

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

**Número 52 – Marzo 2017**



Web del AGCPSM: [www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria](http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria)

**Carta de despedida a los profesionales del AGCPSM del Dr. Miguel Angel Jiménez Arriero**  
**Jefe de Servicio de Psiquiatría - Director del AGCPSM H.U. 12 de Octubre**

- Convocatorias de cursos y reuniones científicas en las que participan miembros del AGCPSM:

**Conferencias AGCPSM: 2º trimestre 2017** (Martín L. Vargas, Beatriz Mesías, Francisco Arias) y otros  
Memorias de Formación en Psicoterapia 2015-16: **Odei Iriondo Villaverde** (PIR Psicología Clínica),  
**Nazaret Saiz Briones** (EIR Salud Mental) y **Sergio Puerta Rodríguez** (MIR Psiquiatría)

- Autoevaluación post-sesión clínica: **"Hormonas sexuales y trastornos afectivos"** (Ana Cabrera) -

**"Necesito un informe. Reflexiones desde nuestro lado de la mesa"**

(José Camilo Vázquez Caubet y Pabo Malo)

**"El fracaso como posibilidad. Una mirada filosófica"** (Luis Aranguren Gonzalo)

## 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.



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 [psiquiatría.hdoc@salud.madrid.org](mailto:psiquiatría.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 <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Portada: "Sunflower", de Myeongbeom Kim, artista surcoreano especializado en escultura, instalación y performance. De acuerdo con ciertos conocedores de este arte, la obra del coreano está llena de "una poesía que mezcla con acierto el lirismo, el surrealismo y un simbolismo minimalista", que dan lugar a instalaciones bastante llamativas. Sus instalaciones y esculturas contienen elementos artificiales y naturales, con el objetivo de lograr espacios surrealistas y de ensueño gracias a la conjunción entre árboles, madera, animales, flores, agua y la cuidadosa elaboración, dando como resultado objetos únicos. En el portal de My Modern Met se encuentra una de las declaraciones de Kim sobre su trabajo: "Trato de examinar cómo mi alrededor es percibido y recordado. Para ello, escucho el susurro de los objetos dentro de mi entorno. Intento tener un diálogo íntimo y privado con el mundo". Su catálogo completo se encuentra en la web oficial: <http://www.myeongbeomkim.com> (Reseña de: <http://www.sinembargo.mx/24-07-2012/304643>).

## **Mi saludo de despedida por jubilación**

Te envió esta carta como saludo de despedida ante mi inminente jubilación este próximo día 24 de marzo. Deseo agradecer tu trabajo y colaboración en el proyecto de crear un Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental de excelencia. El primero constituido en la Comunidad de Madrid y que se inició el 1 de enero de 2011.

Ha sido un placer y un honor contar contigo en esta tarea. Personalmente vivo con orgullo haber sido miembro de este equipo y formado parte de este proyecto. Hemos conseguido ser un Servicio de referencia y recibido en estos años diversos premios y reconocimientos de calidad. El último de ellos ha sido la identificación como primer Servicio de Psiquiatría a nivel nacional en el "Indicador de Excelencia Hospitalaria" de 2016.

También quiero pedir disculpas por aquello que en estos años no haya podido resolver de tus necesidades y planteamientos. Mi intención siempre ha sido ayudar a que cada uno pudiera, como miembro de un equipo y dentro de un conjunto diverso de intereses, conciliar sus expectativas personales con las institucionales. Siempre sin perder el fin último de alcanzar la mejor atención posible para nuestros pacientes. Ellos son la justificación máxima de nuestro trabajo.

Como Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental creo que hemos conseguido una buena integración y participación de todos y cada uno de los colectivos profesionales que la constituyen. Cada uno tiene su área de responsabilidad y el reconocimiento y respeto del resto de colectivos profesionales. También hemos conseguido en estos duros años de crisis y de dificultades mantener la tendencia de crecimiento de nuestros recursos materiales y humanos. Hemos incorporado nuevos dispositivos y conseguido el reconocimiento merecido para todos nuestros responsables asistenciales y docentes.

Por otra parte, y como consideración más personal y afectiva, no puedo evitar el echar la vista atrás y ver que desde que empecé en el Servicio en 1990, hace ya 27 años, han sido muchas las vivencias positivas que he tenido y que he podido disfrutar. Cada uno es libre de quedarse con sus recuerdos positivos o negativos. Yo soy de los que prefieren quedarse con los recuerdos positivos y con el cariño hacia aquellos muchos con los que he realizado este largo y fructífero camino, y con los que he compartido ilusiones, proyectos, dificultades, etc.....

Me es imposible reflejar en esta carta la larga lista de nombres de todos aquellos a los que cariñosamente quiero recordar ahora. En representación de todos ellos simplemente nombrar a quien durante 20 años, hasta que yo tomé su relevo, fue el Jefe de Servicio, es decir, a Tomás Palomo. A él, en representación de todos lo demás, y a ti por tu ayuda y colaboración, envío mi agradecimiento y reconocimiento.

Finalmente, sólo me queda desear a todos el mayor éxito y crecimiento profesional posible y que mantengáis la confianza en este proyecto de equipo como medio para seguir haciendo las cosas cada día un poco mejor en beneficio de nuestros pacientes.

Un afectuoso saludo.

Miguel Ángel

Dr. Jimenez-Arriero. Jefe Servicio Psiquiatría.

Director AGC Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre

Mv: [666142141](tel:666142141); mail: [jimenezarriero@salud.madrid.org](mailto:jimenezarriero@salud.madrid.org)

web: <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>

# Noticias del 12

Hospital Universitario  
12 de Octubre

102 • Diciembre 2016

*Cirugía General, primer puesto dentro de su especialidad*

## Un total de 14 servicios del Hospital, entre los de mayor reputación de España

**C**irugía General, Reumatología, Medicina Interna, Nefrología, Obstetricia y Ginecología, Dermatología, Neumología, Traumatología, Oncología Médica, ORL, Pediatría, Cardiología, Urología y Psiquiatría figuran en sus respectivas especialidades dentro de los cinco servicios clínicos con mayor reputación sanitaria, este último por partida doble.

Así se desprende de los resultados del Monitor de Reputación Sanitaria –MRS– y del Índice de Excelencia Hospitalaria –IEH–,

dos instrumentos de medida del prestigio del trabajo desarrollado por los profesionales. Se trata de estudios independientes que valoran la reputación a través de encuestas de percepción entre diferentes perfiles de expertos que participan de un modo u otro en el sistema sanitario.

MRS es realizado por el Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (MERCOR). Para realizar esta evaluación han preguntado a 3.200 médicos de hospitales y de atención primaria, junto a enfermeros,

miembros de asociaciones de pacientes y periodistas. La opinión de todos ellos se ha complementado con el análisis de más de 1.000 indicadores de calidad y gestión clínica de los hospitales evaluados.

Por su parte, el IEH es realizado por el Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada. Para obtener estos resultados ha encuestado a 1.500 profesionales de la salud y medido la excelencia en base a resultados y a sus percepciones, atendiendo a su campo de especialización.

CLASIFICACIÓN	
Cirugía General	1º
Reumatología	2º
Medicina Interna	3º
Nefrología	3º
Obstetricia y Ginecología	3º
Dermatología	4º
Neumología	4º
Traumatología	4º
Oncología Médica	4º
ORL	4º
Pediatría	4º
Cardiología	5º
Urología	5º
Psiquiatría	1º en IEH 5º en MRS

Servicios del Hospital que figuran entre los cinco primeros puestos del MRS e IEH

2

<sup>2</sup> Como brillante broche final de su carrera profesional en el Hospital Universitario 12 de Octubre, todos los compañeros que hemos trabajado con el Dr. Miguel Angel Jiménez Arriero estos años como Jefe de Servicio nuestro nos enorgullecemos de este reconocimiento de nuestro servicio. Sin el liderazgo, visión de futuro, capacidad organizativa y de estímulo a cada uno de los profesionales del servicio y compromiso con la sanidad pública madrileña este galardón probablemente no hubiera sido posible. Gracias por todo ello

## CONVOCATORIAS

### Sesión Clínica General del Hospital 12 de octubre (31 Marzo 2017)

00 **SESIÓN GENERAL CLÍNICO-PATOLÓGICA.**

 Hospital Universitario  
12 de Octubre

 Fundación  
Investigación Biomédica  
Hospital Universitario 12 Octubre

 i+12  
Instituto de Investigación  
Hospital 12 de Octubre

**SESIÓN GENERAL CLÍNICO-PATOLÓGICA**  
**"PSICOSIS DE ORIGEN GÁSTRICO"**

*FECHA:* Viernes 31 de marzo de 2017  
*Hora:* 08.30  
*LUGAR:* SALÓN DE ACTOS DEL HOSPITAL  
MATERNO-INFANTIL

*Ponentes:*

- Dr. Roberto Rodríguez-Jiménez (Psiquiatría)
- Dra. Miriam Lorena Partida Muñoz (Endocrinología)
- Dr. Álvaro Hidalgo Romero (Med. Ap. Digestivo)
- Dra. Guadalupe López Alonso (Anatomía Patológica)

*Moderador:* Dr. Gabriel Rubio Valladolid (Psiquiatría)



3

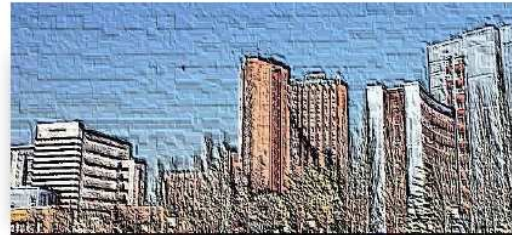
<sup>3</sup> "Edison\_Branch" (Myeongbeon Kim)



## III Jornada de Puertas abiertas para futuros residentes (28 Marzo 2017)



### III JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS PARA FUTUROS RESIDENTES



Salón de Actos del Hospital General

28 de Marzo de 2017

PROMUEVE  
Comisión de Docencia, i+12

Comisión de Docencia

comdocen.hdoc@salud.madrid.org

www.madrid.org/hospital12octubre



Tras el éxito de las dos ediciones celebradas en años previos, desde la Comisión de Docencia del Hospital Universitario 12 de Octubre os informamos de que realizaremos una nueva Jornada de Puertas Abiertas para futuros residentes.

El Hospital Universitario 12 de Octubre es una buena elección para realizar tu formación como especialista, ya que se trata de un centro con *tradición docente*, con *alta cualificación de sus profesionales*, importante *actividad asistencial* pero también *investigadora* y con *recursos tecnológicos* potentes. Todo esto, hace que sea un centro hospitalario de referencia tanto *nacional* como *internacional*.

Con el objetivo de poder adquirir más información de los programas docentes y guías formativas de cada especialidad, te invitamos a esta Jornada en donde podrás resolver todas tus dudas con los tutores docentes de referencia de todas las especialidades que hay en nuestro centro.

9:30 h. **Presentación de la Jornada.**

*Dr. David Rentero Martín.* Jefe de Residentes Hospital 12 de Octubre, Madrid.

*Dr. José Manuel Moreno Villares.* Jefe de Estudios Hospital 12 de Octubre, Madrid.

#### 9:45 h – 12:15 h. BLOQUE I: ESPECIALIDADES MÉDICAS Y PSICOLOGÍA

- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Pediatría y sus áreas específicas
- Psiquiatría y Psicología
- Reumatología
- Alergología
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Endocrinología y Nutrición
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Familiar y Comunitaria
- Medicina Intensiva
- Medicina Interna

12:15 h – 12:30 h. PAUSA

#### 12:30 h – 15:00 h. BLOQUE II: BLOQUE QUIRÚRGICO

- Anestesiología y Reanimación
- Otorrinolaringología
- Dermatología médico-quirúrgica y venereología
- Oftalmología
- Obstetricia y Ginecología
- Angiología y Cirugía Vascular
- Cirugía Cardíaca
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Medicina Física y Rehabilitación
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica Estética y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Neurocirugía
- Urología

15:00 h – 15:45 h. PAUSA

#### 15:45 h – 16:30 h. BLOQUE III: ENFERMERÍA

- Enfermería Pediátrica
- Enfermería Salud Mental
- Enfermería de Familia y Comunitaria
- Enfermería Obstétrico-Ginecológica

#### 16:30 h – 18:00 h. BLOQUE IV: Laboratorio, Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva, Diagnóstico por imagen, Farmacia

- Radiodiagnóstico
- Medicina Nuclear
- Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica
- Inmunología
- Microbiología y Parasitología
- Anatomía Patológica
- Medicina del Trabajo
- Medicina Preventiva y de Salud Pública
- Farmacia Hospitalaria
- Radiofísica Hospitalaria

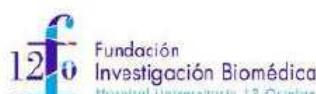
## Taller avanzado de Entrevista Motivacional para residentes (29 Marzo 2017)



### TALLER AVANZADO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA RESIDENTES

Fecha: 29 de marzo de 2017  
Horario: De 16:00 a 18:30 horas  
Sede: Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil

Profesores: David Rentero Martín y Gabriel Rubio Valladolid  
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE



#### OBJETIVOS

- Profundizar en las diferentes fases de la entrevista motivacional.
- Desarrollo de casos prácticos y debate por grupos.
- Simulación mediante video-grabación con aplicación posterior de la escala CICA.

**DESTINATARIOS:** Residentes Hospital Universitario 12 de Octubre.

**INSCRIPCIÓN:** Cumplimentar boletín de inscripción adjunto y remitirlo por correo electrónico a Comisión de Docencia (comdocen.hdoc@salud.madrid.org). Sólo se expedirá Certificado a los asistentes.

**PLAZAS:** 20 plazas (según orden de inscripción).

#### PROGRAMA DEL CURSO

1. Vincular.
2. Enfocar la dirección estratégica.
3. Evocar. Preparar para el cambio. Evocar el discurso de cambio.
4. Planificar. El puente hacia el cambio. Mantenimiento del cambio.
5. Role-playing con casos prácticos. Simulación.
6. Preguntas, conclusiones y cierre del taller.



## II Jornada de Orientación Profesional y Emprendedora Post-Residencia (4 Abril 2017)



**METRO:** Línea 3 (amarilla), Estación Hospital 12 de Octubre

**TREN CERCANÍAS:** Línea C 5 Estación 12 de Octubre

**AUTOBÚS URBANO,** líneas: 18, 22, 59, 76, 79, 81, 85, 86, 121, N13 y N14

**AUTOBÚS INTERURBANO,** líneas: 411, 415, 419, 421, 422, 423, 424, 426, 447 y 448

En transporte privado acceso por la avda. de Córdoba hasta la glorieta de Málaga, por calle 30 salida 12 avda. Andalucía y por la avda. los Pobladros desvío c/ Dr. Tolosa Latour



## II JORNADA DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL Y EMPRENDEDORA POST RESIDENCIA



Salón de Actos del Hospital General

4 de Abril de 2017

PROMUEVE  
Comisión de Docencia  
Instituto de Investigación i+12



Desde la Comisión de Docencia y el Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre hemos organizado la II Jornada de Orientación Profesional y Emprendedora Post-Residencia para los profesionales que finalizan su periodo de F.S.E el próximo Mayo de 2017. Esta iniciativa pretende servir de orientación a los residentes que están asistiendo a sus últimos meses de formación, dar respuesta a sus principales inquietudes y facilitarles herramientas básicas para la búsqueda de empleo.

Ante el éxito de la Jornada del año pasado, consideramos fundamental desde la Comisión de Docencia continuar con esta iniciativa enfocada más este año hacia aspectos prácticos relacionados con la búsqueda de empleo.

15.30-15.45h. Presentación de la Jornada.

**Dra. Carmen Martínez de Pancorbo González.** Directora Gerente. Hospital 12 de Octubre.  
**Dr. José Manuel Moreno Villares.** Jefe de Estudios y Presidente de la Comisión de Docencia. Hospital 12 de Octubre.

### PRIMERA MESA REDONDA: HERRAMIENTAS BÁSICAS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

Moderador: **Dr. David Rentero Martín.** Jefe de Residentes Hospital 12 de Octubre.

15:45 h-16:10 h. El Currículum Vitae y sus tipos. Peculiaridades en el ámbito de la investigación.

**Dña. Mónica Dompablo.** Psicóloga Investigadora Grupo Cognición y Psicosis. Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre.

16:10 h-16:30 h. Búsqueda activa de empleo. Salidas profesionales. Bolsas de empleo. Oposiciones.

**Dr. Carlos Lumbreras.** Jefe de Servicio Medicina Interna, Hospital 12 de Octubre.

16:30 h -16:50 h. Aspectos básicos en una entrevista de trabajo.

**Dra. Maripaz Guerrero.** Médico Adjunto Neurología. Hospital 12 de Octubre.

### SEGUNDA MESA REDONDA: ¿POR QUÉ NO INVESTIGAR?

Moderador: **Dr. Joaquín Arenas Barbero.** Director Instituto Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre.

16:50 h-17:10 h. Becas y ayudas a la investigación post-MIR.

**Dr. Ismael Buño.** Director del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM).

17:10 h-17:30 h. Cómo es investigar en el Sector Privado.

**Dr. Cristóbal Belda Iniesta.** Director I+D+I. Grupo HM Hospitales, Fundación de Investigación HM Hospitales.

17:30 h-17:50 h. Tesis doctoral: ¿Por qué hacerla y cómo?

**Dr. Ignacio Lizasoain.** Vicerrector de Política Científica, Investigación y Doctorado; Catedrático en el Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, UCM.

17:50 h - 18:00 h. PAUSA

### TERCERA MESA REDONDA: OTRAS POSIBILIDADES LABORALES

Moderador: **Dr. Ángel Luis Guirao García.** Subdirector General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación.

18:00 h- 18:20 h. Voluntariado en el extranjero.

**Dr. Ricardo Angora.** Médico Adjunto Psiquiatría Hospital 12 de Octubre.

18:20 h-18:40 h. Trabajar en el extranjero. Experiencia personal.

**D. Borja Castejón Navarro.** Vocal de Formación de la JD del Colegio de Médicos.

18:40 h-19:00 h. Actividad por cuenta propia y previsión social: ¿qué tengo que hacer?, ¿Me doy de alta como Autónomo?

**D. Ian Bachs.** Jefe de Relaciones Institucionales de Mutual Médica.

19:00 h-19:20 h. La Inspección Sanitaria. Trabajar como Autoridad Pública en la Administración Sanitaria, una salida con futuro.

**Dr. Ángel Luis Guirao García.** Subdirector General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Inspección y Ordenación.

19:20 h-19:40 h. Oportunidades profesionales en América Latina.

**Dña. Vanessa López.** Responsable del área de Comunicaciones de Add&Grow.

19:40. CONCLUSIONES Y CIERRE



# Conferencias del AGCPMSM - 1ª ed. 2017 (19 Abril y 17 Mayo 2017)

## Conferencias

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

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN (RELLENAR Y ENVIAR EN FORMATO ELECTRÓNICO)	
Nombre y Apellidos:	
NIF:	
Centro de trabajo:	
Servicio:	
Puesto/Cargo:	
Dirección:	
C.P.:	Localidad:
Teléfono trabajo (*):	Teléfono móvil (*):
Otro teléfono (*):	FAX:
E-mail (*):	
Titulación Académica:	
Participación como tutor en: <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
La solicitud deberá ser enviada por email a la Dirección General de Formación, Investigación e Infraestructuras Sanitarias a cursos.direcciongeneralformacion@salud.madrid.org	
*TODAS LAS SOLICITUDES SERÁN ADMITIDAS *PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 100% DE LAS HORAS LECTIVAS.	



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 del alumno en las actividades de formación y facilitar el diseño de la oferta formativa de la Dirección General. Dicho fichero de datos sujeta al Reglamento de Ficheros de Datos Personales de la Agencia Española de Protección de Datos (en adelante) y podrá ser objeto de las medidas previstas en la Ley 33/2010, de 4 de diciembre, del Sistema de Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, y la Dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el correo en C/Alcala, 100 - 28014 - Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del art. 9 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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

## Conferencias

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre. 2ª ed.

19 de abril y 17 de mayo de 2017



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud  
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental



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

## Conferencias

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:

Dar a conocer nuevas perspectivas y campos de actuación para el trabajo en salud mental

### Objetivos específicos:

Articulación de conocimientos relativos a Salud Mental con aportaciones de profesionales de otros ámbitos científicos, culturales y sociales.

**Metodología:** Exposición y debate

**Duración:** 3 horas

**Número de plazas:** 80

**Fechas y horario:** 19 de abril y 17 de mayo de 2017 de 13:30 a 15:00 horas

**Fecha límite de inscripción:** 10 de abril de 2017

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

### Inscripciones:

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

Toda la información actualizada del curso en:

**INTERNET:** Portal de Salud de [www.madrid.org](http://www.madrid.org)

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

### Programa y profesorado:

#### 19 de abril

Neurofenomenología clínica del cuerpo: a propósito del trastorno delirante somático. **Martin L. Vargas Aragón.** Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría Complejo Asistencial de Segovia

#### 17 de mayo

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. AGCPMSM H. 12 de Octubre

### Coordinación:

**Docente:** Ángeles Castro Masó. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Formación Continua y Docencia. AGCPMSM H. 12 de Octubre. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid

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

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

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

Teléfonos: 914265456

## FORMACION EN PSICOTERAPIA RESIDENTES de la UDMSM

En muy poco tiempo, se abrirá el periodo de entrega de las Memorias anuales que servirán de instrumento para la Evaluación.

Como elemento de motivación para todos y reconocimiento al trabajo realizado, he querido destacar las Memorias presentadas el pasado curso por Nazaret Briones (EIR 2), Sergio Puerta (MIR 3) y Odei Iriondo (PIR 2). El propósito es publicar cada año en el Boletín, el trabajo realizado en el ámbito de la Psicoterapia por algún Residente de cada uno de los perfiles profesionales que conforman nuestros equipos, por lo que el próximo año, seréis otros Residentes los que nos ofreceréis vuestra experiencia.

Como veréis, están minuciosamente detalladas las actividades que se han llevado a cabo. Se contemplan la formación teórica, la asistencia supervisada y la variable experiencial, que actúan de forma complementaria e imprescindible en la adquisición de las habilidades y el rol de psicoterapeuta.

Puesto que la rotación longitudinal de Psicoterapia la vamos realizando dentro de los dispositivos habituales de rotación, la lectura de estas Memorias, representa una ocasión para conocer desde dentro, las oportunidades que se nos brindan en dichos dispositivos. Asimismo, pueden servir como reflexión sobre abordajes psicoterapéuticos diferenciados por parte de Pires, Mires y Eires, en diferentes años de formación, y con funciones y objetivos también diferentes, derivados de la propia especialidad.

Desde aquí, quiero agradecer también el trabajo riguroso el compromiso de todos los Adjuntos implicados en la docencia y supervisión en el ámbito de la Psicoterapia, sin el cual no sería posible desarrollar el itinerario formativo previsto.

Y por supuesto, deseo destacar la generosidad de estos tres compañeros, que nos han abierto la puerta a la intimidad de su recorrido formativo en Psicoterapia, con sus dudas, esfuerzos éxitos y dificultades, pero sobre todo con gran ilusión por convertirse en buenos profesionales.

*Ana López Fuentetaja.  
Tutora de Psicoterapia UDMSM  
Unidad de Psicoterapia*

MEMORIA DE LA ROTACIÓN LONGITUDINAL DE PSICOTERAPIA

Nombre y Apellidos: **Odei Iriondo Villaverde**  
Especialidad: **Psicología Clínica**  
Año de residencia: **2º**  
Período: **Mayo 2015- Mayo 2016**

**1. VARIABLE ASISTENCIAL Y SUPERVISIÓN**

**1.1. Aspectos cuantitativos**

En este segundo año de especialidad he participado (como observadora y de forma activa) en **tratamientos** de corte **psicodinámico, cognitivo-conductual** en **formato individual, familiar y grupal**, lo que me ha dado una visión global de las diferentes formas de trabajo con los pacientes. De todas ellas he profundizado en el **aprendizaje de distintas habilidades** (de escucha, de comunicación, de interpretación, etc.) propias de las diferentes terapias.

Del mismo modo, he continuado desarrollando el **trabajo psicoterapéutico de dos pacientes** que comencé a ver en mi rotación del Centro de Salud Mental en octubre de 2014. Uno de estos casos concluyó en agosto de 2015 al acordar el alta con la paciente, tras mejoría en funcionamiento global, considerándose por tanto un alta terapéutica. El segundo caso, sin embargo, tuvo un desarrollo diferente, solicitando la paciente el alta voluntaria en febrero de 2016. Ambos casos han sido **supervisados** por Sara Herrera y Javier Ramos ambos Psicólogos Clínicos del área.

**En la rotación de Interconsulta y enlace**, como en la **atención continuada**, he realizado **psicoterapia individual** con 15 pacientes del **programa ARSUIC**. Las dificultades que he ido encontrando con estos pacientes han sido supervisadas por Sara Solera y Marta Oviedo ambas Psicólogas Clínicas del área.

Del mismo modo, he conducido **dos ediciones** de un grupo de **Terapia cognitivo-conductual para la ansiedad**, el cual también ha sido supervisado por Sara Solera Psicóloga Clínica del área.

En la **Atención Continuada**, además de los pacientes mencionados (programa **ARSUIC**), he participado de **co-terapeuta** con Jesús Fernández (Psicólogo Clínico) con una paciente diagnosticada de **Trastorno de Estrés Postraumático**. Esta paciente está en proceso de alta en estos momentos, debido a la mejoría general tanto, en su mundo intra, como en el intersubjetivo.

Así mismo, he iniciado un **tratamiento psicoterapéutico** con una paciente con un posible **trastorno depresivo reactivo a situación de estrés con episodios de atracones asociados**, con la que llevaré a cabo una **intervención psicoterapéutica focal**. Esta paciente está siendo supervisada por Marta Oviedo Psicóloga Clínica del área.

Por otro lado, en cuanto a mi rotación por la **Unidad Infanto-juvenil de Villaverde**, ésta me está permitiendo conocer de primera mano las particularidades de la técnica psicoterapéutica en este ámbito específico. La aplicación de la psicoterapia a esta población resulta, indudablemente, altamente compleja, requiriendo el desarrollo de habilidades y la adquisición de múltiples conocimientos, diferenciados respecto a los requeridos para el tratamiento de adultos.

En esta rotación comencé observando a dos psicólogas clínicas de orientación psicoanalítica y estoy cogiendo paulatinamente pacientes para llevar a cabo un trabajo de psicoterapia individual. En estos momentos, estoy haciendo psicoterapia individual con 12 pacientes, que a su vez están siendo supervisados por Ángeles Castro y Angélica Esteban.

Por último, destacar que en esta rotación he **propuesto, diseñado** y he comenzado a **conducir** un **grupo terapéutico desde la técnica de juego con niños en edad de latencia**. A su vez, también participo en **co-terapia** con Laura Hernández (MIR de Psiquiatría) en un programa estructurado cognitivo-conductual (*Copping Cat*), aplicado a 5 adolescentes.



## 1.2. Caso clínico

### FILIACIÓN

Mujer de 43 años de edad con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (tipo I) de larga evolución, en seguimiento en Salud Mental desde hace 10 años y con múltiples ingresos hospitalarios. Soltera y sin pareja sentimental en el momento actual. Vive sola. Padres fallecidos. Tercera de una fratria de 4 hermanos. Relaciones familiares y sociales deterioradas. Estudios de bellas artes, habiendo ejercido la profesión durante un tiempo muy limitado, debido a su vulnerabilidad psicológica. Recientemente ha realizado empleos protegidos no cualificados.

Es derivada por su psiquiatra de referencia en CSM a Psicología Clínica para iniciar un trabajo psicoterapéutico.

### ¿CÓMO SE PRESENTA LA PACIENTE?

A la primera entrevista acude puntual, el aspecto no es del todo descuidado, parece limpia y aseada, pero, da la impresión de cierta desidia (parece que se ha puesto lo primero que ha encontrado...).

Mantiene contacto ocular de forma fija y con intensidad. Sonríe. Actitud colaboradora, mostrando interés por aprovechar la sesión. Sin embargo, no permite que le haga la exploración psicopatológica rutinaria, manifestando su necesidad de controlar el ritmo de la sesión. Ante esta demanda le propongo que sea ella la que lleve el "acelerador" en la consulta.

### MODO DE RELACIONARSE CON EL TERAPEUTA

En la relación que establecimos, desde el principio, siento que se generó un buen vínculo, lo cual, me hizo pensar en buenas posibilidades de elaboración terapéutica. No obstante, sus dificultades relacionales, que ella misma fue verbalizando, se pusieron de manifiesto puntualmente durante el proceso, lo cual sirvió para trabajarlas en el *aquí – ahora*.

Durante las primeras sesiones, la paciente exhibió dificultades para respetar el encuadre, mostrando reacciones hostiles ante la progresiva mayor profundización en contenidos emocionales durante las sesiones.

Me serví de lo ocurrido para hablar de sus dificultades en el mundo interpersonal y me dijo que esto le pasa a menudo en su vida, que por una expresión de alguien se siente mal y actúa con más hostilidad. Aclaré que yo no sentí esa hostilidad en la sesión, validé sus sentimientos y le animé a aprovechar este incidente como oportunidad para trabajar sus patrones de relación en la relación terapéutica establecida conmigo, "como si fuera un laboratorio".

### MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude derivada por su psiquiatra de referencia, quien considera que se encuentra en un buen momento para beneficiarse de un proceso psicoterapéutico. Por su parte, la paciente refiere una larga historia de elevado sufrimiento emocional y dificultades de funcionamiento en las diferentes áreas de su vida, situando su origen en el fallecimiento de la madre durante la edad adulta temprana. Así mismo, manifiesta importantes deseos y esfuerzos por restablecer lazos familiares y recuperar el arraigo a su origen familiar.

### CONTEXTUALIZACIÓN

En el momento de acudir a consulta con Psicología, la paciente está viviendo sola en la que fue su casa familiar de la infancia, aunque con una limitación temporal impuesta por los hermanos, con quienes ha tenido siempre una relación conflictiva, llegando incluso a perder el contacto con ellos durante años. Actualmente están realizando gestiones relacionadas con la herencia de los progenitores. Está trabajando en un taller, lo cual le genera sentimientos de frustración, ya que aspira a volver a ejercer de profesora de arte. No tiene pareja sentimental y está recuperando red social (tiene algunos pocos amigos con los que queda esporádicamente) y restableciendo el contacto perdido con sus familiares (hermanos, tíos, primos...).

La paciente se encuentra en un momento en el que demanda apoyo y guía para reconstruir su situación vital y su propia identidad, reparar acciones del pasado y recobrar sentimientos de arraigo y pertenencia.

## BIOGRAFÍA

Natural de Castilla y León, donde residió hasta el abandono del domicilio familiar a los 21 años. Es la tercera de una fratría de cinco hermanos (2 hermanas menores y 2 hermanos mayores), con los cuales ha tenido una relación complicada y en algunos momentos inexistentes.

Madre fallecida por enfermedad oncológica cuando ella tenía 19 años. La paciente recuerda esos momentos con mucha angustia debido a que tuvo que mantenerlo en secreto, porque se decidió no decirle nada a la propia madre (durante los meses que sobrevivió). Describe a la madre como una mujer poco afectiva, con mucha frialdad emocional y con fuertes creencias religiosas, la define también, como una mujer dominante y exigente, siendo en todo momento el pilar de la familia.

Respecto al padre, la paciente refiere que tenía problemas de alcoholismo que propiciaban situaciones de violencia doméstica, durante la infancia, en los que ella nunca se vio involucrada, sino que fue exclusivamente con los hermanos (este aspecto de su biografía no está claro, pues los hermanos han negado esos episodios violentos hacia ellos y se ha hipotetizado que podrían haber sido recuerdos delirantes fruto de su patología).

Poco tiempo después del fallecimiento de la madre, el padre abandonó el hogar familiar, casándose con otra mujer. Esta situación generó múltiples enfrentamientos con los hermanos mayores.

Este cúmulo de situaciones, desencadenaron en la paciente el primer episodio depresivo (no tratado) el cual fue desmentido por parte de sus hermanos, refiriendo la paciente que estos no creían que estuviera mal cuando se quedaba en la cama. En esas circunstancias, la paciente cuenta que sus hermanos hicieron una "negación" de la situación, no contando nada a nadie de lo ocurrido y actuando con aparente normalidad a pesar de las evidentes repercusiones que la situación estaba generando en los diferentes miembros de la familia. En algún momento, ella obtuvo una beca para irse a Granada a un curso de arte, regresó un año después; entonces, sus hermanos le comunicaron que su padre se iba a separar de la mujer por la que había abandonado el hogar familiar y que se planteaba volver a vivir con ellos. Esta noticia, resultó emocionalmente intolerable para la paciente, desencadenando en ella una huida hacia adelante, llevándola a tomar una decisión desde el desbordamiento emocional, en un arrebato de cólera y desesperación: se fue a vivir con un hombre que recientemente había conocido. Esta relación duró 3 años, los cuales según dice ella misma los pasó estudiando (terminando el último curso de carrera) y trabajando en el sector de la hostelería. Cuando terminó la relación llamó a su hermano mayor para pedir ayuda por su situación, pero, según cuenta la paciente, éste no quiso saber nada de ella. Entonces, se fue a vivir a un piso compartido durante 2 años en los que describe otro episodio de depresión, hasta que le surgió la idea de emprender un proyecto empresarial, invirtiendo en ello excesiva y desmesurada energía durante 6 meses, lo cual pudo desencadenar un intento autolítico que la llevó a consultar por primera vez a un terapeuta del ámbito privado.

Desde el momento en el que la paciente huyó de la situación familiar emocionalmente intolerable, rompió completamente los lazos familiares, tanto con los hermanos/as como con el padre, a quienes no volvería a ver hasta pasados varios años cuando tuvo su primer ingreso hospitalario..

En cuanto al padre, cabe destacar que tras un largo período de distanciamiento pudo retomar el contacto con él pocos meses antes de su muerte, cuando éste se encontraba ingresado en una residencia y con una enfermedad terminal. Le acompañó hasta el final, pudiendo despedirse de él lo cual recuerda como un momento especialmente emotivo.

En cuanto a los hermanos/as, refiere haber tenido una relación conflictiva con ellos desde la infancia, relatando recuerdos junto ellos asociados a sentimientos de exclusión, minusvalía y pérdida de control emocional (refiere que estos le provocaban una y otra vez hasta que "explotaba", pues se daban cuenta de su tendencia al descontrol). Esta problemática relacional con ellos, se vio especialmente agravada tras la situación de absoluta ruptura biográfica en la que se encontró tras el fallecimiento de la madre, el posterior abandono del padre y el episodio depresivo (no reconocido por estos), rompiendo finalmente la comunicación por completo durante años y no retomándose hasta su primer ingreso hospitalario. Este hecho, la paciente lo recuerda como una vivencia con fuerte trascendencia para su propia identidad, impregnada por un fuerte sentimiento de vergüenza.

Desde entonces, la relación con sus hermanos/as ha sido bastante superficial y muy irregular, estableciendo contactos puntuales forzados por situaciones ineludibles (por ejemplo, la gestión de la herencia de su padre).

En cuanto a familia más extensa, la paciente destaca algunas figuras con las que ha tenido más relación, especialmente, tías y tíos por vía materna. En general, según cuenta, los hermanos de la madre son quienes más se preocupan por ella (la llaman de vez en cuando, la invitan a comer...).

A nivel formativo-laboral ha realizado estudios universitarios de Bellas Artes, los cuales tardó en concluir debido a las circunstancias en las que se vio envuelta desde los 18 años. Ha trabajado de profesora de arte, pero tuvo que abandonar la profesión a raíz de su segundo ingreso psiquiátrico y tras una conflictiva importante con los compañeros y superiores en el entorno laboral. Desde entonces ha conseguido distintos empleos protegidos no cualificados, para gente con discapacidad, acercándose en momentos puntuales a trabajos relacionados con su profesión pero de menor exigencia (por ejemplo, clases de apoyo en colegios públicos por la tarde).

En el plano sentimental, refiere haber tenido dos relaciones importantes, con las cuales confiesa haber sentido cierta relación de dependencia y, en general, bastante conflictividad. Respecto a la segunda de estas relaciones, la cual duró 6-7 años, refiere que ésta le generaba sentimientos de falta de identidad. Así mismo, dice haber tenido dificultades siempre para que las parejas comprendieran las características e implicaciones de su psicopatología.

Si bien ha sido capaz de generar redes sociales a lo largo de su vida, confiesa importantes dificultades para mantenerlas, debido tanto a su propia inestabilidad psíquica como a ciertos rasgos de personalidad disfuncionales.

Por último, cabe destacar que es una mujer con un buen funcionamiento intelectual y alto nivel cultural, lo cual le permite en momentos de mayor estabilidad satisfacer inquietudes de tipo intelectual y artístico (teatro, literatura, filosofía, etc.). Así mismo, revela gran satisfacción en actividades orientadas a ayudar a los demás, lo que le ha permitido disfrutar de su vocación.

### DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Durante la evaluación, se identificaron las siguientes dificultades en las áreas del funcionamiento de la paciente que podrían constituir focos de trabajo terapéutico:

- Facilitar la elaboración de experiencias de pérdida y de la propia ruptura biográfica (duelo por la pérdida de figuras significativas y por su propia ruptura biográfica "...por lo que podría haber sido..."), que le ayuden a configurar su propia identidad.
- Promover la capacidad de mentalización de la paciente, trabajando desde la supervisión del marco de la Terapia Basada en la Mentalización.
- Regulación emocional.
- Trabajar sentimientos conflictivos e incapacitantes como la culpa y la minusvalía.
- Ayudarle a regular el nivel de activación (psíquica, interpersonal, emocional...), para encontrar un equilibrio en la estructura del día a día, teniendo en cuenta que la hiperactivación puede suponer un factor de riesgo para la descompensación de su trastorno. Por ejemplo, relata distintos momentos de su vida en los que ha invertido excesiva energía en proyectos, lo cual ha acabado desembocando en descompensaciones de su trastorno...
- Potenciar fuentes de autoestima y sentimientos de autorrealización, los cuales puedan reforzar una construcción identitaria más alejada del "soy una enferma".
- Recuperar sensación de control sobre su propia vida.
- Ayudarle a encontrar una "forma de estar en el mundo", que le permita construir una identidad "no enferma", caminar hacia sus deseos y constituir un sólido sentimiento de arraigo y pertenencia.

### DESPEDIDA:

En el último período de terapia con la paciente sentía que no se observaban cambios ni movimientos y que estábamos en una situación de estancamiento terapéutico, lo que algunos autores han denominado "la travesía del desierto". Después de supervisar la situación, traté de explicitar estas dificultades con la paciente, con el objetivo de facilitar una reducción del estilo "hipermentalizador" que había detectado en ella y el cual, probablemente, contribuía significativamente a esta parálisis en el proceso terapéutico. Tras este movimiento, en el cual explicité a la paciente las "barreras" que sentía para continuar con el proceso, derivó en varias sesiones de gran intensidad, adoptando la paciente una actitud crecientemente hostil y descalificadora hacia



mí. Entre éstas, hubo algunas ausencias que ella justificó con cambios de turno en el trabajo o circunstancias similares.

Después de varias sesiones, en las que tanto la paciente como yo terminábamos con elevada inquietud y malestar, ésta llamó al hospital y dejó el recado de que no quería más citas.

En esas circunstancias, tras supervisar la nueva situación llamé a la paciente para tratar de tener una última sesión de despedida. Entonces, la paciente se negó y de forma tajante colgó el teléfono.

### 1.3. Valoración cualitativa de la rotación

Para describir este apartado, enfocaré la descripción en la parte de la experiencia más relacionada con la formación como clínica en el ámbito de niños y adolescentes, siendo esta rotación la que me está permitiendo desarrollar más en el campo psicoterapéutico (la rotación de Interconsulta estaba más orientada a la evaluación neuropsicológica y la evaluación psicopatológica en pacientes que serán sometidos a trasplante).

En cuanto a la rotación por la Unidad Infanto-juvenil, podrían ser muchos los aprendizajes que paciente tras paciente (con las correspondientes “meteduras de pata”) y supervisión tras supervisión, vamos acumulando los residentes. Sin embargo, si tuviera que hacer una selección de estos a modo de resumen, destacaría los siguientes:

- ✓ **Ampliación del conocimiento teórico en psicología clínica infanto-juvenil:** Han sido muy interesantes las recomendaciones bibliográficas y todo el material que el equipo me ha prestado, sobre todo desde la perspectiva psicodinámica, así como las articulaciones teóricas de casos clínicos concretos que las facultativas me han podido transmitir durante la observación de sus consultas y en las sesiones de supervisión.
- ✓ **Aprender a recoger el motivo de consulta:** En la atención a niños y adolescentes es especialmente importante tener en cuenta que el paciente, en la mayoría de las ocasiones, no acude a Salud Mental por voluntad propia sino que la demanda parte de sus padres o tutores legales, ya sea por propia iniciativa o bien por indicación de terceros (colegio o pediatra). Podríamos decir inclusive que el niño, en muchos casos, es una especie de *caja de resonancia* en la que resuenan conflictos y desacuerdos entre diferentes agentes de su entorno (padres separados, padres y colegio, etc.). Una de las consecuencias de esta realidad sería que, en muchos casos, nos resultará complejo esclarecer cuál es el verdadero motivo de consulta (motivo *latente*), sin quedar completamente “deslumbrados” por síntoma que de entrada nos verbalizan (motivo *manifiesto*). Al principio, por mi inexperiencia, me centraba exclusivamente en esa parte más visible del *síntoma*, pero a medida que iba asumiendo más casos, y sobre todo con la ayuda de las supervisiones, iba siendo capaz de intentar (aunque supongo que con desacierto en muchas ocasiones) hacer una lectura más profunda y con mayor complejidad.
- ✓ **¿Cómo llegar al niño? Establecer vínculo:** Considero que es una de las habilidades que determinan, en gran parte, el arte de esta profesión. Por más tratados de psicopatología y de psicoterapia infanto-juvenil que una pueda leer, parece impensable encontrar indicaciones claras y concisas sobre cómo llegar al niño, en el sentido más profundo de la expresión. Me refiero, evidentemente, a lo que Freud denominó *alianza terapéutica* y que iba a ser un concepto clave para el desarrollo de cualquier actividad psicoterapéutica. La verdad es que en el caso de los niños, las vías por las que se puede llegar a construir ese vínculo, no tienen nada que ver con las del paciente adulto, tanto por lo comentado en el apartado anterior de que el niño viene como *sujeto pasivo*, como por la insuficiencia en el nivel de desarrollo de la herramienta básica de comunicación humana: el lenguaje (sobre todo, con los niños más pequeños). Si no logramos construir este vínculo, será como intentar levantar una casa sin una adecuada cimentación, es decir, podremos anticipar un derrumbamiento asegurado de nuestro proceso terapéutico. Dicho en otras palabras, no podremos ayudar al niño. No hay que olvidar, sin embargo, que aunque el vínculo con el niño es la herramienta fundamental para poder trabajar hacia el cambio, es de gran importancia también el

conseguir la confianza de los padres o tutores del niño, tratando abiertamente cualquier *resistencia* que pudiera interferir en el proceso terapéutico.

- ✓ **Aprender a jugar (o “sacar el niño que llevamos dentro”):** Es una de las partes más interesantes de este trabajo. Poder trabajar mediante el juego, es algo que a muchos nos despierta sensaciones muy *mágicas*, a la vez que difíciles de denominar mediante palabras. Es una especie de “disociación funcional”, en la que necesitamos poder despertar nuestra parte más infantil, alejada del mundo racional y de las ideas, pero manteniendo a su vez un anclaje con el conocimiento teórico, las expectativas, lo que pretendemos observar y, en definitiva, con los objetivos que nos planteemos al utilizar el juego como técnica (de evaluación o de intervención).
- ✓ **¿Por qué este niño me hace sentir así? Aspectos contratransferenciales:** Muy importante como en cualquier relación psicoterapéutica, tener en cuenta cualquier respuesta o “sensación” de tipo emocional que esta relación con el paciente despierta en nosotros. Ahora bien, en el caso del trabajo con niños, creo que estas son especialmente difíciles de detectar y consecuentemente, de manejar. Al hilo de esto, recuerdo las palabras de una psicóloga clínica con la que coincidí en las prácticas de mi carrera en hospital de día infanto-juvenil: “Lo que nos pasa con los niños en consulta, es que nos despiertan *angustias muy desestructuradas e inespecíficas*, difíciles de comprender y que muchas veces tienen que ver con experiencias de nuestra propia infancia...”.

Además, hay que tener en cuenta que al niño le vemos en muchas ocasiones (otras no, por supuesto) como un ser eminentemente indefenso y desprovisto de recursos, lo cual tiende a suscitar en nosotros sentimientos como ternura, lástima o compasión, es decir aquellos que evolutivamente se han desarrollado para fomentar la conducta de cuidado. Por ejemplo, a veces nos podemos encontrar en la consulta, forjando extrañas *alianzas* con el niño y posicionándonos contra sus padres; tal vez se trate de mecanismos para intentar *reparar* la inseguridad, la culpa y el malestar que nos genera dejar a ese niño en manos de algunos padres que, a nuestro modo de ver, son incapaces de proporcionar un entorno psicológicamente fiable y mínimamente estructurado, como para ofrecer ciertas posibilidades (utilizaría la palabra “garantizar”, pero no creo que nada sea “garantizable” en nuestro campo de estudio) de un desarrollo madurativo psicológico y emocional dentro de la normalidad.

En cualquier caso, aspectos como estos son los que, si no tomamos conciencia de ellos en la medida de lo posible, pueden confundirnos notablemente en nuestra praxis, interfiriendo de este modo en el proceso que describíamos antes de *llegar al niño* y, en última instancia, de poder ayudarle.

- ✓ **Encuadrar el caso y establecer objetivos:** En muchos de los casos me está resultando difícil recoger el/los motivo/s de consulta y entender hacia dónde o con qué objetivo caminamos en el proceso terapéutico. Es una constante sensación de estar perdida y sin rumbo, citando al niño una y otra vez para evaluarle y demorando reiteradamente la sesión de devolución con los padres (“lo estamos estudiando bien...ya les diré algo más adelante...”).

Hay que tener en cuenta que los casos en Salud Mental, y muy especialmente en el ámbito infanto-juvenil, pueden ser de una complejidad importante, no sólo por el aspecto más puramente psicopatológico, sino por todos los agentes que configuran el entorno del niño, tratándose incluso en algunas ocasiones de “fuerzas contrapuestas”: padres separados con puntos de vista diferentes respecto a la problemática del niño, opiniones divergentes de distintos profesionales, procesos judiciales abiertos, etc. Esto exige con mucha frecuencia la necesidad de traspasar y/o demandar determinada información a muchos de estos agentes, siempre en pro de coordinarse para el beneficio del niño. Esta necesidad de coordinación, prominente en el trabajo con población infanto-juvenil, con las dificultades propias del manejo de la información a nivel interinstitucional, añadiría un eslabón más a esta cadena de complejidad.

Consecuentemente, inferimos que hasta que no seamos capaces de desmenuzar ese complejo escenario de elementos tan heterogéneos que configuran la *realidad externa* del niño, será difícil que podamos vislumbrar su *realidad interna*.

Afortunadamente, estas ansiedades propias de la inexperiencia, pueden minimizarse gracias a las sesiones de supervisión, siendo estas en muchos momentos “como una tabla de madera en medio del océano” y posibilitando esclarecer aspectos básicos para el adecuado encuadre y manejo del caso.

## 2. FORMACIÓN TEÓRICA

### 2.1. Formación teórica en la que se ha participado, tanto organizada dentro del Servicio como fuera del mismo.

- **Grupo Experiencial de Psicoterapia**, llevado a cabo por Javier Ramos y Jesús Fernández Psicólogos clínicos del área. Frecuencia mensual, miércoles 15,45h a 17,15h.
- **Máster en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional**, organizado por Ágora Relacional y dirigido por el Dr. Alejandro Ávila Espada. Las horas de formación de este curso son reconocidas por el Instituto de Psicoterapia relacional (FEAP, IFP) y apoyada por la sección Española de la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional y otras entidades a nivel nacional e internacional.
- **Curso de Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica: el niño y su familia**, organizado por la Universidad Pontificia Comillas, Madrid y dirigido por la Dra. Emilce Bleichmar. Las horas de formación de este curso, basado en el enfoque Modular-Transformacional en psicoterapia psicoanalítica, son reconocidas por la Comisión Conjunta de Psicoterapia del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- **Curso de introducción a la terapia basada en la mentalización**. 12 de junio de 2015. Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid.
- **Curso de Infancia y adolescencia: momentos cruciales en diversas patologías**. Marzo-abril 2016.
- Asistencia a la **16 Escuela de Otoño Socidrogalcohol** celebrada durante los días 26, 27 y 28 de Noviembre de 2015. Madrid.
- Asistencia al **XV Jornadas ANPIR**. Madrid, Mayo 2015.
- Asistencia al **XXVIII Congreso Nacional de SEPYPNA**. Burlada, Abril 2016.
- Asistencia a las **revisiones bibliográficas y sesiones clínicas** semanales de los Martes organizadas por la Interconsulta del Servicio de Psiquiatría del H. 12 Octubre. (Mayo 2015- Noviembre 2015).
- Asistencia al **Programa de Docencia de los Miércoles del Servicio de Psiquiatría del H. 12 Octubre**.

### 2.2. Seminario Teórico de Psicoterapia. Lecturas complementarias.

He asistido a la docencia impartida por el Hospital Universitario 12 de Octubre donde hemos visto el abordaje clínico desde diferentes posiciones teóricas y hemos trabajado con bibliografía específica sobre el tema. Las sesiones hasta la fecha han sido las siguientes:

- Trabajo con grupos TMG I, II, III y IV impartido por Juan José Belloso Psicólogo Clínico del área.
- Psicoterapia breve de orientación dinámica: aplicación a los trastornos depresivos I y II impartido por Jesús Fernández Rozas Psicólogo Clínico del área.

#### ➤ Lecturas complementarias:

- Abello, A. y Liberman, A. (2011). Una introducción a la obra de D. W. Winnicott: contribuciones al pensamiento relacional. Madrid: Ágora Relacional.



- Bilbao, I. (2014). Capacidad de mentalización y sistemas motivacionales. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 2.
- Bion, W. R. (1980). *Experiencias en Grupos*. Barcelona: Paidós.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Ediciones Nobel.
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta*. Barcelona: Fundació Vidal y Barraquer, Ed. Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2008). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Edición: 4. Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer.
- Fernández Liria A., Rodríguez Vega B (2009). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. 2º edición. Desclée De Brouwer.
- Lanza Castelli, G. (2011). Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (2): 295-315.
- López Fuentetaja, A. y Castro Masó, A. (2007). *Adolescencia: límites imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Mazet, Ph. y Houzel, D. (1981). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica.
- Miller WR, Rollnick S (2015). *La Entrevista Motivacional - 3a Edición*. Barcelona: Paidós.
- Orange, D., Atwood, G. y Stolorow, R. (2012). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Madrid: Ágora Relacional.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Sala Morell, J. (ed.) (2013). *Psicoterapia focal de niños*. Barcelona: Octaedro.
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Stolorow, R. (2009). *Los contextos del ser: las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder Editorial.
- Yalom, I. D. y Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. D. *Psicoterapia existencial* (2011). Edición: 2. Barcelona: Herder Editorial.
- Wachtel, P. L. (1996). *La comunicación terapéutica: principios y práctica eficaz*. Bilbao: Desclée de Brower.

### 2.3. Valoración cualitativa de la formación teórica.

Este año se ha profundizado en el abordaje grupal con pacientes graves y en la terapia psicodinámica de los trastornos depresivos. Todavía faltan unos meses para terminar los seminarios de psicoterapia, pero lo que hemos visto hasta ahora me ha aportado una visión de la psicoterapia más enriquecedora.

La visualización de vídeos y la realización de *role-playing* con los compañeros nos han ayudado a observar directamente (en el caso de los vídeos) y la puesta en práctica de las habilidades psicoterapéuticas que nos iban mostrando los docentes.

A destacar, que al ser seminarios más íntimos, sentía menos vergüenza para compartir mis dudas e inseguridades acerca de mis propias dificultades en la psicoterapia.

## 3. VARIABLE EXPERIENCIAL

### 3.1. Participación en el seminario mensual.

Sí  No

### 3.2. Aspectos abordados en las sesiones.

Desde que empezó este nuevo curso hasta ahora hemos tenido 5 sesiones de grupo experiencial. Se realizan los miércoles últimos de cada mes, comenzando en el mes de septiembre hasta febrero que hemos tenido la última sesión, aunque continuará esperablemente hasta junio como el curso pasado. El horario es de 15,45 a 17, 15 horas, estando a cargo de Jesús Fernández y Javier Ramos. En las sesiones realizadas hasta la fecha, los aspectos abordados han sido:

- Encuadre del grupo y cómo definir el espacio entre la psicoterapia personal y la supervisión de los casos, siendo un espacio en el que se pretende trabajar las variables emocionales que nos afectan en la realización de nuestro trabajo.
- Interés en la participación en el seminario y las expectativas generadas ante éste. Se ha hecho hincapié en la necesidad de compromiso y adherencia al grupo, de cara a que se puedan desarrollar los factores terapéuticos.
- Las dificultades halladas en las distintas rotaciones.
- La necesidad del autocuidado a través de la psicoterapia personal.
- Fenómenos de transferencia y contratransferencia generados por diferentes pacientes en la realización de nuestra labor psicoterapéutica.
- Mecanismos de defensa propios que aparecen al trabajar diversos aspectos con los pacientes.
- Aspectos institucionales que influyen en el terapeuta y en la realización de su labor.

### 3.3. Valoración cualitativa del seminario.

Este espacio es para mí cada vez más enriquecedor y necesario. De todos modos, continúo pensando y me gustaría exigir un compromiso por parte de los compañeros, porque esta situación de inestabilidad provoca en mí muchas dificultades para expresar mis miedos, inquietudes y preocupaciones acerca de mi trabajo diario. Comprendo que por motivos laborales, en muchas ocasiones resulta complicado la adherencia al grupo, pero del mismo modo que hacemos esfuerzos por acudir a ciertos eventos, sería importante hacerlos para asistir a estas sesiones una vez al mes, sobre todo, por respeto a los que acuden y se exponen en cada sesión.

Para terminar, una de las cosas que más me ha gustado es cuando las residentes mayores desvelan los miedos e inseguridades que pasaron cuando estuvieron en nuestro lugar. A propósito de esto último, en mi caso sigo sintiendo los mismos miedos e incertidumbres que el año pasado cuando empecé la residencia. Esta situación cada vez me preocupa más, ya que estoy en el ecuador de la residencia y se supone que la inseguridad debería disminuir...De ahí la importancia de este espacio, para trabajar y contener estas ansiedades propias del proceso de formación como Especialista.



---

<sup>4</sup> "Bed" (Myeongbeon Kim)

## MEMORIA DE ROTACIÓN LONGITUDINAL DE **PSICOTERAPIA**

**Nazaret Saiz Briones**  
**EIR Salud Mental 2º año**  
**2015-2016**

Durante este segundo año de residencia he realizado gran variedad de rotaciones por distintos dispositivos.

Estas han sido por la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH), Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS de Carabanchel), Centro de Día (CD Usera), Centro de Rehabilitación Laboral (CRL Usera), Equipo de Apoyo Socio Comunitario (EASC Usera), Mini Residencia (MR Aranjuez), Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA del HU Santa Cristina), Hospital de Día Infanto-Juvenil Centro Educativo Terapéutico (HD-CET "La Pradera de San Isidro"), Centro de Salud Mental (CSM Usera), Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Interconsulta y Enlace, Programa Infanto-Juvenil del CSM Carabanchel-Usera.

En todas ha estado presente el componente psicoterapéutico para la recuperación/rehabilitación de los usuarios-pacientes. Mas, mi aprendizaje se ha incrementado en los siguientes dispositivos: UTH, UTCA, HD-CET, CSM y UICE-IJ; ya sea por haber tenido la oportunidad de estar de observadora en las intervenciones psicoterapéuticas, o por haber podido poner en práctica las técnicas instruidas.

En cuanto a aspectos asistenciales he de señalar cuál ha sido mi participación en las rotaciones antes citadas:

- En la UTH he contribuido en los programas de Primeros Episodios Psicóticos, de Trastorno Mental Grave y en el programa de desintoxicación alcohólica (como observadora, en los grupos de psicología; como coterapeuta, en los grupos de enfermería y en algunos de terapia ocupacional; y como terapeuta en algunos de enfermería).
- En los centros rehabilitadores (CRPS, CRL, CD, MR y EASC) mi estancia ha sido breve, ya que el principal objetivo de esa rotación era conocer el perfil de personas que pueden derivarse a estos dispositivos desde el Programa de Continuidad de Cuidados del CSM. Además de este *hándicap*, en estos centros se hace más visible el aspecto rehabilitador que el psicoterapéutico, por lo tanto me ha aportado escasos conocimientos para esta rotación.
- En la UTCA he participado como observadora en los grupos de psiquiatría y psicología; en alguna ocasión he estado como coterapeuta en grupos dirigidos por nutrición; y mi rol de terapeuta lo llevaba a cabo en los grupos dirigidos por enfermería, que se basaban principalmente en aportación de estrategias para el control de la activación, hábitos saludables, educación para la salud y habilidades sociales y de comunicación.
- En el HD-CET intervine de coterapeuta y terapeuta en los grupos liderados por enfermería: terapia de relajación, hábitos de vida saludables, alimentación, higiene, actividad física, prevención de drogodependencias, relaciones sociales, sexualidad, ocio. Actué como coterapeuta en grupos de terapia ocupacional y como observadora en los dirigidos por psiquiatría y psicología.
- En el CSM, en las terapias grupales a las que he asistido he tenido el rol de observador, tanto en los dirigidos por psiquiatría - psicología, psicología-enfermería, y enfermería.



En las intervenciones individuales ha sido donde he logrado expresar más mi papel de terapeuta con los pacientes. Según mi opinión las competencias de la enfermera de salud mental en el CSM son primordiales, puesto que establecemos un fuerte vínculo terapéutico con el paciente, lo que le permite tener más grado de adherencia al tratamiento; intentamos fomentar la parte sana de la persona, motivándolo, reforzando logros para aumentar el autoestima; marcando objetivos realistas y progresivos para evitar en la medida de lo posible el fracaso y la frustración, favorecemos el autocuidado de su salud tanto mental como física, intentamos que se adhieran a recursos normalizados si es posible, apoyamos y damos pautas para el control de la activación y el estrés; y les impulsamos para que ellos se empoderen y produzcan cambios positivos en su vida, sus hábitos y relaciones con los demás.

- En la UICE- IJ mi rol ha sido de coterapeuta y terapeuta según las sesiones que correspondieran en el grupo de adolescentes llevado por enfermería. No he asistido a más terapias grupales, pero sí individuales, en las que impartía educación para la salud, psicoeducación y entrevista motivacional.

Me interesa hacer una comparación con respecto a mi primer año de residencia en la rotación longitudinal de psicoterapia. Este año he encontrado menos dificultades al participar como coterapeuta, así como a la hora de utilizar herramientas psicoterapéuticas; asimismo mi confianza, para moderar/dirigir distintos tipos de grupos, se ha visto potenciada e incrementada.

El hecho de haber realizado las rotaciones este año por gran variedad de dispositivos en los que funcionaban con terapias grupales (y desde distintos modelos y perspectivas) ha contribuido a aumentar mis conocimientos y poder desenvolverme mejor en este formato de intervención.

Incluso cabe mencionar que en las guardias realizadas en la UHB (cuando la situación y el horario lo permiten) dirijo como terapeuta el “taller de lectura reflexiva” (Anexo 1). Creo que al crearlo, profundicé poco en el marco teórico, pero por las críticas que recibe el taller por parte de los pacientes tras las sesiones, me hace pensar que les es de utilidad, es ameno, fomenta la reflexión y la distancia relacional entre los propios pacientes se reduce.

Durante este año la formación teórica de psicoterapia realizada desde la Unidad Docente ha sido la siguiente:

<b><u>MÓDULO BÁSICO</u></b>	
<b>DOCENCIA INTRODUCCION A LA PSICOTERAPIA</b>	
<b>Septiembre</b>	- <i>Día 2:</i> Formación y desarrollo del psiquismo - <i>Día 9:</i> Introducción a la Psicoterapia
<b>Octubre</b>	- <i>Día 14:</i> Psicoterapia
<b>Noviembre</b>	- <i>Día 14:</i> ¿Qué es la psicoterapia? Indicaciones y condiciones
<b>Diciembre</b>	- <i>Día 2:</i> Diferentes modelos de intervención
<b>Enero</b>	- <i>Día 13:</i> Fases y dificultades en el proceso

<b>Febrero</b>	- <i>Día 2</i> : Elementos comunes a todas las psicoterapias. Variables inespecíficas. Alianza terapéutica - <i>Día 17</i> : La personalidad del terapeuta
<b>Marzo</b>	- <i>Día 9</i> : La supervisión en psicoterapia
<b>Abril</b>	- <i>Día 6</i> : Trabajo en equipo - <i>Día 20</i> : Psicoterapia
<b>Mayo</b>	- <i>Día 4</i> : El equipo terapéutico. Fenómenos grupales que facilitan o dificultan el trabajo en psicoterapia - <i>Día 18</i> : Práctica de la psicoterapia

Respecto a las actividades docentes de este año tengo que mostrar mi satisfacción; puesto que, a diferencia del año pasado, estas docencias sí se han ajustado a mis expectativas. He obtenido conocimientos y términos básicos, que me ayudan a entender mejor la psicoterapia y por lo tanto a seguir profundizando al poseer una base más asentada.

El aprendizaje de psicoterapia ha sido completado, además de la formación docente, con la asistencia a estos cursos. En ellos he conseguido cultivarme a cerca de herramientas psicoterapéuticas para abordar distintos trastornos, tipos de terapias grupales, vertientes y modelos de intervención, etc.

- **“Sanidrogas. Enfermería y Atención Primaria ante los problemas de consumo de drogas.”** Curso *online* realizado entre el 2 de febrero al 30 de abril de 2015. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Horas: 50. Créditos: 9,3 CFC
- **“Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol.”** Curso *online*. 3 junio 2015. profármaco.2 formación continuada. Horas: 25. Créditos: 4,3 CFC
- **“Intervenciones básicas en el tratamiento del alcoholismo”**. 20, 21 y 22 de octubre. Hospital 12 de Octubre. Horas: 15.
- **“Psicoterapia focalizada en los vínculos: teoría del apego en el trastorno mental grave”**. 14 y 26 de octubre. Hospital Clínico San Carlos. Horas: 10. Créditos: 2 CFC.
- **“Terapias grupales en salud mental dirigida a enfermería”**. 30 noviembre, 1, 3, 14 y 15 de diciembre. Instituto Psiquiátrico José Germain, Leganés (Madrid). Horas: 30.
- **“Curso teórico-clínico de introducción al psicoanálisis”**. Octubre 2015-Junio 2016. Asociación psicoanalítica de Madrid. Horas: 27. Créditos: 4,7 CFC.
- **“Entrenamiento en Mindfulness para sanitarios”**. Hospital 12 de Octubre. Octubre 2015-Julio 2016. Horas: 7,5.

#### ➤ **Valoración personal de la rotación.**

Esta rotación longitudinal merece mi positiva valoración, ya que he podido realizar cursos para aumentar conocimientos y también porque en cuanto a la docencia de este año no tengo ningún inconveniente de que señalar.

En las rotaciones he podido aprender más y también poner en práctica lo que ya conocía. Del ensayo-error en las terapias grupales, también he aprendido.

El año anterior tenía unas expectativas en cuanto a la psicoterapia de este año, las cuales se cumplen con creces.

## ANEXO 1

**TÍTULO:** “Taller de Lectura Reflexiva en grupo”

### **DESCRIPCIÓN:**

Se desea obtener una comprensión profunda del texto, por lo que es una lectura lenta. Se intenta captar la totalidad del contenido, lo que supone pensar, meditar y reflexionar sobre lo que el autor dice tanto de forma explícita como por las ideas que puedan estar implícitas.

El hacerlo en grupo permite tanto la interpretación individual, como la confrontación con la opinión de otros participantes.

El texto será seleccionado por el profesional de enfermería en función del tema que se considere más oportuno a tratar, atendiendo a las necesidades de los participantes.

### **OBJETIVOS:**

#### - GENERALES

- ❖ Favorecer el pensamiento abstracto.
- ❖ Hacer crítica y reflexión sobre aspectos y/o comportamientos cotidianos.

#### - ESPECÍFICOS

- ❖ Interpretar un texto, extraer la conclusión/reflexión.
- ❖ Extrapolar la conclusión del texto a la vida personal de cada uno de los pacientes.
- ❖ Aplicar la reflexión al momento actual del ingreso.
- ❖ Conseguir modificar parte del pensamiento y aplicar lo aprendido para mejorar en ciertos aspectos de la vida:
  - Aumentar la generosidad.
  - Ver la importancia de la propia actitud frente a los hechos que suceden.
  - Prestar menos atención a las diferencias externas de las personas.
  - Mantenerse firme y fuerte para afrontar adversidades de la vida.
  - Ser más paciente.
  - Valorar la subjetividad de la realidad.
  - Aprender a convivir con los defectos de los demás.
  - Saber callar cuando es necesario.
  - Apreciar los aspectos positivos de la vida.
  - Autocontrolar la ira e impulsividad.
  - La unión hace la fuerza.
  - No modificar nuestra conducta por la opinión de otros.
  - etc...

### **PERSONAL:**

- Profesionales de enfermería:
  - ❖ enfermeras/os
  - ❖ residentes de enfermería
  - ❖ auxiliares de enfermería

### **MATERIAL:**

- Relatos breves extraídos de la ‘revista PRONTO’ de la sección “el rincón del pensamiento”
- Lecturas reflexivas seleccionadas la URL:  
<http://cajatambocostumbresytradiciones.blogspot.com.es/2010/07/lecturas-reflexivas-para.html>
- Más material en:
  - Cuentos para pensar. (Jorge Bucay)  
<http://asicomolooye.com/wp-content/uploads/2013/11/cuentos-para-pensar.pdf>
  - Fábulas cortas con moraleja. (Esopo)  
<http://fabulanimadas.com/>
  - El arte de no amargarse la vida. (Rafael Santandreu)

- [http://static0.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/28/27921\\_El%20arte%20no%20amargarse%20vida.pdf](http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/28/27921_El%20arte%20no%20amargarse%20vida.pdf)
- <http://efrinalvarado.jimdo.com/cuentos-reflexivos/>
- <http://lecturasreflexivas.blogspot.com.es/>
- <http://lengualiteraturav.galeon.com/lilectu.htm>

#### **DIRIGIDO A:**

- Personas con patología mental en fase aguda ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve.

#### **MÉTODO:**

Reflexión grupal, mediante la participación activa de los asistentes y resolución de conflictos.

Periodicidad: 2 ó 3 días alternos a la semana. Dependiendo del tiempo, carga de trabajo y disponibilidad del personal (por ejemplo: martes-jueves-sábado).

Duración estimada de cada sesión: entre 30 y 45 minutos.

Lugar: salón-comedor de la UHB.

#### PREPARACIÓN

- Se procede a la preparación de la sala, el salón-comedor de la unidad:
  - Se colocan en círculo pacientes, observadores y el moderador/terapeuta del grupo.
  - Pueden permanecer sentados alrededor de unas mesas o sentados formando un círculo sin mobiliario en el centro de éste.

#### EJECUCIÓN

- Se explica en qué consiste la actividad y su procedimiento.
- Presentación de nuevos componentes del grupo.
- El profesional lee el material disponible.
- Los participantes deben extraer la conclusión/reflexión del texto. Ofreciendo cada uno su opinión sobre el tema.
- Se intentan que adapten lo extraído a sus vivencias o situaciones personales.
- Se anima a que los participantes apliquen (si procede) la reflexión a su actual ingreso.
- Se pide opiniones y aportaciones entre los pacientes para favorecer la ayuda interpersonal.
- Se resumen el tema tratado en la sesión y las conclusiones más destacables.
- Se invita a continuar con la reflexión el resto del día para interiorizar lo aprendido.

#### REUNIÓN POST-TALLER

- Reunión de los profesionales para comentar el grupo.
- Análisis del comportamiento, actitud, expresión verbal de los distintos participantes.
- Abordaje de las dificultades observadas a la hora de conducir el grupo.
- Propuesta de estrategias y habilidades para obtener mejoras en la siguiente sesión.
- Cuestionar a los pacientes, durante su estancia en la unidad y tras el taller, qué opinión les merece el grupo realizado. Ventajas, inconvenientes, nuevas propuestas a tratar.

**MEMORIA ANUAL DE ROTACIÓN LONGITUDINAL DE  
PSICOTERAPIA**

Nombre y Apellidos: **SERGIO PUERTA RODRÍGUEZ**  
Especialidad: **PSIQUIATRÍA**  
Año de residencia: **3º**  
Período: **MAYO 2015 - MARZO 2016**  
Tutor: **Ana López Fuentetaja**

En el año docente que está a punto de finalizar he continuado mi formación en la psicoterapia de forma intensiva, aprovechando los recursos que el Hospital 12 de Octubre me ha aportado y añadiendo a lo anterior la iniciación del segundo curso del *Máster de Psicoterapia, Perspectiva Integradora de la Universidad de Alcalá*. Se ha tratado de un año en el cual, como explicaré a continuación, he pasado por varios recursos en los cuales la parte psicoterapéutica tenía una importancia muy marcada.

**DISPOSITIVOS DE ROTACIÓN A LO LARGO DEL AÑO. ASPECTOS ASISTENCIALES**

**Trabajo psicoterapéutico en Centro de Salud Mental de Usera. Terapeuta y coterapeuta**

Éste se podría dividir en:

- Terapia individual:
  1. Paciente con un trastorno histriónico de la personalidad. Se realizaron supervisiones regladas por parte del Ignacio Mearin Manrique (FEA).
  2. Paciente con trastorno depresivo recurrente, que asociaba trastorno por consumo de cannabis. Se realizaron supervisiones regladas por parte del Ignacio Mearin Manrique (FEA).
  3. Paciente con trastorno de la personalidad y trastorno adaptativo. Se realizaron supervisiones regladas por parte de Ignacio Mearin Manrique (FEA).
  4. Paciente con trastorno histriónico y dependiente de personalidad que asociaba ansiedad con agorafobia. Se realizaron supervisiones regladas por la psicóloga clínica Sara Herrera Rodríguez. Aprendí técnicas de relajación para la paciente y leí los libros "*Gil PJM, García-Sancho JCM. Tratamiento psicológico del Trastorno de Pánico y la Agorafobia. Manual para terapeutas. Edición: 1. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2008. 216 p.*" y "*La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica. Mc Kinnon. Ars Medica.2008*".
  5. Paciente con trastorno de personalidad no especificado, trastorno ansioso-depresivo, trastorno de la conducta alimentaria tipo bulimia y consumo perjudicial de alcohol y cocaína. Se realizaron supervisiones regladas por parte de Sonia Fernández Morante (FEA) y Elena Gutiérrez Álvarez (FEA).
  6. Paciente con psicosis de larga evolución, pero de reciente diagnóstico. Presentaba nula conciencia de enfermedad. Previamente diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo y de trastorno depresivo. Supervisiones regladas por Elena Gutiérrez Álvarez (FEA).
- Terapia grupal:
  - 1 Junto con Odei Iriondo Villaverde (PIR) actuamos como TERAPEUTAS PRINCIPALES en un GRUPO TERAPÉUTICO PARA TRASTORNOS ADAPTATIVOS. Se realizó en el Centro de Salud Mental de Usera. Sara Herrera Rodríguez (psicóloga clínica del Centro



de Salud Mental de Usera) supervisó de forma estrecha la realización de propuesta del mismo, así como cada sesión. Dicho grupo tuvo un enfoque terapéutico y una orientación interpersonal. Odei y yo nos hemos encargamos del diseño del mismo así como de la valoración de pacientes que, según criterios de inclusión y exclusión; nos eran derivados por los distintos adjuntos del Centro de Salud Mental. De forma previa al inicio estudiamos en profundidad el libro “Yalom ID, Vinogradov S. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona etc.: Ediciones Paidós; 1996. 188 p”. El grupo estuvo formado por 10 pacientes y tuvo una duración de 15 sesiones, semanales, de una hora y media cada una de ellas. Se realizó los martes. Hubo supervisiones de cada sesión. Por otra parte iniciamos un proyecto de investigación en torno al mismo. Hemos hecho una evaluación de los pacientes pre y post con las siguientes pruebas psicométricas: “Test de personalidad de Millon”, “SCL-90” y “CAE”. Al finalizar el grupo también se pasó a los pacientes el “Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)”. Se evaluó la calidad del servicio prestado y la mejoría de los pacientes. Otro objetivo fue determinar hasta qué punto ciertos rasgos de personalidad o trastornos de personalidad se diagnostican como trastornos adaptativos y se derivan al grupo por los psiquiatras del área. Estamos trabajando en la realización de un artículo.

2 Asistí al Grupo de Alcohol de Susana Alfonso Suárez (FEA).

3 Asistí a grupo de familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (modalidad psicoeducativa) con Elena Gutiérrez Álvarez (FEA).

#### **Supervisiones:**

- Sara Herrera Rodríguez: todos los jueves de 14:00 a 15:00. Primera media hora para supervisión del grupo y segunda media hora para los pacientes que llevo en conjunto con ella.
- Dr. Ignacio Mearin Manrique: todos los lunes de 10:00 a 11:00.
- Dra. Elena Gutiérrez Álvarez: todos los lunes de 12:00 a 13:00.
- Dra. Sonia Fernández Morante: todos los miércoles de 19:00 a 20:00.

**Valoración:** considero la rotación por el Centro de Salud Mental como esencial en mi formación en psicoterapia. Me di cuenta de hasta qué punto podemos ayudar con la palabra y acompañando. En un principio me sentía frustrado con los llamados trastornos adaptativos, a los que “no les podía solucionar” las situaciones que les habían llevado a tener la sintomatología por la que consultaron. Pronto me di cuenta, con ayuda de las supervisiones, de que esa ansiedad tenía más que ver conmigo, mi autoexigencia y mis deseos. Comprendí que no podía solucionar su situación, pero que podía acompañar y si era posible, buscar una solución conjunta partiendo de una relación de igual a igual.

#### **Terapia grupal en Unidad de Transición Hospitalaria**

Tuve la oportunidad de ser testigo del manejo de psicoterapia grupal en:

- a. Trastorno Mental Grave (T.M.G.).
- b. Primer Episodio Psicótico (P.E.P.). Dos grupos, uno con consumo de tóxicos asociado y otro sin consumo de tóxicos asociado.
- c. Grupos de familiares de pacientes con T.M.G.
- d. Grupos de familiares de pacientes con P.E.P.

Tuve la oportunidad de desarrollar varias actividades:

- Dirigir grupos de psicoeducación tanto en T.M.G. como en P.E.P. Se centraron en su mayor parte en:

- Fomentar el insight.
  - Epidemiología, diagnóstico y tratamiento psiquiátricos.
  - Manejo de fármacos. Efectos terapéuticos y causas/manejo de efectos secundarios.
  - Consumo de sustancias.
- Realicé el caldeamiento de grupos terapéuticos de familiares mediante mindfulness.

**Valoración:** el contacto con la psicoterapia en el paciente con Trastorno Mental Grave ha sido de gran utilidad y alto nivel formativo. Ver como mejora la calidad de vida de los pacientes y de familiares con las intervenciones resultaba muy satisfactorio. En ocasiones se piensa que el tratamiento psicoterapéutico para este perfil de usuarios no es la primera línea, pero el paso por esta Unidad cambió mis esquemas.

**Supervisiones:** Supervisión tanto de consultas individuales como de terapia grupal. Aquí exponía las dudas que me habían surgido durante las diversas terapias. Las resolvía de forma conjunta con los adjuntos. Resultó muy enriquecedor.

### **Rotación en Programa de Alcohol. Terapia Grupal (Francisco Arias Horcajadas y Gabriel Rubio Valladolid) e individual (Francisco Arias Horcajadas)**

- Asistencia a los siguientes grupos terapéuticos como terapeuta principal/coterapeuta:
  - Lunes, 09:00 horas. *Grupo de Habilidades Sociales.*
  - Martes, 11:00 horas. *Grupo de Preparación al Alta.*
  - Miércoles, 09:00 horas. *Grupo de Acogida.*
  - Jueves, 09:00 horas. *Grupo de Prevención de Recaídas.*
  - Viernes, 09:00 horas. *Grupo de Prevención de Recaídas.*
  - Viernes, 11:00 horas. *Grupo de Preparación al Alta.*
  - Viernes, 12:30 horas. *Grupo de Personas con Hepatopatía Grave.*

El contenido de los grupos tenía un perfil más psicoeducativo (en ocasiones el patrón cognitivo de los pacientes no permitía un trabajo más profundo). Cuando era posible también se trabajaban aspectos emocionales y capacidad mentalizadora.

- Consulta/Interconsulta psiquiátrica junto a Francisco Arias Horcajadas. Se trabajaban aspectos de contenido motivacional.

**Valoración:** me gustó el trabajo con la motivación del paciente. Pienso que he adquirido habilidades al respecto que podré poner en marcha en mi práctica clínica habitual.

**Supervisiones:** se realizaba post-grupo. También se aprovechaba para revisión de casos clínicos. Se incidía mucho en mantener la flexibilidad con los pacientes para favorecer una mayor adherencia y alianza terapéutica, que posteriormente posibilitara un trabajo psicoterapéutico más profundo. Realicé la lectura del siguiente manual: "Miller WR, Rollnick S. La Entrevista Motivacional - 3a Edición. Barcelona: Paidós; 2015. 640 p."

### **Recursos de Rehabilitación: Centro de Día (C.D.), Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.), Centro de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)**

- **Centro de Día (C.D.).** Tres días. Resultó muy interesante conocer el perfil de paciente (en su mayoría usuarios con T.M.G. con un deterioro cognitivo, social y laboral grave) y las terapias que se realizaban. Fui testigo del trabajo que realizaban los terapeutas ocupacionales y la

psicóloga de referencia. Se me proporcionó bibliografía relacionada con el recurso. Las tareas que realicé durante mi paso fueron:

- Asistí a terapia grupal en el que se trabajó el autocuidado (horarios, alimentación...).
  - Asistí a terapia individual de psicología
  - Acudí, junto con los usuarios, al *Museo de Ciencias Naturales de Madrid*. Se trata de una de las salidas que hacen cada cierto tiempo. El objetivo es que aprendan a orientarse, planifiquen el día, cojan de forma adecuada el transporte público, etc. Más tarde comentábamos juntos el contenido de lo aprendido ese día.
- **Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)**. Tres días. Conocí a los distintos profesionales que integraban el recurso (terapeutas ocupacionales, psicólogos...). Fue de gran interés observar el perfil de pacientes que acudían. En su mayoría se trataba de usuarios con Trastorno Mental Grave (T.M.G.) que, o bien ya habían trabajado aspectos en el Centro de Día y podían continuar mejorando en este recurso; o bien habían sido derivados de forma directa al mismo. Se trabajaban habilidades sociales, planificación de la vida diaria, aprendizaje de tareas del día a día...Se realizaban también salidas a museos, exposiciones...Tuve la oportunidad, de nuevo, de disponer de bibliografía sobre el recurso.
- **Centro de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)**. Tres días. Fue mi última rotación de estas dos semanas. Aquí conocí el funcionamiento del recurso, así como a los técnicos, terapeutas ocupacionales y psicóloga. Realicé las siguientes actividades:
- Acudí a taller de carpintería.
  - Acudí a taller ofimática/papelería.
  - Acudí a huerto.

**Valoración:** resultó muy formativo ver cómo se establecían *planes individuales* para cada usuario en función de sus capacidades, patología y recursos de los que disponía.

### **Hospital de Día de Villaverde**

Se me incluyó como un terapeuta más en el Hospital de Día. Las actividades que realicé en esta rotación se podrían dividir en dos:

- Terapia grupal, desayunos, comidas y descansos:
  - *Grupo Comunitario*. Acudían todos los pacientes y todos los terapeutas. Se trataban temas de convivencia en el Hospital de Día, así como información de gestiones, vacaciones, etc.
  - *Terapia de Relajación*. Se dividía el grueso de pacientes en *Grupo A* y *Grupo B*. Dirigía la terapia enfermería. Presencé varios grupos en los que realizamos mindfulness, así como distintas terapias de relajación, entre ellas aprendizaje de respiración abdominal.
  - *Terapia ocupacional individual*. Se dividía el grueso de pacientes en *Grupo A* y *Grupo B*. Lo realizaban las terapeutas ocupacionales. Cada paciente realizaba un trabajo con elementos plásticos y más tarde lo exponía. El resto de usuarios le devolvían las emociones y sentimientos que había generado en ellos. Resultaba de gran utilidad para pacientes que se expresaban mejor a través de procesos creativos y no de forma verbal o escrita.
  - *Terapia ocupacional grupal*. Se dividía el grueso de pacientes en *Grupo A* y *Grupo B*. A su vez se formaban varios subgrupos. Se proponían trabajos plásticos, como en el anterior, pero que se realizaban y exponían en grupo. Esto suponía un ejercicio de puesta en común de sentimientos e inquietudes. A su vez se debían organizar para terminar el trabajo a tiempo.

- *Club*. Acudían a esta actividad todos los pacientes. Se organizaban actividades más lúdicas pero que igualmente exigían un componente organizativo importante. También se practicaban habilidades sociales a la hora de exponerse las actividades que habían organizado. Se observaban distintos roles que tomaban los usuarios.
  - *Terapia escrita*. La realizaba la psicóloga clínica. Los pacientes se dividían en *Grupo A* y *Grupo B*. Uno de los días se dedicaba a realizar la escritura de un tema que se quisiera tratar. Posteriormente, por turnos, cada paciente leía su texto. El resto le devolvía las emociones que le había generado.
  - *Habilidades sociales*. Se dividían en *Grupo A* y *Grupo B*. Lo dirigían la psicóloga clínica junto con la enfermera. Cada uno de los pacientes elegía una situación que le generase dificultades en la comunicación con otras personas. Median un *role playing* se actuaba dicha situación, tal y como sería en realidad. Se grababa en video. Posteriormente se veía y los demás pacientes y terapeutas devolvían los detalles positivos de la interacción y los que eran susceptibles de mejoría. A continuación de nuevo se realizaba el *role playing* pero en esta ocasión teniendo en cuenta lo comentado previamente. Todo ello se grababa y se analizaba de nuevo.
  - *Grupo terapéutico A/B*. Cada grupo lo dirigía uno de los dos psiquiatras. En él se apuntaban temas que quería tratar cada paciente. Se desarrollaba uno por sesión. Eran sesiones que profundizaban más aspectos emocionales y de relación. Seguía la dinámica de *exposición del tema – devolución – reflexión*.
  - *Grupo chicos*. Como el nombre indica a este grupo acudían los terapeutas y pacientes varones. Se trataban temas de género; por ejemplo, relación con las mujeres, sexualidad, etc.
  - *Grupo chicas*. Igual al anterior pero dedicado a las mujeres.
  - *Terapia corporal*. Acudían todos los pacientes del Hospital de Día. Lo realizaban las terapeutas ocupacionales. Se trataba de practicar la expresión corporal mediante *baile, risoterapia, Thai-Chi*, etc. Se incluye en la dinámica, combinado con las demás terapias grupales, de favorecer todos los puntos de expresión del paciente con el objetivo de mejorar el autoconocimiento y las relaciones interpersonales.
  - *Desayuno, comidas y descansos*. Por turnos, semanalmente, los distintos pacientes organizaban el desayuno (preparación, recogida, control de tiempo...). Los terapeutas desayunábamos junto a los pacientes. Se observaban patrones de desarrollo interpersonal.
  - *Grupo multifamiliar*. Quincenalmente todos los terapeutas, pacientes y familiares de los mismos (los que estaban dispuestos a comprometerse a acudir) realizábamos esta modalidad de terapia grupal basada en el *Psicoanálisis Multifamiliar* difundido y teorizado por el Dr. Jorge García Badaracco. Se trataban temáticas de dinámica familiar. Se insistía en que cada una de las personas que acudía formaba parte del grupo de forma individual. Es decir no era un grupo formado por familias, sino un grupo formado por personas, algunas de las cuales componían una unidad familiar, pero no por ello perdían su individualidad. Resultó de gran interés ser testigo de un grupo de estas características, ya que es de un alto valor formativo; como persona, psiquiatra y terapeuta. De hecho, posteriormente, decidí acudir a Buenos Aires para la realización de mi rotación externa en este tipo de terapia grupal en el *Centro Ditem*.
- Entrevistas individuales. Se realizaban a los pacientes entrevistas individuales si éstos lo requerían por ansiedad, ajustes de tratamiento, problemas de salud... También se realizaban cuando al paciente se le establecía un *límite*. Dicho *límite* consistía en que si se había producido un comportamiento disruptivo, al paciente se le apartaba de la terapia reglada durante un tiempo que se determinaba en equipo. Durante este tiempo se realizaban entrevistas individuales, trabajándose la capacidad de mentalización del paciente sobre el

hecho en concreto, relacionándose el mismo con otros conflictos similares que se produjesen fuera del Hospital de Día o que se hubiesen producido a lo largo de su vida.

**Valoración:** resultó en su conjunto la rotación de gran interés formativo, recomendable desde todo punto de vista. El trabajo con emociones y mentalización me pareció muy interesante. Aprendí a manejar mejor mi propia asertividad y a confrontar, desde el respeto al paciente, pero siendo claro y genuino.

**Supervisión:** todas las intervenciones que realicé a nivel grupal fueron supervisadas por el equipo.

### **Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (U.H.T.R.)**

- Asistencia a terapias grupales:

- *Grupo de Manejo de la Enfermedad.* Impartido por psiquiatras. Se trataba de un grupo de corte psicoeducativo.
- *Grupo de Consumo de Sustancias.* Impartido por psicólogo clínico. Se trataba la relación entre la patología psiquiátrica y el consumo de diversas sustancias desde la experiencia de los pacientes. Tenía un componente psicoeducativo.
- *Grupo de Expresión Emocional.* Impartido por psicólogo clínico. Se trabajaba, como el propio nombre indica, la expresión y manejo emocional de los pacientes; sus sentimientos con respecto al ingreso, su enfermedad, etc. Siempre se comenzaba con un ejercicio de *yoga*.
- *Grupo de Habilidades Sociales.* Impartido por psicólogo clínico.
- *Grupo Multifamiliar.* Similar al explicado previamente en la rotación del *Hospital de Día de Villaverde*, ajustado al perfil psicopatológico de los pacientes de este recurso.
- *Asamblea.* Se incluían todos los pacientes y terapeutas. De un perfil similar al *Grupo Comunitario* del *Hospital de Día de Villaverde*, ajustado al perfil psicopatológico de los pacientes de este recurso.

- Trabajo del insight y la motivación de forma individual.

**Valoración:** resultó una rotación, aunque corta, de gran interés formativo. Totalmente recomendable.

### **Segundo año como co-terapeuta en el Grupo de Psicodrama de la Unidad de Psicoterapia del Hospital 12 de Octubre supervisado por Juan José Belloso Roperó**

Comencé mi incursión en este campo ya en el curso 2013/2014, asistiendo a un total de 9 sesiones. Mi colaboración, también este año, fue en forma de *yo-auxiliar* de Juanjo, junto a Odei Iriando Villaverde (PIR 2). Se realizaban sesiones quincenales de una hora y media, los martes por la tarde. El total de sesiones fue de 19. Se mantuvieron la mayoría de las pacientes del pasado año, con diagnósticos incluidos en la categoría de Trastorno Mental Grave (TMG). La mejoría que se aprecia en las pacientes es muy llamativa, a pesar de que es un grupo al que le cuesta comenzar a trabajar en ocasiones; debido a rasgos evitativos predominantes. Se valoró por parte de las pacientes como muy positivo. El grupo estaba realmente cohesionado y había una vivencia de universalidad por parte de los integrantes.

**Valoración:** mi experiencia durante las sesiones fue muy positiva. Fui capaz de continuar mi estudio en este ámbito. Me emocioné con cada sesión, pudiendo trabajar estos sentimientos en el post-grupo. Pienso que se ayudó mucho a las pacientes y también nos ayudamos a nosotros mismos. Muchas hicieron grandes progresos en su vida diaria y continúan haciéndolos. Además es un lujo aprender de un magnífico profesional como Juanjo.



**Supervisiones:** antes y después de cada sesión se realizaban pre y post grupo. Se trabajaron las dificultades que tenía cada paciente, los progresos que se realizaron y las posibilidades de manejo y mejora de dinámica de grupo.

### Curso de entrenamiento en Mindfulness desarrollado por Diego Padilla Torres.

Durante el curso docente 2015/2016 se nos propuso la participación de nuevo en el “Curso de Entrenamiento en Mindfulness” tutorizado por Diego Padilla Torres. Así pues hemos acudido a sesiones mensuales con el siguiente programa:

Sesión	Contenido
1	Mindfulness sobre la respiración.
2	Mindfulness sobre sensaciones físicas.
3	Mindfulness sobre los pensamientos.
4	Mindfulness sobre las emociones.
5	Mindfulness sobre movimientos.
6	Mindfulness sobre el yo.
7	Mindfulness sobre la compasión.
8	Mindfulness sobre empatía.
9	Mindfulness sobre el dolor.
10	Mindfulness sobre la respiración.

A partir de las sesiones mencionadas se ha practicado la técnica aprendida en nuestra casa durante una media hora.

Posteriormente he podido aplicar la técnica, con supervisión, con algunos de los pacientes que he mencionado previamente.

**Valoración:** se trata de una técnica compleja. Al inició era complicado mantener la postura y centrarse en la respiración durante 20 minutos, pero después del primer curso, poco a poco, hemos sido capaces de hacerlo, incluso durante más tiempo. A medida que avanzamos en la técnica nos damos cuenta de hasta qué punto puede servir para nuestros pacientes, de la utilidad y el fundamento de la misma, el ir de “abajo a arriba”. Especialmente importante ha sido percatarme de como se ha disociado en la psicoterapia la mente del cuerpo, cuando éste último nos da mucha información y en ocasiones se expresa por nosotros.

## **PRESENTACIÓN DE CASOS SUPERVISADOS EN MAYOR PROFUNDIDAD**

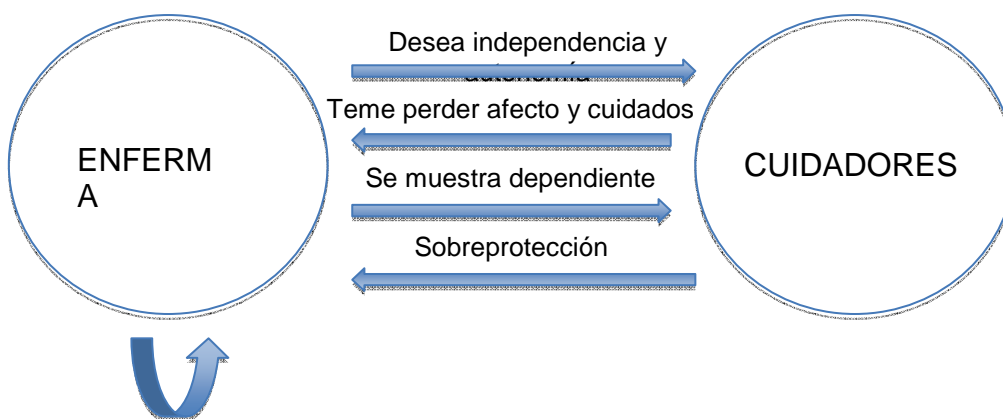
- 1. Paciente con trastorno de la personalidad histriónico y dependiente que asocia ansiedad grave con agorafobia.** 30 sesiones de 1 hora realizadas hasta el momento (desde octubre de 2014). 5 de ellas han sido sesiones junto a su madre y su pareja. Seguimiento quincenal. Supervisado por psicóloga clínica Sara Herrera Rodríguez.

Descripción del caso: se trata de una paciente mujer de 39 años de edad. La deriva el Dr. Javier Sanz Fuentenebro, para que haga un seguimiento tanto a nivel farmacológico como psicoterapéutico, supervisado éste último por Sara Herrera Rodríguez (psicóloga clínica). G. presenta un trastorno de personalidad histriónico y dependiente que asocia ansiedad grave con agorafobia. Cuando la conozco llevaba 5

años sin salir de casa. La salida la precipitó una recomendación de ingreso psiquiátrico, no llevándose éste a cabo finalmente. Siempre acude a consulta acompañada por su madre y su pareja. A veces también por su hermana o sobrina. Solía llegar desaseada, lo cual fue mejorando progresivamente a partir de las siguientes entrevistas y de la intervención más de tipo cognitivo-conductual. G. describe que su patología se inició a los 20 años de edad a raíz de una medicación que se le pautó (refiere “Torecán (Tietilperazina (se trata de una fenotiazina))). Presentó lo que parece una crisis de angustia, derivando más tarde en una agorafobia, que la mantuvo en casa durante tres años. Ha pasado desde entonces temporadas de “vida normal” y temporadas en las que se ha encontrado peor. Siempre ha necesitado ir con otra gente y objetos (paraguas) que le dieran seguridad para salir. Ha trabajado en centros de belleza. Estuvo en seguimiento psiquiátrico por dos profesionales de forma previa. También ha recibido tratamiento psicológico por dos psicólogos clínicos. Conoció a su pareja y a los 27 años se fue a vivir con él. Se han cambiado de casa unas tres veces. También estuvieron separados durante un año. Cuando retomaron la relación fueron a vivir con la hermana de su pareja. G. afirma que se agobió mucho en ese entonces. Hace cuatro años se fueron a vivir juntos y entonces empezó un encierro que duró 5 años, hasta que nos encontramos en el Servicio de Urgencias. Había sido derivada por el Dr. Sanz por clínica depresiva de 6 meses de evolución tras la muerte de su padre a los 80 años. G. no se explica un desencadenante claro de su sintomatología. Habla de mala situación económica, de la dependencia de su pareja en este aspecto y la culpabilidad que le genera la misma. También se queja de que su familia es muy protectora y que se siente como una niña pequeña, dependiente de los demás. En su narrativa se aprecian sentimientos de culpabilidad por dicha dependencia y escasa autoestima en cuanto a su imagen personal. Los rasgos histriónicos son llamativos durante las entrevistas.

Verbaliza que se siente distinta a su familia, que ella es más extrovertida y progresista. Su madre es sobreprotectora y la describe como “sensible” y “melodramática”. Tiene tres hermanos: un varón de 50 años y dos mujeres de 49 y 51 años. Es, por lo tanto, la menor de sus hermanos, con 10 años de diferencia con la más cercana en edad. Afirma *“vine de sorpresa, a mí no me esperaban”, “al ser la pequeña de la familia, a mí no me han dado nunca la posibilidad de expresarme”*.

Manejo e hipótesis: entre otros muchos modelos que podríamos elegir, expongo un modelo de relación de roles que podría resumir el caso:



Culpable, inválida, como una niña...

*“...Yo que soy una persona con una enfermedad (agorafobia) deseo “coger las riendas de mi vida” y ser más independiente, pero temo perder el afecto de mi entorno, que actúan como cuidadores, así que me muestro dependiente, no salgo y no realizo algunas actividades básicas, recibiendo sobreprotección y sintiéndome culpable, inválida y como una niña...”*

El manejo ha sido:

- A nivel conductual se solicitaron registros y se realizó exposición con prevención de respuesta, así como reestructuración de ritmos biológicos (se acostaba y levantaba muy tarde y en ocasiones comía dulces en exceso). Poco a poco fue saliendo sola a la calle, cada vez más lejos, se duchaba más frecuentemente, sin ayuda de terceros (su madre o su pareja le ayudaban previamente). Se le marca el objetivo de que, con el tiempo, un día pueda venir sola a consulta, sin *depend*er de los demás.
- A nivel sistémico se realizan un total de cinco sesiones con su pareja y su madre donde se habla de la dinámica, de cómo se siente G. (*“como una niña pequeña”, “minusválida”...*). Se trabaja el papel de su familia en la dinámica desde un punto de vista circular.
- A nivel psicodinámico, desde la historia biográfica, se establece un patrón de ansiedad de separación en la infancia. También la presencia de un padre ausente a nivel afectivo.
- Se tratan resistencias que presenta a abandonar la dinámica de comportamiento (si está con la agorafobia no trabaja, se distancia de responsabilidades, todos le cuidan, etc.), lo que podría perder y lo que podría ganar si mejorase.
- Se plantea como determinante los problemas de pareja.

Supervisión:

Superviso a la paciente con Sara Herrera Rodríguez todos los jueves de 14:00 a 15:00. Se han grabado en audio la mayor parte de las sesiones, pudiendo realizar una escucha y mejorar habilidades en la entrevista. También se han hecho grabaciones de video que permitían valorar aspectos no verbales tanto de la paciente como míos.

## **2. Paciente con trastorno dismorfofóbico en respuesta a crisis existencial, contacto con la invalidez y la muerte. 10 sesiones de una hora realizadas. Seguimiento quincenal supervisado por Sonia Fernández Morante.**

Descripción del caso:

C. es una mujer de 68 años de edad que acude por primer vez a consulta en Salud Mental aquejando ansiedad y ánimo bajo en respuesta a la vivencia de deformación facial residual que describe como secuela de una operación de cataratas. Vive sola desde hace años y nunca ha tenido pareja estable. No tiene una relación cercana con su familia de origen. Tiene tres hermanos varones vivos. Sus padres fallecieron. Ahora está jubilada pero ha mantenido independencia económica toda su vida. Su visión del sexo masculino es negativa. Ha tenido relaciones, pero nunca duraderas, y siempre aqueja pérdida de relaciones con amigas cuando éstas comienzan una relación de pareja. Centra su discurso en la preocupación en torno a la rabia que le producen las

secuelas de la operación (no objetivables ni confirmadas por otros doctores). También se aprecian preocupaciones existenciales en torno a la muerte. Dice, *“nunca he tenido miedo a la muerte y ahora lo tengo”, “no quiero morir”, “he sido muy tonta en la vida”* (alude a lo que podría haber tenido y no tiene), *“se me han caído los años encima, no me reconozco en el espejo...”*.

En su psicobiografía se destaca la presencia de una madre enferma con la que competía por el cariño de su padre. Dice, *“cuando yo me hice mujer mi madre me tenía envidia porque atendía mejor a mi padre”*. Su hermano falleció después de una larga enfermedad en la veintena. Su mejor amiga también falleció de una larga enfermedad a los 13 años. En ambos casos, no se le permitió visitarles de forma previa a su muerte.

Manejo e hipótesis: realizo breve formulación.

*“...Carmen es una mujer de 68 años que toda su vida ha sido independiente, con una narrativa en la que expresa “no he necesitado a nadie” (ni a su familia con la que no mantiene relación, ni a amigos, ni a pareja) pero que, ante la sensación de invalidez y a la vivencia de acercamiento de la muerte (medio hospitalario, quirófano, sensación de indefensión...) consecuencia de ser intervenida de cataratas (nunca antes había sido ingresada) presenta un cuadro de ansiedad y ánimo bajo, asociándose un componente dismorfofóbico; el cual no se trataría de otra cosa que un desplazamiento que cubre la angustia de muerte, soledad y sentido de la vida (componentes existenciales) que han aflorado, haciéndose parcialmente conscientes...”*

Aunque el manejo fue integrador se tuvo muy en cuenta un enfoque psicoterapéutico existencial. Para ello se estudió en profundidad el siguiente texto: *Yalom ID. Psicoterapia existencial. Edición: 2. Barcelona: Herder Editorial; 2011. 642 p.*

- En primer lugar se trabajó la alianza terapéutica, ya que la paciente mantenía un tono irónico durante las entrevistas y ciertas resistencias, actitud regresiva, tono paranoide...
- En segundo lugar, ya con una adecuada alianza, se realizó una profundización en la exploración de la psicobiografía, estableciendo relación entre eventos vitales (fallecimiento de su mejor amiga a los 13 años, de uno de sus hermanos en la veintena...Importante también el hecho de que no se le permitiera visitarles de forma previa al fallecimiento...) y psicopatología actual.
- Se trabajaron explícitamente aspectos existenciales (muerte, sentido de la vida, soledad...).
- Se trabajaron medios de contención y apoyo social. La paciente espontáneamente en una consulta dijo que había llamado a su hermano. Pienso que el trabajo psicoterapéutico jugó un papel importante en este factor externo al trabajar su capacidad reflexiva mediante técnicas mentalizadoras .

Aunque queríamos continuar el trabajo, la paciente dejó de acudir a consulta. Se decidió tras supervisión realizar llamada cuando faltó por primera vez. La paciente se mostró agradecida y se le dio otra cita. No acudió tampoco a ésta última pero sí llamó al Centro de Salud Mental para decir que llamaría cuando pudiese acudir. Ocurrió en enero de 2016 y hasta el momento no ha llamado. Decidimos, también tras supervisión, no insistir ni presionar a la paciente pues de forma espontánea se estaba rodeando de un círculo social y existía una mejoría.

Resultó en cierto modo frustrante el final del seguimiento. Lo hablé con Sonia Fernández Morante, mi adjunta supervisora del caso. Cuando falta un paciente te preguntas qué has hecho mal, en qué has fallado o qué le ocurre para no volver. Quizá ha encontrado sus propios recursos o para ella fue suficiente con los que le ayudamos a encontrar o un conjunto de ambas hipótesis. Es algo que pienso que debo trabajar en experiencial y en más supervisiones individuales.

Supervisión: supervisado por Sonia Fernández Morante. Miércoles de 19:00 a 20:00.

## FORMACIÓN TEÓRICA

- Asistencia a Máster de Psicoterapia. Perspectiva Integradora. Segundo año, Especialista.
- Asistencia a docencia específica de psicoterapia durante los miércoles de 11:30 a 13:15 en el Hospital Universitario 12 de Octubre.
- “Experto en Trastornos Afectivo. Neurobiología, Diagnóstico y Tratamiento”. Universidad de Alcalá. Modalidad online. Curso académico 2015 – 2016. 15 ECTS.
- Asistencia a “XX Curso Anual de Esquizofrenia. Imaginación, Regresión y Recuperación en la Psicosis”. Madrid, 26-28 de noviembre de 2015.
- Asistencia a “XLIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol”. Alicante, 10-12 de marzo de 2016.

### Lecturas realizadas

- Miller WR, Rollnick S. La Entrevista Motivacional - 3ª Edición. Barcelona: Paidós; 2015. 640 p.
- Yalom ID. Psicoterapia existencial. Edición: 2. Barcelona: Herder Editorial; 2011. 642 p.
- Vega BR, Liria AF. Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión: 176. Desclée De Brouwer; 2012. 322 p.
- Lucena Díaz R, Serván García I, Posada García B, Gálvez Martín ME. Del Acto al Pensamiento: El Proceso en la Comunidad Terapéutica. Clínica Contemporánea. 2013;4(2):135-51
- Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Edición: 4. Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer; 2008.
- Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. 2o edición Ed: Desclée De Brouwer (2009).
- Cozolino, LJ.; Sprokay,SL. La necesidad evolutiva de la Psicoterapia. Revista de Psicoterapia 2005; 16 (61): 5-28.
- Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012. páginas 21-76.
- Villegas,M. La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. Revista de Psicoterapia 1995; 22/23: 5-20.
- Vogel,D. Perspectivas narrativas en la teoría y en la práctica. Revista de Psicoterapia 1995; 22/23: 21-38.
- FSiegel,DJ. Apego y comprensión del sí mismo: Ser padre pensando en el cerebro. Revista de Psicoterapia 2005; 16 (61): 29-41.
- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. El redescubrimiento del cuerpo en psicoterapia. Atopos: Salud Mental, Comunidad y Cultura 2009; 8: 5-16.
- Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, Bayón Pérez C. Neurobiología interpersonal. En: Palomo T, Jiménez Arriero MA, Fernández Liria A, Gómez Beneyto M, Vallejo Ruiloba J. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life, 2009: 107-114.
- Bayón C, Fernández Liria A, Morón G. Desarrollo del self desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico. En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 150-161.
- Ramírez JA. Psicodrama. Edición: 1. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2002. 252 p.



- Watzlawick P. El lenguaje del cambio: Técnica de comunicación terapéutica. Edición: 2. Barcelona: Herder Editorial; 2013. 176 p. 367 p.
- Marius Romme y Sandra Escher. La Psicosis como crisis personal. Un abordaje basado en la experiencia. Edición: 1. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2012. 277 p.
- Worden JW. Tratamiento Del Duelo. Barcelona etc.: Paidós; 2013. 286 p.
- Black MJ. Más Allá De Freud. Una Historia Del Pensamiento Psicoanalítico Moderno. Edición: 1. Barcelona: Herder; 2013. 432 p.
- Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Edición: 1. Barcelona: Herder Editorial; 1993. 264 p.

**Valoración de formación teórica:** veo como algo muy positivo seminarios docentes de psicoterapia incluidos en la formación básica como psiquiatra, ya que dan otro punto de vista y visión del paciente; permitiendo una mayor comprensión global del paciente. Se agradece muchísimo el interés que se ha mostrado en hacer una formación específica básica para R1 y R2.

## VARIABLE EXPERIENCIAL

Considero muy importante la variable experiencial y valoro que se tome la iniciativa por parte de los adjuntos de organizarlo. Es importante que en la adquisición del rol del terapeuta se expongan las dificultades y conflictos y que éstos se puedan expresar y tener un soporte grupal. Repercute en una mejor asistencia, pero también en un mayor cuidado del terapeuta y de nuestra propia salud mental, que a veces se nos olvida.

**Valoración:** mi valoración es muy positiva, tanto por la disposición, como por la motivación de incluir este aspecto en la formación. Como idea considero, por otra parte, oportuno el que se plantee un intercambio de coordinadores grupales con otras áreas (tal y como se hace en otros hospitales), pues según la experiencia de algunos compañeros y profesionales de otros centros que he podido contrastar; facilita la dinámica grupal el no conocer a los terapeutas e iniciar un proceso psicoterapéutico grupal sin relación previa.

## OBSERVACIONES PERSONALES

Mi valoración global, como he expuesto punto por punto, es positiva. He continuado adquiriendo habilidades y conocimientos en psicoterapia y he sido capaz de iniciar el tratamiento de varios pacientes, compatibilizándolo con un pormenorizado estudio de varias corrientes y teorías psicoterapéuticas para continuar aprendiendo. He seguido a pacientes con una mayor independencia, adquiriendo más seguridad en el manejo y las intervenciones, siendo capaz de abordar al paciente desde el *respeto* y una *curiosidad genuina*.

La psicoterapia me apasiona. Debería estar incluida con un mayor ahínco en la formación como psiquiatra. Es un disparate, en mi opinión, que existan psiquiatras sin formación al respecto. Queda mucho por aprender y a ese respecto continuaré mi formación en el *Máster de Psicoterapia. Perspectiva Integradora*, que tiene una duración de tres años en total. Ahora me encuentro en mi segundo año. También me estoy planteando iniciar el *Máster de Hugo Bleichmar*.

Mi rotación externa se centrará en psicoterapia grupal. En concreto *Psicoanálisis Multifamiliar en la Fundación María Elisa Mitre, Centro Ditem*; Buenos Aires.

Publicaciones <sup>5</sup>

- Nieves Carnicer M, Nava García P, Sanz Correcher P. Patología psiquiátrica importante para el médico general. En: Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque Y et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre*. 8ª ed. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, S.A. (MSD); 2016. p. 269-281.

Acceso gratuito con registro previo en:

[http://profesionales.msd.es/medicos/recursos\\_profesionales/manual-12-octubre.xhtml](http://profesionales.msd.es/medicos/recursos_profesionales/manual-12-octubre.xhtml)



6

---

<sup>5</sup> Los libros, artículos y demás documentación científica que generamos tienen más utilidad cuanto mayor divulgación tengan. Además de para contribuir al progreso del conocimiento científico pueden ser una magnífica herramienta para nuestra tarea docente con los alumnos que realizan 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 utilicéis también nuestro Boletín para difundir vuestras publicaciones y resto de actividades en las que participéis.

<sup>6</sup> "Fish Bowl: Gold Fish" (Myeonbeon Kim)

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

*Las sesiones se realizarán en el Salón de Actos del Edificio Materno-Infantil  
en horario de 13.30 a 15.00 h.*

**Cada viernes se carga en la web una reseña de la sesión clínica del miércoles siguiente**

### Calendario Sesiones Clínicas de Area: Diciembre 2015 – Febrero 2016 <sup>7</sup>

#### Marzo 2017

1 **Sesión Clínica del Residente**

8 **Interconsulta y Enlace**

15 **Sesión Extraordinaria:**

Evaluación y modelo de abordaje en la Transexualidad. José M. Rodríguez Molina y Nuria Asenjo Araque. Psicólogos clínicos de la Unidad de Identidad de Género del H. Ramón y Cajal

22 **Centro de Salud Mental de Carabanchel**

29 **Unidad de Transición Hospitalaria**

#### Abril 2017

5 **Sesión Clínica del Residente**

19 **Sesión Extraordinaria:**

Neurofenomenología clínica del cuerpo: a propósito del trastorno delirante somático. Martín L. Vargas Aragón. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría Complejo Asistencial de Segovia

26 **Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil**

---

<sup>7</sup> 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

Mayo 2017

- 3 **Sesión Clínica del Residente**
- 10 **Programa Conductas relacionadas con el 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

- 10 **Centro de Salud Mental de Villaverde**
- 31 **Hospital de Día infanto-Juvenil “Pradera de San Isidro”**



---

<sup>8</sup> “Untitled” (Myeongbeon Kim)

# AUTOEVALUACIÓN <sup>9</sup>

*En la actualidad se asume la existencia de una relación entre las hormonas sexuales y el estado de ánimo, en base a la existencia diferentes trastornos o los efectos secundarios con la administración de hormonas exógenas. Durante la sesión se abordarán los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales a nivel afectivo; así como los posibles factores determinantes de los llamados trastornos afectivos que afectan al sexo femenino relacionados con el sistema endocrino-reproductor (principalmente trastorno disfórico premenstrual y depresión postparto), y de este modo conocer el papel de las hormonas y si éstas son causa suficiente.*

- 1. Habitualmente se describen efectos adversos psiquiátricos asociados a la anticoncepción hormonal en las mujeres tipo síntomas afectivos negativos como labilidad emocional, irritabilidad y síntomas depresivos. Respecto a lo previo señale la opción VERDADERA:**
  - A. El mecanismo de acción de estos efectos adversos está descrito e identificado.
  - B. Los anticonceptivos con predominio de estrógenos se relacionan más con estos efectos.
  - C. Los anticonceptivos con predominio de progestágenos se relacionan más con estos efectos.
  
- 2. Respecto a la alopregnanolona indique la respuesta VERDADERA:**
  - A. Se trata de un esteroide que no puede cruzar barrera hematoencefálica.
  - B. Se considera que actúa como agonista del receptor GABAA. Se ha descrito un efecto bifásico
  - C. Se considera actúa como antagonista del receptor GABAA.
  
- 3. Las mujeres tienen el doble de prevalencia de depresión que hombres (21,3% Vs 12,7%). 3-4 veces más frecuente en mujeres que en hombre e los 45 a los 55 años. Se dice que el 25% mujeres presentarán depresión a lo largo de su vida. Se ha descrito vulnerabilidad en el periodo reproductivo: premenstrual, puerperio y perimenopausia. Señale la opción FALSA:**
  - A. Se postula para explicarlo tanto la influencia de sistema endocrino como las diferencias en el tratamiento social a hombres y mujeres juegan un papel en las manifestaciones psiquiátricas en cada sexo/género.
  - B. El síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) serían entidades diferentes.
  - C. La prevalencia del trastorno disfórico premenstrual (TDPM) se sitúan en torno al 25%.
  
- 4. Respecto a la Depresión Postparto señale la respuesta VERDADERA:**
  - A. La progesterona se empela como profilaxis.
  - B. Se han descrito diferentes medidas preventivas de la depresión postparto.
  - C. A pesar de la existencia de esta entidad como un especificador dentro del Trastorno Depresivo Mayor en el DSM-V el periodo periparto no constituye una etapa de riesgo para la aparición de trastornos afectivos.

---

<sup>9</sup> SESIÓN CLÍNICA DEL AGCPSP del **1 de Febrero de 2017**  
AUTORES: **Ana Cabrera Lozano**. MIR Psiquiatría 3º año  
TÍTULO: **Hormonas sexuales y trastornos afectivos: ¿qué relación existe?**



## • Lecturas recomendadas

---

- B. Bottcher et al. **Hormonal contraception and depression: a survey of the present state of knowledge.** Arch Gynecol Obstet (2012) 286:231–236.  
Abstract en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-012-2298-2>
- Lori E. Ross et al. **A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder.** Psychiatr Clin N Am 26 (2003) 529–546.  
Abstract en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14563096>
- Corey E. Pilver et al. **Exposure to American culture is associated with premenstrual dysphoric disorder among ethnic minority women.** Journal of Affective Disorders 130 (2011) 334–341.  
Abstract en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21055829>



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068238>

## • Puntos clave para la práctica clínica

---

**Conclusiones**

- Datos contradictorios sobre efectos adversos en el ánimo de los ACOs: algunos más con estrógenos y otros más con progestágenos
- Múltiples efectos de las esteroides sexuales a nivel del SNC que pueden explicar su implicación en la etiología de trastornos afectivos
- Hormonas sexuales no son de por sí suficientes como elementos causales de trastornos afectivos, factores socioculturales son fundamentales
- Controversia del PSM
- Importancia de la educación para prevenir falsas creencias en torno a menstruación
- Estrógenos y progestágenos planteados como fármacos → datos inconsistentes o en contra
- Alopregnanolona y su papel como agonista GABA

# RESPUESTAS

---

## 1. Verdadera: C

- **Respuesta A: FALSA.** Diferentes estudios descriptivos han encontrado asociación entre anticoncepción hormonal y sintomatología depresiva, sin embargo otros tantos no han demostrado dicha asociación, incluso habiendo descrito mejora de síntomas afectivos negativos. A su vez se han propuesto diferentes mecanismos por los que estos síntomas se producen, atribuyéndolo en un inicio al efecto hormonal, pero considerando en la actualidad la influencia también de factores culturales, sociales y psiquiátricos como determinantes.
- **Respuesta B: FALSA.** Aunque no todos los estudios muestran los mismos resultados en general se considera que los progestágenos se asocian más con sintomatología depresiva. A su vez, menores dosis de estrógenos también se relacionan con menos efectos adversos.
- **Respuesta C: VERDADERA.** En general se considera que los progestágenos se asocian más con sintomatología depresiva.

## 2. Verdadera: B

- **Respuesta A: FALSA.** Es un neuroesteroide que sí atraviesa por tanto barrera hematoencefálica.
- **Respuesta B: VERDADERA.** La alopregnanolona es un neuroesteroide metabolito de la progesterona a través de la 5 $\alpha$ -reductasa. Actúa como un potente ansiolítico, ligando del receptor de GABAA con potentes efectos sedantes hipnóticos. Se ha descrito la teoría de un efecto bifásico: a altas concentraciones tendría un efecto ansiolítico y a bajas, ansiógeno. Este neuroesteroide se ha relacionado tanto con los síntomas premenstruales como en la etiología del trastorno disfórico premenstrual y la depresión postparto.
- **Respuesta C: FALSA.** Leer respuesta B.

## 3. Falsa: C

- **Respuesta A: VERDADERA.** Para explicar esta diferencia en la prevalencia, se ha intentado hallar la justificación endocrinológica, pero el resultado ha sido infructuosa. En la actualidad se asume que las diferencias en el tratamiento social respecto al género tienen un papel fundamental en la génesis de estos resultados.
- **Respuesta B: VERDADERA.** El síndrome premenstrual se describió en 1931 por Frank como “tensión premenstrual” y engloba síntomas como leve disconfort psicológico, hinchazón, pechos sensibles, cansancio.... Por otro lado el TDPM fue introducido en 1987 en el DSM III-R como Trastorno Disfórico de la Fase Lútea Tardía. A partir del DSM-IV sí aparece como TDPM con unos criterios diagnósticos más específicos y de mayor frecuencia e intensidad que lo que constituiría el Síndrome Premenstrual.
- **Respuesta C: FALSA.** Se estima una prevalencia del TDPM de entre el 4% y el 7%.

## 4. Verdadera: B

- **Respuesta A: FALSA.** Algún estudio ha mostrado eficacia en la prevención con progesterona profiláctica en paciente con antecedentes de episodios depresivos postparto, pero son necesarios más estudios y en la actualidad no se utiliza como medida profiláctica.
- **Respuesta B: VERDADERA.** Parece que medidas preventivas como la psicoterapia (TCC, interpersonal, individual y grupal), los antidepresivos, la terapia hormonal, los suplementos dietéticos, el apoyo social y los programas educacionales han demostrado reducción de la incidencia de depresión postparto; sin diferencias entre las distintas medicadas.
- **Respuesta C: FALSA.** Se ha cuantificado que la mayor parte de los trastornos que comienzan en el postparto con afectivos, estableciéndose una asociación de riesgo. Existe un debate en torno al papel que juegan los esteroides gonadales en su etiología, puesto que en ese periodo sus concentraciones sufren importantes variaciones.

**NECESITO UN INFORME.  
REFLEXIONES DESDE NUESTRO LADO DE LA MESA <sup>10</sup>**

*José Camilo Vázquez Caubet y Pablo Malo*

**1. Un derecho en auge**

*Erika Jong se quejaba de que en la cama nunca hay dos personas. En sus mentes siempre les acompañan los padres, antiguos amantes y rivales reales o imaginarios. En otras palabras, terceras partes tienen interés en el posible resultado de una relación sexual.*

*Pues bien, podría decirse que en la consulta psiquiátrica nunca hay sólo dos personas y que terceras partes tienen también interés en el resultado de la relación terapéutica. La consulta a menudo se convierte en una especie de camarote de los hermanos Marx en el que van entrando sucesivos personajes, haciendo uso para ello de una curiosa puerta de atrás: el informe clínico.*



11

*Por extraño que parezca, esta puerta trasera al interior de la consulta cada día se abre con mayor frecuencia. Muchos de los profesionales que trabajamos en la sanidad pública tenemos la sensación de que la solicitud de informes va en progresivo aumento. Quede claro de antemano que cualquier paciente tiene derecho a solicitar un informe actualizado a su médico o terapeuta cuando lo crea conveniente. Pero este derecho inevitablemente consume una parte considerable del recurso más preciado que tenemos: el tiempo. Es por ello que sería bueno saber por qué se ejerce cada vez más.*

**2. ¿Para qué sirve este papel?**

*El informe, ya sea largo o conciso, no es más que un escrito en el cual el profesional da fe de un conjunto de datos clínicos, de entre los cuales habrá tres que serán los más relevantes: un diagnóstico, un pronóstico y unas recomendaciones terapéuticas.*

*¿Y para qué sirve un informe exactamente? Pues eso ya depende de quién lo solicite. Como señalábamos antes, la aparente intimidación de la consulta puede verse invadida por toda una gama de personajes, entre los cuales podemos encontrar al propio paciente pero también a otros más o menos periféricos: el empleador, la mutua o el INSS para ver cuándo puede el paciente volver a trabajar, la Universidad para saber por qué no ha ido a clase, la oficina del paro para saber si puede hacer cursos y por qué no acudió a la última cita de revisión del paro, el abogado del paciente que necesita especificar los síntomas que*

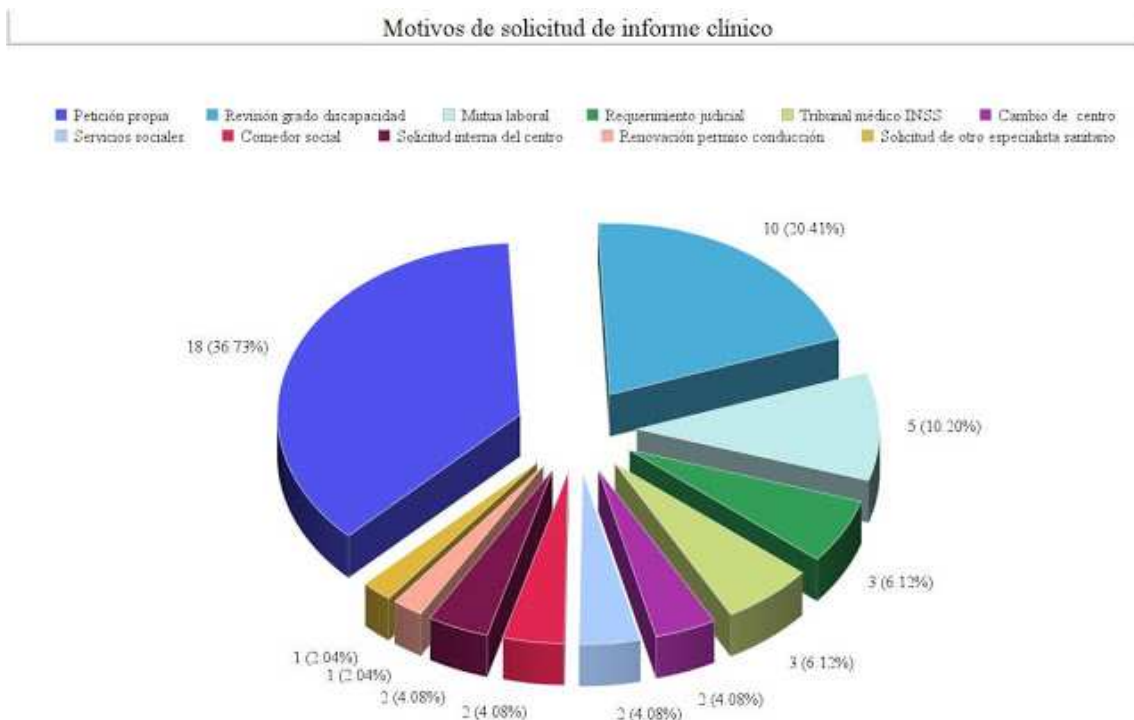
<sup>10</sup> Publicado previamente en el blog ANABASIS (Dra. Olga Bautista Garrido y Dr. José Camilo Vázquez Caubet) : <http://anabasint.blogspot.com.es/2016/11/necesito-un-informe.html>

<sup>11</sup> "A night at the Opera". 1935. Metro-Goldwyn-Mayer Studios.

le ha generado al paciente el acoso o maltrato de su jefe, la dirección general de tráfico que quiere saber si puede conducir, la unidad de valoración de discapacidades, la valoración de dependencia, etc, etc, etc.

Ojo, no se trata de que estos personajes periféricos se personen solicitando un informe, sino que es el propio paciente quien lo pide por requerimiento de aquéllos o por propia iniciativa.

Aquí exponemos un desglose de peticionarios de una de nuestras consultas, a lo largo de 3 meses.



Fuente: solicitudes registradas en una agenda del Centro de Salud Mental Almendrales, Madrid. Número de informes: 49. Periodo: 3 meses (60 días laborables). Ritmo de solicitudes: 1 cada 1,22 días. Los informes a "petición propia" no indicaron motivo o únicamente indicaron preferencia personal por disponer el informe, sin aportar otros datos.

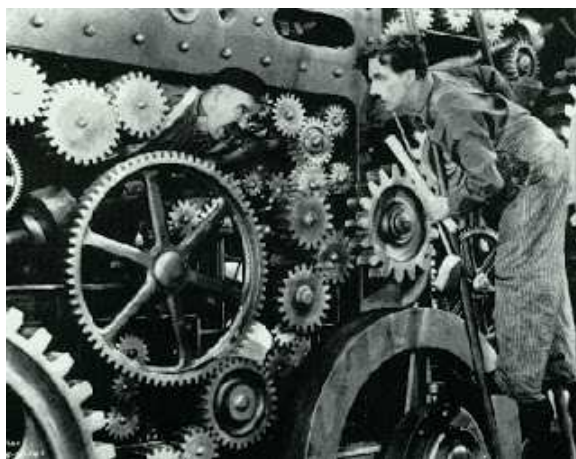
De entre todo este plantel, curiosamente, quizás sea al propio paciente a quien de menor utilidad directa le resulte el informe, por lo menos en el abordaje de su patología. Esto tiene un sentido y es que, como ya abordamos en otra entrada anterior, lo que necesita una persona que sufre no es tanto un diagnóstico como una explicación en un lenguaje que pueda hacer propio. El lenguaje técnico, el de los diagnósticos expuestos en informes, no es adecuado para comprender. Por eso debiéramos considerarlo algo parecido al instrumental quirúrgico: algo que usan los profesionales para trabajar, cuyos beneficios llegarán al paciente de forma indirecta. Al mismo tiempo cualquier profesional sabe no tomarse demasiado al pie de la letra el idioma técnico de los diagnósticos. Se trata de una forma de hablar que nos sirve para resumir mucha información en unos pocos términos, a modo de un boceto, para hacernos una idea, pero no para trabajar de forma individualmente provechosa.

Pero si el informe le sirve para relativamente poco al paciente en la mejora de su patología, ¿por qué cada vez lo solicita más?

### 3. El informe como lubricante social

*Vivimos en un entorno de altísima complejidad organizativa. Cada día interactuamos con ciudadanos a título individual, empresas, instituciones públicas y privadas, organismos de la administración, asociaciones civiles... Podemos imaginar a cada uno de estos agentes como un engranaje de diferente tamaño, encajado en una enorme maquinaria cuyo fin no alcanzamos a ver. Su finalidad, su objeto, podemos intentar adivinarla, pero únicamente si ampliamos el foco más allá de los dientes de los engranajes con los que puntualmente entramos en contacto.*

*El día a día de una sociedad como la nuestra, por mucho que lo disimule el hábito, no es necesariamente la forma más útil o sana de regular las interacciones entre agentes. Simplemente es la única que tenemos en un momento dado. El sistema sanitario, en nuestro país, juega un papel cada vez más importante en el mantenimiento y correcto funcionamiento de esta enorme maquinaria social, a pesar de las continuas restricciones presupuestarias y descapitalización humana que viene padeciendo.*



12

*¿Qué le está ocurriendo entonces a esta maquinaria para que los informes clínicos estén ganando relevancia y deseabilidad? Pues como sucede en las dinámicas complejas, diferentes factores confluyen de forma no planificada para generar una estructura de incentivos o (como diría Paco Traver), un creodo. Al final de este sumidero se encuentra el despacho del profesional sanitario. Vamos a terminar señalar algunas de las claves que nos parecen más relevantes en este asunto:*

### 4. Precarización, claudicación estatal y valores a la deriva

*Un porcentaje cada vez mayor de las consultas atendidas en Salud Mental tienen que ver con el padecimiento vinculado al malestar cotidiano: estrés laboral, conflictividad familiar, declive físico incompatible con el nivel previo de funcionamiento... La crisis económica sólo ha acelerado este proceso, dado que las exigencias de productividad se mantienen o aumentan en este entorno post-burbuja, lo cual equivale a pedir más por menos a cada trabajador. Esto, y en consulta lo vemos claramente, acaba teniendo tarde o temprano repercusiones sobre la salud mental y física de las personas aunque el empleador no esté incentivado para reconocerlo.*

---

<sup>12</sup> "Modern Times". © 1936 - Warner Bros. All rights reserved.



Tratar este malestar supone "poner un parche" que permite a las personas mantener la misma rutina que provocó el "trastorno" durante más tiempo, generalmente porque no existe una alternativa mejor o viable en el corto plazo (cambiar de trabajo, denunciar una situación de acoso, etc). Esto genera una demanda ingente de psicofármacos que mitigan el malestar, pero no abordan su origen.

Agotado el "colchón" psicofarmacológico el malestar puede mantenerse o agravarse. Cuando el funcionamiento habitual sea inasumible serán los demás engranajes (empleadores, proveedores de ayudas sociales, tribunales) los que requerirán una justificación "adecuada" para el bajo rendimiento o la inadaptación del individuo a los requerimientos del sistema productivo.



13

Es en ese momento cuando aparece la petición de informe y el centro de salud (especialmente en salud mental) deja de ser el proveedor de sentido para el malestar individual y se ve forzado a adoptar el papel añadido de "objetivador" o "certificador" de aquellas heridas que ni sangran ni dejan hematoma. El informe se convierte en una representación física del sufrimiento psíquico, un fetiche.

Esta demanda de "pruebas" que documenten algo tan esquivo como la subjetividad de un individuo es coherente con las exigencias crecientes de nuestro modelo de organización social-laboral: las relaciones antes "sólidas", constituidas en torno a empleos fijos, confianza entre empleado-empendedor, etc... ahora deben venir mediadas por testigos imparciales que eviten la picaresca de unos pocos, inasumible como temida fuente de ineficiencia. Por otro lado, cada vez existe mayor temor a las repercusiones legales por un resultado desafortunado o una desgracia. Por ello, ante cualquier atisbo de duda, el informe se solicita como una búsqueda del riesgo cero, un documento que certifique que se puede dar un paso en este o aquel sentido.

Por otro lado, el funcionamiento burocrático basado en la cumplimentación de solicitudes y entrega de documentos oficiales, fotocopiados, compulsados... parece cumplir un papel limitador en sí mismo. Si bien existe un componente inevitable de rigidez organizativa en la administración (pues, se diga lo que se diga, los seres humanos odiamos los cambios no buscados) las tecnologías de la información permitirían simplificar enormemente los procedimientos administrativos, si no fuera porque probablemente actúan como filtros para una demanda imposible de satisfacer acorde a lo reconocido legalmente. El problema obvio al final es de equidad. Precisamente es la gente más desfavorecida quien antes suele desistir en sus demandas de protección social, pues tienen menos dinero o medios para dedicar a este proceso para nada sencillo. Esto, en la práctica, constituye una deserción del papel de garante social que se le supone al Estado en nuestro entorno.

<sup>13</sup> Ilustr. vía <https://friendtoyourself.com>



*Un último factor creemos que aumenta (y lo hará cada vez más) la deseabilidad de los informes tiene que ver con un progresivo cambio en los valores que organizan la conducta deseable en cualquier sociedad. En un contexto de avance insidioso de la ideología neoliberal (individualismo meritocrático y desregulación estatal de las interacciones económicas), las personas tienden a sentirse cada vez más culpables de su sufrimiento, para regocijo de otros actores con pocas ganas de ampliar el foco y reconocer la parte que éste tiene de sistémico o colectivo.*

*Las molestias físicas y el sufrimiento psíquico cada vez más son vistas como un fracaso personal. Vacíos los confesionarios de las iglesias, la consulta (con su secreto profesional) se erige como el lugar seguro donde llorar sin ser juzgado. El centro de salud se convierte en el único espacio donde se admiten los lamentos de las personas a quien la vida les ha torcido el brazo.*

*Además, como exponía Jonathan Haidt en referencia al aumento de las denuncias por microagresiones (étnicas, culturales, de género) en los campus universitarios americanos, cada vez gana más fuerza lo que algunos llaman la cultura del victimismo. Si bien hace siglos las ofensas sufridas eran saldadas por medio de la acción personal, muchas veces violenta (cultura del honor), para más tarde ser sustituida por la reclamación del uso de la fuerza por parte del aparato estatal (cultura de los derechos); desvirtuada la opción violenta y abandonados a nuestra suerte por parte del estado claudicante, sólo nos queda exponer públicamente nuestra condición de víctimas para así aglutinar capital social que nos defienda o nos vengue.*

*Quizás detrás de esta deriva de valores se encuentre el progresivo éxito de los libros sobre personas "tóxicas" o la simplificación de los conflictos humanos en la dicotomía de víctimas y verdugos. En este contexto el informe cada vez más será el trasunto de la cicatriz psíquica, la demostración de que somos víctimas de las agresiones de un mundo indiferente, ciego y sordo.*



14

*Al final el resultado es que los psiquiatras probablemente hacemos más informes que recetas y uno se pregunta: "¿somos médicos o certificadores, o es que en realidad es la misma cosa?"*

*Otras preguntas que valdría la pena hacerse:*

- ¿La tendencia es continua o se ha acelerado durante los peores años de la crisis?*
- ¿Existen diferencias de edad significativas entre los solicitantes y no solicitantes de informes?*
- ¿Sucede algo similar en países sin un estado del bienestar fuerte?, ¿en qué formas se da esta defensa del individuo en EEUU, por ejemplo?*
- ¿Se le piden más informes al psiquiatra que a otros especialistas médicos? Si es así, ¿por qué?*

*José Camilo Vázquez Caubet y Pablo Malo*

---

<sup>14</sup> "Modern Times". © 1936 - Warner Bros. All rights reserved.

### EL FRACASO COMO POSIBILIDAD. UNA MIRADA FILOSÓFICA <sup>15</sup>

Luis Aranguren Gonzalo  
Doctor en Filosofía

#### Introducción

En 1999 los Juniors de oro del baloncesto español ganaron el campeonato del mundo junior. Asombraron jugadores como Pau Gasol, Felipe Reyes o Juan Carlos Navarro. Pero sobre todos ellos destacó un base de corta estatura, Raúl López. 7 años más tarde este equipo ganó el campeonato del mundo senior. Ya no estaba Raúl. Se había lesionado de importancia y jamás volvió a ser el jugador que prometía ser. No pudo compartir los éxitos de sus compañeros de promoción, siendo el jugador de más talento. ¿Todo un fracaso? *"De toda mi carrera, diría años más tarde, me quedo con todas las veces que me levanté"*. Por tanto, no se queda con las veces en que se cayó, se rompió. Y prosigue: *"A veces nos confundimos pensando en que una lesión grave es algo negativo, pero creo que es bueno tener que pasar por situaciones difíciles, que te hacen sacar lo mejor de ti, para hacer lo que te gusta. Me quedo con todo lo que he tenido para haber llegado hasta aquí, con todo lo que me pasó, eso es lo que me hace feliz!"* Las lesiones le rompieron como jugador y le hacen fracasar en función de las expectativas que tenían sobre él. Y él se tiene que reinventar.

Esta es la síntesis de mi intervención: el fracaso es una realidad de la vida con la que hemos de contar, y -como toda realidad- nos abre a un mundo de posibilidades. Dependerá de nuestra decisión salir bien parado de este envite: o nos instalamos en el fracaso o nos reinventamos.

Paradójicamente, el fracaso puede ser un signo de esperanza. No somos dioses, no somos Prometeos ni Narcisos. Básicamente somos Sísifos aventados por proyectos a medias, por planes que se nos quedan en la mitad de la mitad. Si esto es así y si lo asumimos con serenidad y altura de miras, es que estamos encarando acertadamente nuestra condición humana.

¿Acaso decimos Ser=Fracaso? No. Simplemente decimos que cada uno de nosotros nos construimos en gerundio, con todos aquellos gerundios que traman nuestra identidad personal: *somos andando*, decía Freire, y *somos amando*, *somos construyendo*, *somos creando*, *somos errando*, *somos disfrutando* y *somos fracasando*... también. Con todo eso hacemos y de todo eso somos hechos; y somos hechos no del todo puesto que *sumus in via*.

Ciertamente, la realidad del fracaso resulta muy difícil de describir; se trata de una situación existencial oscura, equívoca y variable en su extensión y significación; la existencia humana camina constantemente de la mano de la posibilidad del fracaso. A esta dificultad de peso se añade otra no menos importante: la tendencia a reducir el fracaso a cualquier tipo de contrariedad o dificultad que el hombre encuentra en su vida cotidiana. Si se utiliza el término **fracaso** para describir cualquier tipo de malestar o dificultad, o todo lo que se oponga a nuestros deseos. En rigor, el fracaso no se encuentra en cualquier experiencia molesta de nuestra existencia. Existe, pues, un abuso y una deformación del término fracaso llevada a cabo por el lenguaje popular.

---

<sup>15</sup> Ciclo de Conferencias del AGC Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre: 25 de Enero 2017

## 1. Qué realidad personal

### *La persona, en situación*

El fracaso acontece en la persona; es un dato antropológico. Cada persona va haciéndose a sí misma y va configurando su figura de realidad no sólo tomando decisiones, eligiendo entre distintas posibilidades, sino primariamente haciendo frente a cada situación como una situación de realidad. Desde este punto de vista podemos afirmar -con Laín Entralgo- que existe un modo de ser en propiedad por vía de **apropiación**; es decir, todo lo que de una forma u otra **hago mío** y lo convierto en parte de mi realidad personal, de mi personalidad.

A la persona no le queda más remedio que **definirse en cada situación**. Recordamos que la situación es el conjunto de circunstancias que rodean a la persona; las circunstancias nos rodean, pero la situación la experimentamos **desde dentro**. Y al experimentarla, se la sufre o goza. Será por tanto en la situación, que a cada cual le viene impuesta y ante la que cada cual se halla **expuesta**, donde la persona debe definirse. Nos definimos en medio de la inseguridad y del riesgo permanente, pues en muchos caos las situaciones no avisan; vienen dadas. Y la persona se construye en cada situación.

### *La persona, realidad inacabada*

El fracaso se halla vinculado a una concepción del mundo y de la persona **no acabados**, que se encuentran en construcción. El hombre, "animal aún no fijado del todo", en palabras de Nietzsche. Por ello, fracaso no es sinónimo de "final de", necesariamente. Por ser inacabados somos realidades dinámicas, dando de sí lo mejor de nosotros mismos, empeñándonos por salir adelante, por mejorar, por ser felices, y en esa tentativa, cabe el fracaso, la ruptura.

Dinamismo no es necesariamente movimiento, es el *dar de sí* de nuestra realidad personal.

En el desarrollo del ser humano aparece *la limitación* como una exigencia necesaria del propio ser; la limitación humana la entiende Lévinas como "*la insuficiencia ante la propia tarea, cuando el hombre se siente incapaz de responder a lo que se espera de él*"<sup>16</sup>; y ante este tipo de situaciones el hombre se enfrenta cotidianamente. Es el **tener-que-ser**: el hombre es tarea de ser: "*el hombre es equivale al hombre tiene que ser*"<sup>17</sup>, dirá Lévinas. La inadecuación entre lo que conocemos, lo que hacemos y lo que somos no es un hecho sólo accidental y provisional, sino la ley esencial de nuestro ser personal. Es la inadecuación entre intención y acto. Kant hablará del mal radical: no hay vida moral completamente lograda. No hacemos todo lo que deberíamos hacer.

En definitiva, **tener que ser** configura al ser humano como un hombre de **tentativas**: allí donde proyecta y prueba realizar algo, ahí se presenta la posibilidad del fracaso. En cierto modo, al ser el hombre una realidad dinámica e histórica el fracaso acontece como el precio que hemos de pagar por nuestra historicidad. Y de todo se aprende. Decía Freire, recordando al biólogo Jacobs, que el ser humano está programado para aprender.

### *La persona, fisura siempre abierta*

En el comienzo de la vida del ser humano está el deseo; una especie de motor interior que persigue objetivos normalmente excesivos. El niño lo quiere todo. Entre Deseo o Intención y realidad lograda hay una fisura siempre abierta. El fracaso existencial viene a derrumbar no sólo los deseos parciales y particulares sino que afecta de modo

---

<sup>16</sup> E.LÉVINAS, *Limitación sin inquietudes*: Concilium 113 (1976) 382.

<sup>17</sup> ibi. o.c. 384.

singular a la existencia de la persona. Se trata del "fracaso radical, el fracaso de toda su existencia, el fracaso de su proyecto como ser" <sup>18</sup>. Esto se debe a que la persona es, de algún modo, un proyecto; no sólo es que la persona tenga proyectos e intenciones diversas, sino que éstas remiten a una realidad anterior, a saber, que la persona es **intención**, de tal suerte que los fracasos se relacionan con las intenciones que tenemos, y el Fracaso con mayúscula, fundamental, con la Intención que somos.

### *La persona, realidad proyectiva*

En la introducción de su libro *El fracaso*, Jean Lacroix comienza afirmando que "el problema del fracaso ocupa un lugar central en toda la existencia y en toda forma de pensamiento, y su significación atañe a lo fundamental del mismo hombre, que es esencialmente un ser forjador de proyectos, es decir, un ser que se propone algún fin" <sup>19</sup>. La existencia humana se caracteriza por trazar proyectos; es nuestra manera de ajustarnos a la realidad, al mundo, en virtud de nuestra inteligencia. La justeza biológica permite al animal vivir en su medio. El ser humano debe transformar el medio en mundo de posibilidades: así del hueco en la roca construye cavernas; a partir de la piedra pule flechas, de las pieles de los animales confecciona ropa de abrigo. La inteligencia humana sirve para proyectar, prever el futuro, anticiparse. Forjamos proyectos y la responsabilidad nos pide cuentas posteriormente. Esa es la experiencia moral básica.

El inacabamiento constitutivo de la persona se traduce en ser forjadora de un proyecto vital que se traduce en una diversidad de proyectos parciales. Y ahí comienza una de las dentelladas del fracaso: cuando el proyecto vital se reduce a la parcialidad de un proyecto familiar o profesional o político o religioso, incapaz de aunar todas las esferas de la vida y de vivirse jerárquicamente.

El proyecto nos pone a prueba para saber bandearnos entre nuestras mediciones, previsiones, programaciones y el fluido de la vida que se halla repleto de visitas inesperadas, de señales que no controlamos. Ser autores y protagonistas de nuestra vida importa mucho, pero también conlleva dejar la puerta abierta a cierta capacidad para ser también actores de nuestra vida, para sabernos emplazados en cada momento y en cada lugar por situaciones, llamadas, experiencias que contienen mensajes para nuestra vida. Estar preparados para emplazarnos en el fracaso, como realidad vital. El fracaso no lo elegimos, nos viene dado.

## **2. Aproximación a la realidad del fracaso**

En cada persona existe un nivel de aspiración, esto es, aquello que ella misma desea realizar; sin embargo, entre ese nivel de aspiración y la realización misma existe una distancia, que puede tomarse de manera positiva o negativa. Y el nivel de aspiración afecta no sólo a las metas particulares sino básicamente a la existencia plena y a la realización integral de la persona.

De lo expresado hasta el momento conviene destacar algunas ideas:

- En primer lugar, que el fracaso supone -para poder hablar de fracaso real o de éxito real- que el sujeto haya **emprendido** algo, se haya puesto en marcha; no basta con esbozar teóricamente la aspiración; es preciso haber intentado alcanzar ese nivel de aspiración mediante una conducta que, en este caso, es la ejecución de una tarea o un proyecto determinado. Sólo existe el fracaso para quien es capaz de acometer una tarea, estar dotado de iniciativa y enfrentarse a ella; solo falla un penalti quien lo tira.

---

<sup>18</sup> L.E. 9

<sup>19</sup> L.E. 9

- En segundo lugar el fracaso hace referencia **no sólo a una parcela de la persona** sino a toda ella en su integridad; al decir de Lacroix "el fracaso tiene un carácter eminentemente personalista". En definitiva, a la persona no le es ajeno el fracaso como no le es ajeno el dolor, el conflicto o el sufrimiento; en ellos la persona también se realiza como tal ya que ésta puede y debe caracterizarse como **tarea**, esfuerzo y fuente de creatividad. Tendremos, pues, que convenir en que la noción de fracaso está vinculada a la de persona entendida como realidad siempre en camino, como sujeto capaz de cambiar y volver a empezar. En ese sentido, el fracaso revela una exigencia de plenitud que nada logra colmar.
- En tercer lugar, el fracaso remite a la experiencia humana en términos de fundamentalidad; atañe a la inquietud básica del ser humano, que se expresa a través de dos preguntas fundamentales: "¿Qué va a ser de mí?" y "¿qué voy a hacer de mí?", inexcusables cuando el fracaso se adueña de nosotros, cuando la experiencia de la dureza de lo real y que queremos modificar es más fuerte y resistente de lo que nos imaginábamos. Por ello, en la experiencia de fracaso existe una cierta sensación de desbordamiento existencial: el poder del fracaso hace que ese fracaso se adueñe de mí, lo cual concluye en no pocos casos en la postura inicial de de-sistir y "tirar la toalla", gritar "ya no puedo más", ante la magnitud de la realidad que me desborda. No olvidemos el dato de 4000 suicidios al año en España, mucho más que los fallecidos por accidente de tráfico.
- En cuarto lugar, podemos concluir que el fracaso es una realidad de carácter irreversible. No es un error enmendable. Las crisis se pueden superar y vencer; los problemas, solucionar. Pero cuando nos referimos al fracaso nos hacemos cargo de algo que es irrevocable, que no tiene vuelta atrás. Con todo ello, sin embargo, no cabe concluir sin más que con el fracaso todo fracasa al mismo tiempo. El hombre que fracasa no es necesariamente un fracasado, aunque la irreversibilidad del fracaso le instale en la noche oscura. Lo irreversible es siempre radical: va al fondo de la persona y la remueve por dentro.

Lo irreversible nos instala en la realidad. Estar en la realidad: hé ahí nuestro reto de entrada. Un hombre del campo andaluz llamado Francisco tenía un brazo amputado. Pero vendimiaba como el primero; años atrás tuvo un accidente con una escopeta de caza y se amputó el brazo. Cuando se vio con el brazo amputado se dijo a sí mismo: "*Francisco, tienes que seguir siendo Francisco*": esta es la grandeza del ser humano; esto es ser humano: seguir siendo *el* mismo aunque uno ya no sea *lo* mismo en algún aspecto de la vida personal. No hay que dar rienda suelta a la queja: "*¡Ay, perdí mi brazo!*". No se puede hablar de felicidad idealizando y quedándose solo con lo positivo. Francisco, tras su amputación, fue más que Francisco, por su capacidad de respuesta en la adversidad.

### 3. En las situaciones límite

De lo expresado hasta ahora se desprende una conclusión importante: fracaso está vinculado a **situación límite**. Y toda situación límite remite a una limitación primordial, cual es la propia finitud de la realidad personal.

La toma de conciencia de nuestra condición de inacabamiento existencial, de nuestro proyecto truncado, de nuestro ser expuesto en cada situación, hacen que el fracaso sea vivido desde la condición de situación límite, que se describe con las siguientes características:

- Se presentan como una **realidad eminentemente negativa** de forma tal que se convierten en algo insoportable para continuar viviendo, y provocan en la persona verdadera angustia y desesperación. "*Al hombre no le destruye el*

*sufrimiento sino el sufrimiento sin sentido*" (enfermedades incurables, fracaso existencial). Con cicatrices se puede vivir; con heridas abiertas, no.

- Las situaciones límite representan para el hombre una **oportunidad privilegiada** para hacerse a sí mismo. En las situaciones donde fallan todos los procedimientos usuales y corrientes con los que el hombre suele modificar una circunstancia dada, choca con los límites básicos de su ser, adquiere conciencia de la incertidumbre y de la limitación de su existencia y convierte la situación límite en posibilidad de recrear su existencia personal. Vivir el acontecimiento, no resbalar por el hecho.
- A través de la experiencia de las situaciones límite la persona se ve abocada a enfrentarse con el núcleo estructurador de su personalidad, su **interioridad más profunda** desde donde poder resistir -en un primer momento-, encarar -más adelante y apoyarse para continuar viviendo con sentido. Ese núcleo interior personalizado se convierte en factor de apoyo y fuerza vital, de modo que se hace verdad la afirmación de Jaspers: *"nos hacemos a nosotros mismos al entrar en las situaciones límite con los ojos abiertos"*.
- *"La grandeza del hombre depende de aquello que llega a ser en la experiencia de las situaciones límite"* <sup>20</sup>, afirma Jaspers. En el enfrentamiento con este tipo de situación el hombre puede convertir el sufrimiento en logro; *"aun en una situación sin salida - afirma V. Frankl- a la que el hombre se enfrenta inerme, éste puede, bajo ciertas circunstancias, encontrar un sentido"* <sup>21</sup>. Podríamos afirmar que donde abundó el fracaso, sobreabundó el sentido.
- El límite nos conduce a la imagen de frontera. Somos seres fronterizos, dice Eugenio Trias, lo cual le lleva a la siguiente propuesta ética: "Obra de tal manera que la máxima de tu acción se ajuste a tu propia condición de habitante de la frontera" <sup>22</sup>. El fracaso es una llamada a vivir conscientemente nuestra condición finita de seres fronterizos, no como imposibilidad sino como habitantes de un espacio por crear (crear juntas, vincular -Esquirol-). La frontera es un espacio ético de enorme vigor en lo personal y en lo político. (Foto de la valla de Melilla y el campo de golf).



<sup>20</sup> JASPERS, K., *La fe filosófica ante la revelación* o.c. 338.

<sup>21</sup> FRANKL, V., *La voluntad de sentido*, Herder, Barcelona, 1991, 35.

<sup>22</sup> TRIAS, E. *Ética y condición humana*, Península, Barcelona, 2000, 49.



#### 4. Aterrizando en nuestros contextos

La ley de nuestro mundo globalizado es *nada a largo plazo* (R. Sennet). Ese es el caldo de cultivo del fracaso antropológico del ciudadano occidental del siglo XXI. Esa absolutización del fragmento, del instante, de la provisionalidad es la que constituye el paso ulterior a la posmodernidad, que es la sobremodernidad, según la describe el antropólogo francés Marc Augé. La sobremodernidad es sinónimo de saturación espacio-temporal. Nada a largo plazo se convierte paradójicamente en la ley del exceso: vivimos por encima de nuestras posibilidades. La inmersión en el territorio de las nuevas tecnologías ahonda esta característica. Y las redes sociales son el particular hogar de la postverdad.

Contamos con más recursos que proyectos personalmente elaborados; Con tantos recursos como los que contamos carecemos de proyectos para ellos, principalmente porque se trata de recursos que dibujan pseudo-proyectos o nos imponen proyectos cultural-política y socialmente correctos. La acumulación de ciertas facilidades frena la invención de posibilidades de vida en plenitud. Con otras palabras, vivimos en el exceso de medios y en la ausencia de fines.

##### *Trampas de la sobremodernidad*

La sobremodernidad nos tiende serias trampas, carne de fracaso.

- La trampa del éxito profesional. La economía de mercado ha generado el mito de la **flexibilidad**, o lo que es lo mismo: movilidad constante, debilidad en los vínculos relacionales, que hacen inviables proyectos duraderos en el campo profesional y familiar. ¿Y tú qué eres? Flexibilidad es el nuevo nombre del imperativo "*Estáte abierto al cambio*". O te mueves o estás muerto. Pero a veces tanto cambio conduce al naufragio cuando no a navegar a la deriva.
- La trampa del éxito emocional, que promociona el elixir del "*vale mientras dure*". En los varones esta circunstancia, además, se manifiesta en dos vertientes: la de la no aceptación del papel emergente de la mujer en lo profesional y en su autonomía vital. Los malos tratos no están lejos de un sentido profundo de inferioridad del varón, que no termina de aceptar. Y respecto de los hijos, el padre ha terminado por perder los papeles: quieres ser colega y no padre; complace en vez de poner límites; desplaza a la escuela lo que él deja de hacer como padre.
- La trampa de la aldea global, que conlleva numerosas oportunidades de comunicación y acercamiento pero que, en su ubicación espacio-temporal, nos somete a enormes dificultades para atemperarnos con el momento y el lugar en el que vivimos. Así, el espacio deviene en la construcción de "*no-lugares*", capaces de someternos a múltiples encontronazos pero incapaces de facilitar el encuentro humano. Los megacentros de ocio son la expresión de un espacio de di-solución, de di-versión, de dis-persión, en los que difícilmente se accede al lugar antropológico, como espacio de sentido.

Por otra parte, el tiempo de la sobremodernidad es el del microondas, el de "*deprisa, deprisa*", que pervierte los procesos personales y colectivos. La aceleración histórica ha colocado a la persona en situación de desesperación respecto de un tiempo que le supera. La prótesis cibernética facilita pero también somete al ser humano a un ritmo inhumano. La película de Ken Loach "*Yo, Daniel Blake*" describe esta realidad. Un laberinto burocrático que se carga a una persona que ni siquiera es excluida, sino que se encuentra en una situación compleja y que es "*derivada*" al "*país*" de internet. Ante este despropósito sale de la oficina de desempleo y hace una pintada: "*Soy Daniel Blake*". Exige ser tratado como persona. Se reivindica como ser humano ante un mundo cosificado.

- La trampa del éxito de la civilización occidental. El 11-S consagra el fracaso de un tipo de civilización: la hegemonía del hombre blanco, rubio y con ojos azules,

dueño del mundo y de su destino. Al cansancio de occidente (diagnóstico de Eugenio Trías en el año 1992, le sigue el estado terminal de Occidente, expresado por el mismo autor diez años más tarde). Sin embargo, la reacción del *hombre blanco* es la de defenderse atacando. ¿Cómo? Además del dominio económico y militar, asegurando la ideología del fatalismo histórico según la cual nada se puede hacer. Nada a largo plazo significa aquí: *nada puede cambiar*. Ello conlleva gestionar lo más ideológicamente posible la sociedad de riesgos elevando el nivel de sospecha y amenaza ante lo diferente (inmigrantes, musulmanes,...); así se configura la ideología de la seguridad, carne de fracaso colectivo, como sociedad.

### *Mensajes-trampa*

Hemos de cuidar y tener en cuenta los denominados "falsos mensajes" con los que hemos crecido, que provienen de un exagerado sentido del deber y de un equivocado sentido del amor a los demás. Podemos llegar a vivir con ideales un tanto falseados, y cuanto más falso es el ideal, tanto más cercano es el fracaso. Y el ideal es falso cuando no se ajusta debidamente a la realidad en su apropiación paso a paso, desde las posibilidades felicitantes.

Frente a esos falsos mensajes propongo otros más personalizadores y que previenen en mayor medida el fracaso personal. En definitiva, una sana prevención ante la realidad del fracaso que viene, es saber lidiar con la complejidad que somos y que se aleja de simplificaciones o absolutizaciones de la realidad o de nuestros proyectos.

Veamos algunos ejemplos de falsos mensajes y alternativas a estos mismos mensajes.

#### **Sé PERFECTO:**

- Fuerte exigencia a uno mismo y a los demás.
- Permanente insatisfacción: "*todo es poco*"
- Intolerancia hacia otras formas de hacer las cosas
- Hipercrítico con lo "*mediocre*"
- Se fija más en los detalles que en la globalidad.
- No aceptación de las propias equivocaciones.
- Aplazamiento en la toma de decisiones.
- Tendencia a controlar a los demás

*Ante esto: Sé tú mismo, date permiso, aprende de los errores, juntos, mejor, acéptate.*

#### **Sé FUERTE:**

- Hay que llegar a todo
- Dificultad para pedir ayuda
- No se permite "*debilidades*"
- Se siente obligado a "*llegar a todo*"
- Incapacidad para delegar
- Dificultad para reconocer los propios límites.
- Menosprecio de los espacios y tiempos de descanso.

*Ante esto: Cuídate, comparte, pide ayuda, perdamos el tiempo para poder ganarlo, acepta las debilidades, la debilidad es una virtud, párate*

#### **NO DEFRAUDES:**

- Responder a las expectativas que otros tienen sobre mí.
- Debo atender a las necesidades de los demás antes que las mías.

- Necesidad de que se nos reconozca y valore.
- No saber decir que "no" a las demandas que nos sobrepasan.

*Ante esto: Quiérete, valórate, aprende a decir "no", dedícate tiempo, conócete a ti mismo, sé libre, Conoce tus limitaciones, Camina poco a poco.*

#### **DATE PRISA:**

- Hay que terminar todo rápidamente
- No se disfruta del momento
- Se piensa en la actividad inmediata sin saborear lo que está haciendo
- Dificultad para vivir el medio y largo plazo.
- Precipitación en toma de decisiones
- No dedica tiempo a su organización personal.

*Ante esto: Disfruta del momento, planifica, ve despacio, dáte tiempo, haz lo que realmente puedes, párate, déjate acompañar.*

Decía John Lennon, "algunos están dispuestos a cualquier cosa, menos a vivir aquí y ahora".

#### **HAZ MÁS**

- Activismo desmedido
- Incapacidad para reconocer que está saturado de cosas.
- Hacer y huir al mismo tiempo

*Ante esto: No hagas más de lo que puedes, párate y analiza, párate y disfruta, prioriza*

*El caso de Marc Ramos. Medalla de oro olímpica en 2016 en tenis dobles (con Nadal)*

**"Soy doblista por fracasar en individuales, un tenista frustrado. Así de claro. Todos los que jugamos en dobles hemos fracasado en individuales, es una realidad".**

**"He logrado cosas que en individuales no hubiera conseguido jamás. No hubiera estado en unos Juegos. Y, claro, tampoco tendría una medalla de oro. A final de 2008, después de haber intentado ser jugador de individual bajé mucho. No conseguí superar la barrera del 100 y perdí la ilusión y las ganas de seguir luchando. En ese momento estaba muy abajo, en un momento crítico. Y Rafa **me propuso jugar el dobles en Doha**. Ganamos el torneo y ahí se me encendió la luz, vi que podía dedicarme a eso. Y me dediqué a esto. Un acierto".**

Del "tienes que ser el mejor en individual" al dejarse querer, pararse, darse permiso para no ser el mejor, probar por otro lado, pararse y disfrutar.

### **5. Aprendizaje y fracaso**

No es la primera vez que escuchamos lo siguiente: Lo que importa no es lo que la vida te hace sino lo que tú haces con lo que la vida te hace. El problema no es el fracaso sino lo que hacemos con él.

Hay una *reacción de fracaso*, según la cual el fracaso lo inunda todo y a persona queda paralizada y ante una situación de vértigo. Y hay una reacción contra el fracaso, como momento de renacimiento y de creación de nuevas oportunidades vitales.

Ciertamente, el fracaso debe formar parte del aprendizaje humano, puesto que también forma parte del discurrir de la propia vida; de hecho, el fracaso modela y hasta purifica la propia vida vivida. Quien no ha fracasado nunca no se conoce todavía a sí mismo

y por tanto ignora las posibilidades que son susceptibles de ser apropiadas por él e incorporadas a su vida. El fracaso permite rectificar y echar nuevas raíces porque descubre nuevas capacidades personales pendientes de desarrollar y que son tan reales como el mismo fracaso. Por eso, no es extraño que para no pocos autores el fracaso sea contemplado como la **pedagogía del realismo**. El fracaso es una realidad que configura a la persona y, por ello, la ayuda a conocerse más y mejor.

#### *Proceso de afrontamiento del fracaso*

Afrontar el fracaso es experimentar la travesía del desierto. Es un proceso que no se da de modo lineal, sino que cuenta con vaivenes, idas y venidas que confluyen en la menor o mayor capacidad de cada persona para ofrecer resistencias ante una realidad adversa. Los principales elementos en juego, son, a mi entender:

1. **Incredulidad.** Habérselas con el fracaso personal supone en primer lugar un duro golpe que agrieta repentinamente una vida orientada y vivida de una determinada manera. El sujeto afectado se siente sumergido en el **pánico ante lo desconocido**, al que responde con múltiples mecanismos de defensa que le conducen a un estado de "no querer reconocer" y de aislamiento; este estado todavía se encuentra anclado en la tendencia a rechazar el fracaso.

En 1998, en la última etapa del campeonato del mundo de rallys, y a falta de 400 metros para llegar a meta y ser campeón del mundo, se rompe el motor de Carlos Sainz. El grito del copiloto, Luis Moya, se hizo famoso: "*¡Por Dios, Carlos, arranca el motor!*", aun sabiendo que era imposible. Pero desde el fondo de su ser hay un conatus, un impulso que intenta sobreponerse al fracaso, al límite. Eso es positivo, si lo situamos adecuadamente.

1. **Certeza.** Es la afirmación de la nueva realidad planteada, que ya se presagiaba anteriormente. Pero afirmado racionalmente el fracaso, continúa en una especie de negativa emocional a ser aceptado. Lo característico de esta fase es esta ambivalencia entre lo racional que afirma y lo emocional, que niega. Al menos, en este momento se llega a poner nombre al fracaso, reconocerlo, identificarlo como tal, sin usar paños calientes, sin culpabilizar a otros, sin suavizar la gravedad de la situación. Es el momento de realizar un primer diálogo con el fracaso: saber de dónde viene, qué mensaje me está realizando, de qué me está avisando.
2. **Agresión.** Es el momento de la queja y de la protesta. "*¿Por qué precisamente yo?*". Lo trágico de esta fase es que el verdadero objeto de la agresión ni se puede comprender ni se puede atacar. Son muchos los modelos de agresión que pueden darse. En un caso extremo encontramos el suicidio. Es el momento de escoger falsas salidas al problema; la agresión se puede tornar en evasión, como instalación en el aislamiento; los demás, la sociedad están presentes bajo la forma de resentimiento.
3. **Gestión.** Las fuerzas emocionales liberadas en la agresión conducen a la acción. "*Y ahora, qué puedo hacer?*" Así, se "*gestiona*" la crisis, se sale del aislamiento y se consulta la situación con otros en busca de criterios. Se trata de una consulta un tanto caótica, urgida por la necesidad de salir de la crisis más que por el deseo de afrontarla. Gestionar el fracaso entraña pasar por él, no pasar de él; convertirlo en experiencia con sentido.
5. **Depresión.** Las gestiones emprendidas no conducen, sin más, a la solución del conflicto. Es el momento emotivamente más bajo, donde el sentimiento de pérdida y de derrota florece con mayor fuerza. Ahora se comprende no sólo racional sino emotivamente lo que ya es irreversible. Pero esta tristeza no significa necesariamente el fin del proceso; Momento de desolación: a la tristeza de lo perdido en el pasado y de lo que se ha perdido para el futuro puede seguir

otro tipo de tristeza sin límites, la melancolía, que permite al hombre distanciarse de esa experiencia sufrida y afrontar con mayor claridad el fracaso.

6. **Aceptación.** Este es el momento crucial del proceso, el sujeto toma conciencia - racional y emotiva- de sus limitaciones. Todo lo anterior (el sufrimiento, la resistencia, la lucha contra lo irremediable) ha sido vencido. Situado en el límite el sujeto es capaz de abrirse hacia algo nuevo, porque la vida no ha terminado. Uno es capaz de **saludar al fracaso**, darle la bienvenida como integrante de la vida y del recorrido vital personal, intransferible. Es la aceptación de la **singularidad** del fracaso en el límite de la imposibilidad; cuando ya nada se puede hacer en el sentido de intentar anular el propio fracaso, nace la **posibilidad última**, aquella que aún no se ha estrenado. La aceptación del fracaso como principio de un nuevo renacimiento existencial. En la aceptación, el sujeto comprueba que su espacio y su tiempo vital se ensancha inesperadamente. El fracaso no es necesariamente un jaque mate a nuestra existencia; sí un aviso y una señal de la Vida.
7. **Recuperación.** Por recuperación se entiende recobrar la propia coherencia respecto a la intención que somos, reanudando con ella el contacto a partir del punto mismo en que se vio frustrada, y recuperar el dominio sobre uno mismo. Es una nueva disposición del sujeto que le lleva a reajustar la orientación de su marcha existencial, el fin y los medios propuestos. Revisar prioridades en la vida. Hacer una parada a fondo, y exponerse a una ITV interior. Es el momento en el que uno puede reconocer sin excesivas interferencias el grado de responsabilidad moral que a uno le pertenece en ese determinado fracaso. "*¿Qué he hecho mal?, ¿cuál es mi cuota de culpabilidad moral en este episodio?*". Hay recuperación cuando la culpabilidad no nos hace estancarnos en el pasado - con lo cual instalaríamos en el remordimiento- sino que nos abre a un futuro renovado - al que se accede desde la esfera del arrepentimiento-.
8. **Esperanza.** Nos encontramos ante la actitud más positiva en orden a afrontar el fracaso. También supone la adquisición o la existencia de determinados recursos personales. Al enfrentarse a una realidad dura y difícil de integrar, la persona debe tomar distancia de ella y vivir la experiencia de la gratuidad de lo que puedo dar, del saco de semillas que llevo en mi interior y que puedo compartir. Con el fracaso algo he perdido y algo más encuentro en mi interior si lo busco. El momento de distanciamiento permite ver con mayor claridad la realidad en la que nos hallamos y lo que somos en ella. Por eso, lejos de convertirse en una evasión, la esperanza nos abre a lo verdadero y a la humildad, esto es, a la verdad que somos.
9. **Saber decir "adiós".** La vida está cuajada de saludos y de despedidas. Ante el fracaso existe progreso si en un determinado momento, al igual que al comienzo se le saluda (reconociéndolo), llega otro instante en que se le despide. El adiós maduro sólo puede ser realista, que se impone por el propio crecimiento personal, y que sitúa a la persona en un fluido continuo de acontecimientos que no puede detener y en los que no se puede instalar; mucho menos en el fracaso, cuya morada en él puede conducir a la autoinculpación y al sufrimiento tan innecesario como permanente. El adiós genera un espacio libre en nuestra vida a través del cual podemos seguir avanzando, aprendiendo, madurando. En ese espacio se inscribe la decisión clave por seguir viviendo... de otra manera.

## 6. Vitaminas para el camino

En una sociedad de riesgos como la que vivimos, es bueno practicar la **ética de la anticipación**, en este caso, no para evitar tropezar con el fracaso, sino para disminuir las posibilidades de que prenda en nosotros y, en su caso, para saber vivir con tantos fracasos como tengamos, pero de una forma creativa y personalizadora.

- **Estar atentos al lenguaje:** al lenguaje corporal y al hablado. Atención a frases como: "*No valgo para nada*", "*esto muy cansado*", "*viviríais mejor sin mí*"... Y por parte del que intenta ayudar y está al lado ha de ser consciente de aquello que escribió Freud y que machaconamente repite Diego Gracia: "*nadie puede ayudar a otro en un problema que no haya resuelto previamente*".
- **Recordar que somos relación.** Parte de los fracasos del ser humano tienen que ver con fracasos relacionales; y, al tiempo, la salvación viene de la relación y del encuentro humanos. Detengámonos en la preposición *entre*. El *entre*, aquello que acontece entre tú y yo, es uno de los ámbitos privilegiados de construcción y de reconstrucción personal. Una enferma de ELA decía recientemente en un programa de TV: "*¡Qué importante es tener una red y poder dejarme caer para vivir!*": sostenernos unos a otros. Soltar y soltarse, vincularnos a la vida.
- **Atreverse a amarnos a nosotros mismos.** Muchos de los males que padecemos estriban en no saber ocuparnos con afecto de nuestra persona. Amarse a uno mismo no es mirarse al ombligo sino situarse en la tesitura y equilibrio necesarios para poder amar a los demás desde la cercanía y distancia apropiadas. Quien no se cuida tiende a invadir al otro; quien desprecia sus tiempos y sus espacios personales tiende a juzgar al otro porque no es tan desprendido como él. Esto es sumamente peligroso pues de esta forma uno llega a fracasos personales en los que fácilmente se cae en el victimismo de "*a mi me pasa esto, yo que he hecho tanto por los demás*". También amarse es tomar la vida por los cuernos, de frente. En un encuentro con jóvenes en Cuba el papa Francisco dijo algo bien interesante: "*la vida es bien concreta; la tomás como viene o fracasás*". Tomar la vida como viene y afrontarla de frente es un acto de amor ante uno mismo, de apreciarse.
- **Conciencia de que somos aprendices.** En el camino de la vida vamos aprendiendo. Como canta Rafael Amor, "*durar no es estar vivo, corazón, que el vivir es otra cosa*". El estribillo de esa canción dice así: "*no te entregues, corazón libre*". No te relajes, no te creas que has llegado, no te dejes domesticar. Ser aprendices es abrirse cada día a la realidad que a uno le toca vivir y saludarla, afrontarla, discernir y ponerla en relación con el resto de dimensiones vitales que nos hacen seguir en camino. Al tiempo, Mercedes Sosa canta "*¿Quién dijo que todo está perdido? Yo vengo a entregar mi corazón*". Por un lado no entregarse a cualquier cosa, y por otro saber entregarse, quizá saber compartir, saber sembrar.
- **Tolerar las frustraciones.** Vivimos una época de baja tolerancia a la frustración, especialmente entre los más jóvenes. Y con frecuencia se llama fracaso a "*no salirse uno con la suya*", "*no me hacen caso*", "*me he equivocado*", "*me ha dicho a esto que no*", "*mi jefe me manda mucho*". Cuando a determinada gente se le ponen los límites muy tarde, aparecen verdaderos problemas de adaptación a lo que yo denomino "*vivir viviendo*". Esto se con frecuencia entre personas jóvenes cuando acceden a la vida laboral y se encuentran con jefes, tareas, evaluaciones, etc.
- **Permanecer alerta ante los apegos personales,** ya se encuentren vinculados a personas, proyectos, organizaciones o cosas. Siempre se corre el riesgo de proyectarse uno mismo sobre lo que hace o sobre otras personas con el fin inconsciente o consciente de perpetuarse (caso claro en el hecho de ser padre/madre). Tagore escribe que los hijos son hijos de la vida, y a las criaturas de la vida hay que acompañarlas hasta que vuelen o hasta que, en el caso de proyectos o instituciones, pasen a otros o finalicen su cometido, para lo cual nacieron. Este ejercicio sólo es posible si nos dotamos de lucidez para discernir y



situarnos con cierta distancia de perspectiva respecto de nuestros propios apegos.

- **Recuperar lo que parece irrecuperable.** En el fracaso existencial uno toca fondo, se siente perdido y desolado. Algo importante muere. Lo irreversible no vuelve (pareja, trabajo, proyecto truncado, movilidad...) pero se puede recuperar a la persona. Esa ha de ser la apuesta antropológica básica. Cuando me despidieron de mi trabajo y acudí al acto de conciliación laboral paseé por la ciudad y me senté en una terraza de la calle Montera. Desolado. Observaba el tráfico de la Gran Vía. Vi un coche-publicidad con la siguiente frase: "*Lo mejor está aún por llegar*". Fue el comienzo de mi recuperación.
- **Favorecer vivir en clave conjuntiva y no disyuntiva.** Al "*o lo uno o lo otro*", salvo honrosas excepciones, habría que incentivar "*lo uno y lo otro*", o lo que es lo mismo, generar ámbitos de ecumenismo tensional, en la cual no hagamos de los polos vitales la necesidad de elegir entre blanco o negro (pensamiento-acción, individuo-comunidad, razón-sentimiento, masculino-femenino, ideal-real, Platón-Aristóteles, águila-gallina, alegría-felicidad, tiempo-eternidad). Más bien urge un cambio de estrategia. La conjunción no implica rebaja ni echar agua al vino, sino habilitar un radicalismo vinculante que recoja lo mejor de cada polo, lo que de más humanizador nos encontramos en cada caso.
- **Recolocar expectativas de felicidad.** Domina la idea de felicidad hecha bajo la norma de conseguir todos los deseos que uno persigue. Es la apropiación de los deseos que se contenta con tenerlos (tener pareja, trabajo, casa,...); y el fracaso surge cuando no se consigue todo. Confundimos plenitud con los vacíos que logramos llenar. Y plenitud (una de las formas de nombrar la felicidad) no es llenar, es fluir; que fluya el amor en la pareja, la creatividad en el trabajo, la solidaridad con los que peor lo pasan...



### **Oración de la serenidad**

*"Dios, dame serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquellas que sí puedo, y sabiduría para conocer la diferencia".*

### **NO TE DETENGAS**

*No dejes que termine el día sin haber crecido un poco,  
sin haber sido feliz, sin haber aumentado tus sueños.*

*No te dejes vencer por el desaliento.*

*La vida es desierto y oasis.*

*Nos derriba, nos lastima,*

*nos enseña,*

*nos convierte en protagonistas*

*de nuestra propia historia.*

*No dejes nunca de soñar,*

*porque en sueños es libre el hombre.*

*Valora la belleza de las cosas simples.*

*Disfruta del pánico que te provoca*

*tener la vida por delante.*

*Vívela intensamente,*

*sin mediocridad.*

*Aprende de quienes puedan enseñarte.*

*Las experiencias de quienes nos precedieron*

*te ayudan a caminar por la vida*

*No permitas que la vida te pase a ti sin que la vivas...*

*What Whitman*

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

#### **Objetivos del BOLETIN:**

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

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

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

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