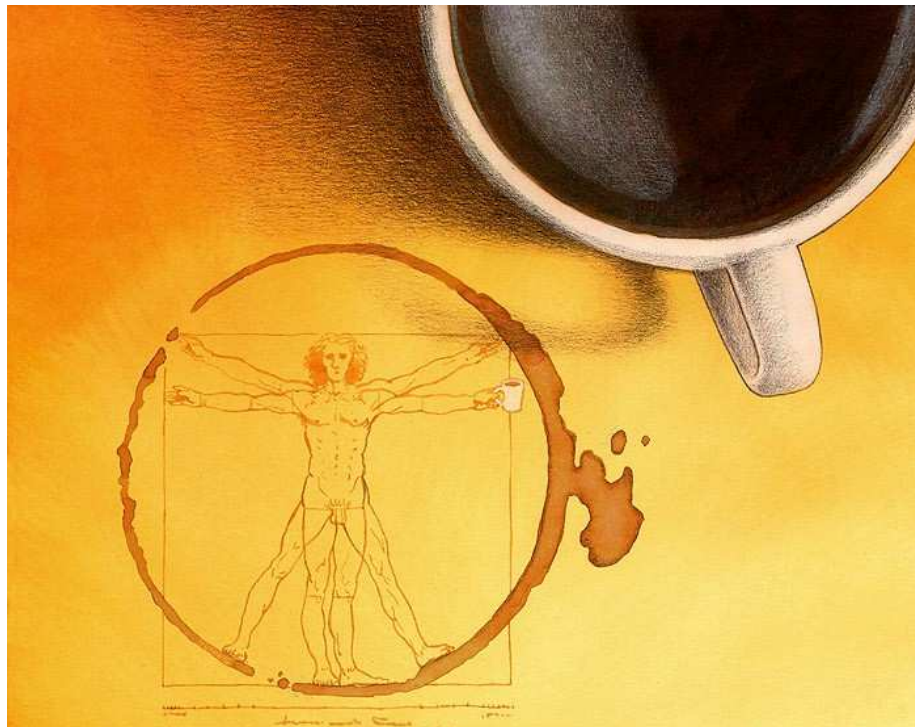


BOLETIN

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

Número 53 – Mayo 2017



Web del AGCPSM: www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

Cursos y Jornadas AGCPSM: **Conferencias AGCPSM: 2º trimestre 2017**

(Martín L. Vargas Aragón / Beatriz Mesías Pérez y Francisco Arias Horcajadas)

Psicofarmacología Geriátrica: actualización y controversias (Roberto Petidier Torregrossa, Jorge López Álvarez, Luis F. Agüera Ortiz, Javier Olazarán Rodríguez y José de la Oliva Sánchez)

Diálogos entre Psicoterapeutas (Javier Ramos García, Alejandro Avila Espada, Hugo Bleichmar, Alicia Moreno Fernández y Jesús Fernández Rozas)

Rotaciones Externas Residentes: **"Mi vivencia trabajando desde el otro lado"** (Carla P. Russo Ferrari) - **"Memoria de una experiencia: la terapia sistémica desde una aproximación ecológica y su praxis en Nueva York"** (Patricia Nava García) - **"Una experiencia en Psiquiatría Penitenciaria: unión de clínica, fundamentos legales y forenses"** (Manuel Nieves Carnicer) - **"Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, cuando la obiedad se hace presente"** (Angela C. Vargas Villasante) - **"Set list. Buenos Aires"** (Sergio Puerta Rodríguez)

Reseñas: **"Ya no es como antes. Elogio del perdón en la vida amorosa"**, de Recalcatti (Ignacio Mearin Manrique) - Documental: **"Life, animated"** (Santiago Vega González)

AREA DE GESTION CLINICA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



Cada **viernes** se actualiza nuestra página web con la información sobre la sesión clínica del miércoles siguiente. Periódicamente se actualiza el resto de la información de los distintos apartados de la web.

Hospital Universitario 12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Servicio Madrileño de Salud
Consejería de Sanidad
La Suma de Todos
Comunidad de Madrid
www.madrid.org

Psiquiatría

El Servicio Pacientes Asistencia Formación Investigación Profesionales

Sábado, 23 de noviembre de 2013 Inicio

Bienvenido
al Servicio de Psiquiatría
www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

Bloque B
Psiquiatría

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

Además de nuestra web, ya se pueden consultar los Boletines y Cuadernos de Salud Mental del 12 desde la web de la **Biblioteca Virtual del 12 de Octubre** (<http://cendoc.h12o.es>), lo cual amplifica la visibilidad de nuestras publicaciones ¹.

¹ Portada: Pawel Kuczynski (Szczecin - Polonia, 1976) En: <https://www.facebook.com/pawelkuczynskiart>

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCION DEL CONSUMO CRÓNICO DE BENZODIACEPINAS



Puesta en marcha de la estrategia para la reducción del consumo crónico de benzodiazepinas

El pasado 31 de Enero de 2017 se presentó a los directores asistenciales y de continuidad asistencial el programa que tiene como objetivo disminuir el número de pacientes en tratamiento durante más de tres meses con benzodiazepinas (BZD) y sensibilizar a los profesionales sanitarios de la importancia de una utilización restringida en el tiempo de estos medicamentos.

La estrategia, que ha sido diseñada por un grupo de trabajo formado por médicos de familia, farmacéuticos de atención primaria y de residencias, geriatras y enfermeras y coordinado por la Subdirección de Farmacia y Productos Sanitarios, pone a disposición de los profesionales una serie de herramientas de ayuda para que los pacientes dejen de tomar las BZD cuando ya se ha conseguido controlar el problema para el que se indicaron. Los recursos que se ofrecen son:

- Hojas de información al paciente sobre la conveniencia de dejar de tomar estos medicamentos siguiendo las instrucciones de los profesionales sanitarios y sobre medidas no farmacológicas sobre el estrés y la higiene del sueño.
- Un protocolo de AP-Madrid que permite el registro y seguimiento en la historia clínica del paciente de las actuaciones realizadas.
- Un calendario automático de reducción de dosis una vez indicada la pauta de descenso por el médico.
- Un cortador de comprimidos para que el paciente tenga facilidad para dividir los comprimidos según las pautas propuestas por el calendario de reducción de dosis.
- Modelos de entrevista motivacional para los distintos profesionales que pueden participar en el proceso.
- Programa de formación de formadores, con cursos presenciales y online cuya primera edición presencial comienza hoy y durará aproximadamente tres meses.
- Cartel fomentando que se informe al paciente sobre la duración del tratamiento en el momento del inicio de la prescripción.
- Página web en la intranet Salud@ que recopila todos los materiales de la estrategia y muestra indicadores de seguimiento.
- [Página web en el Portal Salud en internet](#) dirigida a pacientes con información relevante sobre la correcta utilización de estos medicamentos.

Se implementará fundamentalmente en centros de salud de atención primaria (AP), centros sociosanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social y también se involucrará

a los servicios de urgencias de AP, hospitales y SUMMA para que informen al paciente sobre la duración del tratamiento en el momento del inicio de la prescripción de una BZD.

Las benzodiazepinas (BZD) son uno de los grupos farmacológicos más prescritos. En la Comunidad de Madrid, 240.000 pacientes ≥ 75 años estuvieron en tratamiento con BZD en 2015, lo que supone más del 40% de la población de este grupo de edad.

Las BZD en tratamiento a corto plazo son fármacos eficaces y con una acción rápida en los trastornos de ansiedad e insomnio, sin embargo son fármacos que generan dependencia. En tratamientos prolongados pierden su eficacia y pueden aparecer problemas de tolerancia, abuso, además de efectos adversos como pérdida de memoria y de reflejos, confusión y mayor riesgo de caídas y fracturas.

Por estos motivos, aparecen como medicamentos desaconsejados cuando se utilizan de forma crónica en el listado de medicamentos de alto riesgo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los criterios Beers o los STOPP.

La seguridad del paciente se considera una prioridad de la asistencia sanitaria y un componente clave de la calidad. Con esta estrategia se avanza en mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

En esta web se muestran herramientas que pueden facilitar que los pacientes puedan retirar el tratamiento crónico con benzodiazepinas.

Web en INTRANET para profesionales:

<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/BZD.aspx>

Web en INTERNET para pacientes:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354618059751&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142645418945

EL PAÍS 5 agosto 2016

España lidera el abuso de Orfidal y Trankimazin

Una encuesta a 22.000 europeos revela un uso imprudente de medicamentos médico

NOTICIA El consumo de ansiolíticos se dispara

10 febrero 2016

Abusamos de las benzodiazepinas. El consumo de ansiolíticos ha aumentado en España este tipo de fármacos 4 veces más que en otros países. Promueve un uso responsable y recetamos Pastillas las justas.

País	Consumo
Alemania	18
Reino Unido	19
Italia	52
Francia	76
Estados Unidos	83
España	86

Fuente: Khong et al. Calcif Tissue Int 2012

SaludMadrid Servicio Madrileño de Salud Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria Comunidad de Madrid

PSICOFÁRMACOS Y EMBARAZO

La Dra. Remedios Sánchez Piedra (CSM Villaverde), tras una reciente buena experiencia en una consulta telefónica al SITTE, nos recomienda este recurso para consultas específicas sobre psicofármacos y embarazo.

SITTE Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español

El SITTE es un **servicio informativo gratuito** ofrecido por el [ECEMC](http://www.fundacion1000.es/ecemc) (Estudio Colaborativo Español sobre Malformaciones Congénitas: <http://www.fundacion1000.es/ecemc>) y dirigido a los profesionales de la salud.

El objetivo del SITTE es **minimizar, mediante la información, el riesgo por defectos congénitos**, así como conseguir un mayor control del embarazo y de sus exposiciones a distintos factores. El objetivo último es, pues, la prevención primaria de defectos congénitos.

El servicio está atendido por **médicos especializados en la evaluación de riesgos teratogénicos**. La respuesta se adelanta por teléfono y se envía por correo un informe escrito a los pocos días de haberse respondido telefónicamente la consulta.

La información con la evaluación del riesgo sobre el factor por el que pregunta el médico se enviará en un informe escrito si el médico desea tenerlo en la Historia de la paciente.

Los profesionales de la salud pueden estar interesados sobre exposiciones durante la gestación a cualquier agente ambiental potencialmente peligroso, como son:

- Enfermedades crónicas maternas.
- Infecciones.
- Utilización de medicamentos, vacunas y otros productos químicos.
- Exposición a agentes físicos como hipertermia o radiaciones.
- Bebidas alcohólicas y bebidas que contienen cafeína.
- Tabaco y drogas.
- Exposiciones laborales.

Los profesionales de la salud interesados en consultar el servicio SITTE deben comunicar cuando realicen la consulta:

- Nombre exacto del factor de exposición.
- Dosis exacta, si es posible (cuántas pastillas, cuánto alcohol, cuántas Rx).
- Duración de la exposición (cuántos días tomó la medicación, cuántas veces al día tomó alcohol, etc.).
- Fechas y edad gestacional durante las cuales tuvo lugar la exposición.
- Fecha de la última menstruación o edad gestacional.
- Cualquier historia familiar de defectos congénitos o enfermedades genéticas y cualquier complicación en el embarazo.

Se adjunta la hoja informativa del ECEMC (Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas), PROPOSITUS, Prevención de Defectos Congénitos, número 27 **“Tratamiento con Psicofármacos durante el Embarazo”**.

Para cualquier consulta no duden en contactar con nosotros:

**SERVICIO DE INFORMACIÓN TELEFÓNICA SOBRE TERATÓGENOS ESPAÑOL
(SITTE)**

Teléfono: 91.822.24.35

Horario de 9 a 15 horas, de lunes a viernes, excepto los días festivos en la Comunidad de Madrid

Asimismo, disponemos de una línea para las pacientes:

**SERVICIO DE INFORMACIÓN TELEFÓNICA PARA LA EMBARAZADA
(SITE)**

Teléfono: 91.822.24.36

Horario de 9 a 15 horas, de lunes a viernes, excepto los días festivos en la Comunidad de Madrid

SITE

Servicio de Información Telefónica para la Embarazada

El SITE ofrece información a las mujeres embarazadas o que planifican un embarazo, y a sus parejas.

 **91 822 24 36**

La **Fundación 1000** ofrece este servicio de manera gratuita.

Por cuestiones operativas, sólo podemos atender las consultas recibidas por vía telefónica.

[Casos del SITE](#)

Con la colaboración de:



Un cordial saludo

Dra. Paloma Fernández Martín

SITTE-SITE

Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas (CIAC)

Instituto de Salud Carlos III

Avda. Monforte de Lemos 1-3 -Pabellón 3

28029, Madrid

PROPOSITUS

Hoja informativa del ECEMC



Edita: Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas

Nº 27

Marzo 2011



PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS

Tratamiento con Psicofármacos durante el embarazo



M^a Luisa Martínez-Frías

Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas (CIAC) – Instituto de Salud Carlos III
Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid
CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER)

ASPECTOS GENERALES

Los psicofármacos son medicamentos que actúan sobre las funciones cerebrales, como sedantes o estimulantes, lo que produce cambios temporales en la percepción, estado de ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Existen diferentes tipos de psicofármacos que pueden incluirse en cuatro grandes grupos: antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo.

Cuando se revisa la literatura científica en relación a los tratamientos psiquiátricos durante el embarazo, y si a ello se añade lo que se muestra en diferentes lugares de Internet, la inmensa mayoría de las referencias consideran éste un tema delicado y controvertido, porque la evidencia se basa en casuísticas reducidas y en algunos estudios que, debido a la obvia imposibilidad de ensayos clínicos controlados, son poco fiables. Por tanto, se ofrecen listas de psicofármacos, a los que se les atribuyen niveles de riesgo evaluados mediante escalas, en las diferentes clasificaciones internacionales (FDA en América, Australia, Suecia, Alemania) como el mejor método de conocer el riesgo fetal. Sin embargo, las consideraciones y conclusiones que se ofrecen en los artículos referidos, están influidas por el desconocimiento de las metodologías de los diferentes análisis y su interpretación, así como del avance de los conocimientos biomédicos en esta área. Un desconocimiento que, como comentamos en el PROPOSITUS Nº 26¹, ha llevado a considerar que esas listas ya no son adecuadas en el momento actual². Por otra parte, en este amplio grupo de fármacos, no sólo hay que evaluar sus efectos potenciales

durante el primer trimestre del embarazo, sino durante todo el embarazo y también durante el periodo neonatal.

RIESGO DE LA UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO

Aunque no hay estudios sobre todos y cada uno de los tipos de psicofármacos que hoy existen, en algunos se ha identificado que producen pequeños incrementos del riesgo para diferentes malformaciones y otros defectos, según el momento del embarazo en que tenga lugar la exposición. Así, durante el primer trimestre, se han relacionado fundamentalmente con: fisuras labio-palatinas (algunos ansiolíticos), defectos cardíacos (antidepresivos), espina bífida y otros defectos (estabilizadores del estado de ánimo) y dismorfia facial (varios grupos). Sin embargo, estos riesgos no tienen por qué ser una contraindicación absoluta para su utilización en mujeres embarazadas, sino que su indicación/contraindicación debe derivarse de una valoración del beneficio materno y el riesgo fetal (tanto del tratamiento como de no prescribirlo). Para entender mejor el concepto de "riesgo fetal" y la valoración del riesgo/beneficio, remitimos al lector al PROPOSITUS 26¹ en el que se explica su significado y se ofrece como ejemplo el tratamiento de la enfermedad bipolar con litio en una mujer embarazada.

Por otra parte, durante los dos últimos trimestres del embarazo, hay que considerar que los efectos tanto de sedación como de estimulación también se producen en el feto; de ahí la importancia de utilizarlos cuando sean totalmente necesarios y a la dosis terapéutica mínima. Si la

medicación tiene lugar durante el segundo y/o tercer trimestres del embarazo, y se mantiene hasta el parto, o si se interrumpe un poco antes del mismo, hay que tener en cuenta los efectos sobre el feto y el recién nacido; éste puede presentar un síndrome de intoxicación o un síndrome de privación³. Los síntomas de toxicidad son **hipotonía, cianosis y dificultad para la succión**; y los de privación consisten en **alteración de la termorregulación, temblor, irritabilidad, hipertonia, vómitos y diarrea**. Por ello es necesario comunicar al neonatólogo el tipo de tratamiento de la madre y hasta cuándo se mantuvo, para que el recién nacido tenga el tratamiento adecuado y no se dé lugar a alarmas médicas y/o familiares, innecesarias.

SITUACIÓN DEL USO DURANTE EL EMBARAZO EN NUESTRO PAÍS

A través del Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SIITE), y del Servicio de Información Telefónica para la Embarazada (SITE), venimos observando que la preocupación que produce la prescripción de cualquier tratamiento farmacológico durante el embarazo¹, es mucho mayor cuando se trata de psicofármacos; tanto, que se llega a no medicar a una mujer embarazada aunque necesite ese tratamiento, o a retirárselo si lo tiene, en cuanto se conoce el embarazo (y, con frecuencia, de forma abrupta). Es más, quien decide que la mujer embarazada no siga con el tratamiento no siempre es el propio psiquiatra, sino otro profesional (incluso cuando había sido prescrito por un psiquiatra). Sin embargo, ésta no es la actuación correcta¹. **Nunca** se debe prescribir o interrumpir el tratamiento (y menos si es por una patología crónica) a una mujer embarazada, o que pudiera estarlo, sin que se tenga en cuenta la valoración individualizada del beneficio materno y del riesgo fetal; y mucho menos quitarlo sin haber hablado antes con el especialista (sea psiquiatra u otro) que lo prescribió.

Cuando una paciente que está en tratamiento con psicofármacos se queda embarazada, **nunca** se debe **interrumpir la medicación** sólo por el hecho de estar embarazada (y menos en forma brusca). No sólo por la propia salud de la paciente (y por tanto del hijo), sino porque el **feto también experimentará el síndrome de abstinencia**, y ello puede ser muy grave. Si, por algún motivo justificado, se decide retirar la medicación con psicofármacos, se debe hacer disminuyendo las dosis muy lentamente.

¿QUÉ SE DEBE TENER EN CUENTA EN EL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO?

Ante todo, hay que tener presente que si la ausencia de medicación hace peligrar la vida de la madre, o ésta sufre un trastorno mental muy grave, **ese riesgo para el embrión/feto es mucho mayor que el del tratamiento**. Por tanto, las mujeres en edad reproductiva que siguen o inician un tratamiento con psicofármacos, deberían ser controladas y atendidas por un especialista en psiquiatría, que debería tener en cuenta, además de la **necesidad real** de un tratamiento farmacológico, los siguientes aspectos individuales: si la paciente está embarazada, si puede estarlo, y si está planeando una gestación.

- a) **Si la paciente embarazada** necesita por primera vez un tratamiento con psicofármacos, siempre se debe optar por iniciar el tratamiento con el medicamento más adecuado a su situación clínica, eligiendo entre los mejor conocidos, y en **monoterapia**, empezando siempre con las mínimas dosis hasta llegar a las que controlen la enfermedad. Si ya tenía un tratamiento con el que estaba controlada cuando se quedó embarazada, **no se debe cambiar** sólo por estar embarazada; todo lo más, tratar de disminuir las dosis muy lentamente, pero siempre que se considere y confirme, que no se altera el control de la enfermedad. Si estuviera siguiendo un tratamiento con diferentes fármacos, se podría valorar la necesidad de seguir con todos, ya que la poli-medicación puede incrementar los potenciales riesgos individuales de los medicamentos. Pero **siempre que su enfermedad siga controlada**.
- b) **Si la mujer está en edad reproductiva**, tanto si no cree estar embarazada, como si planea un embarazo, **siempre** hay que realizar la evaluación del tratamiento **considerando que puede estar embarazada**. No se debe olvidar que un test de embarazo negativo, no excluye que la mujer esté embarazada de unos pocos días. Esto supone que hay que utilizar el fármaco más adecuado a la enfermedad, empezando siempre por las menores dosis y en monoterapia cuando sea posible.

Por otra parte, si el tratamiento no es **totalmente necesario**, utilizarlo supone un grave riesgo, por pequeño que sea.

El psiquiatra debería explicar a las pacientes lo siguiente:

- 1) El riesgo-beneficio, el riesgo para defectos congénitos poblacional y el significado del concepto de "bajo riesgo" cuando proceda¹.
- 2) La necesidad de que en los siguientes controles ecográficos se realice un detenido examen de todos los órganos fetales y, especialmente, en las semanas 18^a-19^a.
- 3) La importancia de no abandonar el tratamiento por decisión propia y, mucho menos, de forma brusca.
- 4) En el momento del parto, el obstetra (y la matrona) así como el neonatólogo, deben ser informados del tratamiento con psicofármacos que la paciente siguió o está siguiendo y hasta qué momento del embarazo lo siguió.

Referencias:

- 1) M.L. Martínez-Frías. ¿Qué medicamentos se pueden utilizar durante el embarazo? PROPOSITUS, Hojas informativas del ECEMC. N.º 26. Marzo 2011. <http://www.ciberer.es/documentos/11-Propositus%2026.pdf>
- 2) Merlob P, Stahl B. Classification of drugs for teratogenic risk: an anachronistic way of counseling. Teratology 2002; 66:61-62.
- 3) Mejías C, Rodríguez-Pinilla E, Fernández Martín P, Martínez-Frías ML. Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina durante el tercer trimestre de la gestación y guías de prevención. Med Clin (Barc). 2007 Apr 21;128(15):584-9.

Agradecimientos: Al Instituto de Salud Carlos III (MIIICNN), Al Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. A las Consejerías de Sanidad de: Andalucía, Cantabria, C. La Mancha, C. y León, Galicia, P. de Asturias y Región de Murcia. A la Fundación 1000, sobre defectos congénitos.

MI VIVENCIA TRABAJANDO DESDE EL OTRO LADO.

Rotación en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar.
Multicentro de Aprendizaje, Pasantías y Rotaciones.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)

Carla Paola Russo Ferrari
PIR-4 Psicología Clínica H.U. 12 de Octubre

Noviembre 2016 - Febrero 2017



1. BREVE CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA

“Para desarrollar la nueva manera de pensar en psiquiatría y psicoanálisis, es útil comenzar a visualizar la mente humana como habitada, a la manera de lo que podríamos llamar los otros en nosotros”

Jorge García Badaracco 2006 *“La nueva manera de pensar”*

El Psicoanálisis Multifamiliar desarrollado por el Dr. Jorge García Badaracco a partir de la década del 60, plantea una nueva forma de abordaje de las patologías mentales graves, que rompe con la construcción psiquiátrica tradicional del enfermo como único portador de la enfermedad y desde la que se entiende al paciente como emergente de una trama familiar que ha enfermado.

Mediante su experiencia de trabajo con la psicosis, Badaracco (1978a) llega a comprender que los cambios experimentados por el paciente psicótico en el análisis individual son rechazados por su familia, la cual no está en condiciones de tolerarlos y trata que las cosas no cambien. Esto desemboca

generalmente en el abandono de la terapia o el retroceso y agravamiento de los síntomas. En la búsqueda de respuestas sobre estos fenómenos se basa en los aportes de Bateson (1972) sobre la hipótesis del doble vínculo, así como en el mecanismo de homeostasis familiar descrito por Jackson (1984). Además, su teoría parte de una concepción fundamentalmente psicoanalítica, pero también tiene influencias de la terapia familiar y el concepto de comunidad terapéutica de Maxwell Jones.

Badaracco (2000) plantea que en el proceso terapéutico con esta población, se debe buscar generar el re-desarrollo y crecimiento del sujeto dentro del contexto familiar, por tanto se vuelve necesaria la inclusión de la familia en el trabajo terapéutico. Mediante el Psicoanálisis Multifamiliar se busca vencer las resistencias que se generan en las familias, proporcionando un espacio en donde éstas puedan compartir las ansiedades e incertidumbres que se producen en el proceso terapéutico.

Desde esta perspectiva se concibe entonces que, cuando emerge un individuo padeciendo una enfermedad mental, es toda la familia la que está inmersa en una trama patógena, donde el miembro que enfermó no ha adquirido una identidad propia, sino un rol fijo dentro de ese sistema que no le permite desarrollarse consistentemente como individuo autónomo (Badaracco, 2000). En estos sistemas familiares, debido a esta problemática vincular, priman relaciones de objeto primitivas o narcisistas donde *“Los miembros del grupo familiar se tratan comúnmente entre sí como objetos parciales e intentan manejarse omnipotentemente unos a otros como partes de sí mismos”* (Badaracco, 1978b, p.15).

En este sentido, Mitre (2003) entiende que lo que caracteriza a la enfermedad mental no es el conflicto, sino la tendencia compulsiva a la repetición de los conflictos y la imposibilidad de resolverlos dada la carencia de recursos propios del sujeto, los cuales no han podido desarrollarse. Debido a la incapacidad de las figuras parentales de comportarse como objetos estructurantes, se produce una distorsión del desarrollo que favorece la estructuración de un falso self. Así, el niño tiende a identificarse con los aspectos patológicos de sus progenitores y esto conlleva a que se cristalice un vínculo con gran carga de violencia latente mal elaborada (Martinez y Perles, 2010).

Se plantea así una modalidad de trabajo grupal con varias familias donde la tarea del terapeuta reside en desarmar los modos vinculares patógenos de cada familia, utilizando para ello el contexto multifamiliar como catalizador de los procesos que se busca fomentar. Para este trabajo grupal, lo fundamental es centrarse en la virtualidad sana potencial, pensando la enfermedad mental como una detención del desarrollo de los recursos potenciales sanos de la persona afectada.

La curación entonces se hace posible si se dan las condiciones, en el marco de un proceso terapéutico, que facilite el re-desarrollo de esos recursos potenciales sanos que han quedado escondidos detrás de vínculos estructurados como interdependencias patógenas recíprocas entre el enfermo y las figuras importantes. Esos otros del entorno han quedado actuando activamente en las mentes de esas personas, condicionando conductas atemorizantes o bizarras. Estas fuertes identificaciones patógenas se van desarmando en contextos grupales multifamiliares, facilitadores y complementarios de los tratamientos individuales y familiares que puedan estar en curso.

Este proceso -que debe incluir la asistencia simultánea de los familiares-, se comprueba en una mejora sustancial de la calidad de vida del grupo familiar; mientras desaparecen los fantasmas de la irreversibilidad y se van degastando los síntomas que son el último bastión de defensa que se abandona. La visión de la Fundación María Elisa Mitre es lograr que las personas descubran y potencien sus recursos psicológicos para enfrentar los problemas de la vida cotidiana. El objetivo final es que la persona pueda realizar un proceso terapéutico en donde se puedan dar experiencias vitales sanas que nunca se dieron, y desarrolle herramientas para poder enfrentarse a la vida de relación, entendiendo salud mental como la capacidad de relacionarse con los demás. Es la mirada del grupo, en un clima de respeto, confianza y seguridad, la que permite incluir la universalidad del sufrimiento humano.

2. DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO DE PSICOANÁLISIS FAMILIAR

El Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar engloba diversas instituciones donde se llevan a cabo tareas de difusión así como intervenciones desde un enfoque multifamiliar. En estas instituciones se incluyen varios hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires (Hospital de T. Borda, Hospital Braulio Moyano, Sanatorio Dr. Méndez, Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”), la Fundación María Elisa Mitre, la Asociación Psicoanalítica Argentina, la Universidad de Buenos Aires y diferentes Comunidades Terapéuticas. Desde el mismo, se ofrecen rotaciones en sus dispositivos asistenciales a estudiantes de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y a residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica de diferentes países.

El Instituto se define como multi-céntrico para abarcar un universo más amplio, que va desde el tratamiento grupal de los llamados “enfermos mentales” junto a sus familias, en hospitales públicos o en comunidades terapéuticas, hasta los grupos abiertos a la comunidad para “poder pensar entre todos los dilemas de la vida que no se pueden pensar solo”.

A su vez, la extensión de la práctica a áreas que no están estrictamente relacionadas con la salud mental, permite vislumbrar cómo el Psicoanálisis Multifamiliar, al trabajar en contextos heterogéneos, permite la adquisición de nuevos recursos psicológicos que modifican positivamente la calidad de vida de los participantes y de sus familias.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA ROTACIÓN

El grupo Multifamiliar Psicoanalítico podría definirse como una mini-sociedad compuesta por varias familias, de diferentes orígenes y con diferentes problemas que participan es una experiencia común, en donde pueden compartir su sufrimiento psíquico, confrontar sus dificultades y ser sostenidos en el tiempo.

Son grupos grandes de 30 a 100 personas, conducidos por un número variable de profesionales que funcionan en co-terapia. Tienen una frecuencia semanal, con una duración de entre 90-120 minutos.

En el trabajo en los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, el terapeuta deberá, entre otros temas, ocuparse de crear un clima emocional cálido que facilite la reflexión y la tolerancia, e intentar crear un vínculo horizontal, sincero y sin distancias terapéuticas. Así mismo es importante facilitar las intervenciones interfamiliares, es decir integrar a las otras familias a la temática de cada familia. Al disminuirse las distancias terapéuticas resulta de vital importancia el trabajo en co-terapia.

Tres de los principales ejes que determinan el trabajo en el Grupo Multifamiliar Psicoanalítico son:

1. Rescatar la Virtualidad Sana: se concibe como una potencialidad para la salud y a partir de la misma se podrán desarrollar los recursos yicos nuevos necesarios para potenciar recursos psico-emocionales que tengan, a su vez, el poder de desarmar las interdependencias patógenas enfermantes. En ese sentido, es importante que el terapeuta pueda descubrir más allá de los personajes que el paciente representa, los cuales son construidos con identificaciones, a la persona sana que aún habita en el interior del sujeto sin haber podido desarrollar su potencial (Badaracco, 1998). Trabajar desde la virtualidad sana en la psicosis, quiere decir que el analista debe reconocer la autenticidad del reclamo en lugar de que el paciente acepte la irracionalidad del mismo (Mitre, 2012).
2. Trabajar en interdependencia: el trabajo en co-terapia con varios terapeutas no sólo ofrece soporte al paciente y su familia sino también a los terapeutas. Ofrece la posibilidad de posicionarse de distintas maneras según los requerimientos del momento, pero sobre todo ofrece al terapeuta la posibilidad de involucrarse en la problemática del paciente, como una persona real y completa, con todos sus problemas y contradicciones sin el riesgo de quedar inhabilitado por la magnitud de las emociones movilizadas. Otra ventaja del trabajo en interdependencia radica en que, a diferencia del encuadre individual en el que la transferencia psicótica recae sobre el analista siendo éste el depositario de los objetos internos del paciente, en los grupos la transferencia se irá estructurando sobre los diversos integrantes del mismo. (Mandelbaum, 2014).

3. Familia ampliada/Mente ampliada: en el clima de seguridad emocional que se produce en el Grupo Multifamiliar el paciente puede expresar los contenidos más enfermos de su personalidad para trabajar sobre ellos, buscando desarrollar los aspectos infantiles sanos que no tuvieron lugar en su núcleo familiar. La comunidad entonces pasa a cumplir la función de familia sustitutiva posibilitando así las experiencias de desarrollo que no pudieron lograrse en la familia nuclear (Badaracco, 1978a). El Grupo Multifamiliar puede ser visualizado como una gran mente que piensa, adquiriendo complejidad aportada por cada componente con diferentes formas de mirar.

¿Qué pueden diferenciarlo de otros planteamientos grupales?

- Encuadre flexible, no es imprescindible que el paciente asista acompañado por toda la familia, pueden ir varios de ellos e incluso acudir el paciente solo; también puede pasar que acudan los familiares y el paciente se niegue a ir, ya que se parte de la idea de que cualquier cambio en alguno de los miembros de la familia influirá en el resto, la asistencia es lo importante.
- Duración ilimitada, no hay un tiempo marcado que determine la duración del tratamiento grupal.
- No directivos, son los propios integrantes del grupo los que toman la palabra. Existe un coordinador que se encarga de extraer un hilo conductor a partir de los emergentes grupales y desde ahí ir dando la palabra a los pacientes que irán participando en la construcción del mismo con la única consigna de "hablar desde sí mismos", qué están sintiendo, qué ha evocado en ellos el relato del otro...
- No líder: los terapeutas no ocupan una posición de saber respecto al grupo.
- Heterogéneo: no hay selección de pacientes en función de un diagnóstico concreto, sino que en principio pueden asistir todos los pacientes y sus familiares, siempre y cuando no pierdan el respeto hacia el resto de los integrantes ni ejerzan violencia contra sí mismos o contra los otros.

Los profesionales que participan en el grupo son psicólogos y/o psiquiatras formados bajo el modelo del psicoanálisis multifamiliar y las intervenciones grupales suelen ser un complemento a la terapia individual y familiar, por lo que los terapeutas referentes de cada paciente, o bien asisten al grupo, o son informados en las reuniones semanales de coordinación que lleva a cabo el equipo terapéutico.

Comunidad terapéutica de Estructura Multifamiliar: Hospital de Día DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamientos de Enfermedades Mentales)

Para ingresar a la comunidad, se llevan a cabo dos entrevistas. La primera, grupal, funciona como primer contacto con el centro y los profesionales del equipo. La segunda, es la entrevista de admisión propiamente dicha. Es una entrevista personal con el propósito de conocer al paciente y a sus familiares. Es requisito imprescindible para comenzar el tratamiento que haya al menos un familiar implicado en el mismo. Luego el paciente podrá hacer una semana de prueba, en la que participará de todas las actividades. Una vez finalizada, entre el paciente y los terapeutas se determinará la frecuencia semanal de asistencia.

El centro está abierto de lunes a viernes, de 14 a 20 h. (con horario ampliado los jueves hasta las 23:00). Cada paciente tiene un programa terapéutico individualizado, pudiendo variar la intensidad del tratamiento de unos pacientes a otros según sus necesidades.

Diariamente, lo primero que se lleva a cabo de las 14:00 a las 16:00 es el grupo terapéutico multifamiliar, coordinado por los profesionales de la institución. Al finalizar el grupo, pasantes y terapeutas realizan un ateneo clínico, donde además de clarificar aspectos técnicos del grupo, suponen un espacio donde poder compartir dificultades percibidas a nivel personal, o simplemente comentar aquello que te ha movilizado. Tras el mismo se unen a una breve merienda en uno de los espacios comunes con los pacientes (se le otorga un papel muy importante a estos espacios menos estructurados en el tratamiento). La participación vivencial y compartida es un indicador de la mejoría de los pacientes. Los rotantes estamos invitados a participar de este modo en los grupos, siempre de forma voluntaria y pudiendo decidir hasta donde quiere involucrarse.

Cada día de 17: 00 a 18:00 se realiza una actividad diferente en forma de taller (los pacientes que no desean participar de los mismos pueden realizar otro tipo de actividad o simplemente conversar, siempre acompañados por terapeutas).

Durante el horario de la clínica también se realizan entrevistas con alguno de los pacientes y su familia o las entrevistas de admisión, los rotantes asistimos a las mismas en calidad de observadores y después de cada entrevista debemos realizar un informe donde se recojan los aspectos más importantes, tanto a nivel de contenido como a nivel vivencial.

Cada jueves, alguno de los pacientes cocina (acompañado por algún familiar y el terapeuta ocupacional) para todos sus compañeros y el equipo terapéutico. Entre las 19 y las 20h. todo el que quiera puede quedarse a cenar en la clínica. Después de la cena, se acude a un grupo multifamiliar abierto al que acuden pacientes del centro, pero también pacientes en seguimiento individual por otros profesionales y ciudadanos ordinarios. Este grupo tiene una duración de dos horas y, tras el mismo, se realiza un ateneo de una hora de duración.

Además de la observación y participación en grupos multifamiliares (con una carga mensual de entre 100 y 150 horas), la rotación consta de una amplia formación teórica (15 horas semanales de estudio y discusión de los aspectos clínicos y prácticos del Psicoanálisis Multifamiliar).

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

Asistencia a diferentes grupos fuera de la fundación:

Hospital José T. Borda

Hospital psiquiátrico de hombres de la Ciudad de Buenos Aires fundado en 1865. Una de las principales instituciones dedicadas a la salud mental en Argentina, así como un importante centro de investigación en neurobiología y psicopatología. Los pacientes que asisten a los grupos de psicoanálisis multifamiliar son derivados desde los servicios de Consultas Externas y del Servicio de Evaluación y Observación, en este caso pacientes en régimen de hospitalización total.

Hospital Braulio Moyano

Hospital psiquiátrico de mujeres de la Ciudad de Buenos Aires fundado en 1852. Supone el primer hospital de asistencia monovalente de las enfermedades mentales que se ocupó de la atención a las mujeres con problemas de demencia.

Las pacientes asistentes a los grupos junto con sus familiares son derivadas desde consultas externas del Servicio de Psiquiatría.

Asociación Psicoanalítica Argentina

Organización científica y profesional de psicólogos y psicoanalistas de Argentina, fundada en 1942 en la Ciudad de Buenos Aires. Es una institución académica que está dedicada a la formación de psicoanalistas y desarrolla además tareas de investigación y asistencia. En ella tienen lugar grupos de psicoanálisis multifamiliar abierto a los que acuden tanto profesionales de la salud mental, como pacientes y familiares.

Escuela para Padres Multifamiliar

Fundada en el año 2000 por Eva Rotenberg (psicoanalista) e incluida dentro del Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar al basar su trabajo en los principios teóricos de dicha orientación. Su objeto de estudio e intervención es el niño y sus figuras significativas

→Hospital de Niños, Ricardo Gutiérrez: uno de los centros dentro de la escuela para padres. Desde el Servicio de Dermatología se desarrolla un programa de interconsulta donde se llevan a cabo grupos de psicoanálisis multifamiliar una vez a la semana coordinado por Eva Rotenberg.

Dentro de la formación teórica se incluyen las siguientes actividades:

- Enseñanza directa de la coordinación de Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, a través de filmaciones realizadas en los Hospitales 'Borda' y 'Moyano' (psiquiátricos de varones y de mujeres, respectivamente) de la Ciudad de Buenos Aires. Estas sesiones tienen una frecuencia semanal y una duración aproximada de una hora. Tras el visionado de los videos, donde se puede ver a Badaracco coordinando los distintos grupos con pacientes en régimen de hospitalización, se lleva a cabo una discusión teórica sobre lo acontecido en los mismos. En estas discusiones se reúne el Dr. J. Tacus y la Dra. Cherniser, junto con los residentes y los miembros del equipo terapéutico que lo deseen.
- Seminarios teóricos: Los jueves durante dos horas se reúnen los pasantes y residentes con el tutor (Dr. J. Tacus y D. Cherniser) para comentar conjuntamente la obra del Dr. García Badaracco y de Maria Elisa Mitre. Así mismo, durante estos seminarios, se proponen otras lecturas tanto de Psicoanálisis Multifamiliar, como de otros autores y temáticas en función de los intereses y conocimientos de los pasantes y las cuestiones de debate que van surgiendo en torno a los grupos de terapia y la comprensión del funcionamiento interno de los pacientes que son trabajadas de forma conjunta los viernes por la mañana en la clínica DITEM.
- Asistencia 4 de las comisiones científicas del Instituto de Psicoanálisis Argentino de carácter mensual realizadas en la clínica DITEM el último sábado de cada mes.

4. VALORACIÓN CRÍTICA

Uno de los aspectos que valoro como más positivos, es la forma de contemplar la enfermedad mental tan diferente, más positiva y humana, que destaca la virtualidad y no el déficit o disfunción que podría tener repercusiones a nivel social, ayudando a disminuir el estigma que muchos de estos pacientes padecen.

Además, al tratarse de un formato grupal grande, puede contribuir a disminuir las listas de espera y abaratar los tratamientos al verse reducido el número de ingresos, así como la duración de éstos. A su vez, el paciente y la familia reciben una mejor atención y mayor contención por parte de la institución, por lo que la satisfacción con el servicio prestado podría verse incrementada.

Como aspectos negativos o dificultades, destacaría que se trata de un proceso lento y muy a largo plazo, que en algunos casos puede llevar años. Además, al ser un proceso temporalmente ilimitado, con ciertos pacientes he sentido que existía la necesidad de poder elaborar la preparación al alta, algo que se ha podido hablar con el equipo y que han recibido y valorado positivamente.

A esto, hay que añadirle las dificultades que suponen trabajar en un equipo tan grande, por el trabajo de coordinación extra que exige y la dificultad del trabajo en co-terapia, donde pueden surgir desencuentros entre los terapeutas que es necesario trabajar profundamente.

5. EXPERIENCIA PERSONAL

Llegué a Argentina el 28 de Octubre, para poder instalarme con tiempo antes de iniciar mi rotación en el centro Ditem. Ese fin de semana decido acercarme a la dirección que tengo para ver dónde voy a estar 4 meses y, lo primero que me llama la atención cuando llego al lugar, es que no hay ningún distintivo de hospital de día, ni de salud mental, ni nada que indique que es un centro psiquiátrico, después entendería porqué.

La sala donde se realizan los grupos tiene tres círculos concéntricos y una mesa con dos micrófonos, cuando llego elijo una silla de la segunda fila expectante de lo que estaba por pasar.

La sala se llena, atónita, siento que no distingo pacientes de no pacientes según se van sentando y empieza el grupo...Me encuentro con gente de edades muy diferentes, compartiendo emociones, vivencias, dramas y enfados...Un grupo de gente que vibra junta y se acompaña, a veces parece que sí, pero sigo sin poder distinguir nada y me doy cuenta que sigo buscándolo. Me encuentro a mí misma, emocionándome y enfadándome junto a gente que no conozco de nada, ¿qué es esto? Lo curioso es que no me siento invadida, es más, me siento bastante cómoda y hasta cierto punto reconfortada.

Quizás lo más diferente que me he encontrado en esta rotación, y que para mí ha supuesto un cambio importante en mi concepción de la salud mental, es la relación que podemos establecer con los paciente que permite un encuentro real con el otro, pudiendo salirse de roles rígidos. Además, la insistencia en “*ver la virtualidad sana en el otro*” que potencia la fundación, permite que de verdad uno se esfuerce por buscar esa parte en el otro y relacionarse de una forma mucho más saludable con él desde ese lugar (experiencia que me llevo tanto para mis pacientes como para mi propia vida interpersonal).

En los grupos se genera un clima, más allá de que puedan surgir conflictos necesariamente, donde uno se puede sentir libre para ser más él mismo, porque uno realmente siente que el otro está intentando ver su lado más auténtico y eso siempre tiene valor. En mi propia experiencia, por ejemplo, ha conseguido que yo cante en público y a capela en teatro o “haga el mono” en las improvisaciones, que me atreva a proponer cosas en circo o no tenga problema en tocar “mal” un instrumento, cosas que difícilmente yo me atrevo a exteriorizar, por mi discurso impuesto de “si no lo vas a hacer bien no lo debes hacer”.

Me parece muy valioso que se fomente esta actitud en los terapeutas y en los pasantes, puesto que genera que también todo el grupo funcione así y realmente el grupo funcione como un tejido de contención para el otro.

En relación al funcionamiento del grupo, debo decir que en un primer momento me impactó mucho la propia organización física del espacio con los círculos concéntricos, los micrófonos...daba la sensación de que un Show iba a empezar, desapareciendo esto rápidamente en los primeros minutos de grupo.

A nivel terapéutico creo que facilita la participación desde uno y cómo uno pueda intervenir. Hay libertad para sentarse en cualquier lugar y eso dice mucho del propio paciente y del momento en el que se encuentra, pudiendo ver evoluciones en ellos, sólo por el espacio físico que ocupan y por cómo se sitúan y utilizan el espacio.

En este sentido otra cosa que me impactó mucho por lo diferente que era, es la posibilidad de los participantes del grupo de salir, entrar, cambiarse de lugar que al principio me enfada y sentía como una falta de respeto y que poco a poco, he ido sintiendo que a veces se necesita salir para volver y los que se quedan, vivencian un profundo respeto por el tiempo que necesita el otro, lo que permite trabajar la significación de todo lo que sucede, porque uno no está obligado a impostar unas “normas de educación” rígidas que igual en ese momento, literalmente, no le están permitiendo pensar ni sentir.

Otro aprendizaje que me llevo conmigo es la cantidad de relaciones terapéuticas que pueden establecerse en diferentes momentos con el mismo paciente. Ver a los terapeutas relacionarse libremente con los participantes desde diferentes posturas (a veces más cercana a algo paternalista, a veces más cercana al holding...), sentidas siempre de forma genuina, hace que uno esté más cerca de la “virtualidad sana del otro” y también de la propia. He sentido que a más genuino pueda ser uno, mejor va a poder ayudar al que está frente a él.

Creo que todas estas características permiten la gran potencia emocional y vivencial que tiene el grupo, que nada más entrar, aún sin saber de qué se está hablando, uno puede “cortar con un cuchillo” la emoción que flota y que enseguida te invade (siempre que no se racionalice demasiado). En mi experiencia profesional, pocas veces he tenido la oportunidad de trabajar y vivenciar de manera tan plena el trabajo con la emoción y la posibilidad de “*dejarme ir y escucharme profundamente*”.

Me parece muy importante el trabajo en co-terapia, sobretodo en este tipo de grupos, al haber vivido en directo la necesidad de que aparezca un tercero que te ayude a separarte y poder entender qué es lo que está pasando con un paciente determinado en un momento concreto.

Una experiencia que no quería dejar de comentar son los dos grupos que hicimos con los pasantes. Sé que es algo que se pidió porque verdaderamente se nos mueven muchísimas cosas en esta

rotación, y yo lo he sentido como un grandísimo apoyo y de verdad me he sentido en un lugar seguro y confiable donde hablar y compartir cosas muy difíciles para mí.

Como final, me gustaría agradecer toda la experiencia de ditem, porque en cómputo general me parece que es una experiencia muy rica, tanto de crecimiento profesional como personal y me llevo regalos maravillosos de cada uno de los que forman parte de la fundación.

A los pacientes, por permitirme acercarme a ellos y dejarme compartir parte de su vida y de este momento con tanta generosidad, y a los terapeutas, por esto mismo, por sentirme cuidada y escuchada, y por aportarme un gran bagaje teórico y personal para los andamios de mi propio crecimiento.

También quería agradecer al Hospital Universitario 12 De Octubre y a la Comisión de Docencia por animarnos y permitirnos salir a conocer cosas diferentes y novedosas que suponen un enriquecimiento tan importante en este momento de nuestra formación.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Atienza, J. (2002). Psicoterapia dinámica de la Psicosis. *Avances en salud mental relacional*, 1(2), julio 2002. Recuperado desde: www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/0102pdd.htm
- Bateson, G. (1972). *Doble vínculo y esquizofrenia: el síndrome y sus factores patogénicos interpersonales*. Buenos Aires : Lohlé.
- García Badaracco, J. (1978a). *La familia como contexto real de todo proceso terapéutico*. *Terapia Familiar*. 1, 9-16.
- García Badaracco, J. (1978b). Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 529-578.
- García Badaracco, J. (1983). El psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos. *Revista de Psicoanálisis*, 1, 693-709.
- García Badaracco, J. (1985). Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto de 'objeto enloquecedor'. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 214-242, mayo-junio de 1985.
- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnicpublicaciones.
- García Badaracco, J. y cols. (1998). *Estrés y procesos de enfermedad: Psicoinmunoendocrinología, modelos de integración mente-cuerpo* (tomo I). Buenos Aires: Editorial Biblós.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- García Badaracco, J. (2005). *Demonios de la mente*. Buenos Aires: EUDEBA.
- García Badaracco, J. (2006). *El Psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la 'virtualidad sana'*. Manuscrito Inédito
- Jackson, D. (1984). *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *Journal of Psychoanalysis*, 70, 65-71.
- Lerner, H. y Sternbach, S. (2007). *Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis*. Lugar Editorial.
- Mandelbaum, E. (2014). *El Grupo Multifamiliar: ¿Qué, como, para qué?* Recuperado de <http://gruposmultifamiliares.blogspot.com/2014/04/que-como-y-para-que-de-los-grupos.html>
- Martínez, M. y Perles, F. (2010). Experiencias en grupos multifamiliares en el Hospital de día de la Axarquía. *Avances en Salud Mental Relacional*, 9(2).
- Mitre, M.L. (1998). *Las voces de la locura - Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Emecé
- Mitre, M.E. (2003) Las interdependencias recíprocas .Un caso clínico sobre la base de la experiencia transmitida por Jorge García Badaracco. *Revista de Psicoanálisis*, 60(4), 1009-1038.
- Mitre, M.E. (2012). *El proceso terapéutico*. Manuscrito inédito
- Mitre, M.E. (2016) *Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan*. Buenos Aires: Sudamericana
- Welldon, E.V. (2014). *Madre, virgen, puta: un estudio de la perversión femenina*. Psimática Editorial, S.L.
- Winnicott, D. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

*Carla Paola Russo Ferrari
PIR Psicología Clínica - 3º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*

Memoria de una experiencia: la terapia sistémica desde una aproximación ecológica y su praxis en Nueva York

Institute for Family and Community Care Roberto Clemente Center.
Gouverneur Health, NYC-HHC. Nueva York, Estados Unidos

Patricia Nava García
MIR-4 Psiquiatría H.U. 12 de Octubre

Enero a Abril 2017

El *Institute for Family and Community Care Roberto Clemente Center* fue creado en 1982 y estableció el primer programa en el estado de Nueva York que proponía los aspectos culturales como un componente esencial en la atención de personas en el ámbito de la salud mental y comunitaria. Se trata por tanto, de un centro de salud mental de orientación sistémica familiar, enmarcado dentro de la filosofía de sensibilidad cultural, de manera que los aspectos culturales y sociales se consideran claves para entender la situación de la persona o familia. En consecuencia, adquieren gran importancia en la atención todas aquellas situaciones sociales que afectan a las familias, entre las que figuran la inmigración, la pobreza, la población carcelaria, las familias de acogida, aspectos relacionados con roles de género y promoción de competencias. Se trabaja en un ambiente basado en la empatía social como base para la comprensión de las diferentes realidades.

El *Roberto Clemente Center* está conformado por un equipo multidisciplinar de profesionales psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros, todos ellos bilingües y de distintos orígenes, siendo la multiculturalidad un factor estructural importante. Se oferta tratamiento psicoterapéutico a nivel individual, familiar y grupal; así como tratamiento psicofarmacológico. Además de la importante labor asistencial, el centro realiza una vasta tarea formativa, recibiendo un gran número de estudiantes universitarios, de máster y doctorado, de psicología clínica y trabajo social, así como residentes de diferentes partes del mundo. La actividad docente consta de varios seminarios dirigidos a la formación teórica fundamental en el modelo sistémico-estructural y ecológico, y se complementa con diversos espacios de supervisión individual y grupal.

El dispositivo cuenta también con una amplia trayectoria investigadora centrada en la contribución del modelo ecológico al enfoque sistémico, con múltiples publicaciones y presentaciones científicas en los últimos años. Asimismo, participa en varios estudios de investigación de intervención sistémica con familias inmigrantes, en procesos de reunificación familiar, así como con adolescentes con problemas de consumo de tóxicos (*Family-based protocol for medication integration in treatment of comorbid ASU/ADHD*, *Evidence-based practices and services outcomes in usual care for ASA* y *Quality community services for adolescent drug abuse*). En reconocimiento a esta labor, tanto el *Roberto Clemente Center* como el Dr. Jaime Inclán, han recibido

diversos premios, entre ellos el Premio Franz Fannon (otorgado por el Centro de Postgrados en Salud Mental), el premio Rafael Tavárez Memorial (otorgado por Asociación Hispana de Profesionales de Salud Mental), el premio a la contribución innovadora en terapia familiar (otorgado por la *American Family Therapy Academy*), el premio Phillip Zlatchin (otorgado por la *New York University, NYU*) y el Premio Carolyn Attmeave (otorgado por la *American Psychological Association*). Asimismo, el Instituto Nacional de Salud Mental (CAASP Program) seleccionó al *Roberto Clemente Center* como modelo nacional de programa de atención culturalmente competente.

Mi rotación en el *Institute for Family and Community Care Roberto Clemente Center* ha resultado de alto valor formativo y experiencial. Durante los 3 meses de formación tuve la oportunidad de llevar un total de 10 casos como terapeuta desde distintos abordajes: familiar, de pareja e individual. La periodicidad de las visitas con cada caso es semanal. Inicialmente participé como observadora, acompañando a distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) tanto en las primeras entrevistas de evaluación, como en el seguimiento psicoterapéutico posterior. Posteriormente pude ya actuar como coterapeuta y en algunos casos como terapeuta principal, llevando a cabo la valoración inicial de los pacientes y familias.

Asimismo he participado inicialmente como observadora y a continuación como coterapeuta en varias terapias grupales con pacientes de distintas características y desde distintos enfoques. Toda mi actividad asistencial ha estado supervisada por los distintos profesionales a los cuales he acompañado, y además he contado con un espacio de supervisión grupal coordinado por Oscar Ocasio, uno de mis tutores de rotación. Por otro lado he podido asistir a la observación a través del espejo de terapias familiares conducidas por el Dr. Héctor Goa y el Dr. Jaime Inclán, posteriormente participando en discusiones acerca de los casos con el equipo multiprofesional.

Por otra parte, cabe reseñar la gran labor formativa que se lleva a cabo en el Roberto Clemente Center. Allí rotan numerosos alumnos de Psicología de diversas universidades de la ciudad, así como psicólogos ya titulados que se encuentran realizando su doctorado de investigación. En vista de lo previo, se realizan varios seminarios docentes de distintas características:

- *“Family Treatment Planning Seminar”* (Case Disposition): Seminario semanal en el que se presentan los casos de nueva derivación al centro que ya han sido valorados por los distintos profesionales del equipo, y en el cual se discute y diseña de forma grupal el tratamiento más adecuado para el paciente en base a los objetivos principales de tratamiento.
- *“Family Therapy Strategies and Interventions Seminar”*: seminarios de dos horas de duración conducidos por el Dr. Inclán, director del centro, en el que se exploran y explican diferentes conceptos relacionados con la terapia familiar, el enfoque ecológico y la importancia de los aspectos culturales.
- *“Didactic Family Therapy Seminar”*: Seminario semanal de una hora y media de duración en el que se estudian distintas lecturas clásicas de terapia familiar para su posterior debate.

Además se me brindó la oportunidad de asistir al congreso de psicoterapia *Psychotherapy Networker Symposium* que se organiza todos los años en Washington.

Por todo lo previo considero que la oportunidad de poder llevar a cabo esta rotación en un centro en Estados Unidos, formando parte de un equipo multidisciplinar y multicultural, en base al modelo estructural-ecológico en el que se especializa el dispositivo, ha resultado tremendamente enriquecedora en mi formación con psiquiatra por muchos aspectos. En primer lugar, me ha posibilitado conocer e involucrarme en un sistema sanitario diferente al mío, y hacerlo de forma activa participando en la labor asistencial e investigadora que allí se realiza. En segundo lugar, me ha permitido formar parte de un ambiente multicultural y acercarme a realidades, costumbres y vivencias diferentes a la propia. Además, el hecho de poder llevar a cabo esta rotación siendo yo también una inmigrante en un país extranjero, me ha brindado además la posibilidad de vivenciar el proceso migratorio para facilitar la tarea de trabajar sobre los distintos aspectos del mismo.

Patricia Nava García
MIR Psiquiatría - 4º año
Hospital Universitario 12 de Octubre



2

² La estatua "Fearless Girl" (Niña sin Miedo), frente al famoso "Toro de Wall Street" ha inspirado a mucha gente y "ha estimulado conversaciones sobre rol de las mujeres en posiciones de liderazgo", dijo el alcalde de Nueva York, Bill de Blasio (<http://www.telemundo.com/noticias/2017/03/27/nueva-york-permite-la-nina-sin-miedo-que-darse-un-ano-mas-en-wall-street>).

Una experiencia en Psiquiatría Penitenciaria: unión de clínica, fundamentos legales y forenses

Rotación en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria
del Centro Penitenciario Brians 1 –
Sant Esteve Sesrovires. Barcelona

Manuel Nieves Carnicer
MIR-4 Psiquiatría H.U. 12 de Octubre

1. Justificación

Si bien resulta innegable que el desempeño de la psiquiatría – y la medicina en general – mantiene una relación necesaria e inevitable con el derecho civil y penal; es igual de evidente que no existe una formación específica, en este ámbito, contemplada dentro del itinerario formativo básico de la residencia de psiquiatría. Por ello, y por un interés personal en la clínica relacionada con lo legal y forense, escogí la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) como destino de mi rotación externa, teniendo buenas referencias, por otros colegas, del trabajo desempeñado en dicho centro. Además, se trata de una unidad única dentro del territorio español como veremos más adelante.

2. Ubicación

La UHPP se encuentra dentro del recinto del Centro Penitenciario Brians 1. Se trata de una prisión de estructura modular que consta de:

- 5 módulos de varones para el cumplimiento en régimen de 2º grado, donde se distribuyen según características del penado y el delito cometido. (población vulnerable, consumo de tóxicos, delitos violentos...).
- 2 módulos de mujeres con las mismas premisas que en el punto anterior.
- 2 módulos especiales (1 de varones y 1 de mujeres) para el cumplimiento en régimen de 1º grado.
- 2 módulos de enfermería (1 de varones y 1 de mujeres) donde se encuentran los/as pacientes con problemas somáticos o psiquiátricos que requieran una atención especial.
- 1 módulo semi-abierto, fuera de los muros principales del recinto penitenciario, donde se realiza el cumplimiento en régimen de 3º grado.
- 1 módulo dedicado a la UHPP.

3. Estructura de la Unidad

La UHPP dispone de 3 “sub-unidades”: Una planta de hospitalización de agudos, una de subagudos y una de rehabilitación; con un total de 53 camas.

En cuanto a dotación de facultativos disponen, entre otros, de 1 coordinador médico psiquiatra, 7 adjuntos médicos psiquiatras y 1 adjunto médico de familia.

Las habitaciones para pacientes agudos son individuales, incluyen video-vigilancia continua, mobiliario antivandálico y baño cerrado – cuya apertura se debe solicitar bajo necesidad, para poder realizar vigilancia activa - en pos de la seguridad del paciente. Así mismo, en caso de riesgo autolítico, el protocolo de suicidio supone el cambio a sábanas de papel y la retirada de todo objeto potencialmente lesivo (incluidos cubiertos de metal durante las comidas). En esta unidad los pacientes disponen de una sala común y patio al aire libre, separados de las zonas comunes del resto de pacientes.

Las entrevistas se realizan en despachos con el mínimo mobiliario - orientado de forma que permitan una salida segura de los profesionales - siempre acompañado por enfermero o auxiliar y bajo vigilancia presencial de 1 o 2 funcionarios de prisiones, según estado del paciente. En los casos más graves existe disponibilidad de un despacho especial, donde no hay objetos salvo mesa y sillas, que se encuentran ancladas al suelo.

La unidad de subagudos y rehabilitación se compone de habitaciones individuales, dobles y triples – también según estado del paciente – un patio amplio con zonas para actividad deportiva, sala para taller de lavandería, sala de actividades grupales y sala de club social con acceso a dispositivos multimedia. Todo ello de cara actividades ocupacionales y rehabilitadoras de los pacientes.

Despachos de visita y de profesionales, zona administrativa, aula de reuniones (y sesiones clínicas), sala para vis a vis supervisado con familiares, despacho para visitas de guardia, 3 salas de control de seguridad y un huerto terapéutico en la zona exterior, componen el resto de instalaciones de la unidad.



³ Fuente: http://justicia.gencat.cat/ca/departament/infraestructures/centres_penitenciaris/cpbrians1

4. Población de referencia y particularidades

Como reflejaba en un inicio, esta unidad desempeña una actividad única a nivel nacional. Por un lado, se trata de un concierto entre el Departament de Justícia y Sant Joan de Deu, por lo que los profesionales colaboran con justicia, pero dependen de sanidad. Por otro, como unidad suprasectorial, da cabida a todos los potenciales pacientes de la comunidad autónoma. Si bien cada centro penitenciario (La Modelo - en vías de cierre -, Wad Ras, Quatre Camins, Brians 1 y 2...) dispone de uno o varios psiquiatras que realizan actividad asistenciales y tienen algunas camas de observación, no les es posible realizar una actividad de ingreso hospitalario donde pueda atenderse a los pacientes más graves o que requieran – por sus circunstancias legales – una labor de exploración y diagnóstico intensiva.

Además de todo lo expuesto previamente, es necesario precisar que los pacientes atendidos pueden encontrarse en situación de prisión preventiva (en espera de juicio o sentencia en firme), penados o con una medida de seguridad cuyo cumplimiento haya sido ordenado, en un inicio, a realizar en medio cerrado de carácter penitenciario.

En el primero de los casos es de particular importancia la actividad exploratoria realizada, dado que los juzgados requieren informes de evolución de cara al propio proceso penal (llegando a citar en ocasiones como testigo-perito a los facultativos responsables) por lo que resulta a veces decisivo para determinar el tipo de medida judicial aplicada, con la consiguiente repercusión para el paciente.

Por ello, en estos casos, de forma protocolizada se realizan pruebas psicométricas según la condición de cada paciente: CI mediante test de WAIS, personalidad mediante test de Millon, escala de psicopatía (PCL-R), riesgo de comportamiento violento (HCR-20) y escalas clínicas (PANSS, HAM-D...).

5. Imputabilidad y medidas de seguridad.

En el apartado previo he comentado la figura de las “medidas de seguridad”. Para explicarlo primero resulta necesaria una breve introducción legal.

El código penal, en virtud de lo expuesto en el artículo 20.1 y 20.2, recoge como eximentes completas las alteraciones psíquicas (20.1), intoxicaciones plenas o síndromes de abstinencia (20.2) que “[...] impidan comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión [...]”. Precisar que en muy pocas ocasiones es de aplicación el número 2º del artículo 20, que si supone con cierta frecuencia eximente parcial o atenuante.

Sin embargo - si bien el acusado en estos casos es declarado inimputable y por tanto no puede ser condenado por el acto cometido – el juez puede ordenar, de conformidad con los artículos 101 y 102, una medida de internamiento para tratamiento médico (101) o deshabitación (102). Dichos internamientos “[...] no podrán exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad [...]”.

Hay que tener en cuenta que, aunque bajo criterio clínico el paciente se encuentre estable y en disposición de ser dado de alta (a un centro psiquiátrico “civil” o para una medida de libertad vigilada, por ejemplo), se requiere la autorización del Juez o Tribunal sentenciador que será quien pueda cesar, suspender o sustituir por otra, cualquier medida de seguridad impuesta.

6. Actividad desarrollada

Durante los 2.5 meses de estancia en la unidad me fue adjudicado una tutora de rotación, quien dirigió mi actividad diaria y aprendizaje (en su ausencia todos los facultativos estaban siempre dispuestos a ayudarme de buen grado). Inicialmente, en una labor principalmente de observación, pude atender a las entrevistas de los pacientes agudos, subagudos y de rehabilitación, y familiarizarme con las evaluaciones, sistema informático y particularidades del funcionamiento de la unidad.

Al margen de la asistencia realizada dentro de la UHPP, entran dentro de las competencias de todos los psiquiatras adjuntos, las visitas de seguimiento o nuevas a desarrollar en los diferentes módulos de la penitenciaría (pudiendo asemejarse a una actividad de interconsulta/csm) como vendrían a realizar los facultativos de los otros centros que no disponen de UHPP. Los pacientes atendidos pueden ser tanto derivaciones realizadas por los médicos de familia, como seguimiento de pacientes dados de alta de la unidad y cuyo centro penitenciario de referencia sea Brians 1.

Tras un periodo de 1-2 semanas de adaptación, me fue asignando una papel más activo en la atención de los pacientes, pudiendo realizar algunas entrevistas de seguimiento dentro de la UHPP únicamente acompañado por personal de enfermería, con posterior supervisión de la tutora. Posteriormente me fueron asignados algunos casos de nuevo ingreso, cuya permanencia se estimase similar a mi estancia restante, para poder llevar a cabo el proceso completo de evaluación, diagnóstico, tratamiento y redacción de los correspondientes informes.

El perfil psicopatológico, según impresión subjetiva, de los pacientes atendidos en la UHPP era de predominio TMG (Esquizofrenia, Esquizoafectivo, Discapacidad intelectual, Depresión con síntomas psicóticos...). Fuera de la unidad, lo más prevalente era la atención de pacientes con Trastornos de personalidad de perfil antisocial (e histriónico/límite en los módulos de mujeres), TDAH y algunos casos de trastornos psicóticos, con cierta frecuencia psicosis tóxicas. La comorbilidad con Trastornos por uso de sustancias (cannabis el más frecuente) era frecuente dentro y fuera de la unidad, complicando el manejo y restringiendo los posibles tratamientos a pautar por riesgo de abuso/tráfico.

Entre estos pacientes pude llevar de forma completa un caso de simulación de síntomas psicóticos, un intento autolítico de una paciente con diagnóstico de Trastorno bipolar tipo I (que al alta le fue modificado por un Trastorno de Personalidad cluster B) y una descompensación psicótica de un paciente con diagnóstico previo de Trastorno delirante persistente, que por la evolución de su sintomatología se razonó un cambio de diagnóstico a Esquizofrenia Paranoide.

Finalmente también pude llevar a cabo una sesión clínica (centrada en la Simulación, herramientas clínicas, escalas de detección y diagnóstico diferencial), revisar historiales previos de los pacientes a cargo, leer bibliografía relacionada con la psiquiatría forense, así como presenciar y participar en alguna de las actividades de carácter terapéutico de los pacientes.

7. Estancia en Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil (UTJJ, CEJ Tíllers, Parets del Vallés)

Durante las últimas 2 semanas de mi rotación, se me dio la oportunidad de realizar una estancia en la UTJJ dentro de la cual pude también visitar otros centros de Justicia Juvenil (Can Llupià y L'Alzina) de Barcelona, donde los psiquiatras de la UTJJ realizaban consulta.

La unidad consta de 12 camas y cumple una función similar a la UHPP, salvando las distancias en cuanto al contexto judicial y perfil de los pacientes (edades entre los 14 y 23 años, a destacar varios casos de TEA y discapacidad intelectual, disponiendo de un profesional capacitado para la realización del test ADOS). En la actividad de los internos existe un importante componente rehabilitador, con disponibilidad de múltiples talleres, clases para preparación de la ESO o Bachillerato y posibilidad de realizar salidas terapéuticas de características diversas.

Dentro de mi papel en esta rotación, similar al desarrollado en la UHPP con la limitación obvia de un menor tiempo, me gustaría reseñar el poder haber asistido a una actividad particularmente interesante. Se trata del acompañamiento durante una salida de dos pacientes, ya estabilizados y previa autorización judicial, que acudieron a un instituto de enseñanza secundaria para dar una charla relacionada con el consumo de tóxicos a los alumnos de 4º de la ESO. El valor de esta actividad de salud preventiva es doble. Por un lado, los estudiantes se veían mucho más identificados con los pacientes que, al encontrarse en un rango etario similar y proviniendo de un entorno sociocultural semejante, podían transmitirles un mensaje que les llegaba e implicaba con mayor facilidad. Por otro, los pacientes al explicar a otros toda su experiencia con los tóxicos y la consiguiente repercusión académica, social y legal, podían integrar y ser conscientes de todo lo vivido, llegando a momentos de importante carga emocional.

8. Conclusión.

La rotación externa, per se, supone una oportunidad importante de participar de un sistema funcionamiento diferente y “validar” lo aprendido – no solo en contenido si no en forma de aplicación – previamente. Esto enriquece como persona y profesional.

Que el “tema” de la rotación deba versar en un área específica que no esté disponible en tu centro de procedencia es, obviamente, un valor añadido – a nivel de conocimientos - de la misma.

Con todo ello, no tengo duda de que estos 3 meses han cumplido todo lo anterior, permitiéndome una formación en psiquiatría penitenciaria que, como reza al inicio del texto, han supuesto para mí un aprendizaje de clínica, aspectos legales y forenses.

*Manuel Nieves Carnicer
MIR Psiquiatría - 4º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*

Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, cuando la obiedad se hace presente

Angela Concepción Vargas Villasante
PIR-4 Psiquiatría H.U. 12 de Octubre



1. Asomarse al mundo de la Psicología de la Rehabilitación en Lesión Medular

Desde una perspectiva global entendemos la Psicología de la Rehabilitación como el área encargada del estudio y aplicación de principios psicosociales al comportamiento de las personas que sufren una discapacidad física, cognoscitiva, del desarrollo o emocional. Es una especialidad cuyo propósito es utilizar el conocimiento psicológico para aplicarlo en la adaptación individual y social de personas con inhabilidades o discapacidades (APA, 1994).

Ésta nace a partir de la II Guerra Mundial, impulsada por las necesidades de atención a mutilados y veteranos de guerra con discapacidad física. Es a partir de este momento donde se toma conciencia de la incidencia e importancia de los factores psicológicos y sociales en el tratamiento de estas personas. Su desarrollo y expansión en los EEUU dio lugar a la creación de la División 22 de la APA (Psicología de la Rehabilitación) en el año 1956.

Limitándonos a un área particular dentro de la Psicología de la Rehabilitación nos asomamos a la Lesión Medular. Brucker en 1983, la define como:

“una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de la función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual”

De esto se deduce que las consecuencias de la lesión medular afectan a todos los ámbitos de la vida de la persona, tanto física, psicológica como socialmente, entendiéndose, por tanto, su tratamiento dentro del modelo BIOPSICOSOCIAL.

En este contexto particular, hablamos de la “rehabilitación” como el proceso de aprender a vivir con la discapacidad en el ambiente en el que se mueve la persona. En un primer momento el sujeto con lesión medular es un receptor pasivo del tratamiento médico, hasta que, una vez conseguida la estabilización médica, se convierte en agente activo en su proceso de aprender a vivir con dicha lesión.

AFRONTAMIENTO, por tanto, se convierte en una variable central de dicho proceso, generando la mayor parte de las preguntas y respuestas que surgen en torno a esto: ¿Qué tipo de afrontamiento tiene el sujeto? ¿Cómo afronta dicho proceso?, etc. Ducharme, Gill, Biener – Bergman y Fertitta (1992) describen el *afrontamiento exitoso de la situación a la lesión traumática/enfermedad como una evolución gradual del aprendizaje del individuo para vivir con lo que ha perdido, que conlleva una resolución del sentimiento de pérdida a través del duelo, desarrollo de estrategias de lucha y mejora a nivel de las actividades que validan el significado de la nueva vida poslesión.*

Desgraciadamente, y atendiendo a la naturaleza humana, no todos los sujetos son capaces de “afrontar exitosamente” la situación. De ello depende varios factores entre los que estarían la personalidad premórbida, el tipo de enfermedad o lesión, la edad en qué ocurrió la lesión, la calidad del sistema de apoyo, el significado de la deficiencia o incapacidad para el paciente y aspectos culturales.

Además, no se debe olvidar, que acuñamos una perspectiva interaccionista en el que el proceso de adaptación de la lesión medular es un proceso:

- Individual: Es un proceso individual y diferenciado para cada persona
- Multidimensional: Afectando a la esfera física, psicológica y social de la persona
- Interactivo: En continua relación con el ambiente
- Dinámico: No es un estado final al que se llega sino un proceso evolutivo que comienza en el momento de su aparición y continúa a lo largo de las diferentes etapas de la vida

Con todo esto, la labor del Psicólogo Clínico en rehabilitación es ayudar al paciente a prepararse psicológicamente para esa participación plena en el proceso de rehabilitación, optimizando y potenciando al máximo las capacidades de la persona de cara a su pleno funcionamiento y reinserción en la sociedad, reestructurando su proyecto vital y, en definitiva, favoreciendo el proceso de adaptación.



2. Descripción del Hospital Nacional de Parapléjicos

El Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo es un hospital monográfico en el tratamiento de la lesión medular. Inaugurado el 7 de Octubre de 1974, es el centro público de referencia en España, perteneciente a la red del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). En él se tratan las lesiones medulares y se rehabilitan los aspectos físicos, psicológicos y sociales del individuo.

Dispone de 180 camas repartidas en: 6 unidades de hospitalización de adultos, 1 unidad de hospitalización infantil y 1 unidad de cuidados intensivos.

Dentro de su cartera de servicios se encuentra:

- Servicios centrales y de diagnóstico y consultas externas (rehabilitación, rehabilitación infantil, ortopedia y traumatología, urología, medicina interna, programa de apoyo respiratorio a domicilio, neurología, neurofisiología, pediatría, unidad de dolor y espasticidad, unidad de rehabilitación sexual y reproducción asistida, unidad de electroestimulación funcional, unidad de salud mental,
- Hospitalización (Rehabilitación y rehabilitación infantil, cuidados intermedios de apoyo respiratorio y marcapasos frénico, unidad de cuidados intensivos)
- Servicios quirúrgicos (Cirugía general y del aparato digestivo, urología, ortopedia y traumatología, plástica y reparadora, anestesia y reanimación)
- Rehabilitación (Cinesiterapia, rehabilitación respiratoria, electroestimulación funcional, terapia ocupacional, pista de obstáculos y entrenamiento, biomecánica y ayudas técnicas)
- Unidades administrativas y de apoyo a la asistencia



3. Descripción de las actividades que se realizan en la Unidad de Salud Mental del Hospital Nacional de Paraplégicos (HNP)

Las competencias adquiridas en la Unidad de Salud Mental del HNP durante el periodo de la rotación externa, tanto ejerciendo de observadora como con una participación activa, han sido:

1. Realización de la acogida del paciente y familiar al ingreso en el Hospital. Se lleva a cabo una entrevista clínica y se evalúa al paciente, a su entorno y su situación actual. Además, se le proporciona toda la información necesaria, explicándoles que tendrán un seguimiento hasta el alta.
2. Planificación y aplicación de una adecuada intervención psicoterapéutica según la adecuación del paciente a la situación, y por tanto a su lesión, así como a la sintomatología que presente. Además, la intervención psicoterapéutica puede estar dirigida a la familia o al paciente, y ser tanto individual como grupal.
3. Evaluación y rehabilitación neuropsicológica de pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) añadido a la lesión medular y que han adquirido daño cerebral sobrevenido.
4. Adquisición de los conocimientos básicos sobre Lesión Medular, clasificación y tipologías más frecuentes, funcionalidad asociada según el nivel de lesión, tratamientos, pronóstico y recursos asistenciales dentro del servicio.
5. Consecución de una adecuada formación en comunicación que facilite la escucha, la contención de emociones, promoción de la empatía y soporte emocional tanto al paciente como a su familia.

3.1 Práctica clínico-asistencial

La Unidad cuenta con tres Psicólogas Clínicas y una Psiquiatra. Cada adjunta presenta un perfil diferente: una de las psicólogas clínicas está especializada en rehabilitación sexual, otra en evaluación y rehabilitación neuropsicológica y la otra en población infanto-juvenil. La psiquiatra se encarga de aquellos pacientes que llegan con psicopatología previa y realiza la evaluación, prescripción o ajuste de medicación psicofarmacológica. Además, se encarga de aquellos que ingresan por lesiones medulares de intento autolítico y pacientes con dolor neuropático.

Las intervenciones psicoterapéuticas que se realizan en la unidad son las siguientes:

- **Intervención en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos):** Se realizan visitas a la Unidad si el paciente lo precisa, o como inicio del vínculo terapéutico.
- **Consultas de psicoterapia individual**, tanto de pacientes ingresados como ambulatorios. A pesar de que se fomenta la adherencia al tratamiento psicoterapéutico es importante tener en cuenta que la realidad de muchos de estos pacientes es una preocupación casi exclusiva de la rehabilitación física, minimizando la importancia de la rehabilitación psicológica, que, en muchas ocasiones, impide el cumplimiento regular de las consultas. El tratamiento individual también está dirigido a los familiares de los pacientes que lo precisen.
- **Psicoterapia Grupal.** Se realizan diferentes terapias grupales cuyos objetivos son: compartir sentimientos de desamparo, dependencia y vulnerabilidad; Buscar soluciones y alternativas a los

nuevos problemas que se les plantean y desarrollar comportamientos que permitan que, tanto el paciente como la familia, puedan afrontar con efectividad el cambio de su vida.

Las diferentes terapias grupales son:

- Terapia de grupo de afrontamiento. Existen dos grupos de pacientes divididos por edades
 - Sesiones de afrontamiento con veteranos externos
 - Terapia grupal de rehabilitación sexual
 - Programa de psicoeducación para de familiares
 - Terapia grupal de pacientes de intento autolítico
 - Terapia grupal infanto-juvenil
 - Grupos de rehabilitación cognitiva
- Asistencia a:
- Reunión de coordinación con el equipo de hospitalización. Se reúnen todos los profesionales de la planta médica, médicos rehabilitadores, internistas, enfermeros, psicólogos clínicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y se comentan los casos más complejos.
 - Sesiones clínicas semanales multidisciplinarias

4. VALORACIÓN CRÍTICA

El mayor aspecto positivo a destacar del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, es su compromiso y defensa del psicólogo clínico en el campo de la Psicología de la Rehabilitación. Su defensa por una atención integral al paciente y a sus familias, así como su empeño en la formación especializada de quien la ejerza.

Como aspectos negativos o dificultades encontradas, recojo la necesidad de disponer de más tiempo en la rotación, únicamente permiten rotar allí dos meses, que, en mi opinión, se quedan cortos.



5. EXPERIENCIA PERSONAL

Recuerdo muy bien aquellos lugares y experiencias que transformaron mi vida, y la rotación por el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo ha sido uno de ellas. Transformar entendido como cambiar de forma a alguien o a algo. Cambió mi forma de sentir, de pensar y de actuar.

Para que esto ocurra, uno debe permitirse sentir, estar abierto a la emoción, pero no todas las emociones son deseadas ni fáciles de manejar. Allí se entremezclan las emociones de los pacientes, de los familiares y de los profesionales, y eso lo convierte en un lugar especial. La primera emoción que me descolocó, que me dejó fuera de juego, fue un miedo intenso que no había experimentado antes. Un miedo, casi físico, traducido en escalofrío, al enfrentarme a mi propio daño y dolor corporal, al descontrol de mi cuerpo, al pensar que yo también soy frágil y vulnerable, y que podría pasarme a mí. Aquello me hizo actuar, indagué acerca del documento de voluntades anticipadas con la intención de firmarlo inmediatamente, pero aún hoy sigue guardado en un cajón.

Una vez uno sale de la propia emoción, del propio miedo, y mira a su alrededor, descubre que allí se respira esperanza, sentimiento de lucha, incluso alegría. Chicos jóvenes que charlan, ríen, se acompañan a pesar de ir en silla de ruedas. Que se esfuerzan, que son constantes y persistentes en sus objetivos y que, sobre todo, miran al futuro. Claro está que también lloran, se frustran, se desaniman y se desesperan. Todo ello formando parte del mismo proceso, de la rehabilitación. Habilitar de nuevo a la persona para que pueda enfrentarse a su vida, una vida diferente a la ya conocida.

Y con todo esto, uno empieza a trabajar. El profesional empieza a trabajar. Un trabajo delicado, minucioso, hecho a medida del que padece. Acompasado en tiempos y en forma. Desde el acompañamiento en UVI, en el que el temor a la muerte sobrevuela el cubículo, hasta el ajuste de expectativas cuando creen que allí, “en Toledo” se obrará el milagro de volver a andar. Negaciones necesarias para seguir viviendo, que en un primer momento fueron adaptativas, pero que pasado un tiempo se convierten en cuerdas estáticas. Y el modo en que el paciente afronta la lesión no responde a deseos propios ni a tiempos propios.

El paciente empieza a trabajar también. Jornadas intensas de fisio, terapia, piscina, electroestimulación, etc. “*Cuanto más mejor*” refieren muchos. De lunes a viernes la rehabilitación se convierte en su oficio, en su única ocupación, en su motivo para seguir adelante, y cuando llega el fin de semana, muchos sienten ese parón “*los lunes la espasticidad es mucho peor*”. Las tardes también se ocupan con actividades beneficiosas para esta labor, pintura, ping pong, etc., que tanto ayudan a esas manos que perdieron su funcionalidad. Pero no todos corren la misma suerte, algunos deben permanecer en cama por las úlceras por presión o escaras, desarrollando ingeniosamente distintas actividades que les permitan tolerar mejor esta situación.

Y la familia también empieza a trabajar. Despliegan todas las herramientas y fortalezas con las que cuentan. Sostienen al lesionado, aunque muchas veces, cuando ellos no les ven se permiten caer, para acto seguido, volver a recomponerse. Es la generosidad más genuina con la que me he topado. Dejan toda su vida, su trabajo, su casa, su familia para trasladarse a una nueva ciudad, muchas veces solos, y visitar, en las horas permitidas, a su familiar. De ahí la importancia de poder asistir y sostener nosotros también, a ese “*co-lesionado medular*”.

Como dije anteriormente, las emociones entremezcladas de pacientes, familiares y profesionales lo convierten en un lugar especial. Se cuestionan sus vidas, como allí lo hice yo. *“Esto es muy duro, pero muy duro, aun así, no estoy al borde del suicidio”* decía un paciente con una tetraplejía, ¿Lo estaría yo?, me pregunto. Sus dudas fueron mis dudas, aún son mis dudas, pero sus fortalezas, también fueron las mías, fortalezas que observé, aprendí y me llevé de cada uno de ellos.

Y llegado el final de la rotación, que espero que sólo sea un principio en este campo, me voy con las manos llenas de enseñanzas de vida impartidas por los mejores profesores, los propios pacientes lesionados medulares, sus familias y los profesionales. *“La vida se puede seguir viviendo, aunque sea de manera diferente, se aprende a disfrutar del momento y de lo que uno tiene”, “Uno puede seguir disfrutando”*. Y dos frases bien caladas, regalo de mi adjunta M^a Ángeles, *“no dejes que lo que no puedes hacer, te impida hacer aquello que sí puedes”*; *“Te vas con tu silla bien colocada”*. Por cierto, mi documento de voluntades anticipadas sigue hoy en aquel cajón.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Quintas, M.V., Jara, M.P. (2007). *Rehabilitación psíquica del paciente con lesión medular. Orientación para pacientes, familiares y personal sanitario*. Toledo, España: Fundación del Hospital Nacional de Parapléjicos para la investigación y la Investigación y la Integración.
- Rueda, M.B., Aguado, A.L. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Pozuelo, M.A. (2009). *Afrontando la lesión medular*. Toledo, España: FUHNPAIIN.
- García Carenas, Lara, Alcedo Rodríguez, M^a Ángeles, & Aguado Díaz, Antonio-León. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 125-141. Recuperado en 20 de marzo de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200003&lng=es&tlng=es.

*Angela Concepción Vargas Villasante
PIR Psicología clínica - 4º año
Hospital Universitario 12 de Octubre*

SET LIST, BUENOS AIRES.

Rotación en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar.
Multicentro de Aprendizaje, Pasantías y Rotaciones.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)

Sergio Puerta Rodríguez
MIR-4 Psiquiatría H.U. 12 de Octubre

SET LIST, BUENOS AIRES.

Recomiendo hacer "click" en el enlace y comenzar a leer. Espero que lo disfrutéis.

<https://open.spotify.com/user/1120310108/playlist/6B1LcD4nrN6oEUDaCbwmxm>

1. VOLANDO

Título: *So What*

Artista: *Miles Davis*

Disco: *Kind of Blue*

<https://open.spotify.com/track/4vLYewWlvqHfKtJDk8c8tq>

Apenas puedo dormir en toda la noche. Doy vueltas y vueltas pensando qué se me olvida. Es evidente que algo se me olvida. Siempre se me olvida algo. Debería hacer caso a mi madre y tener la maleta preparada una semana antes. Pero no. Siempre prefiero hacerlo a última hora.

Me levanto, me ducho, me visto... Todo automático. Mastico la tostada pero me cuesta tragarla. Y es que tengo esa sensación en el estómago que uno tiene cuando se mezcla dormir poco, madrugar y los nervios de un viaje. Es difícil de explicar pero sé que es la misma que tenía cuando era pequeño, con siete años, y me despertaban mis padres a las cuatro de la madrugada para irnos juntos de vacaciones. Prácticamente me metían en el coche y me despertaba con el olor a mar.

Ya voy camino de Atocha y salgo disparado hacía Barajas. Después de bastantes dificultades para facturar y con el tiempo justo para coger el avión agarro mi asiento.

Todo el viaje es un sueño. Odio ponerme transcendental, lo juro, pero es cierto. Volar es algo mágico. Te subes en un punto del Planeta y después de unas horas viajando a no sé cuantos metros del suelo, ¡boom!, apareces en otra parte del Globo. Eso sí, cansado, muy cansado; muy atontado y muy sudado.

Paso la mayor parte del viaje dormido, despertándome únicamente para tragarme, como un pavo, unos macarrones con queso o una chocolatina. A veces me da miedo que se me caiga la cabeza sobre la compañera de asiento. También me trago unas cuantas películas, sin filtro, una detrás de otra, en duermevela.

Y llego, por fin llego. Me parece mentira estar en Sudamérica. Desde Ezeiza en autobús hasta el Obelisco y desde el Obelisco tomo un taxi hasta Salguero y Soler. Encuentro el apartamento que alquilé por Airbnb. Me tumbo en la cama a descansar. Empieza mi pasantía.

2. CAFÉ

Título: *Poinciana*

Artista: *Ahmad Jamal Trio*

Disco: *Complete Live At The Pershing*

<https://open.spotify.com/track/74bnPmpuchl67EgHz35mL8>

Me despierto después de unas 16 horas de sueño y necesito unos segundos para darme cuenta de donde estoy. Hoy será mi primer día en *Ditem* y como me quedan unas horas, decido ir a tomar un café (por supuesto, no tengo nada en la nevera). Tiro de *Google Maps*: “café, cerca de mí”, buscando... Elijo el resultado con más estrellas que resuelta ser el *Varela Vareleta*. Salgo de mi monoambiente con esa sensación de libertad mezclada con euforia que sólo te la da encontrarte en una ciudad nueva en la que no conoces nada ni a nadie. Es curioso como las emociones son parecidas entre sí y a la vez tan diferentes, tan específicas, tan únicas. Es una emoción que me recuerda a mi primer día de Universidad o a los cursos de verano en Inglaterra. También al Erasmus en Padova. Me puedo ver montado en una bicicleta, paseando con mis amigos mientras está lloviendo y a lo lejos suena el reloj de la *Piazza Dei Signori*...

Bien, llego a *Varela Vareleta*. Es un bar “bien porteño”. Las mesas en madera, en un rojo ya desgastado. En las paredes carteles de varias películas argentinas, la mayoría con Ricardo Darín como protagonista. Me pido un café solo y tres medias lunas. Cuando llega el camarero me las sirve en una bandejita. Las deja de tal manera que ésta permanece dando vueltas. Me tomo mi tiempo. Lo disfruto. Me encanta desayunar fuera de casa con algo para leer, pero estoy tan excitado que ni siquiera puedo leer. Me parece que puedo percibir todo con más claridad: el sabor del café, la temperatura, el tacto del asa de la tacita, la textura de la medialuna en mi boca, el azúcar... Impresionante, casi algo místico. Creo que no me metieron nada en el café, estoy casi seguro. No estuvo mal para empezar.

3. GRUPO

Título: Take Five

Artista: Dave Brubeck

Disco: On Time

<https://open.spotify.com/track/5p6me2mwQrGfH30eExHn6v>

Después de callejear un buen rato, llegó a *Ditem*. Las calles se hacen muy largas cuando son tan rectas, tan cuadrículadas. Además tengo que pensarme “muy mucho”, cuándo y cómo cruzar. Que no me oigan los porteños, pero conducen bastante mal, sin ánimo de ofender. *Ditem* está en *Thames y Soler*, en el Barrio de Palermo. Es un edificio de tres plantas. Abajo, la sala de grupos, el salón para talleres (yoga, eutonía, circo...) y el jardín. Un poco más arriba, la cocina, la sala de música y la terraza. Ya al final final, los despachos.

Podemos parar aquí un segundo para presentaros al equipo, que consta de ⁴ :

- Seis terapeutas. Normalmente entran dos por grupo. Las características de cada uno de ellos hacen que se establezca un grupo heterogéneo de profesionales que es muy rico para los pacientes.
 - o **María Elisa** (psicóloga). Directora del Centro. Como características principales destacaría su espontaneidad y su manera natural de acercarse a la persona.
 - o **Ricardo** (psicólogo) Coordinador de las terapias grupales. Es muy completo a nivel teórico y toma un papel muy confrontador en el grupo. Genera una transferencia muy potente en los pacientes (y en los pasantes, entre los que me incluyo). Llegué a odiarle en muchos momentos de mi paso por Ditem; para luego reconciliarme con su forma de hacer y valorarle en su papel, en sus aciertos y en sus fallos.
 - o **Roberto** (psiquiatra). Director médico del Centro. Lleva a cabo el ajuste de los tratamientos psicofarmacológicos y cuida de la salud física de todos los pacientes. Además destaca su labor de contención y su infinita paciencia...
 - o **Jaco** (psiquiatra). Coordinador de la docencia junto a Diana. Qué decir de Jaco. Su motivación en la profesión y su capacidad de emocionarse y sorprenderse cada día es maravillosa. Sobre todo es genial porque la contagia. Después de pasarte dos horas de docencia con él quieres salir a comerle millones de libros. Y todo ello con 75 años a sus espaldas.
 - o **Diana** (psiquiatra). Impresionante a nivel teórico. Se acerca a los pacientes desde un punto bastante interpretativo; pero siempre respetando la vivencia del paciente y abierta a que puede estar equivocada.
 - o **Katherine** (psicóloga). Se ocupa de la coordinación de los pasantes. Es la más joven del equipo. A los rotantes nos ayuda mucho a establecernos. A nivel terapéutico siempre busca la parte más sana del paciente y la rescata.
 - o **Vivi** (psicóloga). Recientemente incorporada al equipo. La conexión emocional que establece en relación a las vivencias de los pacientes es muy potente. Esta conexión también se traslada a la relación con los pasantes.

⁴ www.fundamitre.net

- Dos terapeutas ocupacionales,
 - o **Rita.** Se hace muy presente en los espacios entre grupos y talleres y también en la cocina. Sabe más de la vida y las preocupaciones de los pacientes que la mayoría de las personas del Centro. Establece un vínculo sano y aporta información muy útil. Es un ancla para todos.
 - o **Ariel.** Muy presente también en la cocina y entre grupos. Otro de los anclas junto con Rita. Más confrontativo. Se ocupa de organizar la cocina. También dirige el taller de música. Además está muy presente en los partidos de fútbol sala que organiza uno de los pacientes del Centro.
- Administrativa,
 - o **María.** En la entrada. Atenta a todo. Siempre te recibe con una sonrisa.

¿Dónde me llegaba? ¡Ah, sí! Estaba entrando en Ditem en mi primer día...Primero, una avalancha de presentaciones. A los demás pasantes españoles, a los pacientes, a los terapeutas...Siempre con un beso, no dos. Y no se perdona el beso. Es lo primero que noto, la cercanía y el contacto a nivel físico.

La sala de grupos consta de tres círculos concéntricos con muchos lugares para sentarse. Bastante cómodos, por cierto. Un suelo enmoquetado y unos fluorescentes de diseño cierran la ecuación. En el centro hay una mesita, con dos micrófonos y una grabadora. Podemos empezar. Quedan dos horas de grupo por delante...

Me siento en segunda fila junto a mi compañera Carla. Jaco coordina junto a Diana. Pide la palabra Lorenzo y le acerca el micrófono Roberto. Es un paciente de unos cuarenta y cinco años. Ingresó recientemente en el Centro después de salir de un ingreso en relación a un episodio maniaco.

Lorenzo: *Quería preguntar, ¿Cómo va esto? ¿Qué proceso sigue? ¿Cuándo alguien recibe el alta?*

Roberto (director médico): *¿Cómo el alta? Aquí no hay altas ni bajas, aquí somos personas hablando de emociones y de lo que nos preocupa. Tú te das el alta cuando estás mejor.*

Lorenzo, se ríe y continúa concretando su pregunta.

Lorenzo no sabe qué hacer con lo que Roberto le ha puesto encima de la mesa. Es un ingeniero informático que ha hecho un programa en su trabajo que se ocupa de dar las respuestas que uno necesita. Algo así como el Siri de Apple, pero en argentino y dentro de su empresa. Más tarde, durante los siguientes meses, me doy cuenta de que pocas veces ha tomado decisiones sobre su propia vida. Siempre o casi siempre fue aconsejado por su mamá en qué debía hacer o qué era mejor para él. A su vez su madre no recibió el cuidado, la contención y el afecto que un niñita necesita. No quería que ocurriera lo mismo con su hijo. Lorenzo hizo suyas las emociones de su madre, siendo incapaz de distinguir las suyas. Esto, por ende, le hacía difícil reconocer las de los demás. Un terapeuta siempre narraba que en una ocasión cambió el perro de las hijas de su esposa por un iphone y más tarde no entendía el

disgusto y el enfado de ellas. El grupo es para Lorenzo una oportunidad para sentir lo no sentido. En definitiva, vivir lo no vivido.

Durante esta primera experiencia de grupo multifamiliar me llama la atención un chico joven, de mi edad más o menos. No para de interrumpir durante todo el grupo, incapaz de contener su discurso. Quiere llenar todo y a todos. Se mueve por toda la habitación. Está muy enfadado, aunque a veces sonría. Se queja de que está allí obligado y de no poder seguir con sus estudios.

Javier: *lo peor que me ha pasado en la vida, peor que la muerte de mi papá, fue el ingreso en la Clínica. Y la culpa de todo la tiene mi mamá y el resto de mi familia, que decidieron ingresarme. Yo estaba bien. Tampoco quiero estar aquí, que vengo obligado.*

Jaco (terapeuta): *bueno Juan, aquí la intención es no obligar a nadie y vemos la bronca que tienes y nos gustaría saber qué hay detrás de esa bronca...*

Como más tarde entendería, Javier tiene presente todavía la muerte de su papá, que dejó un vacío infinito en la familia cuando murió hace unos años. Era un Neurólogo de gran prestigio, especialista en encefalitis y jefe de su Servicio. Una especie de Dios dentro del hospital. Le llamaron cuando no se encontraba en el hospital para ayudar con un paciente. Cuando fue allí, no tomó medidas para evitar el contagio y adquirió una encefalitis, precisamente la enfermedad que tantas veces había curado. Más tarde, ya en casa, recuperándose después de un ingreso decidió salir a pasear con Javier, lo cual le habían recomendado que no hiciera. Durante el paseo falleció.

En este momento del grupo, que Javier acaba de llegar y es difícilmente contenible, es cuando más necesita el calor y la comprensión de todo el grupo. Continúa moviéndose por la sala, interrumpiendo cuando otros hablan. Jaco se encarga de seguirlo por la habitación, comprendiendo e identificándose con su sufrimiento. No le habla más. Le pone la mano en el hombro y le acompaña con ese contacto humano. Eso calma a Javier, le ayuda. Le demuestra que no tiene miedo de la transferencia psicótica y que puede contar con nosotros, que no tememos al “personaje”, a la careta que se ha puesto para sobrevivir. Le demuestra que estamos ahí para cuando se sienta preparado.

Pensé que si hubiera estado en la urgencia de guardia y viniera Javier como un paciente agudo probablemente hubiese valorado la necesidad de ingreso. Recuerdo como empecé a pensar en la importancia de ese contacto físico, en la importancia del abrazo, del afecto y de la comprensión. En la importancia de, como dirían en Argentina, bancarse la bronca del paciente; de no temer la transferencia psicótica y no cumplir una función de aplacamiento.

Se termina el grupo y hacemos un Ateneo de una hora, donde hablamos de las impresiones del grupo, de lo que nos ha movido, de qué hemos sentido con determinadas intervenciones... Me preguntan por mi impresión pero estoy demasiado confundido, con demasiadas historias en la cabeza y me es difícil contestar. Les digo que me parece muy rico

todo el léxico emocional que se utiliza, que pienso que es algo propio de Argentina. Jaco me responde que probablemente es algo más propio del tipo de terapia.

Otro aspecto que me llama la atención es la dificultad para distinguir quién es el terapeuta en el grupo, quién el paciente, quién el pasante...

Vuelvo a casa con necesidad imperiosa de tumbarme en la cama mirando al techo, dormir un poco e ir recolocando todo lo que voy viviendo.

4. RUTINA

Título: Radio Ga Ga

Artista: Queen

Disco: The Works

<https://open.spotify.com/track/1nQRg9q9uwALGzouOX5OyQ>

Poco a poco me voy amoldando a la vida en Buenos Aires. Ya he superado el jet lag y me he acostumbrado a la ciudad, al grupo de amigos y al día a día en Ditem.

Básicamente esta rutina se convierte en mi semana.

- LUNES. Voy a Ditem. Dos horas de grupo, Ateneo de una hora y descanso-café con los pacientes. Finaliza el día con el taller de música. Solemos improvisar temas completamente creados por el grupo, es la única regla.
- MARTES. Retiramos de la ecuación anterior el taller de música y añadimos el de yoga.
- MIÉRCOLES. El día comienza con un grupo multifamiliar que se realiza en el Hospital Moyano. También de dos horas. Los recursos socioeconómicos de la población que atiende con más bajos y el deterioro de las pacientes (todas son mujeres) en general mayor. Supervisamos el grupo con Celina, que es la coordinadora.
Más tarde, la rutina habitual en Ditem con el taller de circo en este caso. Para finalizar el día asisto también a un grupo de perfil multifamiliar en Ditem. El grupo PREASIS. Acuden pacientes con un mayor nivel de deterioro, derivados desde el recurso de rehabilitación PREASIS. Cabría pensar que el nivel de profundización con este tipo de pacientes sea menor, pero ha sido uno de los grupos que más me ha conmovido de toda la rotación.
- JUEVES. Día muy intenso. Comenzamos con grupo multifamiliar en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Se trata de un espacio muy especial. Desde el Servicio de Dermatología se derivan casos a Eva Rotenberg, que coordina un grupo de niños con patología dermatológica complicada y de probable origen o influencia psicógena. La terapia se contextualiza en la teoría de psicoanálisis multifamiliar y los resultados son muy buenos.

Más tarde continuo con la rutina habitual en Ditem, donde se añade una hora de docencia con Jaco y Diana, mientras los pacientes hacen taller de eutonía. Más

tarde se cena junto a los pacientes. Solemos ayudar a prepararla y a veces cocina algún pasante. Y, para finalizar, se realiza un grupo multifamiliar abierto a todas las personas que quieran acudir. Convergen varios terapeutas, además de pacientes y familiares ya curados. Después del grupo multifamiliar, de nuevo Ateneo y a casa a dormir...

- VIERNES. Empezamos el día con docencia en la casa de Jaco. Más tarde la rutina habitual de Ditem, con taller de teatro en este caso.
- SÁBADO. Una vez al mes, de 10 a 13, acudimos a un Comité Científico donde se reúnen coordinadores de grupos multifamiliares de varios recursos de Buenos Aires. Cada día se trata un tema de relevancia en torno al contexto multifamiliar y las dificultades que se puedan surgir en el mismo.

No me puedo resistir en este punto a contaros una historia del grupo PREASIS. Como dije previamente, se trata de un grupo al cual acuden pacientes con un grado de deterioro mayor.

Aunque pueda parecer que el grado de profundización en este grupo va a ser escaso, es sorprendente todo lo que me conmovieron las historias que allí se narraron. Fue una suerte poder participar, aprender y desarrollarme en este grupo.

Os quiero contar la historia de Alfredo. Al pensar en él siento una mezcla de ternura y añoranza. Es un hombre de unos cincuenta años, aunque parece mucho más mayor. Delgado, va siempre vestido con camisa y vaqueros. Ha perdido pelo de delante hacia atrás. En la mitad de la cabeza ya le nace, negro; igual que su bigote, poblado y descuidado. Se mezcla con el nacimiento reciente de una sombra de barba. Perdió los dientes hace tiempo y a veces le es difícil hablar. Es puntual y siempre saluda de una forma muy afectuosa antes de entrar a la sala. Ya dentro suele permanecer callado y generalmente habla de la rutina en el recurso al que acude. Sin embargo un día habla de su historia y todos le escuchamos con mucho interés. Nos cuenta que trabajó como vigilante de seguridad y también como profesor de pintura. No llegó a casarse ni tener hijos. Siempre estuvo muy apegado a su padre. Su desarrollo fue normal hasta su primera crisis, ya mayor. Coincidió con el fallecimiento de su padre. Él dice que es *“como si se hubiera muerto una parte de él, como si le hubieran quitado un trozo de su cuerpo”*. Es la primera vez que oímos algo así de Alfredo. Después de varias sesiones se anima a compartirlo. El grupo permite que pueda comenzar a elaborar un duelo que lo ha dejado muerto en vida, como un espectro. A mí me permite ver más allá de la crisis que tuvo o de su diagnóstico. El grupo se mete con Alfredo en su pozo, en su oscuridad para ayudarlo a encontrar la salida. Compartimos su vivencia con una mirada amable y sin miedo.

5. CANAS

Título: Piano Concerto No. 3 in D Minor, Op. 30: III. Finale: Allegro

Artista: Royal Philharmonic Orchestra

Disco: Rachmaninov

<https://open.spotify.com/track/1ayVfSGKLGZxhW8UBew52g>

Como os he comentado, los jueves hay docencia en el Centro, con Diana y con Jaco. Además, los viernes por la mañana Jaco nos invita a su casa para continuar leyendo textos. En general el contenido es en torno al Psicoanálisis Multifamiliar, pero también leemos otros textos de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Nos turnamos para que cada pasante traiga facturas (bollería, medialunas generalmente). Él nos prepara café y nos recibe en la puerta de su casa para darnos un beso en la mejilla y un abrazo como saludo. No podéis decirme que no es un buen comienzo para un día de docencia.

Jaco es un hombre adorable de 75 años. Tiene el pelo cano y suele vestir con camisas de cuadros y vaqueros o pantalones de colores. Contagia su pasión por la psiquiatría y el psicoanálisis. Tiene en la cabeza cientos de libros. A veces, mientras estamos leyendo, no puede resistir levantarse corriendo e ir a un cuarto para coger uno de sus libros y leernos una frase, un párrafo o un capítulo del que se ha acordado.

En mis primeras docencias tuve la suerte de revisar el último libro de María Elisa Mitre, que no estaba aún publicado. Con el bloc de folios en la mano y la emoción que se siente cuando el libro aún está en la imprenta, nos sentábamos alrededor de la mesa y uno de nosotros leía. Todos atendíamos hasta que se hacía una pausa en la lectura para comentar un paciente en relación a lo que estábamos escuchando o relacionar esta lectura con otra o con alguna experiencia personal.

Leímos varios textos de Jorge García Baradacco, que desarrolló, como sabéis, todo el entramado del Psicoanálisis Multifamiliar a partir de la década de los 60. Uno de los textos que más define el modelo es *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Es muy recomendable su capítulo 5, *Psicopatología en la comunidad terapéutica psicoanalítica* (1).

Dentro del libro *Las Voces del Silencio* de María Elisa Mitre (2016, Sudamericana), se puede destacar su capítulo 6, el cual analizamos en profundidad durante varios días. Su título es *Cómo trabajo con esta forma de pensar* (2) y como su propio nombre indica da una idea bastante clara de lo que se hace en el *Centro Ditem*. El capítulo se divide en varios subapartados, que ilustran la forma de pensar en la comunidad terapéutica:

1. Sin emociones no hay cambio psíquico.
2. Ayudar a los padres.
3. Ver a través del personaje.
4. Funcionar como terceros.

5. Trabajar con hipótesis universales.
6. El poder de la mirada.
7. Hacer sentir cómodo al otro.
8. Identificarse con el sufrimiento de los pacientes.

A continuación me gustaría aportar unas “pildoritas” de este capítulo a modo de resumen teórico de la forma de pensar de la que fue testigo durante cuatro meses. El libro está narrado en primera persona por María Elisa Mitre. Se intercalan transcripciones de grupos terapéuticos que ejemplifican el armazón teórico ¿Empezamos? Vamos allá:

“Hace falta creatividad para adaptarse a un trabajo psicoanalítico como el que propongo, que podría necesitar de espacios y condiciones inusuales para poder desarrollarse”.

“Este eje de trabajo apunta a lograr la posibilidad de comunicarse, para llegar a SER LIBRE en un sentido profundo, y desarrollar un AUTÉNTICO SÍ MISMO, en el paciente y en el terapeuta”.

“...EMOCIONES Y VIVENCIAS...Considero son el mejor camino para producir un verdadero cambio psíquico”.

“Este nuevo paradigma establece que la mente está constituida por INTERDEPENDENCIAS, son LOS OTROS EN NOSOTROS (3), las PRESENCIAS QUE HABITAN LA MENTE y generan un escenario interno de sufrimiento. Las presencias enloquecedoras son siempre defensivas porque se viven desde la IDENTIFICACIÓN con esos otros que los enloquecen y provocan la identificación con el agresor”

“ACOMPañAR al paciente en este camino de redesarrollo psicoemocional implica que los terapeutas, actuando como padres sustitutos, den lugar a experiencias nuevas, vitales, transmitan confianza y seguridad...”

“No tengo ninguna duda de que el llamado enfermo mental es un niño que ha quedado detenido en su desarrollo psicoemocional dentro de una trama enfermante. Atrapado en una fijación con una presencia exigente y angustiante pero indispensable para la supervivencia, que no le permite el surgimiento del sí-mismo verdadero. Este queda oculto con la misma labilidad con la que vivió las situaciones traumáticas y con temor a ser nuevamente decapitado si se asoma al Mundo. Es ese niño a quien, como terapeutas, debemos rescatar para que pueda desarrollar su VIRTUALIDAD SANA”

“Insisto en que es imposible que los pacientes puedan identificarse con nosotros si no nos identificamos antes con su sufrimiento”.

“Logro establecer vínculos tan estrechos que tengo que estar atenta a la entrada de UN TERCERO. En ese sentido, la comunidad terapéutica ayuda a que se den TRANSFERENCIAS

MÚLTIPLES, a que los pacientes puedan intercambiar con otros sus preocupaciones y vivencias y también a que OTROS TERAPEUTAS NOS RESCATEN, para que la dependencia sana no se transforme en patológica”

“Mi práctica clínica consiste en incluirme, en la terapia bipersonal, como tercero en la trama enfermante. Poder transmitirles a esos pacientes que los descubro más allá de sus personajes locos es un comienzo sanador, en el que la persona se da cuenta de que estoy viéndola como un ser sufriente y no como una loca. Estoy defendiéndola de la trama”.

“Lo que queda grabado en el alma son las VIVENCIAS, la CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL OTRO, los VÍNCULOS DE INTERDEPENDENCIA SANA. Las palabras sin emoción se esfuman, pierden o cambian de significado”.

“El grupo multifamiliar es el contexto que mejor reproduce la vida cotidiana de los individuos”

“Los procesos de curación se aceleran de forma notable si contamos con la presencia de las familias de los pacientes...Tengamos presente que los padres con hijos con dificultades son personas sin recurso suficientes para transmitirles seguridad, ya que ellos mismos no la tienen. Aman a sus hijos y, desde ya, desean lo mejor para ellos. No obstante sabemos, como dice Bruno Bettelheim, que el amor solo no es suficiente. El hijo de una madre sin recursos para transmitir seguridad se ve más expuesto a situaciones traumáticas. El familiar viene a traer al paciente porque no sabe qué hacer con él y porque tiene miedo. El familiar se siente mejor cuando le transmitimos que no tenemos miedo y que sabemos qué hacer.”

“El VERDADERO RECLAMO DE LOS HIJOS, que son quienes más perciben estas situaciones aunque sin poder hablar de ello, es que CUIDEMOS A SUS PADRES. El objetivo es que sientan que hay otros pensando en ellos para ayudarlos y NO ACUSARLOS. De esta manera, y poco a poco, los hijos van a dejar de estar referidos a ellos cuidándolos y comenzarán paulatinamente a PENSAR POR SÍ MISMOS...NO ESTAMOS BUSCANDO CULPABLES”

“Intento AYUDAR A ESOS PADRES porque seguramente tienen su propia historia y la repiten con sus hijos. Necesitan que los tratemos como hijos y que también LES RECONOZCAMOS EL SUFRIMIENTO QUE NUNCA LES FUE RECONOCIDO. Cada vez más, deseo e intento ayudar a los padres para que puedan ayudar a los hijos”.

Un ejemplo de que todo lo narrado puede salir bien, es el caso de Graciela, que más o menos se despidió a la vez que yo del grupo; con todos los recursos necesarios para continuar con su vida.

Graciela es una mujer en la treintena. De pelo negro, blanquita de cara y con una voz y una sonrisa lindísimas. La fortaleza psíquica y los recursos que tiene ya son grandes de base.

Llegó hace unos años a la clínica, en relación a un gesto autolesivo. Describía una relación muy complicada en interdependencia patógena con su pareja. Mejoró y con nuevos recursos yoicos desarrollados, se fue a trabajar a Uruguay, donde se sintió libre y feliz.

Vuelve a la clínica más o menos a la vez que yo llego a Ditem. Dice que volvió de Uruguay para estar con su familia y que su ex – novio de nuevo volvió a ponerse en contacto, iniciando nuevamente la repetición de relación en interdependencia patógena enfermante. De alguna forma sufrían juntos. Describía Graciela que él le decía que estaba mal, que la necesitaba y que iba a cambiar. Sin embargo cuando estaban juntos él de nuevo mostraba sus dudas con respecto a la relación y le hacía sentir culpable; estableciéndose así un ciclo de sufrimiento sin fin.

La familia de Graciela estaba formada por su madre, su hermano, su hermana y el hijo de ésta última. Ellos vivían juntos. Su papá había muerto hace años. Según Graciela, vivían en unas condiciones insalubres, que su madre a su vez negaba reprochándole y reclamándole que si quería que vivieran de otra manera se pusiera a trabajar en la casa. Esto le hacía sentir culpable e impotente a Graciela.

El hermano de Graciela estaba muy apegado a su madre, en lo que interpretábamos como una interdependencia patógena. Tan unidos, que era como una parte de ella. Graciela siempre se mostraba muy preocupada en el grupo por las condiciones en las que vivían su madre, su hermano y el resto de su familia. También repetía su temor a *“qué iba a ser de su hermano cuando su madre no estuviera”*. Graciela pedía a gritos que le ayudásemos; y que ayudásemos a su familia.

La mamá de Graciela poco a poco fue entrando en Ditem. Al principio se quedaba en la puerta. Luego pasaba a espacios comunes, al café, al taller de improvisación (como observadora). Hablé en varias ocasiones con ella. Era una señora muy agradable, llena de amor por su hija y de ganas de ayudarla; pero sin los recursos suficientes. Un día acudió al grupo y luego otro y otro... Se intentaba que hablase de su propia historia, de lo que sentía y lo que había sufrido. Predominaba un componente defensivo en su discurso. Pero no estábamos allí para juzgarla, sino para ayudarla. Le pedimos que trajera a su hijo también, que tenía más o menos la edad de Graciela. También se promovieron entrevistas familiares. Aunque no quería, poco a poco fue accediendo.

De repente un día, me encontré a Graciela sonriente en el pasillo. Me dijo que si yo quería que me presentara a su hermano. Al fin lo habían llevado a una primera entrevista familiar. Él estaba hablando muy animado con Roberto, el director médico del Centro. La madre de Graciela, aunque aún se resistía a decir claramente que iba a continuar acudiendo con él al centro, también estaba contenta y sonriente.

Graciela durante los cuatro meses que estuvo allí consiguió, trabajando desde la emoción y la vivencia, distanciarse de su ex – pareja, poniendo un límite a su sufrimiento y aprendiendo

a cuidarse. También permitió que entrara un tercero en la trama enfermante familiar. Con sus recursos yoicos reforzados, decidió irse de Buenos Aires. Quería ir a trabajar a Australia. Antes pasaría un tiempo en Estados Unidos con otra hermana de padre. Graciela se dejó querer.

6. CAMBIO

Título: *Dead Already*

Artista: *Thomas Newman*

Disco: *American Beauty (Soundtrack)*

<https://open.spotify.com/track/3YzvxuhAvJG7Nku9vzM49b>

Después de dos meses en Ditem ya entiendo por qué todas las personas que conocía y que habían rotado previamente aquí comentaban que era muy movilizador. Antes de llegar yo pensaba que exageraban, que eran unos "intensos". Bueno, yo ya había ido a terapia grupal en España y entendía que a veces hay temas que te tocan, pero ¿tanto como decían? Imposible.

La verdad que el clima emocional que se genera en este tipo de grupos establece un medio para la reflexión y el cambio muy potente. No sabría decir qué es ese ingrediente mágico ni cómo funciona. Siempre que intentaba explicarlo a mis familiares, amigos o pareja; acababa diciendo lo mismo. Es difícil explicarlo con palabras, hay que vivirlo para saber de lo que hablo. Sé que parece loco lo que digo. La gente me mira raro cuando lo intento explicar, ya en España, después de volver. Quizá la mejor manera de poder explicarlo es esto mismo, la sensación de que no se puede explicar, que hay que vivenciarlo.

Durante los sucesivos grupos uno va escuchando historias, muchas historias. Aunque algunas parezca que no tengan mucho que ver con la tuya, en lo esencial sí hay relación. Hay algunos temas universales como la necesidad de los padres de cuidar a sus hijos, la búsqueda de afecto (a cualquier precio) del niño; el miedo a perder este afecto, las estrategias para mantenerlo, el odio a los padres mezclado con el amor y la fidelidad permanentes...

Te vas descubriendo en un continuo pensarse. Y no es que te vayas a casa dando vueltas a lo que ha ocurrido en el grupo y relacionándolo de forma analítica. No, es como si un sedimento ya establecido en nuestra mente desde hace años fuera transitado por el grupo y lo removiera para que poco a poco se recolocara, pero de otra forma, una forma más sana, una forma que te ayuda a disfrutar de la vida en otro plano. Un día, como dicen en el grupo, te cae la ficha y te permites vivir lo no vivido (2). Esto es el camino hacia el verdadero cambio.

Me voy dando cuenta, poco a poco, que no exijo tanto a los que tengo alrededor, que me siento más libre, que entiendo ciertas cosas que me hacían daño. Puedo empezar a ser yo mismo sin ser el que quieren los otros, sin anticiparme a sus deseos. Puedo dejar de autocriticarme, puedo ver las voces que tengo cuando hago esto o aquello o hablo de esta forma o de aquella otra.

Es una rayada tremenda, pero es un comienzo para mí y, aunque a veces duela; merece la pena. Sentir, no solo emociones que consideramos positivas, es lo más humano y lo más valioso que tenemos y, a mi juicio, es la verdadera puerta al cambio.

Cuando me encontraba en este punto, ocurrió lo de María.

7. MARÍA

Título: *Silk*

Artista: *Wolf Alice*

Disco: *My Love Is Cool*

<https://open.spotify.com/track/3OOIEupCWrHy3mzT9yF7ze>

Estela V. Welldon (4) :

“Mi hipótesis es que la perversión de la maternidad se da como ruptura de las estructuras mentales internas, por lo que la madre no sólo se siente paralizada emocionalmente a la hora de tratar las enormes demandas psicológicas y físicas del bebé, sino que además se siente impotente e incapaz de obtener satisfacción de otras fuentes... Así, la maternidad perversa debe entenderse como producto de una inestabilidad emocional y una individuación inadecuada, provocada por un proceso que abarca al menos tres generaciones...”

Estábamos en el grupo del jueves. Más o menos llevábamos una hora, cuando entró María Elisa y se sentó. Pidió el micrófono:

María Elisa: *Tengo que contaros algo muy triste. Una paciente del grupo, que aunque se encontraba mejor, tenía una situación muy difícil se ha quitado la vida. Es María.*

Es como si en ese momento se parara el tiempo. Fue un golpe. Algunas personas comenzaron a llorar, otros miraban incrédulos... Todos paralizados.

La primera vez que vi a María fue al llegar a *Ditem*. Le pasaron el micrófono y comenzó a hablar. Lo primero que me llamó la atención fue su aspecto. Tendría unos treinta años y era preciosa, como un ángel. El pelo rubio y liso y una mirada que inspiraba ternura. Perfecta.

Sin embargo, cuando agarraba el micrófono, era como si se desgarrase por dentro. Transmitía una angustia difícil de explicar. Pasaba de un estado de tranquilidad previo a hablar, a un estado de angustia que lo llenaba todo. Lloraba desconsolada hablando de su familia, de su ex – marido, de la familia de éste, de su hermana... No podía abarcar con palabras todo lo que sufría. Dijo algo que luego repitió Jaco en varias docencias:

María: (llorando desconsolada)... *Ahora lo siento todo. Y duele mucho sentirlo todo. Antes vivía como anestesiada, no me daba cuenta de nada. El caso es que no sé que prefiero. Antes no sufría tanto.*

Jaco: (con una mirada y una voz tiernas hacia María). *¿Sabés lo que pasa María? Que tenés mucha razón en lo que decís, pero vivir sin sentir no es vivir, es estar muerto en vida.*

Yo, por supuesto, no entendía nada. Era mi primer día en *Ditem*. Poco a poco, en los siguientes días, podría ir dando sentido a todo.

En la adolescencia había sufrido problemas de *anorexia* y *depresión*. Más tarde, ya superado esto, María tenía una familia ideal, un marido de una importante familia y dos hijos preciosos.

A pesar de toda esta aparente normalidad, inyectó insulina a su bebé y a ella misma. No murió ni sufrieron daños ni su hijo ni ella. Fue en este momento cuando fue derivada a *Ditem* por orden judicial. No parecía que hubiese clínica delirante detrás de esta acción. Ella más tarde describió que no sabía por qué lo había hecho, que actuó de forma automática; que miró a su hijo y es como si no fuera su hijo, como si fuera un muñeco, un objeto. No lo veía como algo con valor, un ente diferenciado, independiente de ella (4).

Durante el tiempo que pasó en *Ditem*, casi un año en total, pudo abrirse al grupo, pensarse y permitirse sentir, *vivir lo no vivido* (2). En algunas ocasiones fue su madre también al grupo. Se apreciaba que le costaba entender el sufrimiento de su hija, mostrándose anestesiada, como lo había estado María. Intentaba buscar una lógica racional a lo que le sucedía. Necesitaba también que le ayudaran a sentir y comprender a su hija. En los grupos a los que acudí coincidiendo con ambas, aprecié que cuando María lloraba angustiada no se sentía contenida por su mamá, la cual permanecía seria, mirando lo que estaba ocurriendo. Había que ayudarle también a encontrar los recursos que probablemente nunca había desarrollado por su propia historia.

En varias ocasiones se nos recordó una historia que contó María. Como su madre cuando era pequeña no era consciente del daño que le hacía cuando le cortaba las uñas. A veces llegaba a hacerle sangre de tan cortitas que se las arreglaba.

María en la comunidad era muy querida. Ayudaba mucho a todos y siempre tenía una sonrisa y una mirada cariñosa y amable. Tenía un papel muy importante en el desarrollo de la parte más femenina de muchas de las pacientes. Recuerdo a Estefanía, que cuando se enteró de la noticia de que María había fallecido, lloraba desconsolada y recordaba como María había ido con ella al baño y le había pedido que le enseñara el pecho; por el que Estefanía estaba muy acomplejada después de una operación de cáncer de mama. Le había dado una mirada cariñosa de normalidad a todo aquello, haciéndole sentir una persona y no un ser horrible, que es como Estefanía se veía en ocasiones.

Poco a poco todos veían la *virtualidad sana* de María, que iba desarrollando a través de las vivencias propias y de otros en la comunidad terapéutica. Además el hecho de que su madre viniera al grupo podía hacer que se ocupara de sí misma porque también se iba a cuidar de su madre.

Como terapeutas, Vivi y una pasante argentina, Sofía, se implicaron mucho con ella. Siempre se recordó como punto clave en el desarrollo psicoemocional de María cuando llegó el cumpleaños de uno de sus hijos. Ella no sabía qué hacer, pensaba en comprarle una tarta. Vivi y Sofía le aconsejaron que la hiciera ella misma. No sabía. Entonces se propusieron ayudarla. Las tres juntas, en la cocina de *Ditem*, armaron la tarta para el hijo.

Disfrutó mucho de ese momento y de ese cumpleaños que pudo pasar con su hijo con la tarta que ella misma había hecho. Más tarde dijo que fue la primera vez que VIO a su hijo, en el sentido más profundo del verbo “ver”. Lo sintió por primera vez.

Todo este proceso de “despertar” no es gratuito. Conlleva, como podéis imaginar, mucho angustia, tristeza y culpa ¿Cómo puedes digerir, cuando ya VES a tu hijo, todo lo que ha sucedido? ¿Cómo puede transitar la EMOCIÓN una persona a los treinta años, cuando nunca has aprendido a SENTIR? En este trabajo es donde más importancia tiene la comunidad terapéutica. Sin embargo, sería muy omnipotente creer que lo construido en tantos años, puede repararse en solo uno, sin la contención adecuada de un entorno sano y una estabilidad.

María lo tenía muy complicado. Le querían quitar a sus hijos. Cuando le prohibieron conducir no pudo soportar más. Ya ni siquiera podría continuar con su espacio en la comunidad. María se durmió en un banco para no despertar.

Como comenté al principio del capítulo viví la noticia dentro del grupo. Estas semanas y las posteriores fueron muy intensas. La contención grupal se hizo esencial. Todos pudimos compartir y vivir juntos lo que había sucedido. Todos nos pudimos cuidar, pensar y sentir sin miedo.

En una ocasión, después de lo sucedido, fue la mamá a un grupo. Se le invitó a acudir siempre que quisiera para continuar su propio proceso terapéutico si así lo deseaba. Dijo que estaba muy agradecida al Centro, que tenía la sensación de que María había sido feliz allí.

Después de lo vivido necesitaba tiempo para “reposarlo” todo. Pude retirarme al hielo.

8. HIELO

Título: *Todo se transforma*

Artista: *Jorge Drexler*

Disco: *Eco*

<https://open.spotify.com/track/4YEU9N2XAE0DfUwxWI5ijA>

Ya estaba cansado, a veces con ganas de estar solo en casa tirado en la cama. Habían sido dos meses muy intensos, de crecimiento personal y de mover muchas cosas. La verdad que lo de María fue un punto y aparte. Necesitaba reposar todo lo que había vivido en esos meses.

Entonces, poco a poco, se acercó la Navidad y con ella la única visita que tendría en Argentina; mi pareja. Juntos, nos fuimos a por hielo.

A las dos semanas ya estaba listo para afrontar la recta final de la rotación, para meterme de lleno de nuevo en la dinámica. Para poner, como dijo Jaco en una primera entrevista, las tripas en lo que hacía.

Estas dos semanas me permitieron distanciarme un poco de la dinámica e ir reposando todo lo que se había movido.

Volví al Centro con ganas renovadas, sorprendido de la alegría que sentía en los pacientes al verme. Algunos habían pensado que no iba a volver, porque algunos pasantes se despidieron de forma definitiva. Ver cómo me recibían y el afecto que notaba hacía a mí me dejó conmovido.

Cada vez me sentí más incluido en el grupo. También intervine en algunas terapias, hablando desde mí, sin dar consejos. No lo forzaba, únicamente hablaba cuando sentía que tenía que hacerlo, cuando de verdad salía de mí y no de una voz exigente. No quería hablar por hablar, quería intervenir cuando de verdad algo había resonado en mí y sentía la necesidad de compartirlo.

También participé en los talleres. Recuerdo con especial cariño el de teatro e improvisación donde, con varios pacientes, preparé algunos temas con el saxo durante la semana. También el de música, con Ariel dirigiéndolo. Perdí la vergüenza, el miedo a hacerlo mal. Cuando me olvidé de que me iban a juzgar por no dar una nota bien o improvisar algo “absurdo”, fue cuando de verdad pude ser yo mismo y disfrutar.

También recuerdo con cariño las tardes de fútbol sala junto a pacientes, familiares y terapeutas.

Así poco a poco, semana a semana, iba llegando el último mes, los últimos grupos, los últimos jueves de multifamiliar, los últimos días de docencia...

9. DESPEDIDAS

Título: *What a Wonderful World*

Artista: *Louis Armstrong*

Disco: *Hello Louis. The Hit Years (1963-1969)*

<https://open.spotify.com/track/6Z5XZ8fjmWGbkdahOgreVe>

Poco a poco me fui despidiendo. La verdad que las últimas semanas se hicieron duras. A veces tenía unas ganas tremendas de volver a casa pero a la vez sabía que iba a echar de menos todo y a todos. A veces me sentía muy irritado durante los grupos. A veces un poco desconectado y otras veces sentía una conexión brutal con todo.

El último día, cuando terminó la terapia, Ricardo me pasó el micrófono avisando al resto del grupo de que era mi despedida. Os recuerdo que Ricardo era el coordinador de la terapia grupal. Con él había tenido mis más y mis menos. Creo que me generó una transferencia muy potente, como también pienso que lo hacía con el resto de los pacientes. Me generaba mucha rabia su estilo tan confrontativo. A veces agresivo. Sin embargo también pude su parte más tierna y más cuidadosa con los pacientes y los pasantes.

Agarré el micrófono que me pasaba Ricardo. Les dije de todo corazón que había crecido muchísimo allí con ellos y que solo tenía palabras de agradecimiento para todos,

que les iba a echar de menos, que el Sergio que llegó no era el mismo Sergio que se iba y que les iba a echar de menos; que les quería mucho.

Los abrazos y los besos se sucedieron. No quería que me faltara nadie por abrazar y besar. Carajo, sí que los iba a echar de menos.

10. FIN

Título: *No Me Arrepiento de Este Amor*

Artista: *Gilda*

Disco: *No Me Arrepiento de Este Amor*

<https://open.spotify.com/track/3mXLqWxNlEFXWppGjc6a>

De nuevo, el mismo viaje de avión que me trajo a Argentina. De nuevo, el mismo sueño que me devuelve a España. Empezamos donde acabamos, en el aire. Cargado de experiencias y de crecimiento, de amigos, de agradecimiento y de vida. Lo único seguro que puedo decir después de estos cuatro meses es, como cantaba *Gilda*, que *No Me Arrepiento de Este Amor*.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Badaracco, Jorge E.. *Comunidad terapeutica psicoanalitica de estructura multifamiliar*. Madrid. Tecnipublicaciones, 1989. 372 p.
2. Mitre de Larreta, María Elisa. *Las Voces del Silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan*. Buenos Aires. Sudamericana, 2016. 277 p.
3. Mijolla A de. *Los visitantes del yo: fantasmas de identificación*. Madrid. Tecnipublicaciones, 1986. 198 p.
4. Welldon E. *Madre, virgen, puta: Un estudio de la perversión femenina*. Madrid. Psimática, 2013. 188 p.



Diálogos entre Psicoterapeutas (Unidad de Psicoterapia AGCPSM) (21 junio 2017)



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

**DIÁLOGOS ENTRE
PSICOTERAPEUTAS
UNIDAD DE PSICOTERAPIA**
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y
Salud Mental. Hospital 12 de Octubre.

21 de junio de 2017

Para apuntarte al curso pincha aquí:

INSCRIPCIÓN

SaludMadrid

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las actividades de participación de alumnos en las actividades de formación y facilitar la atención de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero se hallará incluido en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (registro nº 1) y podrá ser objeto de las acciones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Investigación, Planificación, Investigación y Formación, y la dirección donde el interesado puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es C/ Aduana, 25 - 28013 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

SaludMadrid

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

Hospital Universitario
12 de Octubre
Comunidad de Madrid

Dirección General de Planificación,
Investigación y Formación
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

DIÁLOGOS ENTRE PSICOTERAPEUTAS UNIDAD DE PSICOTERAPIA Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital 12 de Octubre

Dirigido a: profesionales de la Consejería de Sanidad con prioridad para los adscritos al Hospital 12 de octubre.

Objetivos generales: Conseguir un debate de alto nivel científico sobre un caso clínico por parte de psicoterapeutas de reconocido prestigio.

Objetivos específicos: Identificar las confluencias y diferencias en el abordaje clínico de un caso real desde distintos marcos teóricos en psicoterapia

Metodología: Exposición del caso clínico y debate

Duración: 3,5 horas

Número de plazas: 80

Fechas y horario: 21 de junio. De 11:30 a 15:00 horas

Fecha límite de inscripción: 7 de junio de 2017

Lugar de celebración: Salón de Actos del Edificio Materno- Infantil. Hospital 12 de Octubre. Glorieta de Málaga s/n Madrid

Información:

informacioncursos.fc@salud.madrid.org

Teléfonos: 914265456

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

INTRANET: <http://saluda.salud.madrid.org>

Programa y profesorado:

Presentación del caso clínico y posterior debate desde diferentes ópticas psicoterapéuticas.

Presenta el caso: **Javier Ramos García**. Psicólogo clínico. Profesor Asociado UCM. Miembro de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del AGCPSM H: 12 de Octubre

Intervienen:

Alejandro Ávila Espada. Catedrático del Dpto de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Fundador del Instituto de Terapia Relacional.

Hugo Bleichmar. Director del Mater de Psicoterapia Psicoanalítica, Universidad de Comillas. Presidente de la Sociedad Forum. Director de Aperturas Psicoanalíticas.

Alicia Moreno Fernández. Coordinadora (1993-2000) y Directora (2000-2015) del Máster/Especialista en Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad de Comillas. Directora y fundadora de FOCUS.

Modera: **Jesús Fernández Rozas**. Psicólogo clínico Coordinador de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del AGCPSM H: 12 de Octubre

Coordinación:

Docente: Angeles Castro Masó. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Formación Continuada y Docencia. AGCPSM H. 12 de Octubre. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid.

Jesús Fernández Rozas. Psicólogo clínico Coordinador de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del AGCPSM H: 12 de Octubre

Técnica: Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación

Administrativa: Lara Huerta Pita. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación



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

Psicofarmacología geriátrica: actualización y controversias

21 de junio de 2017

Para apuntarte al curso pincha aquí:

INSCRIPCIÓN

SaludMadrid

Hospital Universitario 12 de Octubre
Comunidad de Madrid

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

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero perteneciente a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación de alumnos en las actividades de formación y facilitar la atención de la oferta formativa de la Dirección General. Como responsable de la gestión de los datos personales de la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) y podrá ser objeto de las acciones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es Dirección General de Planificación, Investigación y Formación. Sanitarias, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es C/ Arzobispo, 25 - 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.

Psicofarmacología geriátrica: actualización y controversias

Dirigido a: El requisito mínimo es tener una alta probabilidad de contacto con pacientes con problemas psicogeriátricos, lo que incluiría a médicos psiquiatras, neurólogos, geriatras e internistas, así como a médicos de atención primaria y a médicos de residencias. Podría ser de utilidad para psicólogos interesados en la neuropsicología.

Objetivo general:

Optimización del manejo de las herramientas terapéuticas en la población psicogeriátrica.

Objetivos específicos:

Introducción a los criterios de uso racional de fármacos en la población anciana, incidiendo en los psicofármacos.

Introducción a la psicofarmacología geriátrica en un contexto de urgencias.

Actualización del tratamiento combinado con antidepresivos.

Introducción a la evidencia de las terapias no farmacológicas en el paciente con demencia.

Actualización de la terapia electroconvulsiva en la población anciana.

Metodología:

Dos bloques de ponencias:

- 1) Tratamiento farmacológico.
- 2) Tratamiento no farmacológico.

Ponencias de 45 minutos para cada tema específico, con turno de preguntas y discusión tras cada bloque de ponencias.

Duración: 5 horas.

Número de plazas: 40

Fechas y horario: miércoles 21 de junio de 2017, de 15:30 a 20:30 h.

Lugar de celebración: Salón de Actos del edificio Materno-Infantil del Hospital Universitario Doce de Octubre. Avenida de Córdoba, s/n 28041 Madrid

Programa y profesorado:

15:30-16:20 Criterios STOPP-START y Criterios Beers. Interés en Psicogeriatría. **Roberto Petidier Torregrossa**. Geriatra del H. Universitario de Getafe.

16:20-17:10 Psicofarmacología en la urgencia psicogeriátrica. **Jorge López Álvarez**. Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Carabanchel.

17:10-18:00 Tratamiento combinado con antidepresivos en el paciente anciano. **Luis F. Agüera Ortiz**. Jefe de Sección de Psiquiatría del H. Universitario Doce de Octubre.

18:00-18:15h. Discusión del bloque de tratamiento farmacológico. **Roberto Petidier Torregrossa/ Jorge López Álvarez / Luis F. Agüera Ortiz**.

18:15-18:40 DESCANSO

18:40-19:30 Terapias no farmacológicas (TNFs) en el paciente con demencia: evidencias. **Javier Olazarán Rodríguez**. Neurólogo del H. Universitario Gregorio Marañón.

19:30-20:20 Terapia electroconvulsiva (TEC) en el paciente anciano. **José de la Oliva Sánchez**. Psiquiatra del Hospital del Tajo.

20:20-20:30 Discusión del bloque de tratamiento no farmacológico. **Javier Olazarán Rodríguez / José de la Oliva Sánchez**.

Coordinación:

Juan Carlos Duro Martínez. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
Jorge López Álvarez. Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Carabanchel
Luis F. Agüera Ortiz. Jefe de Sección de Psiquiatría del H. Universitario Doce de Octubre

Inscripciones:

Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.
[cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org](mailto: cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org)

Información: [informacioncursos.fc@salud.madrid.org](mailto: informacioncursos.fc@salud.madrid.org)
Teléfonos: 914265456

Fecha límite de inscripción: 7 de Junio de 2017

Toda la información actualizada del curso en:

INTERNET: Portal de Salud de www.madrid.org

INTRANET: <http://saluda.salud.madrid.org>

Publicaciones ⁵

- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. **Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology.** Adicciones. Revista avance online .

Pdf en:

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/782/744>

- Iriondo O, Pastor C, Esteban A, Castro A. **Entre lo interno y lo externo: una experiencia de juego grupal para la creatividad compartida.** Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2016; 62: 67-70.

- Martín E. **Intervención psicológica en un caso de dolor crónico.** Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2016; 62: 75-78.

- Uría T, Ahijado Z, Serrano A, Mira J, Rubio A. **El grupo multifamiliar en el hospital de día de niños.** Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2016; 62: 109-116.

- Gascueña JM, Navarro E, Fernández-Sotos P, Fernández-Caballero A, Pavón J. **IDK and ICARO to develop multi-agent systems in support of Ambient Intelligence.** Journal of Intelligent & Fuzzy Systems. 2015; 28(1): 3-15.

Pdf en:

<http://eprints.sim.ucm.es/31026/1/IDK%20and%20ICARO%20developing%20Multi-agent.pdf>

- Sánchez-Lopez, P, Saavedra-San Roman, AI, Dresch, V, Rodrigo-Holgado, I. **Women Are More at Risk of Poor Mental Health: Mental Health of Spanish Nurses Measured by the GHQ-12.** Women's Health Bulletin. 2016; 3 (2): e29603.

Pdf en:

http://womenshealthbulletin.com/?page=article&article_id=29603

⁵ 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 nuestra 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 utilizéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

- Puerta S, Nieves M y Navío M. **Habilidades básicas de entrevista clínica.** En: Gutiérrez M, Roca M, Bernardo M. **Manual del Residente en Psiquiatría.** 3ª edición. Madrid: ENE Life Publicidad S.A.; 2017.

Pdf en: <http://www.manualresidentepsiquiatria.es/index.php> (registro gratuito)

- Puerta S, Nieves M y Arias F. **Cómo organizar la rotación por alcoholismo y otras adicciones.** En: **Manual del Residente en Psiquiatría.** En: Gutiérrez M, Roca M, Bernardo M. **Manual del Residente en Psiquiatría.** 3ª edición. Madrid: ENE Life Publicidad S.A.; 2017.

Pdf en: <http://www.manualresidentepsiquiatria.es/index.php> (registro gratuito)



- Puerta S., San Román A., Ashbaugh R., Vega S. **Breaking Bad-Luck: Una Historia Sobre El Tecneio 99.** En: De La Gándara. **Casos Clínicos de Residentes en Psiquiatría 18.** (ISBN: 978-84-7989-868-7). 2016.



⁶ Forges. Diario *El País*, 15 mayo 2017

Reconocimientos en Investigación

- **José Luis Palomo Ruiz** (MIR Psiquiatría - 3º año)

En las I Jornadas en Investigación para residentes del Hospital 12 de Octubre, celebradas el pasado 17 de marzo de 2017, por el trabajo:

“Epidemiología del consumo de alcohol, cocaína y ambas sustancias. Comparación de variables sociodemográficas y comorbilidad mental”

- **María Herrera Méndez** (EIR Salud Mental - 2º año)

En el XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, celebrado en Murcia del 5 al 7 de abril de 2017, por el trabajo:

“Conductas sexuales de riesgo en pacientes con Trastorno Mental Grave en la población de referencia del Hospital 12 de Octubre: Estudio descriptivo”

Seleccionada como finalista (8 seleccionados a nivel estatal)
como mejor proyecto de investigación EIR

XXXIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA



***Las enfermeras de salud mental
y la exclusión social: hablando claro.***

Auditorio y Centro de Congresos "Víctor Villegas"
Murcia

5, 6 y 7 de Abril de 2017



Declarado de Interés Sanitario por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

“Ya no es como antes. Elogio del perdón en la vida amorosa”, de Recalcati ⁷

Supé de este libro por la recomendación que hizo la Dra. Milagros Oregui en el espacio de supervisión mensual que dirige en nuestro hospital. Cuando tras comprarlo leí en la contraportada que su autor, Recalcati, es psicoanalista lacaniano, temí que no iba a entender nada, y que tendría que abandonarlo a las primeras páginas. Mi grata sorpresa fue comprobar que el libro te engancha. Escrito de modo accesible y ameno, va mezclando conceptos técnicos con ejemplos traídos de pacientes, películas o novelas, lo que te provoca ganas de seguir leyendo. Su ritmo y cuidada literatura permiten una lectura fluida, compatible con la simultánea sensación de que en los párrafos que vas pasando hay mucha información condensada, a la que merecerá la pena retornar en sucesivas relecturas.

Massimo Recalcati (1959), autor que desconocía, pero del que pienso leer alguno de sus otros libros, es director del Instituto de Investigación en Psicoanálisis Aplicado de Milán, y colaborador habitual del periódico *La Repubblica*, y su clara intención es acercar el difícil lenguaje del Psicoanálisis de Lacan a un público amplio y no especializado.

El libro pretende ser una reflexión sobre la posibilidad de perdón después de que el engaño irrumpa en una relación amorosa estable y duradera. Y el autor reconoce que una vivencia personal sirvió de acicate para su escritura, hecho que describe al final de la obra, a modo de narración novelada. Pero partiendo de ese origen, el libro es mucho más. Y lo es porque amplía el foco para recordar y revisar muchos conceptos freudianos sobre el amor, el narcisismo, las relaciones personales, el duelo... y matizarlos con aportaciones de Lacan, debidamente sazonadas para los paladares no habituados a su ardua terminología. Tras leerlo, uno tiene la sensación de haber de haber hecho un animado repaso por nociones más o menos conocidas, junto con otras novedosas e inquietantes, que estimulan las ganas de seguir investigando y profundizando sobre ellas.

Con intención de animar a su lectura, recojo a continuación alguno de los temas que recorren el libro:

La *“degradación contemporánea de la vida amorosa”*, donde el amor es vivido como un *“engaño que necesita constantemente de la estimulación de lo nuevo, para no quedar atrapado en una intimidad alienante desprovista de erotismo”*. Y la posible aportación inintencionada que la versión neurótica de Freud sobre el amor haya podido tener en esta deriva, así como las explicaciones científicas de la conducta humana, que apuntalan el *“cinismo materialista del hiper-hedonismo contemporáneo”*.

⁷ Reseña del libro *Ya no es como antes. Elogio del perdón en la vida amorosa*. Massimo Recalcati. Editorial Anagrama. 2015

La crucial diferencia entre enamoramiento y amor, entre amor narcisista y amor objetal, desde las nociones clásicas de Freud, a las sugerentes aportaciones de Lacan: *“Amar es transformar la contingencia del encuentro en una necesidad, la casualidad en destino”*.

El papel de la fidelidad, y su observación desde una perspectiva psicológica, desprovista de moralismos. La encrucijada entre el deseo de posesión de la persona amada, y la asunción de su libertad, de su alteridad absoluta, que nos coloca en una radical vulnerabilidad. En palabras de Sartre: *“Es de la libertad del ser amado de la que el amante desea apropiarse”*.

El trauma del engaño, de la infidelidad, y las consecuencias que provoca, no ya solo en la relación, sino en la completa visión de nosotros y del mundo. Y la posibilidad o imposibilidad del perdón, como un arduo trabajo con similitudes con el duelo, con la diferencia de que *“en el duelo hay un exceso de ausencia, en el perdón, un exceso de presencia, porque la herida del agravio no se eliminará, dejará una herida permanente”*.

El escaso recorrido del estudio del perdón en psicoanálisis, y sus posibles conexiones con el concepto de gratitud de Klein. Las diferencias entre mujeres y hombres ante la capacidad de perdonar, y sus posibles implicaciones en la violencia machista. La posibilidad de perdón ante un engaño amoroso como hito vital en el que nos replanteemos nuestro ser y estar en el mundo de modo profundo, como oportunidad dolorosa de reflexión y conocimiento personal.

No es el libro de Recalcati un libro cerrado, completo, ni lo pretende. Pero sí un conglomerado de incitaciones a preguntarnos de manera honesta sobre el amor, ese concepto que, de tan manido y manipulado, acabamos por apartar de nuestras reflexiones, con el riesgo de quien se olvida, confiado en el movimiento de sus piernas, en mirar el camino y el horizonte.

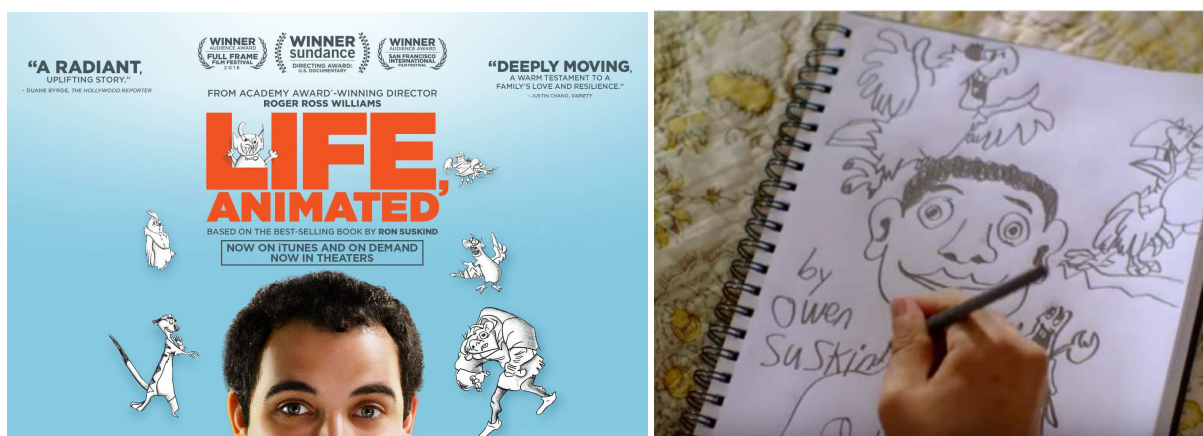


Ignacio Mearin Manrique
Médico psiquiatra
CSM Usera

Documental “LIFE, ANIMATED”

En otras ocasiones hemos comentado relatos de “casos únicos” de personas con distintos trastornos mentales que nos cuentan con la fuerza visual del cómic, el cine o la literatura su forma única de estar en el mundo: “María y yo”⁸, “Arrugas”⁹ u otras.

En esta ocasión comparto el grato descubrimiento del documental “Life, animated”. Trata sobre la vida de Owen Suskind, diagnosticado de trastorno generalizado del desarrollo a los tres años de edad, y los esfuerzos de su familia y numerosos profesionales para ayudarlo a salir de la fortaleza vacía del autismo. Un original relato donde se conjuga el desconcierto y la impotencia de sus padres y hermano al ver a Owen sumirse progresivamente en el aislamiento con los esfuerzos resilientes por no abandonar la esperanza y por articular ésta en herramientas eficaces para ayudarlo. Una búsqueda incansable de lazos y redes para proteger y estimular a su hijo. Y la sorpresa de la luz al final del túnel... con la inestimable e inesperada ayuda de los personajes de las películas de Disney como privilegiadas guías de resiliencia para acompañar a Owen en su tarea de leer la realidad e integrarse en ella.



Originalmente tratado cinematográficamente, conjugando momentos biográficos claves del Owen a punto de independizarse tras acabar sus estudios y comenzar su vida independiente en un alojamiento protegido con las imágenes, los diálogos y las emociones básicas claramente reflejadas en los personajes de Disney... que acabaron convirtiéndose en un maravilloso mapa de respuestas emocionales grabado una y otra vez en su mente hasta servir de guía a la hora de enfrentarse las alegrías y sinsabores de la vida autónoma. Sorprendente también el corto de animación integrado en el documental, que refleja los periodos depresivos de Owen mientras sufría acoso escolar... y la inestimable ayuda de los “aliados secundarios del héroe”... Rafiki, Baloo, Yago, el cangrejo de La Sirenita... y Owen convertido en protector de todos ellos.

Está disponible actualmente en la plataforma de TV Movistar + y en youtube (tráiler oficial en <https://www.youtube.com/watch?v=4n7fosK9UyY>).

Santiago Vega González
Médico psiquiatra
CSM Villaverde

⁸ Boletín AGCPSM n° 27 (mayo 2012)

⁹ Boletín AGCPSM n° 36 (febrero 2014)

Cómo un niño afrontó el autismo gracias a los clásicos de Disney

'Life, Animated', nominada al Oscar al mejor documental, cuenta cómo las fábulas animadas sacaron a Owen Suskind de su aislamiento ¹⁰

De repente, el silencio. Ni una palabra más. A los tres años, Owen Suskind dejó de comunicarse con el mundo exterior y se encerró en el suyo. *“Buscamos pistas de quién había secuestrado a nuestro hijo”*, recuerda su padre, Ron.

El primer pediatra no les ofreció ninguna: consideró que los problemas del chico le superaban. Finalmente, otro doctor resolvió el caso: Owen era autista.

Los Suskind se quedaron noqueados. Decidieron, sin embargo, que la enfermedad no les impediría mantener ciertas tradiciones. Por ejemplo, ver los clásicos de Disney juntos en el sofá. *“Le seguía haciendo feliz”*, rememora Ron.

Pero la alegría se volvió euforia cuando Owen rompió su aislamiento. Y habló. Los padres creyeron que pedía un “juice” [zumo]. Sin embargo, decía: *“It’s just your voice”* [*“Y solamente es tu voz”*]. Sus primeras palabras en un año venían de una canción de *La Sirenita* “Memoricé cada película de Disney”, cuenta Owen en [Life, Animated](#), un filme de Roger Ross Williams que opta este domingo al Oscar al mejor documental. La película, [que en España se puede ver en Movistar +](#), parte del libro que Ron escribió sobre su hijo (*Life, Animated: A Story of Sidekicks, Heroes, and Autism*) para contar el mundo a través de los ojos de Owen. Y, con una mezcla de animación e imágenes reales, relata cómo las fábulas animadas ayudaron al chico a combatir el autismo. *“Usa estas películas para darle sentido al mundo”*, asevera un especialista en el filme.

Así, *Hércules* le animó a seguir luchando. De *El Libro de la Selva* sacó la importancia de los buenos amigos. Y los títulos de créditos le enseñaron a leer. “Me conmovía que Owen, que no podía hablar, conectar con los demás o incluso mirar a los ojos, encontrara un camino a través de los clásicos de Disney”, terea por teléfono Williams. De ahí que el cineasta siguiera a su protagonista durante todo 2014: ante la cámara, Owen se licencia, descubre luces y sombras del amor y se muda a un piso solo para él. No antes de repasar la secuencia más apropiada para ese día: el traslado del circo de *Dumbo*.

“Estas películas expresan las emociones de forma más evidente que en la vida. Así Owen podía verlas y estudiarlas. También conectaba con la animación hecha a mano. Fue una gran guía para llevarle a comunicarse de nuevo y expresar sentimientos como alegría o desesperación”, agrega Williams. Aunque entender el mundo con Disney también tiene sus desventajas. ¿Cómo explicarle a Owen que el amor no siempre es eterno? ¿Y el sexo? Su hermano mayor, Walter, llegó a plantearse mostrarle la versión pornográfica de sus adorados clásicos.

En general, y como en *El Rey León*, *Bambi* o *La Cenicienta*, el camino hacia un final más feliz fue complicado. Porque, tras su primera frase, Owen regresó a su prisión. Un médico concluyó que quizás tan solo había repetido las palabras de Úrsula. Y otros cuatro años de silencio parecieron darle la razón. Hasta que, el día de su 9º cumpleaños, volvió a ocurrir. Esta vez Owen se refirió a su hermano: *“Walter no quiere crecer, como Mowgli o Peter Pan”*.

¹⁰ Reseña en *El País* 21/2/2017: http://cultura.elpais.com/cultura/2017/02/21/actualidad/1487681535_054537.html

Días después, Ron se encontró a su hijo sentado en su cama. Cerca de él, estaba su muñeco de Yago, el loro de *Aladdín*. Y el padre tuvo una intuición genial. Se tumbó en el suelo y sacó el peluche por encima de las sábanas. “¿Cómo estás?”, le preguntó Yago a Owen. Y el chico se sinceró: “Mal, porque no tengo amigos”. “¿Y por qué tú y yo somos amigos?”, indagó entonces el loro. “Porque en *Aladdín* me hiciste reír”. Padre e hijo conversaban, Yago mediante, por primera vez en sus vidas.

A partir de ahí Owen Suskind no dejó de avanzar. Y ante los obstáculos de la vida — fue expulsado de un instituto porque no progresaba, sufrió acoso de varios compañeros—, acudía a sus compañeros fieles, con los que concibió y dibujó su propia historia: *La Tierra de los Sidekicks Perdidos* [los aliados secundarios del héroe]. En sus páginas, Rafiki, Baloo, Abu y compañía se juntan con el propio Owen y escapan del malvado Fuzzbutch, el autismo encarnado en un demonio. “Soy el protector de los sidekicks. Nadie es dejado atrás”, escribió Owen. Tanto que hasta lanzó un cineclub de Disney y hoy en día da conferencias por el mundo ilustrando su caso. “Es impresionante su pureza. Como documentalistas siempre intentamos contar la verdad y que nuestro sujeto sea honesto. Owen no sabe hacer otra cosa”, afirma Williams.

El cineasta se siente identificado con su protagonista. Negro, homosexual, de orígenes pobres, Williams ha centrado su filmografía (*God loves Uganda*, *Music by Prudence*) en la defensa de los marginados: “Tras ver la película, me gustaría que la gente pensara que todos tienen un sitio en este mundo”. Y añade: “Ahora más que nunca, los documentalistas tenemos que contar la verdad. Y ofrecer una alternativa a los mensajes de odio que llegan desde la Casa Blanca”. Tal vez los filmes de Disney atesoren lecciones también para Donald Trump. Por ejemplo, aquello que decía la liebre enganchada al té de Alicia en el País de las Maravillas: “Si antes no piensas, no deberías hablar”.



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

Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil

Calendario ¹¹

Mayo 2017

3 **Sesión Clínica del Residente**

10 **Programa de Alcohol**

17 **Sesión Extraordinaria:**

Presentación del protocolo de manejo de los pacientes con consumo de cannabis que presentan síntomas psicóticos.
Beatriz Mesías Pérez. Licenciada en Medicina. Jefa de Servicio Instituto de Adicciones de Madrid Salud y
Francisco Arias Horcajadas. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. AGCPSM H. 12 de Octubre

24 **CSM Villaverde**

31 **Hospital de Día Infanto-Juvenil “Pradera de San Isidro”**

Junio 2017

7 **Sesión Clínica del Residente**

14 **Programa de Psicogeriatría**

21 **Sesión Extraordinaria: “Diálogos entre Psicoterapeutas”**

Presentación del caso clínico y posterior debate desde diferentes ópticas psicoterapéuticas.

Presenta el caso: **Javier Ramos García.** Psicólogo clínico. Profesor Asociado UCM. Miembro de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del AGCPSM H: 12 de Octubre

Intervienen:

Alejandro Ávila Espada. Catedrático del Dpto de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Fundador del Instituto de Terapia Relacional.

Hugo Bleichmar. Director del Mater de Psicoterapia Psicoanalítica, Universidad de Comillas. Presidente de la Sociedad Forum. Director de Aperturas Psicoanalíticas.

Alicia Moreno Fernández. Coordinadora (1993-2000) y Directora (2000-2015) del Máster/Especialista en Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad de Comillas. Directora y fundadora de FOCUS.

Modera: **Jesús Fernández Rozas.** Psicólogo clínico Coordinador de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del AGCPSM H: 12 de Octubre

28 **Centro San Juan de Dios – Clínica Ntra. Sra. de la Paz**

¹¹ Os recuerdo la importancia de que me enviéis con dos semanas de antelación (o antes si es posible) el nombre del ponente de la sesión y un pequeño resumen de la misma. Asimismo, vamos a mantener el formato de sesión clínica que incluye la figura del discusor que presentará la sesión y dirigirá el debate posterior a la misma. Agradezco sinceramente vuestra colaboración en el desarrollo y mejora del programa de Formación Continuada del AGCPSM, del que las sesiones clínicas son pieza fundamental. Un saludo.

*Angeles Castro Masó
Coordinadora de Formación Continuada y Docencia
AGCPSM Hospital 12 de Octubre*

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



BREVES

➔ **PROYECTO HOSPITAL SINFÓNICO.**— La Banda de Gaitas *Lume de Biqueira*, formada por instrumentos de percusión y cuerda y de la que son miembros los psiquiatras Santiago Vega y Jesús Fernández, ha llenado el Salón de Actos de la Residencia General en un nuevo concierto organizado dentro del Proyecto Hospital Sinfónico. El recital, al que han asistido más de 300 profesionales, pacientes y familiares, ha consistido en la interpretación de varias piezas musicales con ritmos gallegos, asturianos y celtas.



Ya visible desde Youtube en: https://youtu.be/rCX_OaaOMyo

Objetivos del BOLETIN:

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el Area 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) 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 ocurra)

Distribución gratuita: descargable desde <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>