

# BOLETIN

**Área de Gestión Clínica de  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

**Número 69 – Abril 2021**



**NUEVA Web del AGCPM:**

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

Ya disponible en video:

**Reunión "Psicosis Resistente y uso de Clozapina"** (Noviembre 2020)  
(José Villagrán, Vicente Molina, Javier Sanz, Celso Arango, Marta Marín, Emilio Fernández-Egea,  
Miquel Bernardo, Benedicto Crespo, Isabel Castillo y Eva Sánchez-Morla)

Artículos:

**Recomendaciones para la teleasistencia mediante videoconferencia en el contexto de pandemia COVID-19** (Carolina Rojas Rocha, Jesús Fernández Rozas y Juan de Dios Molina Martín)

**La curiosidad no mató al psiquiatra**  
(Alba Parra González, Alba de Juanes González y Varinia Dolores Santana Florido)

**"Sendino se muere". Jamás hubiese podido imaginar  
que un libro tan pequeño me aportase tanto** (Filda Messal)

**Se está modificando la estructura de nuestra web oficial, como las del resto de hospitales y servicios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.** En las próximas semanas continuaremos actualizando la misma. Este es el formato de la actual:

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



Cualquier propuesta corresponsable de mejora de la web es bienvenida. Periódicamente cada responsable de dispositivo, programa o actividad del AGCPSM se encarga de actualizar los contenidos de su apartado.



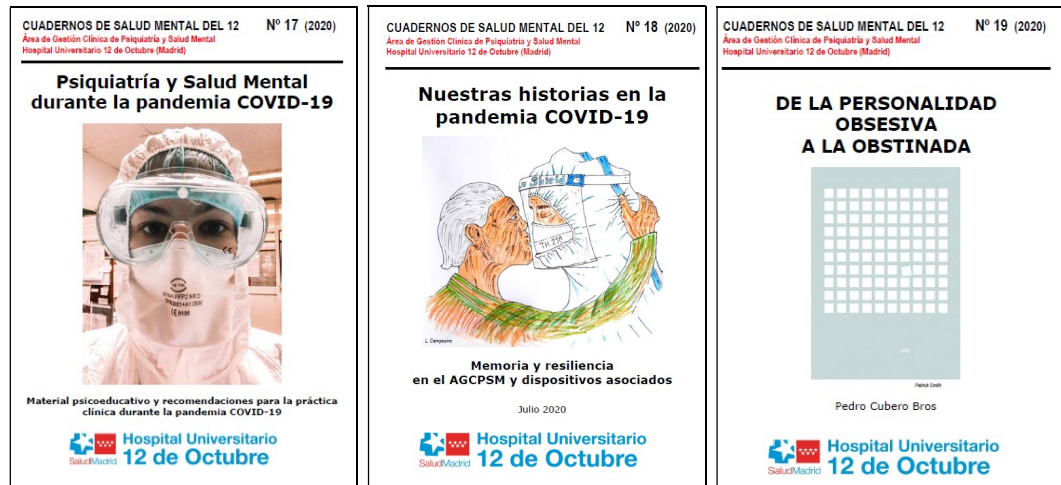
Para cualquier sugerencia sobre la información que se ofrece en este servicio web contactar con [psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org](mailto:psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org)

Para mantener permanentemente actualizada nuestra web oficial y que sirva como una herramienta efectiva de comunicación para los profesionales del AGCPSM, personal en formación de pre y postgrado en nuestro servicio y resto de personas interesadas, podéis mandar cualquier información relevante y/o propuesta de mejora de la web al correo [santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org).

<sup>1</sup> Portada: El enigma del Ying y el Yang. Significado: en la última página de este Boletín.

En las últimas semanas se han actualizado y cargado los siguientes documentos:

- SERVICIO / NOVEDADES
- PACIENTE
- ASISTENCIA
- DOCENCIA / PUBLICACIONES
  - Boletín AGCPSM hasta el actual (nº 69 - Abril 2021)
  - Cuadernos de Salud Mental del 12:
    - ***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)
    - ***De la personalidad obsesiva a la obstinada*** (Nº 19)  
En: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/file/4693/download?token=wXexuB6H>



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

(Sección: DOCENCIA / PUBLICACIONES)

- INVESTIGACIÓN
- ESPECIALIDAD
- CONTACTO



**InFoMUP** Proyecto financiado con fondos del Uso Racional del Medicamento. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.



Os damos la bienvenida a **InFoMUP**, el Portal que hemos creado desde la **S.G. de Farmacia y Productos Sanitarios** para manteneros informados de todos los temas que afecten al **Módulo Único de Prescripción**, aquí encontraréis todas las novedades y nuevas funcionalidades que se vayan incluyendo en el **MUP** tales como los sistemas de ayuda a la prescripción en las que estamos trabajando.

Además, en este portal también encontraréis la información sobre nuestros cursos de farmacoterapia así como otras noticias que puedan resultar de vuestro interés.

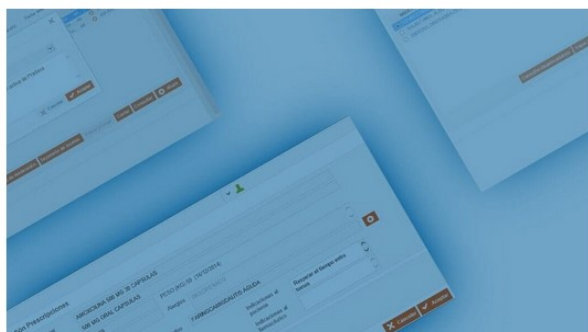
Si tienes alguna pregunta relacionada con la prescripción a través del MUP, puedes hacerla a través de nuestro buzón:

Buzón de consultas sobre Prescripción Electrónica

## Formación en Farmacoterapia

(Estos cursos van dirigidos a médicos y farmacéuticos no residentes)

<p>Uso Seguro De Medicamentos Para Médicos Y Farmacéuticos</p>	<p>Tratamiento De La Deshabituación Tabáquica</p>	<p>Uso De Opioides En El Dolor Crónico No Oncológico</p>	<p>Valoración Y Tratamiento De La Urgencia Cardiológica En Pacientes Adultos</p>
<p>Valoración Y Tratamiento De Las Urgencias En ORL</p>	<p>Selección De Medicamentos Basada En La Evidencia</p>	<p>Valoración Y Tratamiento De Las Urgencias Oftalmológicas</p>	<p>Atención Nutricional En Personas Mayores</p>



### ¿Conoces el Buzón MUP?

Si tienes alguna pregunta relacionada con la prescripción a través del MUP, puedes hacerla a través de nuestro buzón:

Buzón de Consultas sobre Prescripción Electrónica

## OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

### Guía de Hábitos de Vida y Guía de Ejercicio Terapéutico para personas con enfermedad mental (Cibersam. Gobierno de Cantabria)

<https://www.escuelacantabradesalud.es/documents/2270225/4551534/Gui%C2%BFa+Ha%C2%BFb+itos+Vida+Saludables+TMG.pdf/cafbc1ab-4e48-a54e-b1b3-038d3a8f79c6>



		Índice
PRESENTACIÓN	9	
¿PARA QUIÉN ES ESTA GUÍA?	15	
¿TIENEN MAYOR RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES FÍSICAS LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE?	16	
¿SE PUEDE HACER ALGO PARA EVITARLO?	17	
¿Por qué necesitamos hacer ejercicio?	21	
¿CUÁNDO COMENZÓ A SER UN PROBLEMA LA FALTA DE EJERCICIO?	22	
¿QUÉ BENEFICIOS PODEMOS OBTENER HACIENDO EJERCICIO?	23	
¿ESTO DEL EJERCICIO NO SERÁ OTRA MODA PASAJERA?	26	
¿POR QUÉ NO SOMOS MÁS ACTIVOS?	27	
¿ES TIEMPO DE CAMBIO!	28	
¿CREES QUE PUEDES HACERLO?	29	
¿QUÉ TE MOTIVARÍA A HACER UN POCO MÁS DE ACTIVIDAD FÍSICA?	33	
¿POR QUÉ NO EMPEZAR YA?	34	
¿CÓMO PUEDES COMENZAR?	36	
¿CUÁNTO EJERCICIO TIENES QUE HACER?	37	
¿CUÁNDO DEBERES HACER EJERCICIO?	38	
¿QUIERES QUE TE DEMOS ALGUNAS IDEAS PARA EMPEZAR?	40	
¿Y SI QUIERO HACER ALGO MÁS?	42	
¿SE PUEDE HACER ALGO MÁS PARA LLEVAR UNA VIDA SANA?	57	
¿QUIÉN TE PUEDE AYUDAR?	63	
¿CÓMO PUEDEN AYUDARTE LA FAMILIA Y LOS AMIGOS?	64	
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA	66	
ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS ENFERMAS	67	
EL DECÁLOGO DE LA VIDA SALUDABLE	71	



<https://www.ascasam.org/images/interes/GuiaEjercicioTerapeutico.pdf>

## ¿QUÉ VAS A ENCONTRAR EN ESTA GUÍA?

Quizá te inunden pensamientos y sentimientos de una mala experiencia, y lo que menos te apetezca es leer esta guía que te han recomendado. Tal vez lo que quieres es simplemente pasar página o directamente cambiar de libro para olvidar todo lo vivido recientemente. Quizá pienses que leer esta guía solo sacará a la superficie esos momentos que no quieres recordar.

Pero a lo mejor, aun así, la leas. Y palabra por palabra, página por página, vayas entendiendo que una mala experiencia no es más que una experiencia. Y como cualquier otra, forma parte de tu vida y de un aprendizaje que te sirve para recordar lo que un día fuiste.

Esta guía te ayudará a enfrentarte a esos recuerdos y decirles que no piensas quedarte parado y sufrir sus consecuencias.

Puede que no tengamos la solución a todos los problemas del mundo en nuestras manos, pero ante los problemas del mundo tenemos nuestras manos... y nuestros pies. Porque al fin y al cabo, de ésto trata esta guía. De usar tus manos y tus pies, a través del ejercicio terapéutico como parte de tu terapia. Una forma de trabajar que te lleve a superar las consecuencias físicas que pueden acompañar a un trastorno mental.

### EN ESTA GUÍA ENCONTRARÁS:



Herramientas para comenzar un tratamiento físico de una forma sencilla y progresiva.



Ejercicios para prevenir y mejorar los problemas de salud física que pueden aparecer junto al trastorno mental grave: aumento de peso, colesterol...

Formación on line (MIR, PIR y EIR) - Diciembre 2020 a junio 2021

**FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA MIR, PIR, EIR  
EN LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

SESIONES Y DÍAS (\*):

- La entrevista del paciente con trastorno mental leve. Julia García Albea (2 diciembre).
- ¿Son necesarias las pruebas complementarias en el trastorno mental? Jose Manuel Montes (16 diciembre).
- Las enfermedades neurodegenerativas: clínica y diagnóstico. Isabel Ramos (13 enero).
- Las enfermedades neurodegenerativas: cómo manejarlas psicofarmacológicamente. Isabel Ramos (27 enero).
- Los trastornos de ansiedad. Jerónimo Saiz (3 febrero).
- Innovaciones en la CIE 11 de relevancia para el clínico. José Luis Ayuso (17 febrero).
- Trastornos disociativos en la práctica clínica. Luis Caballero (3 marzo).
- Los antidepresivos: Revisión farmacológica y clínica. Jose Manuel Montes (17 marzo).
- Los antipsicóticos: Revisión farmacológica y clínica. Marina Díaz Marsá (7 abril).
- Los estabilizadores del humor: Revisión farmacológica y clínica. José Manuel Montes (21 abril).
- Otros tratamientos en Psiquiatría. Blanca Reneses (5 mayo).
- Prevención en salud mental, la hermana pobre de la Cenicienta. Celso Arango (19 mayo).
- La Industria Farmacéutica y su papel en la Psiquiatría. Marina Díaz Marsá (2 junio).
- Covid y Trastornos mentales. Daniel Hernández (16 junio).

(\* Los temas no son definitivos, pudiendo sufrir modificación.

HORARIO: de 18:30 a 20h

METODOLOGÍA: exposición de 60 minutos, seguida de un foro de discusión con el experto

LUGAR: <https://www.youtube.com/channel/UCDbFqdQrxqnBq0iX7LH4fnq> (canal de YouTube de la Sociedad Española de Psiquiatría-SEP)

Organizado por



Con la colaboración de



Disponibles en Youtube los ya realizados desde diciembre 2020 (ver también el Boletín nº 68)



[\(386\) Los trastornos de ansiedad, por Jerónimo Saiz - YouTube](#)



[\(386\) Innovaciones en la CIE 11 de relevancia para el clínico, por José Luis Ayuso - YouTube](#)



[Trastornos disociativos en la práctica clínica, por Luis Caballero - YouTube](#)



[\(386\) Los antidepresivos: Revisión farmacológica y clínica, por Jose Manuel Montes - YouTube](#)



## Actualización en conducta suicida en Salud Mental (27 abril y 4 mayo 2021)

Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)

### Actualización en conducta suicida en Salud Mental. Intervenciones de Psiquiatría y Psicología Clínica.

27 de abril y 4 de mayo de 2021

[Para inscribirse pinchar aquí](#)

# INSCRIPCIÓN

• PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS

Los datos personales recogidos serán incorporados e incluidos en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las actividades de participación del alumno al curso de actualización y facilitar la obtención de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero se incluye dentro del Registro de Tratamiento de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (en adelante, el Registro) creado en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación, Gestión e Innovación Sanitarias, a la Dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el número de C/ Adams, 20 – 28013 – Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

SaludMadrid Hospital Universitario Fundación Alcorcón

SaludMadrid Servicio Madrileño de Salud Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Dirigido a:** Facultativos de Psiquiatría y Psicología clínica de la Consejería de Sanidad

#### Objetivo general:

Mejorar el manejo de pacientes con conducta suicida y ayudar a los profesionales de Salud Mental a prevenir el riesgo de suicidio.

#### Objetivos específicos:

Al finalizar el curso los participantes habrán:

Actualizado sus conocimientos sobre Programas y Planes de prevención de la conducta suicida, así como de las líneas de investigación neurobiológica en esta materia.

Mejorado sus conocimientos sobre la entrevista clínica y el diagnóstico de la conducta y riesgo suicidas.

Mejorado sus conocimientos sobre la prevención e intervención de la conducta suicida desde el punto de vista médico/psiquiátrico, psicológico, así como los aspectos legales de la misma.

Mejorado la calidad de la asistencia.

#### Metodología:

Abordaje y evaluación de pacientes en riesgo suicida de manera multidisciplinar

Se desarrollarán sesiones teóricas, acompañadas de casos prácticos. Se utilizará material audiovisual. Vía ZOOM

**Duración:** 11 horas

**Número de plazas:** 50

**Fechas y horario:** 27 de abril y 4 de mayo de 2021 de 9:00 a 15:00 horas

#### Programa:

##### 27 de abril de 2021

09:00 – 10:30: h. Programas y Planes de prevención de la conducta suicida. Líneas de investigación neurobiológica. **Enrique Baca García**, Psiquiatra. Jefe Servicio del H.F. Jiménez Díaz.  
10.30 – 12:00: h. Teorías Psicológicas. **Sara Solera Mena**, Psicóloga clínica. Coordinadora Equipo de Psicología del Programa ARSUIC del H. 12 de Octubre  
12.00 – 12.30: h. Descanso.  
12.30-14:00: h. Datos epidemiológicos. Factores de riesgo. **Esperanza Almenta Hernández**, Psiquiatra. Jefe SSM Alcorcón.  
14:00– 15:00: h. Autolesiones. Cibersuicidio. **Juan José Carballo Belloso**, Psiquiatra. Sº de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital G. Marañón.

##### 4 de mayo de 2021

9:00 – 11:00: h. La entrevista clínica y el diagnóstico de la conducta y riesgo suicidas. Instrumentos de evaluación del riesgo. **Esperanza Almenta Hernández**, Psiquiatra. Jefe SSM Alcorcón.  
11.00-11.30: h. Descanso.  
11.30 - 12.30: h. Intervención farmacológica de la conducta suicida. **Marisol Cimedra García**, Psiquiatra. UHB Hospital G. Marañón  
12.30 - 14:00: h. Intervención psicoterapéutica en la conducta suicida. **Sara Solera Mena**, Psicóloga clínica. Coordinadora Equipo de Psicología del Programa ARSUIC del H. 12 de Octubre  
14.00 – 15.00: h. Aspectos legales de la conducta suicida (Responsabilidad profesional). **Rosa Gutiérrez Labrador**, Psiquiatra, Jefe SSM Alcobendas

#### Coordinación

**Docente:** Esperanza Almenta Hernández, Psiquiatra. Jefe SSM Alcorcón. Enrique Baca García, Psiquiatra. Jefe Servicio H. F. Jiménez Díaz

**Técnica:** Laura Rodríguez Moya. Responsable de Formación Continuada en Salud Mental. Hospital de Alcorcón y Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

# RECOMENDACIONES PARA LA TELEASISTENCIA MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

(FEBRERO 2021)

**Carolina Rojas Rocha<sup>1</sup>, Jesús Fernández Rozas<sup>1</sup>, Juan de Dios Molina Martín<sup>2</sup>**

Psicólogo Clínico<sup>1</sup>, Psiquiatra y Jefe de Sección<sup>2</sup>  
CSM de Villaverde. AGCPSM. Hospital Universitario 12 de Octubre

## INTRODUCCIÓN

La “telesalud” o “telehealth” se define como “la disposición de servicios de información y atención médica (o psicológica) a un paciente específico por un proveedor en tiempo real utilizando tecnologías como el teléfono, videochat o videoconferencia” (CADTH 2018), que permite que el proveedor pueda comunicarse sin estar en el mismo lugar físico. En general los sistemas sanitarios a nivel mundial están diseñados para procurar la atención al paciente “cara a cara”. A pesar de que el uso de la telemedicina se viene desarrollando desde hace décadas, su papel en los sistemas sanitarios ha sido marginal y ha ido creciendo de forma paulatina. (Keesara, Jonas y Shulman 2020). Las herramientas digitales en el ámbito sanitario ya habían sido desarrolladas, pero no habían sido aplicadas a gran escala hasta este momento histórico, de la Pandemia con la COVID-19 (Golinelli, y otros 2020).

Durante la pandemia, los profesionales se han visto expuestos al reto de, en poco tiempo, adoptar nuevas fórmulas para mantener la atención y seguimiento de los pacientes a pesar de las restricciones de movilidad, ya sea por confinamientos masivos, o por la necesidad de minimizar la exposición de los pacientes con patologías físicas crónicas o inmunodepresión que los hacen estar dentro de los grupos de riesgo.

Ante las consecuencias de la pandemia, queda de manifiesto que en nuestro sistema de salud urgen acciones que permitan adaptar la atención a los avances digitales actuales, garantizando la calidad de la asistencia y la confidencialidad. Para la comisión central de deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) “Es una exigencia ética adaptar la actividad clínica aprovechando al máximo las opciones y oportunidades que ofrecen las tecnologías y la Inteligencia Artificial, que no sólo tienen un dinamismo vertiginoso, sino que el estado actual sanitario provocado por la pandemia obliga a utilizar al máximo” (Comisión Central de Deontología del CGCOM 2020).

En nuestro contexto asistencial se ha comenzado a poner en marcha la teleasistencia, en un primer momento de forma más masiva mediante llamadas telefónicas, con el fin de mantener el contacto, atención y seguimiento de los pacientes. Con el avance de los meses, se ha hecho necesario aumentar y mejorar las vías de conexión, siendo necesaria la implementación de la videoconferencia, tanto para la asistencia de pacientes como para la coordinación y mantención de la formación continuada de profesionales. En este documento nos centraremos en la videollamada o videoconferencia con fines asistenciales, la cual puede tener una serie de ventajas, entre las que se encuentran (De la Torre y Pardo 2019):

- **Accesibilidad:** Facilita el acceso a asistencia a colectivos que presenten dificultades en acudir a consulta. (En el caso de la pandemia COVID-19, interesa en forma especial el acceso a pacientes de grupos de riesgo)

- Rentabilidad y eficiencia: reduce tiempo y gastos de desplazamiento. Reduce riesgo de exposición en pacientes vulnerables.
- Es la vía de comunicación telemática más cercana a las intervenciones cara a cara.
- Permite distinguir aspectos de la comunicación no verbal (ver las expresiones faciales, la postura, etc.) e identificar el entorno en el que se encuentra el usuario.
- Sólo se necesita cámara, micrófono, conexión a internet y descargar un programa informático de comunicación gratuito.

### Objetivo de este documento

Revisar aspectos técnicos, teóricos y prácticos que se deben tener en cuenta en el momento de preparar, ofrecer y poner en marcha la teleasistencia mediante videoconferencia.

## RECOMENDACIONES PARA LA TELEASISTENCIA MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

### A. CONSIDERACIONES Y REQUISITOS BÁSICOS PARA PROPONER EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

*Adaptado de “Telemedicina en el acto médico” (Comisión Central de Deontología del CGCOM 2020) la “Guía de para la intervención telepsicológica” (De la Torre y Pardo 2019), y de las recomendaciones de la APA para la teleasistencia (American Psychological Association 2020)*

#### Consideraciones generales para el profesional

- Se debe asegurar la protección de datos personales y de salud.
- Se deben seguir siempre las recomendaciones éticas propias de la especialidad y contar con los requisitos tecnológicos necesarios
- Papel activo en la práctica: la asistencia telemática requiere del compromiso profesional que permita hacer frente a los retos que implica.
- Se debe asegurar que la calidad de las intervenciones sea equivalente a la atención presencial.
- Requiere una actualización científica y tecnológica de los profesionales intervinientes.
- Se debe asegurar que el paciente reciba información clara sobre las condiciones del servicio.

#### Requisitos técnicos para el profesional

- Acceso a la Historia clínica electrónica del paciente.
- Tiempo específico y suficiente en la agenda asistencial para la consulta.
- Contar con los medios técnicos necesarios para ofrecer la teleasistencia vía videoconferencia:
  - Ordenador con conexión privada segura.
  - Licencias ZOOM para conexión.
  - Videocámara: Colocada de tal forma que permita el contacto visual con el paciente, que este reciba un plano visual adecuado, claro.
  - Sistema de micrófono y altavoz.
- Contar con los conocimientos técnicos necesarios para manejar la videoconferencia de forma fluida.
- Despacho: Contar con un espacio bien iluminado donde se garantice la privacidad de la atención.
- Hacer una o varias pruebas previas de los medios técnicos, para asegurar que conocemos el proceso de conexión y que el sonido y la imagen son óptimos para la atención.

## Requisitos del paciente

- Que el paciente cuente con los recursos tecnológicos suficientes
  - Conexión a Internet segura y privada, apropiada para la realización de videoconferencia
  - Ordenador, smartphone o Tablet
  - Webcam y sistema de audio
- Que el paciente presente un estado cognitivo y clínico que le permita participar
- Que el paciente tenga la habilidad suficiente para poder comunicarse de forma efectiva por la vía telemática ofertada, o en su defecto, que cuente con ayuda para conectar.
- Que el paciente se encuentre cómodo con esta vía de comunicación
- Que el paciente cuente con un espacio físico privado en el cual pueda estar durante la sesión, que en lo posible esté libre de distractores.

## B. OFRECER LA TELEASISTENCIA VIA VIDEOCONFERENCIA. UNA DECISIÓN COMPARTIDA

La videoconferencia debe ser una herramienta que contribuya a la humanización de la atención, sobre todo en situaciones como la actual pandemia, es una opción más para ayudar a la relación médico paciente, “siempre que ambas partes queden satisfechas con la decisión tomada, que ha de ser consensuada y no impuesta por ninguno de los implicados” (Comisión Central de Deontología del CGCOM 2020).

Tomando como referencia el modelo de “toma de decisiones compartidas”, es necesario un contacto previo (telefónico o presencial) donde el profesional exponga de forma flexible e individualizada la opción de realizar la intervención vía videoconferencia. En la propuesta se debe proporcionar información clara y a la vez realizar una escucha activa de la reacción del paciente ante esta propuesta.

Así, siguiendo los puntos básicos de la toma de decisiones compartidas (Makoul y Clayman 2006) y nociones básicas de la “Entrevista motivacional” (Miller y Rollnick 2011), proponemos los siguientes puntos a seguir de forma flexible.

PASO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
<b>1. EXPLICAR EL CONTEXTO Y LA NECESIDAD.</b>	Explicación del contexto y la necesidad de la teleasistencia con la opción de la videoconferencia. Transmitiendo que la opinión del paciente es importante	<i>“Debido a la pandemia en los servicios sanitarios estamos haciendo grandes esfuerzos por mantener la atención y seguimiento de nuestros pacientes, intentando reducir el riesgo de contagio al máximo. Por lo cual se ha abierto la posibilidad de hacer un seguimiento mediante videoconferencia, por lo cual quería valorar esta posibilidad con usted”.</i>

<p><b>2. PROS Y CONTRAS</b></p>	<p>Realizar un “balance decisional” (Miller y Rollnick 2011). Presentar la opción de teleasistencia vía videoconferencia, explicando los pros y contras y valorándolos con el paciente, ya que este puede tener una perspectiva diferente a la del clínico respecto a estos. Este proceso puede ayudar al paciente a ampliar su perspectiva y motivar.</p>	<p>- <b>“Considerando sus patologías de base, sería una buena forma de mantener el contacto, lo más parecido al cara a cara sin exponerlo. Si bien, es verdad que no es lo mismo que vernos físicamente, podría ser una buena oportunidad”.</b></p> <p>-Es verdad doctor, necesito verlo, hasta el momento he ido aplazando mi cita porque no quiero ir al hospital, pero esto de la videoconferencia...no sé, no sabía que lo estabais haciendo...</p>
<p><b>3. EXPLORAR PREFERENCIAS Y VALORES DEL PACIENTE</b></p>	<p>Explorar preferencias del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la predisposición del paciente ante posibilidad de ser atendido mediante esta vía y la disponibilidad de recursos técnicos</li> <li>• Escuchar de forma activa la postura del paciente frente a esta modalidad de teleasistencia y ser empáticos con las argumentaciones que exponga a favor o en contra.” Escuchar activamente es una de las formas más eficaces de respeto, pues el ser escuchado se traduce en una sensación de ser valorado y comprendido, generando las mejores condiciones que favorecen una ayuda eficaz” (Bravo, y otros 2013)</li> <li>• Explorar si el paciente se siente preparado para llevar a cabo una videollamada y si evalúa que esta pueda ser positiva.</li> </ul>	<p><b>“- A Ud. ¿Qué le parece, estaría dispuesto?”</b></p> <p>-No sé...no estoy muy seguro... no soy mucho de usar las tecnologías...</p> <p><b>- ¿Qué dificultades cree que podríamos tener?</b></p> <p>-No sé, nunca he utilizado la videoconferencia... no soy muy de móviles ni de tecnologías. Además, no sé si la consulta va a durar lo mismo que si fuera presencial, no creo que sea lo mismo</p> <p><b>-La consulta llevará el mismo tiempo que la presencial y debe cumplir los mismos estándares de calidad que una cita presencial. Entiendo que es una situación un tanto extraña, y que puede generar ciertas dudas. Si decidimos llevar a cabo el seguimiento de esta manera procuraré guiarlo en todo el proceso...”</b></p> <p><b>- ¿Qué le parece la idea?, ¿Cree que podría ser de ayuda para mantener un buen seguimiento?</b></p> <p>-Bueno... lo podríamos intentar...”</p>

**4. TOMAR UNA DECISIÓN DE FORMA COMPARTIDA. Puede ayudar hacer un resumen de lo comentado con el paciente en “tono colaborador, permitiendo que el paciente añada información o la pueda rectificar” (Miller y Rollnick 2011)**

**5. PREPARAR SESIÓN DE VIDEOCONFERENCIA CON EL PACIENTE:**

- **Verificar que contamos con el consentimiento del paciente (verbal o escrito) y explicitarlo en la historia clínica.**
- **Verificar que el paciente cumple con los requisitos antes expresados.**
- **Citar al paciente dentro el horario asistencial asignado.**
- **Pedir los datos necesarios para la conexión: Mail, número de teléfono donde podamos conectar.**
- **Plantear un plan a seguir si ocurre una incidencia con la tecnología (volver a conectar tras x minutos – seguir la tención por teléfono).**

### **C. INICIAR ATENCIÓN POR VIDEOCONFERENCIA**

- Entablar conexión con el paciente en la hora y momento pactado
- Al conectar identificarnos (especialidad, recordar motivo de la videollamada, lugar desde donde nos conectamos)
- Pedir al paciente que se identifique y asegurarnos que estamos hablando con la persona que corresponde.
- Hay que confirmar que se cumplen los requisitos antes expuestos.
- Realizar la atención de la forma más parecida a como lo haríamos en el cara a cara. Debemos intentar mantener los mismos estándares de calidad y tiempo que pondríamos en marcha en una asistencia cara a cara.
- Durante la consulta y al finalizar preguntar al paciente sobre su experiencia, cómo se ha sentido durante la videollamada, y abordar posibles dificultades.
- Al finalizar informar sobre el seguimiento si es necesario. (Modalidad, forma de citar, etc).

### **D. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA PSICOTERAPIA VIA VIDEOCONFERENCIA**

Existe evidencia de que la psicoterapia puede ser efectiva mediante videoconferencia, sin embargo, es importante tener en cuenta que el cambio de formato requiere de una adaptación por parte del terapeuta y el paciente. El desarrollo de una relación de confianza se puede lograr de forma remota, pero requiere que el terapeuta tenga muy presente la experiencia del paciente y que exprese claramente su interés y compromiso con esta (Fisher, y otros 2020).

Así, se recomienda poner énfasis en una serie de aspectos para reforzar la alianza y el proceso terapéutico:

- a) Transmitir presencia, empatía y resonancia
  - Procurar que la cámara capture la parte superior del cuerpo del terapeuta de una forma nítida para favorecer la transmisión de la comunicación no verbal en la mejor forma posible.
  - Mostrar interés, curiosidad y compromiso sobre la experiencia del paciente.
  - Potenciar el buscar de forma activa que el paciente se sienta escuchado y entendido, que el paciente sienta que el terapeuta está poniendo atención y entendiendo su experiencia. Se debe potenciar el uso de claves ostensivas; señales físicas como la expresión facial, postura, tono de voz con exageración o cambio del tono, mostrar marcada sorpresa, mantener el contacto visual, ser meticuloso en los turnos de palabra (Fisher, y otros 2020), que permitan al paciente una mayor sensación de sincronía interpersonal, conexión y seguridad (Geller 2020). Estos aspectos son importantes con todos los pacientes, pero se deben tener especialmente en cuenta en el encuentro con aquellos que presenten mayor fragilidad o muestren desconfianza.
- b) Invitar al paciente a explorar los sentimientos, pensamientos y percepciones que surgen en la transición a videoconferencia. Se propone explorar su significado para ambos, ayudando al paciente a sentirse protegido en la realidad compartida (Fisher, y otros 2020).
- c) Mantener la continuidad de la narrativa del paciente, si se ha realizado una transición de terapia presencial a online. Traer a la videoconferencia algo de lo tratado antes de la transición. Se propone el uso de frases puente que conecten con temas que se trataron cara a cara. (Fisher, y otros 2020).
- d) Procurar consistencia en:
  - El espacio donde el terapeuta se conecta para realizar las sesiones.
  - La forma de conducir la sesión para dar continuidad al proceso.
- e) Se debe procurar agregar elementos específicos de la teleasistencia al contrato terapéutico:
  - Compromiso de procurar la no interrupción, privacidad y no distracción.
  - Compromiso bilateral para conectar siempre con imagen y audio.
  - Acuerdo sobre intervenciones de emergencia. Considera tener el teléfono de algún familiar o contacto de referencia si es una persona que valoramos puede tener un riesgo de suicidio
  - Acordar un procedimiento si la tecnología falla
- f) Dar de forma verbal o escrita instrucciones técnicas que permitan una conexión fluida y que los participantes puedan centrar su atención en el encuentro. Por ejemplo, priorizar el uso del modo galería en intervenciones grupales, señalar cómo evitar el efecto espejo (tener la imagen de uno mismo en la pantalla para que esto no interfiera como distractor).



## E. CONSIDERACIONES TÉCNICAS SOBRE EL DESARROLLO DE LAS PSICOTERAPIAS GRUPALES POR VIDEOCONFERENCIA (y algunas recomendaciones)

Nos centraremos en las consideraciones técnicas respecto de aquellas psicoterapias grupales que priorizan:

- la participación de los pacientes y el intercambio de experiencias
- la emergencia de la subjetividad
- el trabajo sobre lo emocional
- el énfasis en las dificultades interpersonales
- los distintos niveles de cambio terapéutico
- el rol facilitador del psicoterapeuta

Otras modalidades psicoterapéuticas grupales englobadas como “psicoeducativas”, cuyos objetivos, contenidos y estrategias terapéuticos se llevan a cabo de manera más estandarizada e instruccional tendrían, en principio, mejor encaje en los formatos telemáticos. El auge en el desarrollo de recursos pedagógicos en todas las áreas de aprendizaje facilitaría una rápida adaptación.

A continuación, mostramos en cuadro comparativo algunas características diferenciales entre las psicoterapias por videoconferencia y las presenciales, y recomendaciones para una adaptación a la modalidad online.

VIDEOCONFERENCIA		PRESENCIAL
		
<b>Comienzo de la intervención</b>	<p><b>Recomendación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Primer contacto (presencial o telefónico) informativo y motivacional sobre la terapia.</li> <li>. Crear un grupo de email con los participantes como medio de comunicación y para envío de material terapéutico.</li> <li>. El contrato terapéutico debe contener un párrafo específico sobre compromiso mutuo de confidencialidad y adaptarse a la modalidad telemática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Sesión informativa sobre el contenido y funcionamiento de la intervención</li> <li>. Entrega de material (informativo y de evaluación)</li> <li>. Firma de contrato terapéutico</li> </ul>



<p><b>Material</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Documentación varia</li> <li>. Contrato terapéutico con cláusula específica de confidencialidad telemática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Documentación varia</li> <li>. Contrato terapéutico</li> <li>. Material de apoyo (pizarra, audiovisual...)</li> </ul>
<p><b>Manejo del tiempo:</b></p> <p><b>Comienzo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. El momento de comienzo se da en la “admisión del participante”.</li> </ul> <p><b>Consideración:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Los problemas técnicos de acceso y buena conexión son frecuentes</li> <li>. Los participantes no siempre están todo el tiempo conectados</li> <li>. La espera y la desconexión corren el riesgo de interpretarse como rechazo o exclusión</li> </ul> <p><b>Recomendaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Facilitar el uso previo de la plataforma con una guía sencilla</li> <li>. Puntualidad y respeto al encuadre temporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Los comienzos y la interacción del grupo se dan ya desde la sala de espera.</li> <li>. Se entra de manera conjunta a la sala.</li> <li>. El posible retraso al comenzar es vivido de manera distinta al poder informar de su causa</li> <li>. Todos los participantes mantienen el tiempo completo</li> </ul>
<p><b>Manejo del tiempo:</b></p> <p><b>Finalización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. El fin de la sesión es brusco (off)</li> </ul> <p><b>Recomendación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Incorporar al encuadre el aviso minutos antes de acabar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cuando acaba el grupo aún hay un tiempo de interacción hasta la salida de la sala que facilita la terminación de la sesión.</li> </ul>
<p><b>Espacio compartido:</b></p> <p><b>Espacio físico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. El espacio es personal, diverso y significativo</li> <li>. El único espacio compartido es la pantalla.</li> </ul> <p><b>Consideraciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. El paciente tiene que preservar un espacio en el que se sienta cómodo y seguro.</li> <li>. El espacio privado condiciona de manera especial la intervención:</li> <li>. No siempre se dispone de la intimidad necesaria o cuesta controlar la irrupción de convivientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. La sala es un espacio institucional, común y compartido.</li> <li>. Los pacientes solo tienen que reservar el tiempo de la sesión</li> <li>. Al ser un espacio neutral facilita la investidura</li> <li>. El espacio personal como problemática aparece de manera intencional en lo narrado, no en lo visto. Es susceptible de preguntar e indagar</li> <li>. No suele haber interrupciones</li> <li>. La ausencia de algún paciente se hace evidente (silla vacía)</li> </ul>

	<p>. Se muestra una parte de la intimidad, no siempre consciente, de la que somos testigos. Más presente el sentimiento de vergüenza</p> <p><b>Recomendaciones:</b></p> <p>. Respeto cuidadoso sobre el entorno del paciente, no hacer comentarios sobre el contexto habitacional si no es significativo como material clínico.</p> <p>. Estar atentos a sentimientos de pudor y vergüenza</p>	
<p><b>Espacio compartido:</b></p> <p><b>espacio interpersonal</b></p>	<p>. Al estar en un espacio privado se tiende a diluir la conciencia de espacio interpersonal y de tarea común.</p> <p>. Es difícil captar aspectos de la comunicación no verbal. Lo verbal y explícito se vuelve prioritario.</p> <p><b>Recomendaciones:</b></p> <p>. Recordar periódicamente el encuadre. Señalar conductas que puedan incomodar al resto (hacer algo a la vez, comer, distracciones...)</p>	<p>. La riqueza de la comunicación no verbal permite ampliar y contrastar lo narrado como material clínico.</p> <p>. El terapeuta cuenta con una diversidad de técnicas de intervención, no solo las verbales</p> <p>. El encuadre contempla conductas no admitidas que distraigan de la tarea (comer, fumar, distraerse con objetos, teléfono...)</p>
<p><b>Foco de atención del terapeuta</b></p>	<p>. El foco atencional es restringido, lo que aparece en pantalla.</p> <p>. Dificultad para captar lo no verbal.</p> <p>. La interacción se convierte en secuencial y siempre verbal (no es posible entender dos intervenciones a la vez)</p> <p><b>Recomendaciones:</b></p> <p>. El terapeuta tiene un papel ineludible de moderador.</p> <p>. Las intervenciones del terapeuta tienen que ser breves y claras.</p>	<p>. El foco atencional es muy amplio, lo dicho, lo mostrado, la interacción entre pacientes, la recepción de lo escuchado, las interacciones paralelas... (se puede entender a dos personas hablando a la vez)</p>
<p><b>Ritmo de la sesión:</b></p> <p><b>Interacción</b></p>	<p>. Necesariamente verbal. “si no hablas, no estás”; “si no miras, no estas”.</p>	<p>. Tiende a ser más espontánea y con toda la riqueza de lo no verbal.</p> <p>. La experiencia de interacción no se basa fundamentalmente en intervención hablada.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Importante que todos tengan la oportunidad de hablar</li> <li>. Los conflictos interpersonales son menores, y es difícil su elaboración</li> </ul> <p><b>Recomendaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Recoger sistemáticamente la palabra de cada participante.</li> <li>. Especial atención a las emociones desbordadas que no podemos atender y focalizan el contenido de la sesión.</li> <li>. Evitar silencios largos y explicitarlos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. El grupo tiende a autorregularse espontáneamente, sin necesidad de la intervención del terapeuta.</li> <li>. Las pausas y los silencios son mejor entendidos en su variedad (reflexivos, evitativos, de bloqueo...)</li> <li>. Dependiendo de la patología, los conflictos interpersonales pueden ser frecuentes y la capacidad de elaborarlos es mayor</li> </ul>
--	--	---

## Anexo: Documento de recomendaciones para los pacientes

*(Adaptado de Ayuda psicológica online s.f.)*

### 1. Recursos técnicos

Lo primero es verificar que dispones de los recursos tecnológicos elementales para comunicarte con el terapeuta, y que estos funcionan adecuadamente:

- Conexión a Internet de alta velocidad.
- Ordenador, Tableta o Teléfono Inteligente.
- Webcam, audífonos y micrófono.
- Software o aplicación de mensajería.
- En nuestro caso utilizamos la plataforma Zoom (gratuita)
- Navegador de Internet actualizado.
- Una cuenta y una dirección de E-mail válida.
- Una libreta para tomar notas.

### 2. El espacio

- Es muy importante elegir un lugar cómodo y tranquilo, un cuarto del que dispongas sin ningún tipo de restricción y donde puedas expresarte libremente.
- Reserva el tiempo para tus sesiones online en el horario acordado. En el que no te interrumpan ni te escuchen, en el que tengas total privacidad.
- Te recomendamos un micrófono con reducción de ruidos y auriculares de diadema para asegurarte de que nadie más escuchará la conversación.
- Procura que en el cuarto no haya elementos que te distraigan a la hora de la terapia. Si lo necesitas ten una botella de agua y pañuelos a la mano.

### 3. El ambiente

- Antes de iniciar la consulta revisa que las fuentes de ruido como timbres, teléfono o las notificaciones del móvil estén silenciadas para evitar distracciones que interrumpan la sesión.
- Para la terapia por videoconferencia prepara tu cámara web de manera que se muestre toda tu cara, para facilitar el intercambio gestual con tu psicoterapeuta.
- Asegúrate de enfocar la webcam y tener una iluminación adecuada para que el terapeuta pueda observarte. Este aspecto es fundamental en una terapia de pareja online o grupales.

### 4. Tu actitud

- No te preocupes si al principio estás un poco nervioso, es algo totalmente normal, sobre todo, si es la primera vez que haces una terapia online o tienes un nuevo terapeuta.
- Antes de iniciar cada sesión dedica de 5 a 10 minutos para relajarte. Piensa en el asunto que deseas abordar con el terapeuta o en las preguntas que quieres hacerle.
- Recuerda que mientras más cómodo estés, también te expresarás mejor y podrás compartir información más precisa que le será útil al terapeuta para poder ayudarte.

### 5. Lleva un diario

Tomar notas de tus consultas es una de las mejores prácticas en una terapia online. Te permitirán llevar un mejor seguimiento a tus ideas, realizar preguntas más explícitas al terapeuta y entender mucho mejor tu problema y progresos.

### 6. Evita la informalidad

- Sé puntual con el horario de tu terapia y respeta la duración de esta, de ese modo aprovecharás el tiempo al máximo y podrás explayarte con tu terapeuta.
- Es prácticamente imposible llevar una terapia online desde lugares públicos o concurridos, o atender a otros asuntos del trabajo o pendientes de la casa.
- Procura avisar con tiempo suficiente a tu terapeuta si necesitas cambiar el día o la hora de tu consulta y, sobre todo, sé muy constante con tus sesiones de terapia online.

## F. REFERENCIAS

American Psychological Association. Marzo de 2020.

<https://www.apa.org/practice/programs/research-information/telepsychological-services-checklist> (último acceso: 17 de Noviembre de 2020).

Ayuda psicológica online. «Ayuda psicológica Online.» s.f. <https://ayuda-psicologica-en-linea.com/terapia-online/> (último acceso: Enero de 2021).

Bravo, Paulina, Aixa Contreras, Lilisbeth Prestelo, Jeanette Pérez, y Germán Málaga. «En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud.» *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2013: 691-697.

- CADTH. «Telehealth for the assessment and treatment of depression, post-traumatic stress disorder, and anxiety; clinical evidence.» Editado por CADTH. *Rapid response report: summary with critical appraisal*, 2018.
- Comisión Central de Deontología del CGCOM. «La telemedicina en el acto médico.» Consejo general de colegios oficiales de médicos, Madrid, 2020.
- De la Torre, Marta, y Rebeca Pardo. *Guía para la intervención telepsicológica*. Guía, Madrid: Colegio oficial de Psicólogos de Madrid, 2019.
- Fisher, Shimrit, Timur Guralnik, Peter Fonagy, y Sigal Zilcha-Mano. «Let's face it: video conferencing psychotherapy requires the extensive use of ostensive cues.» *Counselling Psychology Quarterly*, 2020.
- Geller, Shari. «Cultivating online therapeutic presence:.» *Counselling Psychology Quarterly*, 2020.
- Golinelli, Davide, Erik Boetto, Gherardo Carullo, Andrea Nuzzlese, María Landini, y María Fantini. «Adoption of digital technologies in health care during the Covid-19 pandemic: Sistematyc review of early scientific literature.» *Journal of medical Internet Research* 22, nº 11 (2020).
- Keesara, Sirina, Andrea Jonas, y KKevin Shulman. «Covid-19 nd Health Care`s Digital Revolution.» *The new england journal of medicine*, Abril 2020.
- Makoul, Gregory, y María Clayman. «An integrative model of shared desicion making in medical encounters.» *Patient education and counseling*, 2006: 301-312.
- Miller, William, y Stephen Rollnick. *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidos, 2011.



Luis Davila O Bichero (*Faro de Vigo*, 15 marzo 2021)

<https://www.facebook.com/404374256307460/photos/a.405259616218924/3743610609050458>

# La curiosidad no mató al psiquiatra

**Alba Parra Torres, Alba Juanes González y Varinia Dolores Santana Florido**

AGC Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre

## 1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Escribiendo este texto no pretendo realizar una exhaustiva revisión de literatura acerca de los modelos biológicos de la enfermedad mental, ni realizar afirmaciones rígidas e irrefutables. En todo caso me gustaría que sirviera para que algún lector curioso se formulara más preguntas, si cabe, acerca de su práctica clínica diaria.

Actualmente estoy realizando una rotación de tres meses en una unidad investigación en ciencias básicas, en concreto en el departamento de farmacología de la facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Muchos, tal y como escuché a una estudiante de bioquímica hace unos días, quizás, os preguntéis, “**¿Qué hace un psiquiatra durante meses en un laboratorio?**”. Antes de empezar la rotación yo tampoco tenía muy clara mi motivación. ¿Por qué me generaba tantas dudas alejarme temporalmente de la clínica? No tengo una única respuesta a esa pregunta, aunque quizás fuera por los defectos de mi formación en ese ámbito. ¿Por qué considero importante que un psiquiatra o un psicólogo se forme en neurociencias?, ¿Por qué considero importante que conozca las técnicas de laboratorio para el estudio de las alteraciones a nivel genético o molecular que se producen en los trastornos mentales? Resulta paradójico en mi opinión que, durante los primeros años de la carrera de medicina, en la que se supone adquirimos la base de nuestra formación, estudiemos asignaturas como histología, biología, bioquímica, fisiología... y que posteriormente nuestro recuerdo sobre ellas se limite a libros bíblicos, mastodontes polvorientos en estanterías que, tras superar los exámenes, nunca más volvamos a abrir.

Si revisamos la historia de la psiquiatría moderna advertimos rápidamente que las diferentes teorías etiopatogénicas de la enfermedad mental surgen de manera paralela al descubrimiento casual de diferentes psicofármacos a partir de la segunda mitad del siglo XX. Por ejemplo, la hipótesis monoaminérgica de la depresión surge tras el descubrimiento de unos fármacos denominados tricíclicos e IMAOS que incrementaban los niveles de noradrenalina y mejoraban el estado anímico. Esto no nos debe llevar al pensamiento reduccionista mediante el cual cada enfermedad mental es consecuencia de una alteración biológica específica, pero sí a intentar comprender la enfermedad mental de manera integral, teniendo en cuenta las bases biológicas de la enfermedad cada vez que vamos a realizar una intervención. Porque, tal y como apuntaba Kandel (1998), **nuestras intervenciones (psicoterapéuticas y farmacológicas), además de otras muchas variables externas, van a modular la expresión de alteraciones genéticas que condicionan la enfermedad mental.**

Por ejemplo, en los últimos años se han publicado multitud de papers acerca de alteraciones de parámetros de inflamación y del sistema antioxidante tanto a nivel cerebral como periférico de pacientes con diversas enfermedades mentales, como esquizofrenia y trastorno bipolar. De estos hallazgos “básicos” se han formulado diferentes hipótesis/preguntas de posible utilidad clínica, como la indicación de antiinflamatorios en este grupo de pacientes. Tras una simple búsqueda en Pubmed he seleccionado uno de los miles de artículos publicados y entre sus resultados he encontrado extrañas figuras como ésta (figura 1). La mayoría de nosotros nos remitiremos directamente al apartado de conclusiones sin comprender prácticamente nada de la metodología y, frecuentemente, extraeremos unas ideas finales superficiales y sesgadas. Es decir, ¿Cómo un clínico puede actualizar sus conocimientos en neurociencias si no conoce los procedimientos ni conceptos más básicos? Parece misión imposible leer críticamente estudios en tal caso.

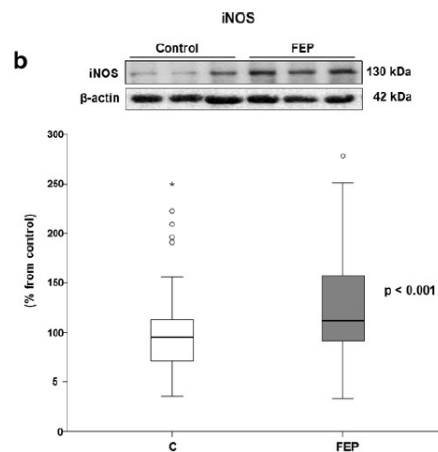


Figura 1. Resultados de un estudio sobre inflamación y psicosis

Supongo que mi objetivo con esta rotación era acercarme a este aspecto “básico” de la investigación en salud mental y disminuir mi sesgo al leer nuevos avances en este campo. De este modo, cargada de inquietudes e ignorancias, fue como aparecí en mi primer día de laboratorio. He aquí (figura 2) la “poyata” donde trabajaría los próximos meses.



Figura 2. Laboratorio

En mi caso, durante estos tres meses, me incluyeron en un estudio multicéntrico sobre alteraciones de parámetros proinflamatorios, antiinflamatorios y de translocación bacteriana en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar frente a controles sanos. Desde nuestro dispositivo nos encargábamos de analizar todas las muestras de sangre periférica. Inicialmente como observadora y posteriormente de manera autónoma realicé principalmente técnicas de **Western Blot (WB)**, **pruebas colorimétricas** y **Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA)**.

Cada una de estas técnicas está protocolizada en pasos sucesivos que deben seguirse rigurosamente para disminuir errores de técnica. De manera general hay varios aspectos importantes a tener en cuenta cuando leemos papers en los que utilizan este tipo de técnicas:

- Fijarnos en si se realizan los **análisis por duplicado o triplicado** para aumentar la robustez de los resultados. Por ejemplo, durante mi rotación, realizábamos tres WB por cada proteína a determinar y cargábamos las muestras por duplicado en cada placa de ELISA para determinar el coeficiente de variación.
- La **procedencia y tipo de muestras**. Como he podido aprender no es lo mismo trabajar con tejido de animales de experimentación, donde se controlan gran parte de variables externas, que con muestras humanas, cuyos análisis resultan más complejos y los resultados más variables. Además, dependiendo del tipo de muestra sobre el que queramos trabajar el procesado será diferente en cuanto a su procedimiento y complejidad. En relación al tipo de muestra, en los papers sobre inflamación la mayoría de análisis se realizan en sangre periférica, cuya correlación a nivel central es todavía incierta. Por otro lado, algunos parámetros se alteran de manera diferente en plasma, suero o células sanguíneas, por lo que tendremos que prestar especial atención al tipo de muestra sobre el que han trabajado en cada estudio.
- Por último, y no por ello menos importante, debemos tener en cuenta el **entramado tan complejo** de sustancias reguladoras, receptores, vías de señalización diferentes que componen cada sistema. En el caso del estudio en el que participé, por ejemplo, se alteraban significativamente determinados sistemas antioxidantes, pero no otros, siendo esto a su vez variable con respecto a otros estudios. Es por ello que resulta indispensable estudiar la base biológica sobre la que versa el artículo.

A continuación, explicaré aspectos más técnicos de algunas de las pruebas que he realizado durante mi rotación, no por su interés teórico, sino para mostrar en qué consiste el trabajo en el laboratorio. Con ello pretendo visibilizar el contenido de mi rotación y animar a que futuras generaciones de residentes soliciten este tipo de formación.



## 2. METODOLOGÍA

### A) WESTERN BLOT

El WB es una técnica ampliamente utilizada en el laboratorio, también conocido como “protein blotting” o “immunoblotting”. Introducida por Towbin et al. en 1979, sirve para la inmunodetección y cuantificación de proteínas específicas.

En mi caso trabajé sobre extractos de citosol de células mononucleares (linfocitos) que extraje previamente. Antes de la realización de la técnica WB realicé una prueba conocida como Bradford que sirve para determinar la cantidad de proteínas que tiene cada muestra y calcular la dilución para alcanzar una concentración de 1 microgramo/microlitro, que es la que se utiliza para el WB. Nuestro objetivo era cuantificar diversas proteínas, entre ellas, cinasas de proteínas activadas por mitógenos (MAPK) como ERK, JNK, p38, implicadas en la regulación en procesos celulares (como el crecimiento celular, supervivencia celular, apoptosis...), enzimas implicadas en procesos inflamatorios como COX-2 o iNOS, etc.

El primer día preparábamos **los geles de acrilamida** (figura 3), compuestos de una primera fase denominada **gel separador** y una segunda fase conocida como **gel concentrador**. En la parte de arriba se colocaban unos **peines**, antes de que el líquido gelificara, que al retirarlos dejarían unos huecos (“pocillos”) donde posteriormente podríamos cargar las muestras.

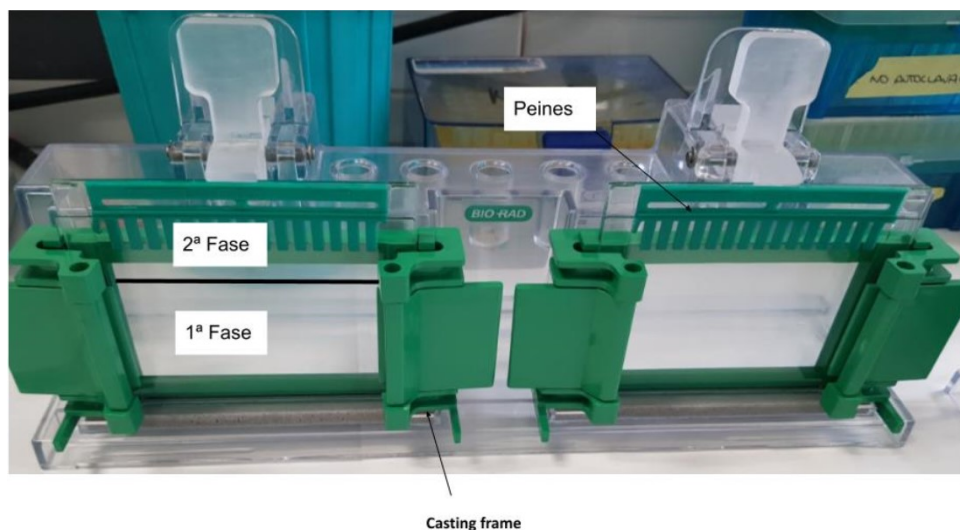


Figura 3. Stand de polimerización con los geles polimerizando en dentro de los cristales. Contienen varios componentes: acrilamida, agua destilada, tris, SDS, persulfato amónico y temed

Una vez estaba todo el líquido gelificado retirábamos los peines de cada gel y colocábamos los cristales en el aparato de electroforesis. **El objetivo de la electroforesis es separar las proteínas de la muestra en base a su peso molecular.** Desnaturalizábamos las muestras a 90° durante 5-10 minutos para dejarlas desprovistas de su estructura tridimensional y que, posteriormente, pudieran unirse al

anticuerpo. En el primer pocillo de cada gel cargábamos un patrón que nos servía de guía para saber el patrón de migración de las proteínas según su peso molecular y en los 14 pocillos restantes cada una de nuestras muestras (figura 4). Una vez cargadas las muestras se conectaba electroforesis a 100-120V durante 1-2 horas. En la figura 5 observamos cómo las proteínas migran por el gel de acrilamida en base al tamaño del polipéptido.

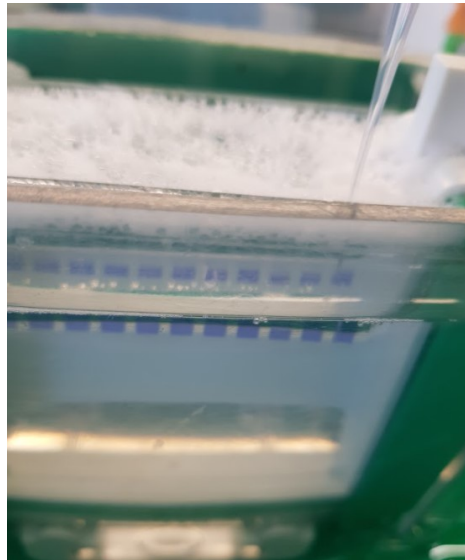
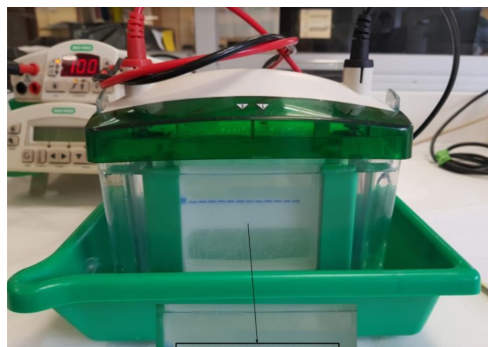
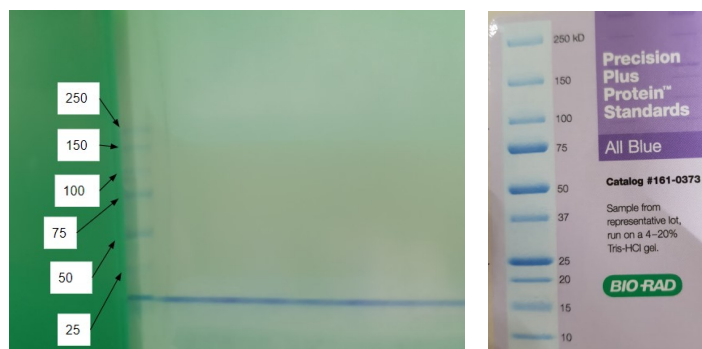


Figura 4. Carga de muestras en equipo de electroforesis



a.



b.

Figura 5. Electroforesis en diferentes tiempos: a) proteínas en gel concentrador b) las proteínas ya están en gel separador y migran según su peso (a la derecha vemos el patrón guía)

Posteriormente realizábamos la **transferencia**. Para ello desmontábamos el aparato de electroforesis y extraíamos los geles de los cristales (figura 6). Separábamos la primera y segunda fase, ya que sólo nos interesaba la primera (donde estaban nuestras proteínas) y la colocábamos junto con unas gasas y una membrana dentro de un aparato denominado “turbo blot” que sirve para transferir el contenido del gel a una membrana (figura 7).

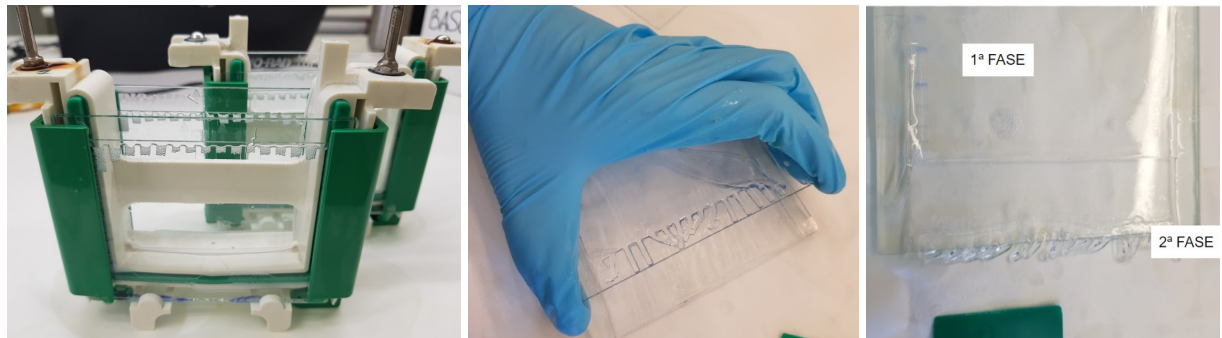


Figura 6. Proceso de extracción de los geles previo a la transferencia.

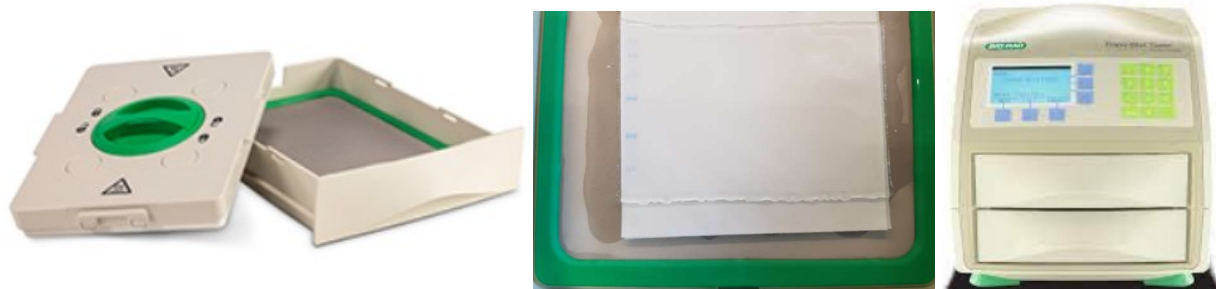


Figura 7. Aparato de transferencia

Tras la transferencia procedíamos a **teñir las membranas con Rojo Ponceau**, colorante que **marca las bandas de proteínas**, y **cortarlas** en segmentos según las proteínas que queríamos determinar en el mismo WB (figura 8 y 19). Por ejemplo, en uno de mis casos, corté entre 150 y 100 para ver iNOS (130kDa), entre 100 y 50 para leer cox-2 (72 kDa) y entre 50 y 37 para leer pERK y ERK total (42 kDa). El patrón cargado en el primer pocillo servía de guía visual para saber dónde cortar cada segmento.

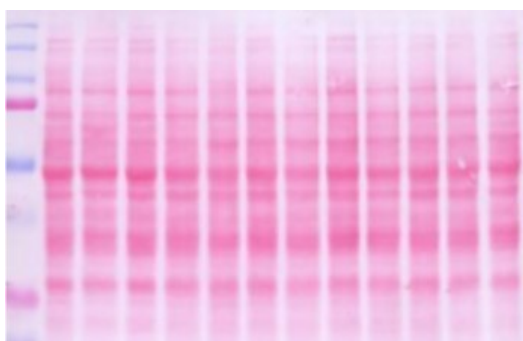


Figura 8. Membrana teñida con Rojo Ponceau.



Figura 9. Cubeta con segmentos de membrana

Tras colocar cada segmento de membrana en su cubeta correspondiente se procedía a realizar varios **lavados con un líquido detergente (TBS-tween)** para quitar el colorante y **bloquear con BSA (Albúmina de Suero Bovino)** durante una hora. El bloqueo sirve para prevenir uniones no específicas de nuestro anticuerpo. Tras el bloqueo se dejaban los segmentos **incubando con un anticuerpo primario** durante 24 o 48 horas en agitación (figura 10) a bajas temperaturas.



Figura 10. Agitador

Al siguiente día recogíamos las cubetas, volvíamos a realizar varios lavados con TBS-Tween durante media hora y, posteriormente, dejábamos los segmentos de membrana incubando durante una hora y media con un **anticuerpo secundario conjugado a la enzima HRP** (peroxidasa de rábano). El anticuerpo secundario es un anti-IgG y, según el animal con el que se haya sintetizado el primario, es anti-rabbit, anti-goat, anti-mouse... Tras la incubación con el secundario se volvían a realizar varios lavados durante otra media hora y, posteriormente, se llevaba a cabo el **revelado** (actualmente se realiza con ayuda de ordenadores). Se cubría cada membrana con **reactivo ECL** durante 1-2 minutos, que reaccionaba con el anticuerpo secundario conjugado a la enzima HRP produciendo una señal que captaba la máquina de revelado (figura 11 y 12).

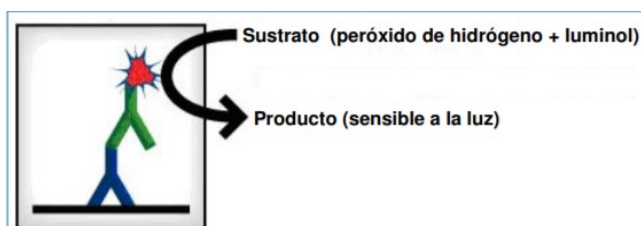


Figura 11. Esquema de la reacción



Figura 12. Material para el revelado

En el revelado se obtenían imágenes como las siguientes (figura 13). La primera imagen será la que veremos publicada en los diferentes papers, sin embargo, será su imagen en negativo la que nos sirva para determinar (“densitometrar”) qué cantidad de proteína de ese peso molecular expresa cada una de nuestras muestras.

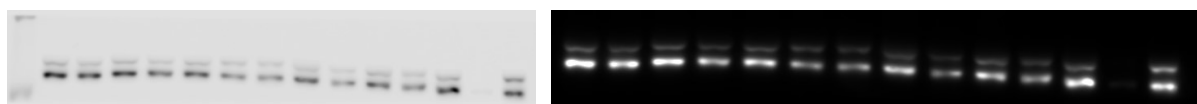


Figura 13. Imágenes de ERKtotal

En todos los casos se cuantifica una **proteína de control de carga** (como la beta-actina), que veremos publicada en los diferentes papers (figura 14). Son proteínas altamente conservadas, presentes en cantidades similares independientemente del tipo de muestra, y sirven para asegurar (una vez más) que estás cargando concentraciones similares de proteínas totales en los diferentes pocillos. Cada cuantificación de proteína que nosotros realizábamos en el WB la interpretábamos, por tanto, según la señal de la beta-actina.

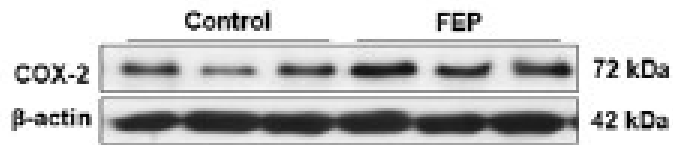


Figura 14. Imagen de cox-2 y control de carga beta-actina por WB

Una vez obtenidas las imágenes se procedía a “**densitometrar**”, es decir, cuantificar la señal mediante un programa de ordenador denominado **Image J**, que calcula las medias de intensidad de señal (figura 15).

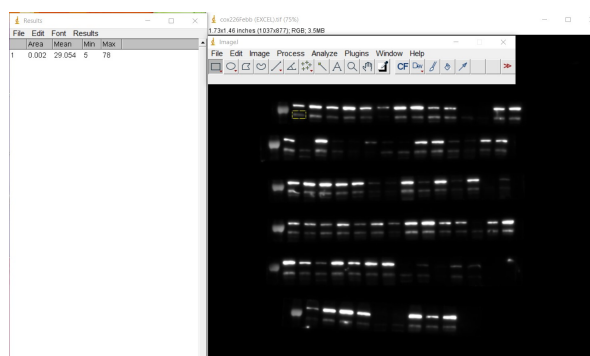


Figura 15. Programa ImageJ

Estas medias nosotros las pasábamos un Excel, donde las dividíamos entre las medias de actina. Este resultado, en relación al promedio de los controles y en forma de porcentaje, será el que veremos expresado en los diferentes papers. De este modo, podríamos ya comprender de dónde proviene la figura 1 (figura 16).

... p<sub>COX-2</sub> is increased in samples from FEP patients compared with controls (table 2 and figure 1a). Similarly, the expression of the 2 main enzymatic sources of I&ON soluble mediators, iNOS and COX-2, were significantly higher in FEP group than those in the control subjects (table 2 and figure 1b and c). However, at this particular

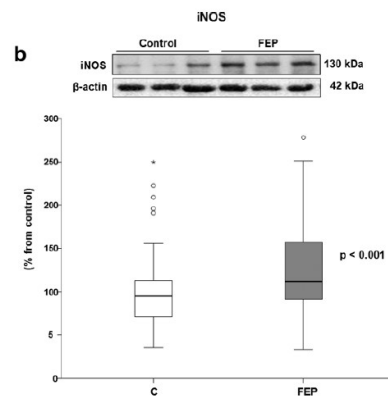


Figura 16. Resultados de un estudio “cualquiera”

## B) PRUEBAS COLORIMÉTRICAS

Estas técnicas nos proporcionan información cualitativa y cuantitativa sobre sustancias en disolución. Por lo general, se emplean reactivos sobre la muestra que dan lugar a sustancias coloreadas que son leídas por un espectrofotómetro.

Para cada determinación utilizábamos un kit comercial diferente y seguíamos las introducciones del kit. Por ejemplo, para la determinación de la actividad de la catalasa utilizamos el kit: DetectX® Catalase Activity Kit (<https://www.arborassays.com/product/k033-h1-catalase-colorimetric-activity-kit/?highlight=catalase>). Alteraciones en la actividad de esta enzima antioxidante han sido descritas en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, por ejemplo. Esta enzima cataliza el paso de peróxido de hidrógeno (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) a agua (H<sub>2</sub>O) y oxígeno (O<sub>2</sub>) disminuyendo por tanto la cantidad de esta especie reactiva. Para realizar la técnica teníamos que preparar las muestras y los estándares. Los estándares llevan una catalasa bovina a concentraciones conocidas y sirven para crear una curva patrón de referencia para interpretar los resultados de nuestras muestras (figura 17). Cada muestra/estándar se diluía en una cantidad de assay buffer (medio de disolución que contiene detergentes, estabilizadores...) y se cargaban 25 microlitros en cada pocillo de la placa (figura 18). Posteriormente se añadía el peróxido de hidrógeno y se incubaba por 30 minutos. Pasado este tiempo se añadía 25 microlitros de sustrato y una peroxidasa de rábano (HRP) que reacciona en presencia de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> dando color a cada pocillo (en este caso rosa). Cuanto más color, más H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> hay en el pocillo y, por tanto, menos actividad de catalasa. El cálculo final se expresa en unidad de actividad de catalasa por ml, y podría estar representado en un paper con el siguiente gráfico (figura 19).

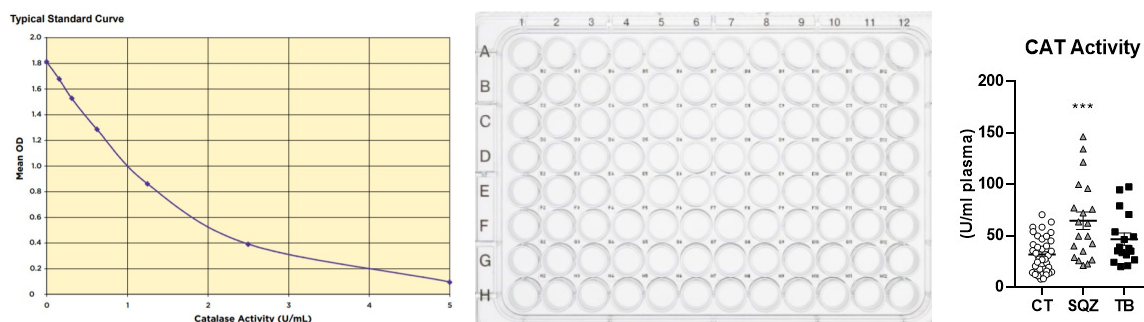


Figura 17. Curva patrón. Figura 18. Placa donde se cargan las muestras. Figura 19. Gráfica donde se muestra la actividad de catalasa en grupo de controles (CT), esquizofrenia (SQZ) y bipolares (TB).

### 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Supongo que las últimas páginas habrán sido poco estimulantes, incluso para el que con cierta curiosidad inicial las haya leído. En estos meses he conocido parte del funcionamiento del trabajo de un equipo de investigación en ciencias básicas y, como vosotros, he experimentado por momentos el tedio del método: he repetido una y otra vez el protocolo de una misma técnica, me he impacientado con los tiempos de espera o cuando los resultados no eran válidos tras horas de trabajo dedicado. No obstante, ha

sido una experiencia gratamente enriquecedora para mí, tanto en lo personal como en lo académico. Desconozco si me servirá de algo saber realizar WBs, calcular diluciones o pipetear habilidosamente. Pero, indudablemente, he conocido la labor que realizan para futuras coordinaciones en proyectos, he puesto en práctica el método científico, he adquirido conceptos básicos para leer de manera más crítica artículos científicos... Y, sobre todo, he fomentado mi curiosidad. A pocos meses de finalizar mi residencia revivo multitud de experiencias, anécdotas, enseñanzas... Entre ellas, siempre recuerdo la frase de una psiquiatra de este centro tras finalizar una primera entrevista en la que el paciente había hablado de toda su familia menos de su padre, “¿No sentías curiosidad por preguntarle por...?, ¿Por qué no te habló del padre?”. Sin pretenderlo, probablemente haya sido una de las enseñanzas más importantes que he recibido durante toda mi formación. Desde aquel día intento trabajar desde la curiosidad cada vez que me enfrento a un paciente para indagar acerca del motivo por el que cruza la puerta de la consulta, por el que se encuentra irritable ese día, por el que ... Personalmente, esa curiosidad es la inquietud intelectual que me empuja a formularme dudas y preguntas a partir de mi práctica clínica diaria e investigar sobre ellas, a seguir formarme e, incluso, a escoger rotaciones por la simple curiosidad de aprender cosas nuevas.



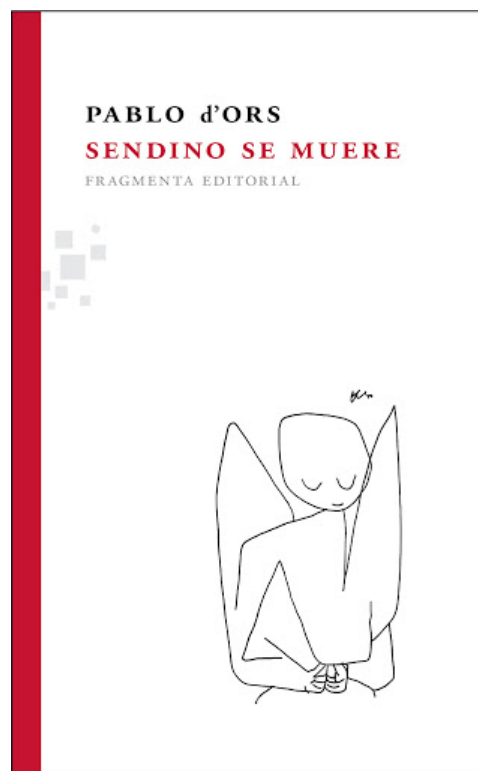
## **“Sendino se muere”. Jamás hubiese podido imaginar que un libro tan corto podría aportarme tanto**

**Filda Messal**

Estudiante 5º año Medicina. Hospital Universitario 12 de Octubre (UCM)

Como estudiantes de medicina, pasamos de quejarnos por estudiarnos 100 páginas, a que, en quinto y sexto, nos parezca normal memorizar 500 páginas por asignatura. Pero en ningún momento nos paramos un momento para leer. Leer sobre aspectos humanos que influyen en nuestro día a día, sobre las emociones de las personas y su vivencia de cada experiencia, en concreto, de la enfermedad y de cómo se sienten tratados.

Nadie nos enseña cómo ponernos en el sitio del otro, ni cómo afrontar cada etapa de nuestra vida, hasta que algún día, dejamos de ser los que lo controlan todo, a ser pacientes como cualquier otro.



*“Todos los enfermos ponen ante nosotros un espejo, de modo que en su rostro, veríamos nuestro rostro”*

Es verdad, como bien dice en el libro <sup>2</sup>, que los últimos días y hasta las últimas horas de la vida de una persona, simbolizan bien lo que una persona ha sido, y eso, solo podría derivar de un largo aprendizaje, ya sea a nivel personal, con las experiencias vividas y el entorno, como a nivel profesional, donde cada paciente aporta su granito de arena en nuestro desarrollo como futuros médicos, dado que al ser un mundo nuevo para

<sup>2</sup> Pablo d'Ors. “Sendino se muere”. Madrid: 2012. Fragmenta Editorial. “Durante su enfermedad, la doctora África Sendino fue anotando sus impresiones de cara a un libro que la propia enfermedad le impidió escribir. Pablo d'Ors, quien la asistió en sus últimos meses de vida, rescata sus anotaciones y las contextualiza en una vida que no duda en calificar de *ejemplar*. «Sendino se muere no es, ciertamente, lo que ella escribió, sino lo que yo viví a su lado mientras ella intentó escribir. Pero contiene —estoy seguro— buena parte de lo que Sendino quiso transmitir en su proyectado libro y, sobre todo, de lo que ella realmente era y vivía.». Dice Sendino: «He dedicado mi vida a ayudar a los demás, pero no he podido marcharme de este mundo sin dejarme ayudar por ellos. Dejarse ayudar supone un nivel espiritual muy superior al del simple ayudar. Porque si ayudar a los demás es bueno, mejor es ser ocasión para que los demás nos ayuden. Sí, lo más difícil de este mundo es aprender a ser necesitado» (<http://www.fragmenta.cat/es/fragmentos/catalogo/fragmentos/126380>).



nosotros, tendemos a fijarnos más en cada uno de los detalles que, por rutina, muchos adjuntos ya no ven.

Uno de los aspectos que me llamó la atención en el libro como estudiante, es la forma con la que Sendino respondía cuando se le preguntaba qué tal estaba. Lo que me llevó a pensar la facilidad con la que nosotros, yo incluida, realizamos esta pregunta de forma automática a los pacientes sin mostrar interés sobre cómo se sienten realmente a nivel mental. Solo nos fijamos en su bienestar físico centrándonos en sus síntomas y medicándolos. No nos damos cuenta del papel tan importante que desempeña el bienestar mental del paciente en el desarrollo de su enfermedad y en su posible mejoría.

Creo que no somos lo suficientemente conscientes de que simplemente haciendo nuestro trabajo con responsabilidad y competencia, la capacidad de alivio que procuramos al paciente, nosotros los sanitarios, es inmensa. Es una suerte poder contribuir al bienestar de una persona con tanta facilidad.

Sendino como paciente, nos enseña lo importante que es transmitir a los pacientes e incluso tener nosotros mismos en mente, la enfermedad como una inmensa e inmerecida ocasión para el aprendizaje. Siempre la vemos como algo que nos condiciona y nos impide vivir con tranquilidad, sin embargo, tenemos que intentar sacar siempre lo bueno de todo lo malo, por más difícil que parezca estoy convencida de que siempre hay una luz en cada túnel.

Me he dado cuenta de esto tras mi experiencia covid, en la que estuvimos encerrados 13 miembros de mi familia en un hospital en Marruecos en una habitación cada uno, encerrados durante 1 mes con llave, sin duchas y grabados las 24h por ser covid positivos.

Fue así porque al principio de la pandemia, en abril 2020, nadie sabía realmente lo que podía hacer este virus, sobre todo en un país en vías de desarrollo como es Marruecos. Nos trataron como si tuviéramos la peste negra y no se nos acercaban ni con un palo, sobre todo los médicos, lo cual me decepcionó mucho porque los tenía muy idealizados. Tenía idealizada esta profesión, la consideraba como una de las más nobles y humanas de este mundo, y en ese momento me di cuenta de la poca compasión que pueden mostrar muchos médicos. Pero con esta experiencia estas ideas fueron en declive.

Sin embargo leyendo este libro me ha permitido reforzar mis ganas de ser una médico que se acerque lo más posible de lo que viene a ser África Sendino, sacando así la buena parte de esta experiencia traumática pero a la vez muy enriquecedora. Ojalá hubiese médicos o mejor dicho, más personas como ella en este mundo, Cada día estoy más convencida de que

eso depende sobre todo de la educación y el aprendizaje que recibimos y por eso me parece esencial en la carrera.

Cito algunas de las actitudes que me hicieron reflexionar y aprender para cuando llegue el momento de tratar con mis pacientes:

*« No se puede exigir fortaleza al enfermo, más bien hay que darle razones para que la tenga »*

*« El enfermo necesita hablar mucho más que escuchar »*

En la mayoría de las prácticas nos sentimos más como un peso para el médico que como estudiantes en aprendizaje, lo cual me parece una pena porque eso nos condiciona mucho y nos limita en varios aspectos de la vida, como es, el desarrollo de empatía hacia los pacientes. Vemos a los adjuntos con una rutina sistematizada que no nos permite ver la vivencia del paciente de la enfermedad.

Tanto como médicos como personas nos tenemos que parar un rato a reflexionar sobre la vida, aprender a descargar ese estrés constante en el que vivimos sobre todo en esta carrera y en este siglo donde la gran cantidad de caminos y posibilidades que nos ofrece la vida no hace más que reforzar nuestra inseguridad y que nos perdamos.

En fin, simplemente quisiera acabar con una de mis frases preferidas del libro: *« No hay cuidado del alma que no termine por redundar en el cuerpo y en la inteligencia »*.

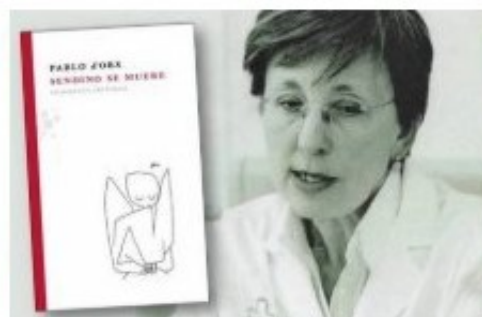
A esta frase yo añadiría, como futura médica, que no hay cuidado del alma que no termine por redundar también en nuestro entorno, nuestros familiares, y sobre todo en nuestros pacientes.

*Filda Messal*

*Estudiante de 5º Medicina*

*Hospital Universitario 12 de Octubre*

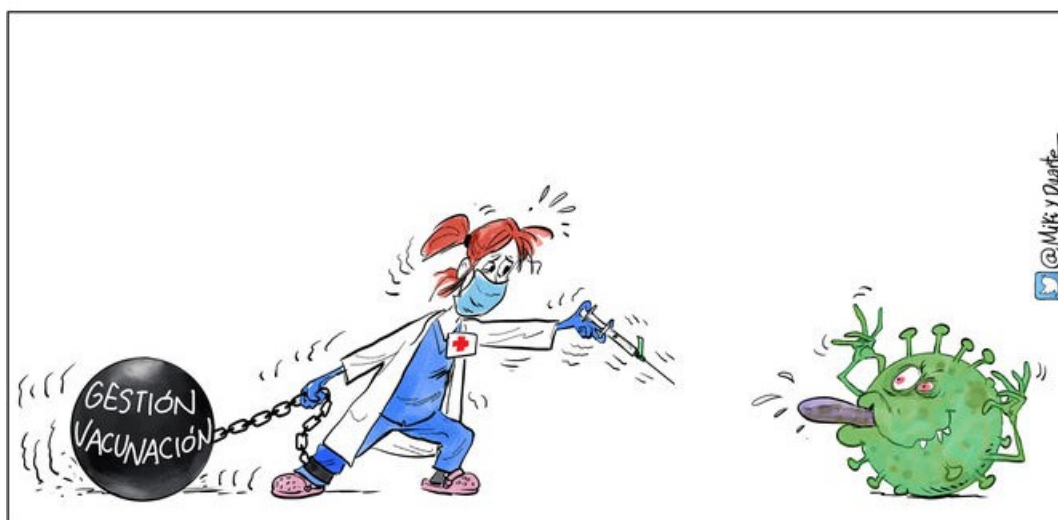
Entrevista a la Dra. África Sendino en Diario Médico 7-6-2007: *“Doctora en Medicina y máster en enfermedad”*. Accesible desde: <https://studylib.es/doc/6988384/sendino-416.71-kb>.



Artículos

- Molina Martín JD, Del Yerro Álvarez M<sup>a</sup>J, Vega González LS, Solera Mena S, Rubio Valladolid G, López Muñoz F. **Organización asistencial de la Salud Mental durante la pandemia por COVID-19 en el Área Sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España).** Arch Med Dominicanos (2020) 3,2:5-17.

Pdf en: <https://www.diariosalud.do/wp-content/uploads/2020/10/AMED-octava-edicion-1.pdf>.



Miki y Duarte (*Diario de Sevilla*, 26 marzo 2021)

[https://www.diariodesevilla.es/miki-duarte/Ritmo-Vacunacion\\_0\\_1558946403.html](https://www.diariodesevilla.es/miki-duarte/Ritmo-Vacunacion_0_1558946403.html)

<sup>3</sup> Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan su formación en nuestros servicios, al tener el estudiante o residente fácil acceso al autor o autores de la publicación. Os volvemos a invitar a que utilicéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

## Reunión "Psicosis Resistente y uso de Clozapina"

Dr. Javier Sanz Fuentenebro (CSM Usera. i+12 HU12O. Facultad Medicina UCM)  
 Noviembre 2020

**(Videos ya disponibles: acceso gratuito con registro)**

<https://profesionales.adamedtv.com/category/reunion-sobre-psicosis-resistente-y-uso-de-clozapina>

➤ **Docentes**

**Dr. Vicente Molina.**  
H Clínico. Universidad de Valladolid

**Dr. Celso Arango.**  
U. Adolescentes HGU Gregorio Marañón,  
U. Complutense Madrid

**Dr. Emilio Fernández-Egea.**  
Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation  
Trust.University of Cambridge

**Dr. Benedicto Crespo.**  
Hospital Virgen del Rocío. Universidad de Sevilla.

**Dra. Isabel Castillo.**  
CSM Villaverde, AGCPSM H12Octubre

**Dra. Eva Sánchez Morla.**  
UHB, AGCPSM H12Octubre

**Dr. Miguel Bernardo.**  
Hospital Clínico Universidad de Barcelona

**Dr. José Villagrán.**  
Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz

**Dr. Francisco Javier Sanz.**  
CSM Usera, AGCPSM H12Octubre. Madrid

**Dra. Marta Marín.**  
CSM Usera, AGCPSM H12Octubre. Madrid

➤ **Organizado por:**

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y  
Salud Mental Hospital 12 Octubre

Fundación Investigación Hospital 12 Octubre

Facultad de Medicina Universidad Complutense




**20—21.11.2020**


### REUNIÓN SOBRE PSICOSIS RESISTENTE Y USO DE CLOZAPINA

Dirigido a:

- Médicos especialistas en Psiquiatría
- Profesionales con interés en la Esquizofrenia

**Facultad de Medicina de  
la Universidad Complutense  
de Madrid**



### Introducción

En un complejo momento de nuestro conocimiento sobre las psicosis, el interés por clozapina, un fármaco clásico en nuestro arsenal terapéutico, no sólo se mantiene sino que aumenta.

Clozapina es un fármaco eficaz en esquizofrenia no respondedora a otros tratamientos, pero también útil en aquellas situaciones en que se asocia a agresividad o riesgo de suicidio. A pesar de esta particular eficacia, su uso se mantiene por debajo de lo esperable. Los motivos de esta infrautilización son complejos, pero cualquier actuación que pretenda un uso apropiado pasa por actualizar el conocimiento de los prescriptores.

Este curso se propone, en consecuencia, actualizar la información disponible sobre manejo práctico de la sustancia en su uso habitual y en situaciones particulares; dotando al clínico de un marco seguro desde el que poder indicar y seguir este tratamiento en las situaciones en las que los pacientes lo precisen.

*"La situación sanitaria actual, ha obligado a modificar la inicial propuesta de Curso presencial en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, por el formato online".*

## 20

Viernes

	Introducción → Dr. Francisco Javier Sanz
16 - 16,45 h	Sobre la Resistencia → Dr. José Villagrán
16,45 - 17,30 h	Sustrato neurobiológico de la particularidad de clozapina → Dr. Vicente Molina
17,30 - 18,15 h	Sobre el retraso en el inicio y el uso temprano: ¿Cuándo empezar? → Dr. Francisco Javier Sanz
18,15 - 19 h	Clozapina en adolescentes → Dr. Celso Arango
19 - 19,45 h	Clozapina y consumo de drogas en psicosis → Dra. Marta Marín
19,45 - 20 h	Discusión

## 21

Sábado

9,30 - 10,15 h	Síntomatología obsesiva en contexto de tratamiento con clozapina, valoración y manejo → Dr. Emilio Fernández-Egea
10,15 - 11 h	Ultra resistencia; TEC y clozapina → Dr. Miquel Bernardo
11 - 11,45 h	Clozapina en la discapacidad intelectual → Dr. Benedicto Crespo
11,45 - 12,30 h	Gestión de riesgos y manejo práctico → Dra. Isabel Castillo
12,30 - 13,15 h	Manejo práctico y gestión de riesgos → Dra. Eva Sánchez Morla
13,15 - 14 h	Discusión y Conclusiones



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### Introducción a la reunión y ponencia "Sobre la resistencia" del Dr. José Villagrán

Introducción de la Reunión sobre psicosis resistente y uso de clozapina, a cargo del Dr. Francisco Javier Sanz del CSM Usera, AGCPSPM H12 Octubre de Madrid. [...]

[Leer más](#)



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### "Sustrato neurobiológico de la particularidad de clozapina" del Dr. Vicente Molina

Ponencia "Sustrato neurobiológico de la particularidad de clozapina", a cargo del Dr. Vicente Molina del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. REUNIÓN SOBRE PSICOSIS RESISTENTE Y USO [...]

[Leer más](#)



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### "Sobre el retraso en el inicio y el uso temprano de clozapina: ¿Cuándo empezar?" del Dr. Javier Sanz

Ponencia "Sobre el retraso en el inicio y el uso temprano de clozapina: ¿Cuándo empezar?", a cargo del Dr. Francisco Javier Sanz del CSM Usera, AGCPSPM [...]

[Leer más](#)



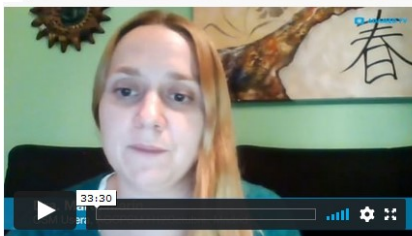
🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### "Clozapina en adolescentes" del Dr. Celso Arango

Ponencia "Clozapina en adolescentes", a cargo del Dr. Celso Arango del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. REUNIÓN SOBRE PSICOSIS RESISTENTE Y USO DE CLOZAPINA En un [...]

[Leer más](#)



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### "Clozapina y consumo de drogas en psicosis" de la Dra. Marta Marín

Ponencia "Clozapina y consumo de drogas en psicosis", a cargo de la Dra. Marta Marín del CSM Usera. AGCPSPM H12 Octubre de Madrid. REUNIÓN SOBRE PSICOSIS [...]

[Leer más](#)



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### "Síntomatología obsesiva en contexto de tratamiento con clozapina, valoración y manejo" del Dr. Emilio Fernández-Egea

Ponencia "Síntomatología obsesiva en contexto de tratamiento con clozapina, valoración y manejo", a cargo del Dr. Dr. Emilio Fernández-Egea del Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. [...]

[Leer más](#)



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### “Ultra resistencia; TEC y clozapina” del Dr. Miquel Bernardo

Ponencia “Ultra resistencia; TEC y clozapina”, a cargo del Dr. Miquel Bernardo del Hospital Clínic Universidad de Barcelona. REUNIÓN SOBRE PSICOSIS RESISTENTE Y USO DE CLOZAPINA [...]

📖 Leer más



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### “Clozapina en la discapacidad intelectual” del Dr. Benedicto Crespo

Ponencia “Clozapina en la discapacidad intelectual”, a cargo del Dr. Benedicto Crespo del Hospital Virgen de Rocio de Sevilla. REUNIÓN SOBRE PSICOSIS RESISTENTE Y USO DE [...]

📖 Leer más



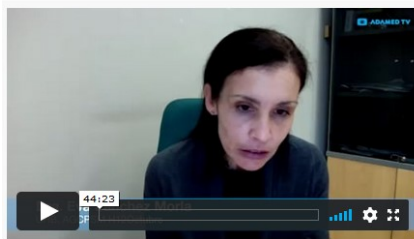
🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### “Gestión de riesgos y manejo práctico” de la Dra. Isabel Castillo

Ponencia “Gestión de riesgos y manejo práctico”, a cargo de la Dra. Isabel Castillo del CSM Villaverde, AGCPSPM H12 Octubre de Madrid. REUNIÓN SOBRE PSICOSIS RESISTENTE [...]

📖 Leer más



🕒 diciembre 15, 2020

Categorías ▾

### “Manejo práctico y gestión de riesgos” de la Dra. Eva Sánchez Morla

Ponencia “Manejo práctico y gestión de riesgos”, a cargo de la Dra. Eva Sánchez Morla del UHB, AGCPSPM H12 de Octubre de Madrid. REUNIÓN SOBRE PSICOSIS [...]

📖 Leer más



<https://profesionales.adamedtv.com/category/reunion-sobre-psicosis-resistente-y-uso-de-clozapina>

**Acceso con registro en:** <https://profesionales.adamedtv.com/registrarse>

Cortesía de Adamed Laboratorios



## SESIONES CLINICAS DE AREA (miércoles 13.30 - 15 h.)

Estimados compañeros,

Como sabréis, este año las sesiones clínicas generales del área no se han acreditado, y por ello en las primeras sesiones no se pidió registro de asistencia. Sin embargo, seguiremos registrando la asistencia ya que es información relevante, para lo que os pediría que **al finalizar la sesión apuntéis vuestro nombre y categoría profesional (adjuntos y residentes) a través del chat de zoom "docencia"**, evitando escribir en el chat de "ponente" para no distraer.

Siento la confusión. Para cualquier duda o comentario estoy a vuestra disposición.

Sara Herrera Rodríguez  
Psicóloga Clínica. CSM Usera  
Doctora en Psicología Clínica y de la Salud  
Coordinadora de Formación Continuada y Docencia  
AGC Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

### Calendario Sesiones Clínicas de Area: abril – junio 2021

#### Abril 2021

- 7 **Sesión Clínica del Residente**
- 14 **UHB – UTH – Urgencias Psiquiatría**
- 21 *Por determinar*

#### Mayo 2021

- 5 **Sesión Clínica del Residente**
- 12 **Centro San Juan de Dios – Clínica Ntra. Sra. La Paz**
- 28 *Por determinar*

#### Junio 2021

- 2 **Sesión Clínica del Residente**
- 9 **Interconsulta Infanto-Juvenil**
- 16 *Por determinar*
- 23 **Centro Salud Mental de Usera**



**Entre varios compañeros hemos construido este número 69.  
Os animamos a enriquecer los siguientes  
con vuestro trabajo y creatividad**



**Objetivos del BOLETIN:**

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre y dispositivos asociados
- Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales citados
- Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales del AGCPSM del HU 12 de Octubre y dispositivos asociados

**Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones

**Metodología de elaboración:** Santiago Vega ( [santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org) ) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a su correo las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del Boletín (u otras que a alguien se le ocurran)

**Distribución gratuita:** descargable desde <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>