interpersonal and Social Rhythm Therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.



En esta terapia se emplean componentes de psicoeducación, los principios básicos de la Terapia Interpersonal para la Depresión y técnicas conductuales. Los objetivos básicos son tres:

1. Regularizar las rutinas diarias
2. Disminuir los problemas interpersonales
3. Adherir al tratamiento farmacológico

Los pacientes llevan un diario en el que registran sus horarios de acostarse y levantarse, los niveles de estimulación social, el ritmo de sus rutinas diarias (alimentación, ejercicio, trabajo...) y el estado de ánimo. Al revisar estos datos los pacientes aprenden cómo sus estados de ánimo pueden verse influidos por cambios en estas rutinas y a la vez cómo los cambios en el humor influyen en los hábitos. Con el tiempo los pacientes aprenden a regular sus rutinas para estabilizar su humor. La IPSRT, como ya he comentado, también se centra en problemas interpersonales (Duelo, Conflictos, Transiciones de rol y Déficits) e incluye psicoeducación y adherencia al fármaco.

Esta terapia es de mayor duración que el resto de las intervenciones analizadas para el TB, pudiendo extenderse hasta los dos años, e incluso de manera indefinida con sesiones muy espaciadas.

### **Terapia Cognitivo – Conductual:**

La terapia cognitivo conductual puede ser de utilidad en el tratamiento del trastorno bipolar.

Scott<sup>24</sup> et al. desarrollaron un paquete de tratamiento cognitivo conductual, inspirado en la TC de Beck, de veinte sesiones que se distribuían a lo largo de 38 semanas. Al inicio las sesiones eran de frecuencia semanal, espaciándose a partir de la decimoquinta semana, con dos sesiones de recuerdo al final del tratamiento para revisar las habilidades y técnicas aprendidas.

Los objetivos eran:

- Facilitar la aceptación del trastorno y la necesidad de tratamiento
- Ayudar a reducir la inestabilidad en el humor y los síntomas
- Reconocer y manejar los estresores psicosociales y problemas interpersonales
- Enseñar estrategias cognitivo conductuales para afrontar la depresión
- Identificar y modificar los pensamientos automáticos disfuncionales, así como las creencias desadaptativas subyacentes
- Mejorar la adherencia
- Hacer frente al abuso de sustancias
- Enseñar a reconocer precozmente los síntomas de recaída y enseñar técnicas para estos síntomas

Si el individuo estaba eutímico se decidía con el paciente el orden de prioridad para afrontar los problemas identificados. Si se encontraba en fase aguda, el foco se centraba en la reducción y estabilización del estado mental, para posteriormente trabajar sobre los problemas identificados en la lista.

Este tipo de intervención fue probado en el Reino Unido sobre un total de 253 pacientes asignados aleatoriamente a dos condiciones: TCC vs Tratamiento habitual. La TCC fue más eficaz en aquellos pacientes que tenían menos de 12 episodios previos, lo cual podría ser interpretado en términos de una mayor eficacia del tratamiento si es aplicado precozmente.

Lam et al.<sup>25</sup> comparó seis meses de TCC frente al cuidado habitual en una muestra de 103 pacientes en remisión pero propensos a recaídas. En el seguimiento a un año la tasa de recaída fue favorable a la TCC (44% vs 75%).

---

<sup>24</sup> Scott, J., Paykel, E., Morris, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T. et al. (2006) Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.

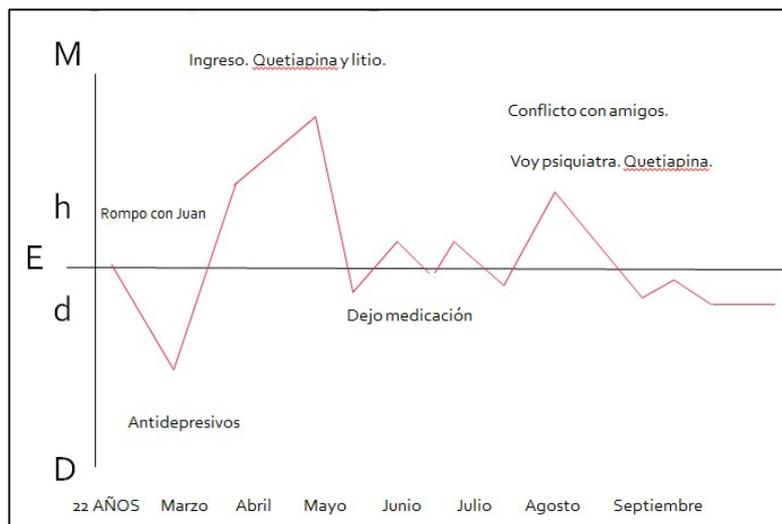
<sup>25</sup> Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., et al. (2003). A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder Outcome of the First Year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145 – 152.

Ramirez Basco<sup>26</sup> señalan los siguientes objetivos en su programa de tratamiento cognitivo conductual:

- ◆ EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA
- ◆ DETECCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Las recaídas son frecuentes incluso manteniéndose la adherencia al tratamiento farmacológico. Se necesita un sistema de aviso temprano para ayudar al paciente y su entorno a detectar los pródromos y actuar en los primeros momentos, evitando una recaída completa. Tres tipos de técnicas son posibles:

Representaciones gráficas de episodios a lo largo de la vida: sobre una línea horizontal que representa el paso del tiempo y la eutimia, terapeuta y paciente sitúan los episodios de manía y depresión, añadiendo información complementaria sobre los mismos (inicio y abandono de tratamientos, hospitalizaciones/urgencias, acontecimientos vitales, tóxicos, etc.).



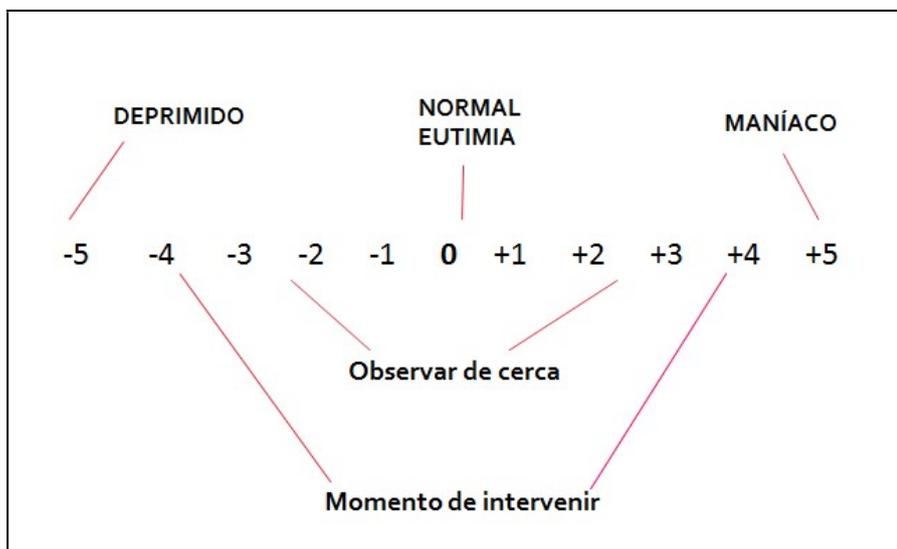
Una representación gráfica como la de la figura adjunta permite darse cuenta de la interacción entre las distintas variables que influyen en la evolución del trastorno y disminuye la indefensión del paciente ante las oscilaciones, aparentemente caóticas del humor. Todo el proceso es en sí mismo altamente terapéutico

<sup>26</sup> Ramirez Basco, M., Rush, J. A. (2005). Cognitive-Behavioral therapy for bipolar disorder. 2<sup>nd</sup> ed. The Guilford Press, New York.

Hojas resumen de síntomas: Los pacientes recogen en tres columnas los síntomas de la manía, los de la depresión y en la tercera la eutimia. En la elaboración de estas listas es útil que participe la familia.

Estado normal	Depresión	Manía
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6-8 horas de sueño, sin siestas.</li> <li>- Más introvertido</li> <li>- La vida parece tener sentido.</li> <li>- Pienso que estoy bien.</li> <li>- Seguro.</li> <li>- El pensamiento es claro.</li> <li>- Visito algunos amigos.</li> <li>- Me siento bien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duermo 10 horas y me echo siestas.</li> <li>- Apartado y solitario.</li> <li>- Pensamientos de suicidio.</li> <li>- No valgo nada.</li> <li>- Desesperanzado.</li> <li>- No puedo concentrarme.</li> <li>- No me interesa la gente.</li> <li>- El estado de ánimo es negro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesito 5 horas de sueño.</li> <li>- Extrovertido, sociable.</li> <li>- La vida es maravillosa.</li> <li>- Soy brillante.</li> <li>- Ambicioso.</li> <li>- Muy creativo.</li> <li>- Quiero estar con gente.</li> <li>- Estoy entusiasmado con la vida.</li> </ul>

Representación gráfica del estado de ánimo: A partir de los síntomas más relevantes de la hoja resumen, puede construirse una representación gráfica del estado de ánimo que permita al paciente y familia detectar oscilaciones peligrosas. Una vez detectadas es posible poner en marcha las medidas protectoras necesarias (disminuir actividad, aumentar sueño, acudir al psiquiatra...).



◆ **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Terapeuta y paciente llevan a cabo un contrato conductual, siendo el objetivo la adherencia al tratamiento. Se especifica qué fármaco, dosis y frecuencia de las citas. En este contrato se recogen los obstáculos para la adherencia, ya sean cognitivos, sociales, físicos, etc. Y finalmente junto a cada obstáculo se identifican estrategias para su manejo.

◆ **CONTROL DE LOS SÍNTOMAS SUBSINDRÓMICOS:**

Las técnicas utilizadas en la TC tradicional son perfectamente válidas para el control de síntomas hipomaniacos y/o subdepresivos que pueden aparecer entre episodios. Estamos hablando de técnicas como la reducción de la sobre estimulación, el exceso de actividad, y el centrarse en un único objetivo, en el caso de la hipomanía, con el fin de romper el círculo vicioso actividad - manía; en otros momentos puede ser útil una la asignación de tareas y la planificación graduada de actividad, ante la aparición de sintomatología subdepresiva. En el caso de los pensamientos automáticos tanto negativos como positivos, se puede emplear la técnica de la triple columna, el entrenamiento en solución de problemas, etc.

◆ **REDUCCIÓN DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL**

Mediante el adiestramiento en técnicas de afrontamiento, habilidades de solución de problemas, entrenamiento en comunicación, para hacer frente tanto a los estresores que aumentan la vulnerabilidad del paciente, como para manejar las consecuencias sociales, laborales y familiares tras la recuperación del episodio.

En castellano está disponible un manual<sup>27</sup> de la autora, enfocado hacia el paciente, que permite conocer y aprender a utilizar las técnicas descritas para el autocontrol del estado de ánimo.

---

<sup>27</sup> Ramirez Basco, M. (2008). Manual práctico del trastorno bipolar. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo. Biblioteca de Psicología. Desclee de Brouwer.

## **Terapias de familia y de pareja:**

Miklowitz y Craighead en su revisión sobre los tratamientos eficaces en el TB, recomiendan las intervenciones familiares y de pareja como coadyuvantes del tratamiento farmacológico, siendo las más exitosas aquellas intervenciones basadas en una perspectiva psicoeducativa. La posibilidad de recaer en el primer año es cinco veces superior a la media si el paciente regresa a un hogar con altos índices de Emoción Expresada. Por otra parte, los altos niveles de apoyo social y emocional aceleran la recuperación tras un episodio.

Dos programas han ofrecido buenos resultados:

### **Intervención con la Familia del Paciente Ingresado:**

**Clarkin** et al.<sup>28</sup> desarrollaron en la Universidad de Cornell el **IFI** (Inpatient Family Intervention). Un programa de intervención de nueve sesiones semanales para pacientes ingresados (no sólo bipolares) y sus familiares centrado el afrontamiento de la hospitalización y la elaboración de planes para un ajuste positivo tras el alta. El IFI anima a pacientes y familiares a:

- Aceptar la realidad del trastorno y la probabilidad de su cronicidad
- Identificar estresores tanto dentro como fuera de la familia que puedan precipitar episodios
- Aprender formas de modificar los patrones familiares y el afrontamiento de futuros estresores

Los estudios de este autor apoyan esta intervención, con mejoras en el funcionamiento global y la adherencia a la medicación, así como en el cambio de las actitudes de los familiares.

### **El Tratamiento Centrado en la Familia:**

Miklowitz y Goldstein<sup>29</sup> diseñaron el programa de tratamiento **FFT** (Family-Focused Treatment) para bipolares adultos y sus familiares que habían sido recientemente hospitalizados o seguían tratamiento ambulatorio tras un reciente episodio.

Consta de 21 sesiones repartidas en 9 meses (al principio de frecuencia semanal para finalmente ser mensuales), similar al modelo de Falloon de manejo conductual familiar para la esquizofrenia. Consta de tres módulos:

---

<sup>28</sup> Glick, I. D., Clarkin, J. F., Haas, G. L., Spencer, J. H. & Chen, C. L. (1991). A randomized clinical trial of inpatient family intervention: VI. Mediating variables and outcome. *Family Process*, 30, 85-99.

<sup>29</sup> Miklowitz, D. J., & Goldstein, M. J. (1997): *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.

- Psicoeducación: síntomas, diagnóstico, causas, pronóstico. Vulnerabilidad y efecto del estrés y los factores de riesgo y protectores. Ejercicios de identificación del pródromo de la manía o la depresión y elaboración de planes de actuación de la familia para intervenir si aparecen.
- Entrenamiento en mejora de la comunicación
- Entrenamiento en habilidades de solución de problemas

Los estudios llevados a cabo con esta terapia señalan los beneficios de un mayor tiempo libre de recaídas en seguimientos de hasta dos años, así como una mejora en el funcionamiento familiar, con un incremento de las interacciones positivas.

### **4.3 INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS**

La intervención psicoterapéutica precoz en los trastornos psicóticos es un enfoque relativamente nuevo que se encuentra en desarrollo desde los años noventa de finales del siglo pasado en distintas partes del mundo. La filosofía de la que parten estos enfoques es la de alterar el curso de la enfermedad interviniendo precozmente en las primeras fases de la misma e incluso previamente.

Un potente argumento en el que se apoyan estas intervenciones es el retraso que habitualmente sufren los pacientes de psicosis en recibir tratamiento, conocido como duración de la enfermedad sin tratar (DUI). Este tiempo abarca dos períodos diferenciados. Por un lado desde la aparición de los primeros síntomas inespecíficos (ansiedad, depresión) hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados. Este período prodrómico, conocido también como Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) puede prolongarse entre dos y cinco años. Por otro lado, una vez producido el brote psicótico, el paciente puede permanecer tiempo sin recibir tratamiento (o habiéndolo recibido en la etapa aguda, abandonarlo al alta del ingreso). Este período se conoce como duración de la psicosis sin tratar (DUP).

En palabras de McGorry<sup>30</sup>, una intervención psicoterapéutica precoz en la psicosis aporta los siguientes beneficios:

- Desarrollar una alianza de terapéutica.

---

<sup>30</sup> McGorry, P. D. (2004). En Gleeson, J. F. M., McGorry, P. D. (Cord.) Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.

- Proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma.
- Promover comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación.
- Abordar específicamente los complejos síntomas individuales, comorbilidades y esquemas desadaptativos.
- Reducir la resistencia al tratamiento.
- Potenciar el afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales que puedan haber sido un problema en algún caso, como resultado de factores de riesgo independientes de la psicosis y puedan haber empeorado o haber sido interrumpidas por los efectos de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo y ayuda a los miembros de la familia.
- Promover la recuperación laboral.
- Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño por el consumo comórbido de drogas.
- Reducir el riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis

Vallina et al.<sup>31</sup> realizaron una descripción y clasificación de las intervenciones precoces basándose en la clasificación de Haddock y Lewis, que se ciñe a las fases por las que pasa la persona durante el inicio de la psicosis:

### **Intervenciones en la fase de alto riesgo de psicosis (fase prodrómica)**

Proyecto Buckingham (Falloon): consistía en un entrenamiento dirigido a los médicos de cabecera para reconocer pródromos y poder derivar a los jóvenes hacia un servicio especializado de salud mental. Sobre los sujetos seleccionados se aplicaba un tratamiento individualizado (farmacoterapia a dosis bajas, educación para el paciente y familia, manejo del estrés y supervisión por dos años).

Clínica para la Valoración Personal y Evaluación de la Crisis (PACE): Se desarrolla dentro

---

<sup>31</sup> Vallina, O., Lemos, S., Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. Apuntes de Psicología, Vol. 24, Nº 1-3, p. 185-221.

del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC). La aportación más interesante es la operativización del alto riesgo para desarrollar psicosis mediante la construcción de un entrevista (CAARMS) que permitía diferencias niveles de riesgo (tres niveles). Una vez seleccionados los pacientes con elevado riesgo se les brindaba un tratamiento combinado de medicación neuroléptica a dosis bajas y terapia cognitiva.

Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo (PRIME): Miller et al. desarrollan una entrevista clínica para síndromes prodrómicos (SIPS) que incluye una escala (SOPS) que permite obtener perfiles de riesgo. Seleccionados los pacientes de alto riesgo eran aleatorizados en dos grupos (olanzapina vs placebo), recibiendo ambos tratamiento psicosocial (entrenamiento en solución de problemas, psicoeducación y manejo del estrés).

Existen otros programas con objetivos y filosofías similares, que sólo cito para no reiterarme: Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside (RAP), Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana (EDIE) y Centro de Reconocimiento y de Intervención Temprana (FETZ).

En España, cabe destacar el programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de Torrelavega (Vallina et al.), en funcionamiento desde el año 2000 y que pretende reducir el período (DUI), facilitar el reconocimiento y derivación de jóvenes con riesgo desde Atención Primaria e implementar un programa terapéutico integral (educación del médico general, detección del nivel de riesgo, terapia cognitiva, intervención familiar breve, tratamiento neuroléptico a dosis bajas para sujetos con síntomas positivos).

En el año 2009, el Ministerio de Sanidad y Consumo editó una Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente<sup>32</sup> en la que se revisa detalladamente la evidencia disponible de los distintos tratamientos, incluyendo un apartado para las intervenciones psicosociales.

### **Intervenciones centradas en la fase aguda de la psicosis**

El estado del paciente durante la fase aguda, así como que el tratamiento de la misma se lleva a cabo en unidades de hospitalización psiquiátrica, donde predomina el enfoque

---

<sup>32</sup> Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2. <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>

farmacológico, ha limitado el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas en esta fase.

Varios autores han realizado estudios experimentales para probar la eficacia de la psicoterapia en la fase aguda (Drury, Haddock, Lewis, Startup). La mayoría de estos enfoques combinan el tratamiento médico recibido por el paciente en una unidad de agudos con una Terapia Cognitiva individual adaptada y centrada hacia el manejo de los síntomas positivos (delirios y alucinaciones), con el principal objetivo acortar la estancia hospitalaria y producir una reducción más rápida de la sintomatología positiva. En algún caso se utiliza también el formato de terapia de grupo y la educación familiar.

### **Intervenciones centradas en la recuperación**

La fase de recuperación abarca un período de tres a dieciocho meses tras la estabilización de la crisis psicótica. Es un tránsito difícil, pues un ochenta por ciento de los pacientes recaen en los primeros cinco años de la enfermedad. Es un período sensible no sólo a las recaídas, sino a la aparición de respuestas desadaptativas de evitación o negación, consumo de tóxicos, persistencia de síntomas positivos residuales, retraimiento social y laboral, suicidio.

Dos paquetes de intervención destacan en esta fase:

Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis Temprana (COPE)<sup>33</sup>: desarrollada por el equipo de profesionales del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC). Esta terapia parte de la idea de que el primer episodio de psicosis supone una experiencia tan perturbadora que puede bloquear el desarrollo psicosocial posterior del paciente. La intervención, sirviéndose de los principios de la terapia cognitiva y desde una perspectiva constructivista, pretende ayudar a preservar un sentido del yo, desarrollar la sensación de control sobre la experiencia de la psicosis y aumentar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. El formato es individual y consta de entre veinte y treinta sesiones. Consta de cuatro componentes con una serie de tareas:

1. Evaluación: evaluar síntomas, conocimiento de la enfermedad, modelo explicativo, afrontamiento, adaptación e identidad, morbilidad secundaria, trauma y pérdida, personalidad. Al final de la fase de evaluación se establece la agenda de la terapia.
2. Compromiso: Desarrollar una relación terapéutica basada en la colaboración

---

<sup>33</sup> Henry, L., Edwards, J., Jackson, H., Hulbert, C., McGorry, P. (2007) Cognitively Oriented Psychotherapy for First Episode Psychosis (COPE): A Practitioner's Manual. Melbourne: EPPIC. <http://www.eppic.org.au/free-downloads>

3. Adaptación: Establecer esperanza. Psicoeducación. Trabajo cognitivo con identidad, sesgos y creencias. Práctica conductual. Tareas graduadas. Revisión de progresos.
4. Morbilidad secundaria: Terapia cognitiva estándar.

Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente (STOPP): Desarrollada por Herman-Doig et al., para aquellos paciente que presentan una recuperación complicada de su primer episodio. Un veinte por ciento de los pacientes siguen experimentando síntomas psicóticos positivos a pesar del tratamiento. Esta terapia, de formato individual, de orientación cognitiva, se centra en reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos, el malestar y la interferencia que generan y promover una comprensión de la psicosis que permita al paciente identificar recaídas y actuar con estrategias eficaces.

### **Intervenciones centradas en los servicios integrales**

La mayoría de las actuaciones descritas se integran dentro de servicios compuestos por equipos interdisciplinarios, abarcando el tratamiento precoz de la psicosis en sus distintas fases y facetas. Los principales servicios integrales son los siguientes:

Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC): Australia

Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (EIS): Reino Unido

Proyecto de Tratamiento e Identificación Temprana de la Psicosis (TIPS): Noruega

Estudio de Identificación y Tratamiento Temprano de Jóvenes Pacientes con Psicosis (OPUS): Dinamarca

Programa de Intervención Temprana de Calgary (EPP): Canadá

### **Una experiencia cercana: El Programa de Primeros Episodios Psicóticos del H. U. 12 de Octubre**

Desde principios del año 2009 viene funcionando en el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre un Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de pacientes con diagnóstico de Primer Episodio Psicótico. Los pacientes son captados desde diversos dispositivos, Centros de Salud Mental del área XI, Urgencias de Psiquiatría, Unidad de Hospitalización Breve e Interconsulta, principalmente.

El programa está concebido para dar una asistencia continuada e intensiva al paciente y su familia durante el primer año tras el episodio, facilitándose la continuidad de cuidados con derivación al Centro de Salud Mental correspondiente tras el alta del programa.

Los objetivos son:

- Intervención temprana
- Tratamiento intensivo en la fase inicial
- Disminuir la duración de la enfermedad no tratada (DUI)
- Disminuir comorbilidad
- Prevenir recaídas precoces

La evaluación y el diagnóstico comprenden los siguientes aspectos:

- Historia clínica médico-psiquiátrica
- Evaluación psicológica y psicopatológica
  - Escalas de psicopatología para primeros episodios y la PANSS
  - Pruebas de neuropsicología (Entrevista MATRIX)
  - Cuestionarios de ansiedad-depresión (STAI; Montgomery-Asberg), y manías (Young)
- Pruebas de neuroimagen
- Pruebas de neurofisiología
- Pruebas de laboratorio complementarias
- Tóxicos en orina
- Bioquímica, inmunología
- Marcadores genéticos de respuesta farmacológica y de riesgo para psicosis

El tratamiento se estructura en torno a las siguientes áreas:

- Abordaje farmacológico:
  - Se intentará hacerlo de forma ambulatoria, aunque se cuenta con la UHB del Hospital 12 de Octubre para los casos que lo precisen
  - Antipsicóticos atípicos a dosis bajas, preferentemente
- Abordaje psicoterapéutico:
  - Terapia cognitivo conductual grupal e individual

- Terapia de apoyo
- Manejo de estrés
- Terapia de orientación motivacional para los trastornos por uso de sustancias
- Terapia de psicoeducación para familias

En un primer análisis de resultados<sup>34</sup> presentado el año 2010 en el XV Curso de Esquizofrenia del H. G. U. Gregorio Marañón, se obtuvieron datos favorables sobre una muestra de 39 pacientes atendidos en el programa. Sólo el 10 % de los pacientes derivados se había desvinculado. En cuanto a la comorbilidad con trastornos por uso de sustancias, se había disminuido desde un 67 % a un 15 %. Si atendemos a la prevención de recaídas precoces, el 82 % de los pacientes se mantenían en el programa sin necesitar un segundo ingreso. En aquellos que necesitaron más de un ingreso, éste se había producido al inicio del programa, esto es, menos de un mes desde la fecha de derivación.

## **5. CONCLUSIONES**

Este trabajo pretende dos objetivos que espero haber satisfecho. Por un lado, mostrar la gama de intervenciones psicoterapéuticas eficaces posibles en los pacientes con trastorno mental grave o severo, si bien por cuestiones de espacio me he ceñido a tres grandes bloques de psicopatología, que pueden ser representativos de la variedad de pacientes en tratamiento en la Unidad de Transición Hospitalaria y la Unidad de Hospitalización Breve de este hospital.

Por otro lado, he insertado referencias bibliográficas a pie de página con la idea de que sirva de guía bibliográfica para ampliar y profundizar en el conocimiento de dichas técnicas a medida que se avanza en el texto.

Por último, la amplia gama de tratamientos psicoterapéuticos disponibles y la viabilidad de su aplicación en este hospital, con unos primeros resultados prometedores, constituyen una fuente de aliento y de esperanza en el tratamiento de los Trastornos Mentales Graves. Quizá, después de todo, el término grave no necesariamente tenga que estar asociado a connotaciones tan negativas como comenté al inicio de este trabajo.

---

<sup>34</sup> Belloso, J. J., Caballero, M., Rubio, G., Arranz, M., De Juan, A. (2010). Programa de Primeros Episodios Psicóticos. Comunicación presentada en XV Curso Anual de Esquizofrenia. H. G. U. Gregorio Marañón.

## EL ESTILO DEL TERAPEUTA

**Jesús Fernández Rozas**

*Psicólogo Clínico*

*Coordinador Unidad de Psicoterapia*

*AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre*

[jfroz@salud.madrid.org](mailto:jfroz@salud.madrid.org)

En estas líneas intentaré esbozar tres ideas, a mi modo de ver, básicas, para encarar este Practicum.

En las conversaciones con vuestros compañeros de otros años, así como en sus evaluaciones y memorias, cuando describían su situación al encarar el practicum, aparecía un balance, una valoración... que quiero resumir por si coincide con vuestra realidad, ellos hablaban de:

- una cierta desilusión por la carrera, llegados a este último curso.
- una dificultad para integrar los distintos niveles de conocimientos adquiridos.
- no haber visto, hasta ese momento una aplicabilidad real de lo aprendido.
- una visión monocorde en cuanto a los modelos teóricos de comprensión e intervención clínica.

No sé cual es vuestro nivel de motivación para haber estudiado la carrera de psicología clínica...no sé si tuvo que ver con la nota de corte en selectividad...la moda... o lo que antes llamábamos vocación.

Lo que sí se es que estáis a punto de acabar, al menos académicamente, una carrera difícil.

Difícil no por lo pasado hasta ahora, sino por lo que se os abre de aquí en adelante: ser psicólogos clínicos.

A los tutores con los que vais a trabajar en este Practicum, nos gusta mucho nuestro trabajo, porque es un trabajo que exige lo mejor de nosotros, un trabajo que no se puede realizar desde la inercia, ni desde el estereotipo.

Por ello pensamos que el Practicum no es una asignatura más.

Aquí os jugáis mucho más que unos créditos y esto es el poder averiguar si la psicología clínica puede ser vuestro futuro trabajo.

El haber estudiado una carrera durante cinco años y tener que esperar hasta ahora para poder poner a prueba, en una experiencia de unos días, si realmente sois capaces de hacer una tarea clínica y sentirnos profesionales, os suele producir decepción, rabia y mucha inseguridad.

Es cierto y podremos coincidir en que el tiempo asignado es insuficiente, que habría que haber empezado en cursos anteriores... Pero también es cierto que eso que tenéis que averiguar (si se dan ciertas condiciones de implicación), es decir: la sensación de certeza en vuestro rol, de no haberos equivocado con elegir esta carrera, se puede producir en cualquier instante de vuestra práctica.

Esto nos da, a vosotros como alumnos y a nosotros como tutores, un nivel de responsabilidad especial del que, sin caer en la omnipotencia, tenemos que ser conscientes.

Una responsabilidad que tenemos que transformar en implicación. Sin esta el Practicum no merecerá la pena

A mi modo de ver, y esta es la **primera idea** que quería destacar, es que nuestra tarea fundamental en este tiempo, no es aumentar vuestros conocimientos (que también lo haréis), sino despertar y mantener vuestra ilusión, vuestra capacidad de asombro.

Ilusión y asombro con los que poder mirar el hecho clínico. La realidad clínica desborda nuestros modelos para entenderla.

Vais a ver a muchos pacientes, y aquí va la **segunda idea**, y una buena actitud para acercarse a ellos es seguir pensando que cada paciente es único. Que con cada paciente tenemos la tarea de entender qué le pasa y tenemos que intervenir en su especificidad si queremos ser eficaces.

Creo que sería bueno que mantuvierais la atención, y digo también la ilusión y el asombro, en tres campos simultáneos:

1. En el **paciente** que tenéis delante.

En *su* problemática, en *su* patología... Todo lo que sabemos de psicopatología, de personalidad, de motivación... tiene que ayudarnos a comprender al paciente y si esto nos resulta al final insuficiente, es por nuestras limitaciones o por las propias de los modelos o teorías.

Lo peor que podemos hacer con un paciente desde el punto de vista tanto científico como ético es estereotiparlo.

2. En la intervención del **tutor**, o mejor aún, en el **campo de relación** que establecen.

Si asumimos que cada paciente es único es necesario que también lo sea la intervención clínica.

Vais a ver a distintos profesionales trabajando, con distintos modelos de referencia, pero lo importante será captar... averiguar... preguntar por qué una intervención y no otra... por qué en ese momento y no otro... a qué estrategia responde su intervención... que aspectos teóricos, emocionales, experienciales del terapeuta están en juego.

Somos nuestro principal instrumento de trabajo. Y lo somos de una manera total, nuestra emoción, nuestro saber y nuestra acción al servicio de los pacientes.

Uno de los factores que hace único e irrepetible el encuentro terapéutico es que es creado por los que intervienen en él.

Por eso las diferencias en los modos de actuar de los profesionales, tenemos que entenderlas desde los factores que determinan ese encuentro, desde dentro, desde su concepción, desde su estrategia, desde lo que se pone en juego con ese paciente y en ese momento. Y también desde su estilo terapéutico.

### 3. En **vosotros** mismos, repito: la atención, el asombro, la ilusión.

Sería bueno que después de estas tres semanas viendo a múltiples pacientes y a unos cuantos profesionales, la persona que más os impactara y os interesara fuerais vosotros mismos.

Estar atentos a lo que ocurre en la intervención es necesario, pero estar atentos a lo que *nos* ocurre es fundamental.

Y aquí queda la **tercera idea**.

Saber lo que *nos* pasa y cómo y porqué *nos* pasa es fundamental para ir construyendo un **estilo terapéutico**. Es decir la particular instrumentación que cada uno, desde nuestras características personales, vamos haciendo de los modelos teóricos en el encuentro con pacientes diferentes. Y todos los pacientes son diferentes.

Siempre ha estado presente en la historia de la psicoterapia la idea de arte o artesanía, de un hacer peculiar o característico que concretaría un saber más científico y abstracto de nuestra ciencia.

Hasta no hace mucho tendíamos a pensar de manera lineal que una teoría o modelo era implementado con unas estrategias y técnicas particulares y que una vez aprendida, su aplicación era realizada según el modelo estándar.

Esto llevó a pensar y proponer un estilo deseable de terapeuta según el modelo examinado, p.e. y haciendo una generalización, el modelo conductual propone un terapeuta experto en técnicas, el modelo cognitivo un terapeuta reflexivo, el modelo psicodinámico un terapeuta contenedor, el modelo sistémico un terapeuta hábil en la relación, los modelos postracionalistas un terapeuta conversacional...

Antes, dependiendo de la formación académica y los lugares donde uno realizaba su primer trabajo uno iba profundizando en un modelo teórico y desarrollando unas técnicas particulares... y difícilmente se salía uno de ese camino trazado por la tradición.

Pero la realidad como siempre se resiste a los moldes y ahora son muchos los que piensan que mientras más y mejor se conozcan los modelos y la lógica interna de la que derivar unas técnicas, y más sepamos de nuestro estilo personal más efectivos seremos.

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) se refiere a las características habituales que cada terapeuta impone a su tarea como resultado de su particular manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y los requerimientos específicos que le exija la intervención. (Fernández-Álvarez y García, 1998).<sup>35</sup>

Ese conjunto de características del terapeuta van desde el contexto social, al familiar, a la estructura de la personalidad y a su estilo comunicativo.

Poseemos unas características personales, que si **conocemos, cuidamos, y adaptamos** nos darán una deseable coherencia interna, eso que los pacientes reciben como autenticidad.

Esa autenticidad que parece estar formada a partes iguales por la espontaneidad del terapeuta en el vínculo y por la seriedad con que encarne un modelo coherente (Linares, Cebeiro, 2005)

1. Digo **conocernos**, por que este trabajo despierta emociones, crea espejos en los pacientes que reflejan aspectos que ignoramos de nosotros, o estimula a experiencias desconocidas.

No olvidemos que lo que se pone en juego con un paciente es nuestra totalidad.

Y ese saber continuamente de nosotros se convierte en una tarea que no podemos eludir y a la que podríamos llegar desde diferentes estrategias: desde un psicoanálisis, a un autoanálisis, talleres vivenciales... es decir, todo aquello que nos ayude a tener un mayor conocimiento e integración personal.

He aquí algunas preguntas que el terapeuta debe realizarse para conocerse mejor o como dice Cebeiro y Linares (2005)<sup>36</sup> “para conocer su conocer”:

- ¿En general, tiendo a destacar el lado positivo de las situaciones?  
¿Quién de mi familia me lo enseñó o acaso, eran negativos y críticos en sus opiniones?

---

<sup>35</sup> Es de recomendar la investigación que vienen realizando estos autores y la fundación Aiglé que no podemos desarrollar en este escrito

<sup>36</sup> Cebeiro, M. R y Linares, J.L., *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, Paidós. 2005

- ¿Soy provocador y confrontativo, mi estilo es agresivo, incisivo, irónico? ¿Dónde lo aprendí y de quién?
- ¿Siempre trato de formular acuerdos, evito confrontarme y que la gente me confronte? ¿En mi familia quién era así? ¿Cómo fue mi función?
- ¿Soy un preguntón, pregunto minuciosamente, me interesan los temas que no conozco y trato de agotarlos?; ¿Quién era así? ¿Dónde lo aprendí?
- ¿Me gusta contar historias, anécdotas, cuentos, soy un buen contador, atrapo a la gente con mi relato?, ¿Alguien era así en mi familia?, ¿De quién lo aprendí?
- ¿Soy gracioso, divertido, hábil para contar chistes, para espontáneamente crear gags, animo por lo general las reuniones y festejos?, ¿Cuándo lo aprendí? ¿Quién era así?
- ¿En términos de afecto, tengo dificultad o facilidad para acercarme y tocar al otro?, ¿Cómo manifestaba el afecto mi familia de origen?, ¿Cuál era el código?, ¿Quién era el más expresivo?, ¿Se decía con la palabra, con el cuerpo, con las preocupaciones, etc.?
- ¿Soy histriónico, digo más con el cuerpo o con la palabra?, ¿Manejo bien el espacio físico, o tiendo a quedarme rígido?, ¿En compensación, me expreso bien, soy elocuente, parsimonioso, tengo facilidad en mis expresiones? ¿Aprendí de alguien esta habilidad?
- ¿Suelo brindar ayuda y contener? ¿En mi familia fue este mi lugar, o quien lo ocupaba?
- ¿En general, soy paciente, tolerante, impulsivo, en estos términos cómo me calificaría? ¿Quién era así...?
- ¿Soy una persona práctica, de acciones concretas, soy más de hacer que de decir? ¿Dónde lo aprendí?, ¿Qué me llevó a desarrollar esta habilidad?
- ¿Tiendo a dar órdenes, a dirigir, soy un imperativo explícito o a través de sutileza logro conducir?, ¿Fui así en mi familia o en los grupos que conformé?

Las respuestas nos permiten inferir el recurso en el cual el terapeuta se siente más cómodo, y cuál es la técnica que naturalmente le surge, de acuerdo a su personalidad y a su forma de conocer.

2. Digo **cuidarnos**, por que este es un trabajo no solo complejo sino tóxico.

No se puede realizar en aislamiento y sin protección. Los

riesgos de sobreimplicación, de inercia o de estereotipia están muy presentes y como antídoto tenemos que contar con la supervisión, el trabajo compartido, los grupos de trabajo y estudio...

La formación que recién empezáis os supondrá un proceso largo y de importantes inversiones en tiempo, dinero, energía, disponibilidad y compromiso y en el que el sentimiento de responsabilidad os producirá sentimientos de incertidumbre, inseguridad, miedo, ineptitud, autodescalificaciones y desvalorizaciones.

Sentir miedo a la hora de trabajar con un paciente no es malo, al contrario es deseable si lo entendemos como un “ser consciente del compromiso”.

Lo que puede ser negativo es la postura defensiva que adoptemos ante ese miedo por la inseguridad profesional.

He aquí algunas tipologías disfuncionales del terapeuta según Ceberio y Linares (2005)<sup>37</sup> y que entendiéndolas como formando parte de un proceso de aprendizaje en psicoterapia es posible que nos identifiquemos con algunas de ellas:

1. **Terapeuta obsesivo:** sigue al pie de la letra lo que indican los libros sobre un determinado modelo terapéutico. Bloquea su iniciativa y creatividad.
2. **Terapeuta racional o intelectual:** da preeminencia al pensar evitando los aspectos emocionales, su gran defensa es la erudición que lo distancia emocionalmente del paciente.
3. **Terapeuta clon:** Tiende a identificarse al máximo con su formador, supervisor o profesor, remedando sus gestos, posturas e intervenciones. Es esperable al comienzo de la formación.
4. **Terapeuta impotente o desvalorizado:** muestra sentimientos de ineptitud y autodescalificación respecto a su rol. A veces con sentimientos de culpa corre el riesgo de un estilo depresivo.
5. **Terapeuta aterrado:** sucumbe ante su propio miedo y desarrolla un blindaje que lo inmoviliza, para disimularlo recurre a trucos como el silencio, asentir o la pasividad en el trato.
6. **Terapeuta omnipotente:** es el que tiene la defensa más estructurada. Se cree un genio de la psicoterapia, tiende a descalificar y su pedantería y soberbia son un riesgo para sus pacientes. Ni que decir tiene que este es el más peligroso.

---

<sup>37</sup> Op. Cit.

7. **Terapeuta todo vale o pseudocreativo:** aparentemente fuera del miedo, aplica estrategias y técnicas de manera indiscriminada, hace gala de un eclecticismo radical en nombre de la creatividad. Privilegia la intuición sobre el conocimiento.
  8. **Terapeuta bombero:** el que siempre se coloca en las situaciones más difíciles de ejercicio. Tiene una disponibilidad incondicional. Sobreprotector con los pacientes. Buscan dentro y fuera de la consulta un afecto, reconocimiento y valoración más que el común de las personas.
3. Digo **adaptarnos**, porque esta es una carrera de fondo, tenemos que durar como profesionales, cada vez lo podremos hacer mejor.  
Tan importante como aprender es el desaprender, cuando este nos encorseta como terapeutas y cosifica a nuestros pacientes.  
Con el tiempo, (pero no solo) significará que hemos logrado una buena y consistente “experiencia clínica”: el mayor bien a poseer.

Hasta que la psicología clínica no tenga una teoría unificada es una temeridad quedarse al margen de los distintos intentos de comprensión y explicación que poseemos y de las propuestas de intervención que se van generando.

Conocerlos en profundidad, siempre desde una actitud crítica, es una obligación intelectual y ética, una garantía para los pacientes.

Los riesgos varían, de la estrechez de miras a la omnipotencia de abarcarlo todo.

Trabajar con nuestras capacidades y conocer las limitaciones, trabajar el estilo del terapeuta nos asegurará una posición realista.

En resumen, os animo a que en estos días, en que vais a trabajar desde un rol profesional: estimuléis la ilusión y una actitud de asombro, en general, con esta vuestra profesión, a mantenerla siempre respecto a los pacientes y a un trabajo permanente con vosotros.

Habéis elegido la mejor profesión, trabajad duro para que ella os elija.

Jesús Fernández Rozas

**EL TRABAJO DEL PSICOLOGO, EL PSIQUIATRA  
Y OTROS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL:  
EVALUACION DE LA DEMANDA Y TERAPIAS COMBINADAS**

**Javier Ramos García**

*Psicólogo Clínico - CSM Carabanchel*

*AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre*

*Profesor Asociado Ciencias de la Salud – UCM*

[javier.ramos@salud.madrid.org](mailto:javier.ramos@salud.madrid.org)

La noción de función reflexiva o capacidad de mentalización no sólo hace referencia a conceptos psicológicos en los que se convergen diferentes teorías (el psicoanálisis, la teoría del apego, la psicología del desarrollo) que se articulan y dialogan con los más recientes hallazgos de la investigación en neurociencias. Más aún, resulta esencial y enormemente fecunda en el campo de las psicoterapias, toda vez que se puede afirmar que el trabajo sobre la capacidad de mentalización es el factor común fundamental de toda psicoterapia (Allen, Fonagy y Bateman, 2008).

Para Fonagy (1999), la capacidad de mentalización, o función reflexiva, consiste en la capacidad de imaginar y entender los estados mentales en uno mismo y en otros; es la habilidad de dar una interpretación convincente a la conducta propia y de otros, a partir de los estados mentales subyacentes.

Este es el primero de los elementos que querría poner en juego para desarrollar un texto introductorio a la actividad del Practicum, y que se dirige, por tanto, a estudiantes de Psicología que están a punto de finalizar sus estudios de grado y que se disponen a sumergirse en su primera experiencia en el ámbito clínico, extramuros de la Facultad.

El segundo de esos elementos sería un recurso narrativo que utilizaba un autor sin el que no es posible comprender la cultura occidental contemporánea y del que, sorprendentemente, se habla poco en las facultades de Psicología. Tal autor es Freud, que con cierta frecuencia escribía imaginando las constantes objeciones que habría de recibir de interlocutores que él imaginaba agudamente críticos (v. gr. Freud, 1916).

Con esas dos herramientas desearía hacer el ejercicio intelectual de imaginar aquello que os han contado en la Facultad de Psicología, de imaginar lo que no os han contado, de imaginar cuáles puedan ser vuestras expectativas, con la intención de, a partir de ahí, lanzar un alegato a favor de la incertidumbre y la complejidad; desde el deseo de animar a aquellos que os acercáis a esta experiencia a la saludable y tolerable convivencia con lo que no se sabe, con la ausencia de certezas, con un conocimiento que se construye con mucha curiosidad y asumiendo el interrogante como estado de

ánimo fundamental<sup>38</sup>.

### El trabajo en la realidad clínica en el ámbito público.

Así, mi idea sería jugar a fantasear con una serie de creencias erróneas que yo imagino en las cabezas de los estudiantes, y a las que sería preciso oponer las piezas con las que se conforma la realidad del clínico que trabaja en Salud Mental en el ámbito público. Esta propuesta dialéctica podría expresarse más o menos así.

<b>Creencias erróneas</b>	<b>Realidades asistenciales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El psicólogo clínico asume, diagnostica y resuelve sus casos limpiamente con técnicas psicológicas precisas; mientras el psiquiatra, por su lado, se limita a hacer diagnósticos DSM y prescribir fármacos</li> <li>• Existe un desencuentro crónico e irresoluble entre psiquiatras y psicólogos clínicos</li> <li>• Los pacientes tienen problemas que encajan con claridad en diagnósticos DSM</li> <li>• Todo es reducible a “análisis funcionales” de la conducta observable</li> <li>• Es posible, desde nuestro decidido empeño por ser objetivos, ignorar la subjetividad del paciente y la relevancia del encuentro intersubjetivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajamos en equipos multidisciplinares coordinados, que desarrollan una filosofía y un lenguaje comunes, ya que estamos condenados a entendernos</li> <li>• Independientemente de nuestra titulación (psiquiatra, psicólogo clínico, ...) podemos tener una visión más o menos psicológica de la clínica</li> <li>• Los pacientes traen quejas y peticiones muy variadas</li> <li>• Es preciso comprender y reconstruir con ellos el contenido y el sentido de su demanda</li> <li>• Debe estar en primer plano el modo en que el paciente vive lo que le está pasando y lo que puede esperar del encuentro terapéutico</li> </ul>

<sup>38</sup> Guy (1987; citado en Feixas y Miró, 1993) señala la “tolerancia a la ambigüedad” –entendida como la capacidad para soportar lo desconocido, las respuestas parciales, las explicaciones incompletas- como una de las características básicas que debe de poseer un psicoterapeuta.

En cualquier caso, no ha de olvidarse jamás que todos los que trabajamos en un equipo de Salud Mental (los trabajadores sociales, la enfermería, los psiquiatras, los psicólogos clínicos, incluso el personal administrativo) tenemos un nexo común importantísimo, un referente último que es siempre irrefutable: El paciente, la clínica que presenta, su sufrimiento, la demanda que trae, permite y obliga a los diferentes profesionales a minimizar sus diferencias y a maximizar sus puntos de contacto. Algo que no impide que cada uno de nosotros conserve su "hecho diferencial" o su "valor añadido".

En el caso del psicólogo clínico, uno de sus "valores añadidos" esenciales consistirá (o así habría de ser) en impregnar a su equipo, a sus compañeros, al escenario clínico en el que despliega su labor, de una actitud y un pensamiento psicológicos. Junto al trabajo directo con el paciente, ésta es otra dimensión importantísima de la presencia de los psicólogos clínicos en un equipo de Salud Mental, la de insuflarles una perspectiva psicológica que dista mucho de resultar obvia.

### **La importancia de un encuentro humano diferente, más allá del síntoma.**

El costado puramente clínico de nuestro trabajo en Salud Mental tiene lugar sobre un fondo relacional, y se materializa, de hecho, en un encuentro humano que habría de tener matices de una calidad diferente a la propia de la cotidianidad. Resulta básico no olvidar nunca este extremo, porque si bien es cierto que el paciente "necesita" de un síntoma para acudir al médico o para justificar su deseo de ver a un psicólogo clínico, en un abordaje psicológico (y en Salud Mental en general) habríamos de poder ir siempre siquiera un poco más allá de ese síntoma, pensar globalmente en el paciente, en su vida, en su historia biográfica, en su mundo interno (¿cómo vive y siente el paciente las cosas?) y en su potencial y sus recursos. Resulta en ese sentido de gran importancia nuestra escucha y nuestra actitud (empática) de cara a un encuentro que resulta excepcional, novedoso y de gran importancia para el paciente - por todo lo que éste pone en juego-. Y, precisamente, por esa misma razón, y porque es muy importante saber qué es lo que el paciente muestra, y también qué es lo que (se) oculta, en la entrevista psicológica será de gran importancia dejar espacio al relato del paciente, no atosigarle con preguntas que impidan que su narración (su contenido, y también su forma) se despliegue (Bleger, 1964); no caer en el olvido de que, las más de las veces, "todo" está en esa(s) primera(s) entrevista(s).

### **La importancia de la relación con los diferentes profesionales implicados.**

Manteniendo el énfasis en esa perspectiva relacional, es preciso señalar que el paciente que establece una relación con el psicólogo clínico, se relaciona asimismo con "el centro", y también con "cada uno" de los profesionales que le tratan. Establece un vínculo diferente con cada uno de esos profesionales, y un vínculo con el centro, que es producto de todos esos otros vínculos. Como consecuencia de todo esto, es importante la relación de los profesionales entre sí, y muy relevante no olvidar que lo que acontece en el vínculo con uno de los miembros del equipo puede generar efectos en la relación con otro.

El paciente que se somete pacientemente y sin protesta a las prescripciones del psiquiatra puede descargar su rabia de forma extemporánea con la enfermera del equipo de seguimiento; o bien el que sufre un trato áspero de los administrativos (aquellas personas con las que el paciente habla por primera vez al llegar al centro) puede ponerse a la defensiva con el psicólogo clínico durante la entrevista de evaluación. Del mismo modo que, aquellos pacientes con un *self* mal integrado pueden mostrar caras de sí muy diferentes a cada uno de los profesionales que le tratan, provocando reacciones emocionales antagónicas, y siendo capaces de generar disensiones en el equipo que emanan de las que están en el propio mundo interno del paciente.

Así, una paciente psicótica con una larga y estrecha relación con nuestro centro, frecuentemente necesitada de contención emocional en momentos en los que se ve muy desbordada por la angustia, agradecía enormemente el gesto de una administrativa que, un viernes por la tarde, la animaba a que acudiese al centro para hablar un rato. La paciente había llamado por teléfono con la intención de hablar con su psiquiatra o su psicólogo. Ninguno de los dos estaba en consulta esa tarde, pero sí una enfermera a la que la paciente conocía. La administrativa, que también conoce mucho a la paciente, le ofrecía la posibilidad de hablar un rato con aquella. Efectivamente, la paciente acudió al centro, y salió mucho mejor. Sin embargo, poco después, este suceso disparaba una de sus angustias más habituales: que su psicólogo y su psiquiatra, cansados de ella, no quisieran tratarla más, y la derivasen a esa enfermera que la había atendido ese viernes "en el cuartito".

Los administrativos dan citas o atienden el teléfono, pero no sólo. Los psiquiatras se hacen cargo del aspecto más médico, del tratamiento farmacológico, de valorar la necesidad de una baja, pero no sólo. La enfermería sigue más estrechamente al paciente, dispensa recetas, pincha medicación, pero no sólo. Los trabajadores sociales se hacen cargo de los aspectos más "reales" del paciente (situación económica o jurídica, condiciones en que vive el paciente, ayudas o recursos que pueda precisar), pero no sólo. Los psicólogos clínicos atienden la dimensión psicológica (no sólo la psicopatológica) de los pacientes, desarrollan psicoterapias, pero no sólo...

Todos constituimos un equipo que trabaja para el paciente, que no siempre es bien entendido por el paciente, que puede interferir en la buena marcha del paciente, que debe (intentar) funcionar de un modo armónico. Que debe atender a los muy habituales riesgos de descoordinación a que nos puede conducir la psicopatología de nuestros pacientes.

### **Sólo unos apuntes acerca del trabajo psicológico en la realidad clínica en el ámbito público.**

No resulta en absoluto disparatado concebir nuestro trabajo, el de los psicólogos clínicos, como una labor por completo científica, con un muy sólido soporte epistemológico que está, sin embargo, más cerca de las *ciencias hermenéuticas* que de las *ciencias naturales* (Talarn, 2009). Por esa razón, es importante pensar que en la tarea psicoterapéutica (y ello incluye tanto la comprensión de lo que sucede en el

paciente como la acción para un cambio), somos nosotros mismos y nuestra capacidad mentalizar, de hablar, de construir relatos, la herramienta fundamental, si no la única. Si pensamos con Winnicott (1967) que la psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas, sino que, en general, es un devolver al paciente lo que éste trae, podemos plantear también la psicoterapia como el arte de dialogar, de saber llevar la conversación.

Y la conversación, afirma Gadamer (1971), deja siempre huella en nosotros. Lo que hace que algo sea una conversación no es el hecho de habernos enseñado algo nuevo, sino que hayamos encontrado en el otro algo que no habíamos encontrado aún en nuestra experiencia del mundo. La conversación posee una fuerza transformadora. Cuando se logra, nos queda algo, y algo queda en nosotros que nos transforma. Sólo en la conversación (y en la risa común, que es como un consenso desbordante sin palabras) puede crearse ese género de comunidad en la que cada cual es él mismo para el otro, porque ambos encuentran al otro y se encuentran a sí mismos en el otro

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing. (Reseña en castellano de G. Lanza Castelli en *Aperturas psicoanalíticas*. [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) nº 34)
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación. En *Temas de psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002, 1ª edición, 29ª reimpresión.
- Feixas, G., Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego. Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*. [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) nº. 3.
- Freud, S. (1916). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. En Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Gadamer, H-G. (1971). La incapacidad para el diálogo. En *Verdad y método II*. Salamanca, Sígueme, 2004, sexta edición.
- Talarn, A. (2009). *Psicoanálisis al alcance de todos*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D. W. (1967). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1994.

## LA ATENCION EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES

### **Angeles Castro Masó**

*Psicóloga Clínica. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Villaverde*

*AGCPSM Hospital Universitario 12 de Octubre*

*Profesora Asociada. Facultad de Psicología - UCM*

[acmaso@salud.madrid.org](mailto:acmaso@salud.madrid.org)

La atención a niños y adolescentes en Salud Mental ha formado parte de los programas básicos asistenciales en los Centros de Salud Mental. Si bien, la organización y los recursos con los que se cuenta actualmente han sido el producto de un proceso que en nuestro Sistema de Salud comenzó hace 25 años y que ha ido desarrollándose desde entonces.

Este desarrollo ha sido impulsado fundamentalmente por profesionales comprometidos con la necesidad de ofrecer a la población un modelo asistencial público de calidad, al tiempo que se defendía la identidad del trabajo con niños y adolescentes y su especificidad.

A lo largo de todo este tiempo la Administración ha ido dotando de recursos a los Centros, estimamos que aún por debajo del nivel que consideramos óptimo para los objetivos que se recogen en los diferentes Planes de Salud Mental. El hecho es que se ha ido consolidando en mayor medida el tercer nivel asistencial constituido por las Unidades de Hospitalización y Hospitales de día, inexistentes hace 20 años, pudiendo decir que en la actualidad disponemos de una red asistencial con una buena estructura, pero de la que se espera pueda seguir desarrollándose para dar la cobertura necesaria en el terreno de la Salud Mental a niños, adolescentes y sus familias.

Al igual que en otras áreas, tanto en Psicología como en Psiquiatría, encontramos posiciones teóricas diferentes, que ofrecen respuestas desde sus propios referentes al hecho del enfermar en la infancia. Sin embargo, actualmente se ha logrado consolidar un marco conceptual para el trabajo en Salud Mental infantil y adolescente, compartido por la mayor parte de los profesionales que se dedican a ello.

Se reconocen por tanto de forma casi universal, una serie de características que determinan cualquier manifestación en esta franja de edad, y que por tanto también están presentes en la disfunción y psicopatología.

### ***La dimensión evolutiva***

Partimos del reconocimiento de un sistema biológico, psicológico y relacional **indivisible y en desarrollo**. Solo podemos entender la normalidad, al igual que la psicopatología bajo estas coordenadas, de evolución e interdependencia de los diferentes sistemas.

El desarrollo psicológico es la resultante a lo largo del proceso evolutivo, de la integración experiencial, la cual está formada por componentes cognitivos, afectivos, relacionales y conductuales.

### ***La dependencia del entorno y su influencia en la organización psicológica***

El niño depende de su entorno, en un primer momento ese entorno estará constituido por su familia, más tarde se irá ampliando con otras figuras y otros contextos.

Sin la existencia de esos “otros” no es posible pensar en la organización psicológica, pues solo a través del vínculo se puede organizar la experiencia subjetiva.

Por otro lado sabemos que la percepción sobre uno mismo y sobre lo que rodea es muy diferente cuando se ocupa el polo de la dependencia en la relación con las figuras significativas. De ahí que, sobre todo en los primeros años la influenciabilidad del niño y su dependencia resultarán necesarias y decisivas en su configuración psicológica.

### ***La plasticidad***

Las organizaciones psíquicas en el niño poseen una gran capacidad de maleabilidad y adaptación. El niño posee una tendencia a **organizar** experiencias nuevas, de forma que ante situaciones o momentos “desorganizadores” el niño va desarrollando una estructura con funciones también defensivas, destinadas a conseguir una nueva organización, casi como mecanismo psicobiológico adaptativo.

Por todo ello entendemos que:

Los signos clínicos son significativos, solo si se contemplan en el conjunto del funcionamiento mental y se sitúan en la propia historia del sujeto.

El diagnóstico psicológico debe poder identificar aspectos **estructurales** y **dinámicos**, debe ser comprensivo y proponer una intervención que contemple el

carácter **multidimensional** de los procesos de salud y enfermedad.

## **LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL AGCPSM del Hospital 12 de Octubre**

- La población a la que se dirige está comprendida entre 0 y 18 años.
- Intervienen en equipos multidisciplinares: Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeros y Trabajadores sociales, con diferente dedicación según los diferentes centros.
- Tras una primera evaluación realizada por un facultativo, se propone el tipo de intervención, pudiendo ser ésta: individual, familiar o grupal.
- En la actualidad se está diseñando un programa de atención específico para Trastornos Graves en la Infancia.
- Uno de los pilares fundamentales para llevar a cabo la atención integral en Salud Mental es la coordinación institucional cuando el caso lo requiere. Los dispositivos con los que habitualmente se desarrolla esta coordinación son:

**-Salud:** Atención Primaria, Hospital, Hospital de Día, Unidad de Hospitalización Breve.

**-Educación:** Equipos de Orientación Educativa Psicopedagógicos (EOEP), Equipos de Atención Temprana (EAT), Departamentos de Orientación de Institutos y Colegios.

**-Servicios Sociales:** Programa de Familia e Infancia, centro de atención a la infancia (CAI), Comisión de Tutela del Menor y Familia (CTMF) y otros recursos y asociaciones (ONGs...)

### **-Administración de Justicia**

Como hemos querido reflejar, la atención en Salud Mental a niños y adolescentes es una tarea compleja, que implica el reconocimiento de su especificidad en relación a otros grupos de edad, y requiere por tanto una formación especializada por parte de los profesionales que se dedican a ella.

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA PRACTICUM PSICOLOGÍA CLÍNICA

- Baudes de Moresco, M. La intervención con grupos. Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1992
- Beck AT, Freeman, A y cols. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Ed. Paidós. Barcelona, 1995
- Becoña, E y Martín, E. Manual de intervención en drogodependencias. Ed. Síntesis, 2004
- Bleichmar, H. Distintos tipos de intervenciones terapéuticas en los trastornos de angustia. La concepción modular versus el principio de homogeneidad. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (2001) 4: 59-76 En: [http://web.sapsicoanalisis.org.ar/index.php?option=com\\_remository&Itemid=250&func=startdown&id=29&Itemid=239](http://web.sapsicoanalisis.org.ar/index.php?option=com_remository&Itemid=250&func=startdown&id=29&Itemid=239)
- Bleichmar, H.: *El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes*. En: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) N° 9 - Noviembre 2001
- Bleichmar, H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Paidós, Barcelona, 1997
- Bleger, J. La entrevista psicológica (su empleo en el diagnóstico y la observación) En: Temas de Psicología. 1º ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002. p. 7-42 En: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Bleger.pdf>
- Casas, M. Terapia psicológica en las toxicomanías. Monografía. Volumen 1. Ed. Neurociencias
- Cassem, NH. Psiquiatría de Enlace en el hospital general. Hospital general de Massachussets. Ed. Díaz Santos.
- Consoli, A.J., Machado, P.P. Los Psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional, En Fernández-Alvarez, H. y Opazo, R (comps), 2004. La integración en psicoterapia. Manual práctico. Ed. Paidós. Barcelona
- Cordech, J. La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Ed. Paidós. Barcelona, 2001
- Cormier, W.H. y Cormier, L.S. Estrategias de entrevista para terapeutas. Ed Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao, 1991
- Didier, A, Diatkine, R. y Fonagy, P. Psicoterapias del niño y del adolescente. Ed. Síntesis. Madrid, 2003

- Dio Bleichmar, E. La depresión en la mujer. Ediciones temas de hoy. Bolsistemas nº 41. Madrid, 1991
- Fernández-Álvarez, H. y Bogiaizian, D. El miedo a los otros. Avances en el tratamiento de la fobia social. Ed. Lumen. Buenos Aires, 2008
- Fernández Galindo, M. (2002). Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. Revista de SEPYPNA, 33-34  
En: <http://www.seypna.com/articulos/teoria-apego-psicoanalisis/>
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, V. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Ed. Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao, 2002
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, V. La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Ed. Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao, 2001
- Fernández-Montalvo, J y Echeburúa, E. Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Ed. Pirámide, Madrid
- Fiorini, H. La presencia del terapeuta: reglas técnicas de complementariedad. Presencia, ausencia. En Nuevas líneas en terapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica. Ed. Somática. Madrid, 1999
- Foa , EB y Wilson. Venza sus obsesiones. Ed. Robin Bock. Colección psicología práctica y autoayuda. Barcelona, 1992
- Gabbard, GO (*trabajo reseñado*): [\*Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica\*](#). En: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) Nº 13 - Marzo 2003
- Gamo Medina, E. Terapias e Intervenciones Grupales. Ed. Yoy&US, 2004
- Groch, J., de la Iglesia, L. y Villanueva, C. Actualización en Psicoterapia de orientación psicodinámica con niños y adolescentes en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Revista Espina nº 29, 2000
- Guardia, J. *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Sociodrogoalcohol, 2007. Monografía alcohol. Aes, 2002. Vol 4 supl 1
- Guillem y Loren. Del Diván al Círculo. Ed. Promolibro, Valencia
- Hodges, JR. Valoración Neuropsicológica. Ed. Proas Science. Barcelona-Philadelphia
- Junqué, C. y Barroso, J. Neuropsicología. Ed. Síntesis-Psicología
- Kaplan y Sadock. Psicoterapia de Grupo. Ed. Panamericana,. Madrid 1996

- López Fuentetaja, A. y Castró Masó, A. Adolescencia. Límites imprecisos. Alianza Editorial. Madrid, 2007
- Marrone, M. El apego adulto. Ed. San Mateo
- Midori Hanna, S. y Brown, J.H. La práctica de la terapia de familia. Elementos clave en diferentes modelos. Ed. Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao
- Miller, VR y Rollnick, S. La Entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed. Paidós, 1999
- Mingote. *Tratamiento integrado del estrés postraumático*. En: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) Julio 2001
- Moreno Martín, F. Practicum de Psicología. Guía de iniciación a la profesión. Ed. Prentice Hall. Madrid, 2002
- Omar França-Tarragó. Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética. Ed. Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao
- Ortiz, E: *Las palabras para decirlo: un enfoque intersubjetivo de la comunicación en psicoterapia*. En: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) N° 12 -Noviembre 2002
- Ortiz, E: *El diálogo colaborativo y el cambio psíquico*. En: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) N° 15 - Noviembre 2003
- Ortiz, A y Murcia, L. La no-indicación de tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Retolaza, A. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2009. p. 179-193 – Estudios N° 41 En: <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/trastornos-mentales-comunes-manual-de-orientacion/179-la-indicacion-de-no-tratamiento-aspectos-psicoterapeuticos.pdf> .
- Pérez Álvarez, M. et. Al. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. 3. Ed. Pirámide. Madrid, 2003
- Poch J, Jarne, A y Castillo, JA. La consulta en Psicología Clínica. Diagnóstico y comprensión dinámica. Ed. Paidós, Barcelona 1992
- Remor, E. Arranz, S. y Ulla, S. (ed.) El psicólogo en el ámbito hospitalario. Ed Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao
- Rodríguez Sacristán, Jaime. Comp. Psicopatología del Niño y del Adolescente. Tomos I y II. Ed. Universidad de Sevilla, 1995
- Rojo Rodes, JE y Ciera Costa, E. Interconsulta psiquiátrica. Ed. Biblio STM-Masson, S.A.

- Reneau Z. Peurifoy. *Cómo vencer la ansiedad. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente.* Ed. Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao, 1999
- Safran, JD y Murran J.C. *Terapia relacional breve.* En: *La alianza terapéutica. Guía para el tratamiento relacional.* Ed Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao, 2000
- Strupp, H.H. y Binder, JL (1989). *Una nueva perspectiva en psicoterapia.* Ed. Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao, 1989
- Tirapu, Rios y Maestú. *Manual de Neuropsicología.* Ed. Viguera, 2008
- Tizón García, JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria.* Ed. Biblaria. Colección Didascálica nº 3. Barcelona 1996
- Manuela Utrilla *¿Son posibles las terapias en las instituciones?* Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1998
- Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* Ed. Masson. 6ª Edición. Barcelona, 2006
- Vega, LS, Pelayo, ME, Ramírez, MJ y Giraldez, MI. *Trastorno Límite de la personalidad: comprensión y manejo desde atención primaria y salud mental.* *Atención Primaria y Salud Mental*, (2000) 3,2: 4-10
- Vinogradov, S y Yalom, I. *Guía breve de psicoterapia de Grupo .*Ed. Paidós Ibérica, 1996
- Wachtel, P.L. *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz.* Ed. Desclée de Brouwer. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao, 1993
- Worden, JW. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.* Ed. Paidós. Barcelona, 1997

## REVISTAS

- **Aperturas Psicoanalíticas.** [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) (*Revista psicoanalítica, gratuita, en diálogo con avances en neurociencia, cognitivo-conductual y otras disciplinas. Enfoque Modular-transformacional*)
- **Clínica Contemporánea. Revista electrónica de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud.** (*Revista del COP de Madrid. Artículos actuales sobre Psicología Clínica en su vertiente más práctica, aunque también con aportaciones teóricas, desde diferentes corrientes y orientaciones.* Se puede consultar en la página web de la revista [www.revistaclinicacontemporanea.org](http://www.revistaclinicacontemporanea.org) o a través de la página del COP

- **Clínica y Salud: Revista de Psicología Clínica y Salud** (Publicación del COP, que reúne artículos científicos desde distintos paradigmas y modelos de la Psicología Clínica actual) [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1130-5274](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=1130-5274)
- **Infocop online. Revista de Psicología** (Boletín de Noticias online del COP. Aporta noticias y eventos actuales relacionados con la Psicología en sus diferentes ámbitos. Se puede consultar a través de la página de la revista [www.infocoponline.es](http://www.infocoponline.es))
- **Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente.** Fundación Orienta. Barcelona <http://www.fundacioorienta.com/revista.html>
- Revistas electrónicas **Psiquiatria.com** y **Psicología.com**  
[http://www.onlinepsiquiatria.com/page\\_category.php?register\\_vars\[categ\\_id\]=2](http://www.onlinepsiquiatria.com/page_category.php?register_vars[categ_id]=2)  
(revistas electrónicas de psiquiatría y psicología; apartados por cuadros clínicos; múltiples enlaces)
- **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría:** <http://www.revistaaen.es/>  
(Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: histórico de todos los números publicados de acceso gratuito. Modelo comunitario de atención a la salud mental)
- **Rehabilitación Psicosocial** <http://www.elsevier.es/es/revistas/rehabilitacion-psicosocial-272> (Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: acceso al histórico y monográficos de Rehabilitación Psicosocial gratuitos en <http://www.amrp.info/>)
- **Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia (CeIR)**  
<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx> (accesible, gratuita y de calidad)
- **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia infantil.** <http://www.seypyna.com/revista-seypyna/> (revista publicada por la Asociación Sepyna, especializada en salud mental infanto-juvenil, desde una orientación psicodinámica)
- **The Spanish Journal of Psychology.**  
<http://www.ucm.es/info/Psi/docs/journal/>, seleccionando la opción **contents**.
- **[www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria](http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria)** En el apartado de DOCUMENTACION de nuestra web podéis descargaros de forma gratuita el **Manual de Psiquiatría de Palomo T. y Jiménez-Arriero MA**<sup>39</sup>, así como la colección **Cuadernos de Salud Mental del 12**<sup>40</sup> y otras publicaciones.

<sup>39</sup> [http://www.psiquiatria12octubre.org/JiWiC\\_Version/index.php?r=site/manual\\_psiquiatria](http://www.psiquiatria12octubre.org/JiWiC_Version/index.php?r=site/manual_psiquiatria)

<sup>40</sup> [http://www.psiquiatria12octubre.org/JiWiC\\_Version/index.php?r=site/cuadernos](http://www.psiquiatria12octubre.org/JiWiC_Version/index.php?r=site/cuadernos)