

BOLETIN
Area de Gestión Clínica de
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Hospital Universitario 12 de Octubre

Número 33 – Julio 2013



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

- Programa de Apoyo a los Padres con Trastorno Mental Severo y a sus Hijos Menores en los Servicios de Salud Mental: **PROGRAMA CUIDAME**. Escuela de Madres y Padres **"Aprendiendo juntos"** (García M, Córdoba G, Bayona M^ªJ, Herrero L, De la Hoz A y Pizarro E y colaboradores) -
- CRL Usera: **Taller Pre-Laboral de Reciclado de Ropa y Productos de Segunda Mano** -
 - Fundación Buen Samaritano: **"El Huerto de Roberto"** -
- Rotación Externa: **Royal Melbourne Hospital (Australia)** (Isabel Castillo y Laura del Nido) -
 - Cuadernos de Salud Mental del 12 N^º 8 **"Programa de Control de la Ansiedad"** (Susana Amodeo, Blanca Quintana Y Laura del Nido) -
 - **Calendario de Sesiones Clínica de Area - 4^º trimestre 2013** -

In Memoriam: Dr. Justo Díez Martín

1. AGC PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL ¹

• WEB OFICIAL DEL SERVICIO

Nº 66 - Febrero 2012

Noticias del 12

Psiquiatría crea una página web oficial dentro del portal del Hospital

El Servicio de Psiquiatría ha desarrollado una página web oficial dentro del portal que el Hospital tiene en internet –www.h12o.es–, en colaboración con el Gabinete de Comunicación e Informática de la Consejería de Sanidad. La página, creada a coste cero y sin necesidad de financiación para su mantenimiento, incluye información de interés sobre el servicio, actividad asistencial, docencia e investigación, así como datos de especial relevancia para pacientes y profesionales. Cuenta además en su página principal con una sección de novedades en la que están las últimas convocatorias y documentos de interés. Además, la in-

formación es actualizada periódicamente por los profesionales de Psiquiatría, lo que hace posible realizar cambios prácticamente al minuto. Al margen de su alojamiento en la página principal del Hospital, cuenta con una dirección breve www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria que permite una fácil localización y rápido acceso. Esta iniciativa está abierta al resto de servicios asistenciales del Hospital. Partiendo de la ficha básica –servicio, pacientes, asistencia, formación, investigación y profesionales– puede incluirse la información que se considere necesaria, sin un mínimo ni máximo fijado de antemano.



www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria

¹ Autor del dibujo de portada: Luis Javier Saiz Monedero.

- Programa de Apoyo a los Padres con Trastorno Mental Severo y a sus Hijos Menores en los Servicios de Salud Mental



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental

Programa de Apoyo a los Padres con Trastorno Mental Severo y a sus Hijos Menores en los S.S.M.

Programa Cuídame



Autoras: Mercedes García, CSM Usera.
Gracia Córdoba, CSM Usera.
M^{ra}. Jesús Bayona, CSM Aguacate.
Lorena Herrero, CSM Aguacate.
Ángeles de la Hoz, CRPS Villaverde.
Eva Pizarro, CRL Usera.

Colaboradores: A. Lassaletta, CSM Usera., A. Díaz, CRL Carabanchel; D. Pulido, CRPS Carabanchel; M. Rosillo, CRPS Los Cármenes; M. J. Güerre, CSM Villaverde; M. J. Martín, CSM Villaverde; M. D. Millán, CSM Villaverde; J. Sanz, CSM Usera.

Asesoramiento y supervisión: M. Rullas Trincado, CRPS San Fernando.

Programa “Cuídame”

1. JUSTIFICACIÓN

El programa “Cuídame” surge del Estudio de Necesidades de los padres con TMG y de sus hijos/as menores, que se realizó en los S.S.M., desde Noviembre de 2011 hasta Marzo de 2012.

Se concluyó la necesidad de apoyar a los padres en la crianza de sus hijos/as para prevenir futuras alteraciones psíquicas y disminuir los factores de riesgo y exclusión social en los hijos. Los menores tienen un riesgo importante de desarrollar una patología mental en la edad adulta.

Así, diferentes estudios corroboran el impacto en los hijo/as. En un estudio de la O.M.S. (1977) (en Ritzler et al., 1981), en el que se hizo un seguimiento de 1.200 hijos de padres con esquizofrenia, se observó un alto porcentaje de ansiedad y agresividad en los menores.

Ossama El-Saadi, y colaboradores (2004) también observaron que más del 50% de los hijos/as de padres con esquizofrenia, sufren algún trastorno psicopatológico. Algunos estudios afirman que hay diferencias significativas cuando es la madre la que está enferma, comparado con grupos donde es el padre el que tiene TMG.

Park, Solomon & Mandel (2006) manifiestan que las madres con TMG tienen un riesgo tres veces mayor de perder la custodia de sus hijos, o que éstos vivan fuera del domicilio materno.

Consideramos necesario un **programa de apoyo a los padres** para el desarrollo de habilidades en la crianza de sus hijos, siendo estas habilidades en la crianza, un factor protector.

Asimismo, estimamos indispensable, para los menores, una **valoración de riesgos** para diseñar actuaciones desde la prevención.

2. OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Detectar las necesidades y las dificultades de los padres en la crianza de sus hijos y diseñar técnicas de intervención.
- Detectar situaciones de riesgo en los menores: en educación, emociones, comportamiento, alimentación y sueño; e intervenir con la finalidad de que los menores se desarrollen en condiciones normalizadas

Objetivos Específicos:

- Enseñar y dotar a los padres, de estrategias y habilidades para cuidar a sus hijos y cuidarse ellos.
- Apoyar el desarrollo psicoemocional de los menores desde la prevención.

3. METODOLOGÍA

El programa “**Cuídame**”, es un programa multi-profesional. Contamos con la actuación de los profesionales de los recursos de rehabilitación psicosocial y los distintos profesionales, implicados en cada caso.

Pretende sensibilizar a los profesionales de los C.S.M. de adultos y de infanto-juvenil.

Especial importancia tiene para el buen funcionamiento del programa, la necesaria y fluida coordinación entre los equipos de adultos e infantil, para el seguimiento conjunto y toma de decisiones.

El programa “**Cuídame**” interviene, por un lado, con los **padres**, apoyándoles en la crianza y dotándoles de habilidades que les permita mejorar su rol parental. Por otro lado, con los **hijos**, que presentan dificultades y que puede repercutir en su desarrollo. La intervención con los menores se realiza de dos maneras: a través del apoyo a los padres e interviniendo con el menor, si es necesario.

I. Actuaciones en el S.S.M.

- a) **Valoración de necesidades en los padres para la crianza de los hijos.** Esta valoración se realizará por los profesionales de adultos y de infanto-juvenil (anexo I) después de la detección de candidatos.

Los criterios de selección para el programa son: ser padres con TMS, con dificultades en la crianza por falta de habilidades;

siendo la crianza un desencadenante de malestar para los padres.

- b) Si hay necesidades, se derivan al programa Escuela de Padres “Aprendiendo Juntos”, que se imparte en un C.R.P.S. Se entregará un tríptico a los padres (anexo III), con la información del programa “Aprendiendo Juntos”.
- c) **Valoración de situación de riesgo en los hijos.** Se realizará por los profesionales de adultos que intervienen con los padres para valorar si hay situación de riesgo en los menores (anexo II), siendo derivados al programa infanto-juvenil del S.S.M. aquellos casos que necesiten alguna intervención.

Se realizará una entrevista con los padres y con los hijos/as, y reuniones de coordinación con educación y servicios sociales en los casos necesarios. La intervención con los menores puede ser individual y/o grupal.

- d) **Funciones del responsable del programa “Cuidame” en los S.S.M.**
 - Hacer llegar la derivación al programa “Aprendiendo Juntos” y coordinación con los profesionales de dicho programa.
 - Facilitar la valoración de riesgo en los hijos a los profesionales del programa infanto-juvenil para su posterior intervención.
 - Recoger todas las derivaciones en la Hoja de Registro (anexo IV). La recogida de todos estos datos nos servirá para la evaluación del seguimiento del programa.

II. Actuaciones en el C.R.P.S.:

Escuela de padres: “Aprendiendo Juntos”

1. **Objetivos.**

Objetivo General:

- Mejorar las estrategias de los padres para ejercer los roles parentales y participar en la educación de sus hijos/as.

Objetivos Específicos:

- Enseñar habilidades a los padres, para cuidar a sus hijos/as y cuidarse ellos.
- Mejorar los conocimientos de las diferentes etapas de crecimiento de los menores.
- Aprender técnicas de manejo conductual, que permitan a los padres favorecer conductas sociales en los menores y disminuir conductas problemáticas.

2. **Perfil de los padres:**

Personas con Trastorno Mental Severo (TMS).

- En seguimiento en el Programa Continuidad de Cuidados del CSM.
- En seguimiento por los profesionales de adultos.
- Con hijos menores y manteniendo contacto frecuente con ellos, aunque no convivan.

3. Metodología.

La Escuela de Padres tendrá un formato grupal y se realizará, inicialmente, en el CRPS de Villaverde. Para el primer grupo se acordó que los padres debían estar en algún recurso de rehabilitación psicosocial.

Los grupos serán homogéneos en función de la edad de los menores, agrupándose de la siguiente manera:

- Padres con hijos/as de 1 a 4 años.
- Padres con hijos/as de 5 a 12 años
- Padres con hijos/as de 13 a 17 años.

Objetivos por edades:

1 – 4 años	5 – 12 años
Dotar de habilidades de cuidados Seguimiento citas pediátricas Conocer el desarrollo evolutivo y prevenir problemas Fomentar una relación afectiva Prevenir accidentes domésticos	Manejo de conductas disruptivas Manejo de contingencias Actividades de ocio compartidas Fomentar la socialización Seguimiento de la etapa escolar

13 – 17 años
Aprender habilidades de comunicación y negociación Detectar conductas disruptivas Fomentar la relación de confidencialidad entre madre e hijo Fomentar la socialización

Duración: 16 sesiones de una hora y media cada una y frecuencia semanal.

Coordinación: El grupo estará coordinado por una psicóloga y una educadora.

La educadora reforzará el aprendizaje realizado en el grupo, con sesiones individuales de apoyo a los padres que lo necesiten.

El grupo se trabajará con un enfoque educativo y de entrenamiento en habilidades de afrontamiento personal y social.

Previamente habrá una reunión de derivación a la Escuela de Padres con la psicóloga del CRPS y con los responsables del programa Cuídame para conocer mejor la situación familiar de los padres derivados.

Al finalizar el grupo, se realizará una coordinación dirigida a comentar lo trabajado en el mismo y su evolución.

Contenidos de las sesiones de grupo:

Módulo I:

- Bienestar y cuidado personal.
- Bienestar físico, psicológico y psicosocial.
- Factores de riesgo y protección.
- Vulnerabilidad: ¿Qué significa ser vulnerable?
- Papel activo en el cuidador personal.
- Habilidades y estrategias para afrontar dificultades.

Módulo II:

- Conocimientos y habilidades para el cuidado y la educación de los hijos/as.

El contenido de este módulo se adaptará a la edad de los menores.

Módulo III:

- Conocer los recursos del barrio.
- Conocer los recursos de ocio y de formación dirigidos a los menores.

4 EVALUACIÓN PROGRAMA “CUÍDAME”

- Se realizará una evaluación en la Escuela de Padres: “Aprendiendo Juntos”, pre-post test dirigida a evaluar los cambios en la autopercepción de las habilidades adquiridas en el cuidado personal y en relación con la crianza de los hijos. Se hará una evaluación cualitativa y cuantitativa
- Se evaluará la disminución de riesgo en los menores y la intervención en el programa infanto-juvenil a través de un cuestionario pre y post que evaluará la intervención con el menor y con los padres; contando con el apoyo de los recursos educativos y sociales.
- Se realizará una evaluación del programa “Cuídame”, al año de su puesta en marcha, para valorar las necesidades y dificultades de los padres en la crianza de sus hijos y la situación de riesgo en los menores.

6 BIBLIOGRAFIA

- Ritzler, B., Gryll, S., Kiecolt-Glaser, J., Jones, F., & Singer, M. (1981). **Predicting Offspring Vulnerability to Psychopathology from Parents' Test Data.** *Journal of personality assessment*, 45(6), 600-607.
- LIBERMAN, R.P. (1983): **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico.** Madrid: Martínez Roca.
- Ossama El-Saadi, Carsten B. Pedersen, Thomas F. McNeil, Sukanta Saha, Joy Welham, Eadbhard O'Callaghan, Elizabeth Cantor-Graae, David Chant, Preben Bo Mortensen, John McGrath (2004). **Paternal and maternal age as risk factors for psychosis: findings from Denmark, Sweden and Australia.** *Schizophrenia Research, Volume 67, Issues 2–3, 1 Pages 227-23.*
- Rullas Trincado, M., Grande de Lucas, A., Rodríguez Pedraza, E.(2004). **Habilidades de crianza en padres-madres con enfermedad mental grave.** En *AMRP*, Año 10, nº 18-19. 2004: 14-19.
- Sánchez del Hoyo, P.; Sanz Rodríguez L.J. (2004): **Hijos de Padres psicóticos. Revisión bibliográfica: Implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas.** *Revista de Psiquiatría y de Psicología del niño y del adolescente.* Nov. 4, 99-107.
- Rullas Trincado, M., Grande de Lucas, A., Rodríguez Pedraza, E.(2006). **Roles parentales y Enfermedad Mental Grave.** *Revista Decisio.* Nº 13. México.
- Park, J., Solomon, P., & Mandell, D. (2006). **Involvement in the child welfare system among mothers with serious mental illness.** *Psychiatric Services*, 57(4), 493-497.

- NICHOLSON, J., HINDEN, B.R., KATHELEEN BIEBEL, A. (2007): **A qualitative study of programs for parents with serious mental illness and their children.** *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34:4 October, 395-413.
- KYOUNG KAHNG, S., DAPHNA OYSERMAN, D., MOWBRAY, C. (2008): **Mother with severe mental illness: when symptoms decline does parenting improve.** *Journal of Family Psychology* (2008), vol 22, nº 1, 162-166.
- Estudio de la Universidad Complutense de Madrid y la Fundación Manantial. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2010).
- CONTRERAS GARCÍA, M.; DEL AMO GÓMEZ, R. (2011): **Programa de apoyo, prevención y seguimiento para hijos de personas con enfermedad mental. “La Casa Verde”.** Fundación Manantial.
- RULLAS, M., GRANDE DE LUCAS, A., RODRÍGUEZ PEDRAZA, E. (2011): **Habilidades de crianza en personas con trastorno mental grave.** *Revista de la Asociación Madrileña de Salud Mental, primavera*, pags. 13-19.

Página siguiente: **Tríptico de la Escuela de Madres y Padres**

El **taller de Diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera** proporciona a sus asistentes un entorno adecuado de entrenamiento de sus habilidades sociales y hábitos básicos de trabajo, así como la adecuación social de los mismos en al área laboral. Para que el taller simule lo más posible a entornos laborales normalizados, el CRL de Usera lleva introduciendo desde hace años la **realización de trabajos reales por encargo de entidades externas**, lo que ha favorecido la motivación y participación de los asistentes, y por consiguiente, su compromiso.

Los dibujos del tríptico han sido diseñados por usuarios del CRL de Usera y del CRPS de Villaverde.

*Eva María Pizarro Bernal
CRL y EASC 2 de Usera
Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera
Consejería de Asuntos Sociales (Comunidad de Madrid)
Gestión Técnica: WALK Rehabilitación y Desarrollo Integral*

¿DÓNDE Y CUÁNDO?

El grupo se realizará en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Villaverde. Se iniciará en Septiembre, en horario de mañana, durante el horario de colegio de los niños para facilitar la asistencia. El grupo será un día a la semana durante 4 meses aproximadamente.

Lugar.....

Fecha de iniciación.....

Hora.....

Frecuencia.....

Los grupos estarán llevados por una psicóloga y una educadora.



Autores: Luis Javier Saiz Monedero

Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Villaverde



C/ De la Mica, 3, bajo, 28021 Madrid
Teléfono: 91 710 07 21
Fax: 91 796 91 40



Red de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid
Comunidad de Madrid



Aprendiendo Juntos



Autores: Carlos Errejón Sánchez

¿QUÉ ES?

La Escuela de madres y padres es un grupo dirigido a formarse, reflexionar y aprender sobre la educación de los hijos e hijas.

¿PARA QUÉ?

En el grupo se trabajará para mejorar:

- Bienestar y cuidado personal. Promover hábitos de vida saludables y de bienestar emocional.
- Integración de la maternidad y paternidad en el proyecto personal de vida.
- Reflexionar y aprender sobre el cuidado de los hijos/as.
- Incrementar los conocimientos y habilidades para el cuidado y la educación de los hijos/as.
- Proponer pautas para prevenir y afrontar problemas comunes en la relación con los hijos.
- Ofrecer un espacio de reflexión donde pueden expresar sus preocupaciones y experiencias personales en la relación con los hijos/as.

¿PARA QUIÉN?

Dirigido a personas atendidas en el Servicio de Salud Mental y en los recursos de rehabilitación, con hijos/as menores de edad y que quieran mejorar sus habilidades y conocimientos para ayudar a sus hijos a crecer de forma sana.

PROGRAMA



Módulo I

- Bienestar y cuidado personal.
- Bienestar físico, psicológico y psicosocial.
- Factores de riesgo y protección.
- Vulnerabilidad: ¿Qué significa ser vulnerable?
- Papel activo en el cuidador personal.
- Habilidades y estrategias para afrontar dificultades.

Módulo II

- Conocimientos y habilidades para el cuidado y la educación de los hijos.
- El contenido de este módulo se adaptará a la edad de los menores.

Módulo III

- Conocer los recursos del barrio.
- Conocer los recursos de ocio y de formación dirigidos a los menores.



Autores de los dibujos del Tríptico: Luis Javier Saiz Monedero, Carlos Errejón Sánchez, Javier Cuervo e Ismael Prieto.

2. DOCUMENTOS DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL

Con el fin de facilitar la gestión de propuestas de sustitución de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico, acordadas en Sentencia judicial penal, por medidas alternativas de tratamiento en régimen ambulatorio, hemos elaborado el documento de recomendaciones que te adjuntamos. La revisión del documento ha sido realizada por Alfredo Calcedo Barba, Vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Profesor Titular del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Médico Adjunto de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, a quien agradecemos su valiosa colaboración.

Te rogamos la máxima difusión entre los profesionales de tu Centro/Servicio.

Un cordial saludo

Guillermo Petersen Guitarte

Mercedes Navío Acosta

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Dirección General de Hospitales

Servicio Madrileño de Salud

Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7- 3ª planta

28020- Madrid



91 529 06 19



91 529 06 32



orcsaludmental@salud.madrid.org



El objetivo de este documento es facilitar la gestión de propuestas de sustitución de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico, acordadas en Sentencia judicial penal, por medidas alternativas de tratamiento en régimen ambulatorio.

La **autorización de la sustitución de una medida de seguridad por otra corresponde a la Autoridad Judicial** competente en cada caso¹.

El cambio de una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico por otra de tratamiento ambulatorio puede ser promovido por el médico psiquiatra responsable del paciente, de manera individual o colegiada, según la complejidad del caso, y siempre de forma individualizada².

La propuesta de cambio de medida de seguridad requiere habitualmente la participación del equipo multidisciplinar que atiende al paciente, puesto que esta se formula desde una perspectiva biopsicosocial.

El perfil general de un paciente susceptible de propuesta de cambio de medida de internamiento psiquiátrico por la de tratamiento en régimen ambulatorio se caracterizaría por:

- estabilidad psicopatológica
- adherencia al tratamiento y seguimiento regular con inclusión en el programa de continuidad de cuidados
- riesgo bajo de conducta violenta
- soporte familiar y/o social adecuado
- no indicación actual de hospitalización psiquiátrica

¹ **Artículo 97.** Código Penal

Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, por el procedimiento establecido en el artículo siguiente, alguna de las siguientes decisiones:

.....

c. Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida.

² Sobre este particular, debe señalarse que el artículo 187 del Reglamento Penitenciario, establece que la revisión de la medida debe ser al menos cada 6 meses y sin embargo el artículo 98 del Código Penal, dispone que la revisión se realizará al menos anualmente.

Una vez valorada la viabilidad de promover la sustitución de una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico por otra de tratamiento en régimen ambulatorio, el médico psiquiatra responsable se dirigirá³ al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria⁴ exponiendo de manera argumentada la solicitud de sustitución de la medida de internamiento psiquiátrico por la de tratamiento ambulatorio, acompañando para ello la siguiente documentación actualizada:

1- **Informe clínico** en el que se hiciera constar:

1.1. Estado actual y antecedentes:

- Antecedentes y situación clínica actual del paciente
- Resultado de la evaluación de necesidades y servicios que precisara el enfermo para realizar el tratamiento ambulatorio
- Plan Individualizado de Tratamiento que incluya
 - Médico psiquiatra responsable del seguimiento ambulatorio.
 - Periodicidad del seguimiento ambulatorio.
 - Lugar donde se realizará el seguimiento ambulatorio.
 - Gestor de casos encargado de verificar que se realizan los controles ambulatorios, y que el paciente acude a los recursos comunitarios a los que es derivado.
 - Periodicidad de los controles de consumo de sustancias, si procede.

1.2. Evolución:

- Evolución clínica durante el periodo en que ha estado ingresado
- Informe sobre las salidas terapéuticas programadas (autorizadas por el Juez) que el paciente hubiera realizado, si las hubiere, indicando respecto de las mismas:
 - periodicidad con que se realizaron y
 - si durante las mismas se hubiera registrado alguna incidencia.

³ Con independencia de lo que establecen los artículos 187 del Reglamento Penitenciario y 98 del Código Penal, el médico psiquiatra responsable o el equipo multidisciplinar que atienda al paciente, deberán informar al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria correspondiente de la posibilidad de sustituir o modificar la medida, en cuanto medicamente consideren que tal sustitución o modificación debe realizarse, hayan transcurrido o no los plazos que recogen esos artículos.

⁴ Artículo 98 del Código Penal

- 1.3. Evaluación del riesgo de conducta violenta del paciente mediante la valoración de un conjunto de factores, entre los que se encuentran:
 - historia de violencia previa
 - influencia del consumo de sustancias psicoactivas en la conducta violenta
 - actitud del paciente frente al uso de sustancias psicoactivas
 - resultados de las intervenciones orientadas a controlar el consumo de sustancias psicoactivas
 - conciencia de enfermedad y de necesidad de tratamiento
 - aceptación de la medicación
 - respuesta al tratamiento
 - cumplimiento de los tratamientos prescritos
 - presencia actual de síntomas de Trastorno Mental Grave
 - presencia de Trastorno de Personalidad
 - presencia de rasgos psicopáticos de personalidad
 - presencia de impulsividad
 - planes de futuro viables
 - red de apoyo familiar y/o social
 - grado de colaboración de la familia o de la institución que lo vaya a acoger ambulatoriamente

- 1.4. En el caso de que el médico psiquiatra que promoviera el cambio de medida de seguridad no fuera el mismo que el que se fuera a responsabilizar de la ejecución y seguimiento de la misma en régimen ambulatorio, la propuesta habría de ser consensuada entre ambos, haciéndolo constar en el informe.

- 1.5. Compromiso del médico psiquiatra responsable del paciente de comunicar de forma inmediata al Juzgado cualquier incidencia clínica relevante y las medidas adoptadas en su caso. Esto podría incluir incluso la propuesta de restablecimiento de la medida de internamiento.

2- Informe social en que constara:

- documentación personal del paciente (DNI y Tarjeta Sanitaria u otro tipo de documento acreditativo de su identidad).
- lugar de residencia en la Comunidad de Madrid.
- nivel de instrucción, profesión e historia laboral.
- situación económica, incluyendo fuentes de ingresos.
- red de apoyo familiar y/o social y otros datos de interés para valorar su inserción socio familiar, incluyendo personas relevantes de contacto.

- resolución judicial en la que se declaró la incapacitación civil del paciente, si la hubiere, con los datos del tutor legal (familiar, Fundación tutelar, Agencia Madrileña de Tutela del Adulto).
 - participación de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Asuntos Sociales en el proceso rehabilitador del paciente.
- 3- Documento de **compromiso personal del propio paciente** con el proceso terapéutico que incluyera:
- 3.1. La aceptación expresa de todas las actuaciones que se plantearan en el Plan Individualizado de Tratamiento:
 - cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico prescrito,
 - acudir a las citas programadas,
 - participación en las actividades propuestas por el Servicio de Salud Mental, y otras según los casos, tales como
 - renuncia a disponer de armas o
 - renuncia al consumo de tóxicos, etc.
 - 3.2. El conocimiento de las medidas que se adoptarían en caso de incumplimiento de las actuaciones planteadas en el Plan Individualizado de Tratamiento (internamiento psiquiátrico, incluso ingreso en Hospital Psiquiátrico Penitenciario en determinados supuestos).
 - 3.3. El compromiso de comunicar cualquier cambio de domicilio.
- 4- Documento en el que se expresara el compromiso de la familia para intervenir en el proceso de rehabilitación, apoyo y/o acogimiento del paciente, además de participar en la observación de la evolución del proceso de tratamiento, informando al médico psiquiatra responsable y equipo terapéutico de cualquier incidencia que se pudiera producir en el mismo. Este documento sólo sería necesario cuando la familia asumiera algún compromiso en el proceso de rehabilitación, apoyo y/o acogimiento del paciente. En el supuesto de que el compromiso de asistir y acoger al paciente lo realizara una Asociación o Institución, se adjuntaría igualmente el documento en el que constara el compromiso de esa Asociación o Institución.

3. OTROS RECURSOS DE SALUD MENTAL

Taller Pre-laboral de Reciclado de Ropa y Productos de Segunda Mano

Realizado en el taller de diseño del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera

Ropero Solidario de Usera

Objetivo del Ropero Solidario
Que personas y familias que no disponen de recursos económicos puedan cubrir sus necesidades básicas de vestido y calzado.
Disponemos de ropa y complementos gracias a las donaciones de las personas y recursos que colaboran con nosotros, siendo en su mayoría artículos de segunda mano.

¿Cómo puedo beneficiarme de este servicio?
Llamando y solicitando una cita en el teléfono 91 341 89 67. El horario de atención telefónica es de 9 a 18 h. de lunes a viernes.

¿Quieres colaborar con nosotros?
Puedes colaborar donando ropa, calzado y/o complementos que se encuentren en buen estado. La recogida de estos artículos se realiza en el Centro en horario de 9 a 18 h. de lunes a viernes.
Esta iniciativa es posible gracias al trabajo diario realizado en el Taller Pre-laboral de Reciclado de Ropa y Productos de Segunda Mano del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera.

¿Qué proceso siguen los artículos de segunda mano?

```
graph TD
    Recogida --> Selección
    Selección --> Lavado_y_secado[Lavado y secado]
    Lavado_y_secado --> Arreglos_puntadas[Arreglos puntadas]
    Arreglos_puntadas --> Etiquetado
    Etiquetado --> Planchado
    Planchado --> Almacenamiento
    Almacenamiento --> Entrega
```

Centro de Rehabilitación Laboral de Usera.
WALK
Rehabilitación y Desarrollo Integral.
C/ Beasáin, 25-31, Posterior, Local 3
(Entrada C/Ordicio)
Teléfono 91 341 89 67
e-mail: crlusera@walkredi.org

CRL Usera
CENTRO REHABILITACIÓN LABORAL

CENTRO CONCERTADO CON
Dirección General de Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

Descripción:

El Taller Pre-laboral de Reciclado de Ropa y Productos de segunda mano del Centro de Rehabilitación Laboral de Usera está orientado a facilitar un entorno adecuado para la adquisición y el mantenimiento de habilidades laborales y de hábitos básicos de trabajo de los usuarios, a través de su asistencia y participación en actividades dirigidas a reciclar prendas de ropa y otros accesorios y gestionar su salida para que puedan ser usadas por otras personas.

Una vez que las prendas de ropa están de nuevo listas para su uso, se le dan salida bien a través de **la venta de ropa y productos en exposiciones realizadas en el barrio**, o a través del **servicio anual de venta y donaciones (Ropero Solidario) directamente en el CRL de Usera**.

Las exposiciones se organizan en ubicaciones externas al CRL al menos 3 veces al año. Tienen como objetivo fundamental impulsar la integración de sus participantes en su entorno comunitario y favorecer una visión positiva y realista de las personas con enfermedad mental. En la organización de las exposiciones pueden colaborar de forma voluntaria personas de todos recursos concertados con la entidad Walk.

El Ropero Solidario de Usera brinda un servicio gratuito y altruista a la comunidad, siendo un proyecto sólido y encuadrado como herramienta fundamental en el entrenamiento pre-laboral de los participantes del taller. Este proyecto está contribuyendo a que sus participantes adquieran un rol activo por medio del cual pasan a ser personas que aportan un beneficio y cooperan con la comunidad. Este carácter del servicio está favoreciendo la motivación, creatividad, compromiso y participación de los integrantes del taller y por supuesto está contribuyendo a crear una visión del recurso en el barrio de entidad necesaria, solidaria y normalizada.

Objetivos:

- Cubrir las necesidades básicas de vestido de familias con dificultades económicas
- Contribuir a la adquisición en sus participantes de un rol activo, de persona que contribuye al bien de la comunidad
- Facilitar la integración comunitaria de los participantes y del recurso en el barrio

Evolución:

Con la salida de las prendas, muchas familias están viendo cubiertas a diario sus necesidades básicas de vestido y calzado, razón por la cual el taller cobra un sentido y utilidad claros y visibles, proporcionando satisfacción a sus integrantes y convirtiendo el resultado de su trabajo en un bien productivo y necesario. Por otro lado, como resultado de estas acciones cada vez son más las personas que conocen el trabajo del CRL de Usera en el barrio y en concreto son más las personas que saben de la existencia del servicio anual de venta y donaciones. Generalmente, las familias que solicitan citas para la recogida de ropa provienen de otros recursos de rehabilitación, de recursos del barrio, de los Servicios Sociales, y diferentes asociaciones y ONGs.

Por otro lado, en la actualidad está siendo cada vez más habitual que los vecinos del barrio acudan al Centro para entregar ropa que los usuarios puedan reciclar en el taller, siendo esto un indicador de que el propósito de integración comunitaria del CRL de Usera en la comunidad se está consiguiendo.

*Eva María Pizarro Bernal
Directora del Centro de Rehabilitación Laboral y
Equipo de Apoyo Social Comunitario 2 de Usera*

*Red pública de Atención Social a personas
con enfermedad mental grave y duradera
Consejería de Asuntos Sociales*

**EL PRESTIGIOSO CHEF MARIO SANDOVAL INAUGURA "SU RINCÓN"
EN EL PROYECTO -EL HUERTO DE ROBERTO- DE LA FUNDACIÓN EL BUEN SAMARITANO.**



El pasado 22 de Mayo a las 11.30h, ante la presencia del **Excmo. Sr. Consejero de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, D. Jesús Fermosel Díaz**, y el **Director de Área de Negocio de CaixaBank en Carabanchel, D. José Manuel Lorenzo**, nuestro padrino **D. Mario Sandoval** (Director y propietario del Restaurante Coque, que cuenta con dos soles en Guía Repsol 2011 y una estrella Michelin en la Guía Roja Michelin de España y Portugal), **selló su colaboración con "El huerto de Roberto"**, inaugurando su Rincón en nuestro huerto situado en la Finca Vistalegre de Madrid. Durante el evento, **Mario plantó unos ejemplares de cepas variadas** traídos de su propio huerto, un gesto que sin duda contribuirá a sembrar futuro para las personas con enfermedad mental.

La calidad humana y profesional de **Mario Sandoval**, hace que apoye abiertamente este programa, ayudando a la integración de la enfermedad mental en nuestra sociedad.

Esta colaboración se prolongará hasta febrero de 2014 para conseguir fondos que permitan mantener los empleos de las personas con enfermedad mental.

El Proyecto -EL HUERTO DE ROBERTO- "integración y empleo para personas con enfermedad mental y promoción de hábitos saludables" atiende cada año a unas 300 personas a las que ayuda a mejorar su calidad de vida, a través del cambio a estilos de vida saludable. Durante el periodo de 2012-2013, ha recibido todo el apoyo de la Obra Social "la Caixa", a través de su programa de Ayudas a proyectos de Iniciativas Sociales.

Fundación El Buen Samaritano y Proyecto "El huerto de Roberto"

La Fundación El Buen Samaritano tiene como finalidad ayudar a aquellas personas particularmente desvalidos y sin medios, que necesitan una atención especial: personas con enfermedad mental. Es decir, la realización de una acción solidaria con aquellas personas o grupos de la sociedad que están en una situación más desfavorecida facilitándoles la atención y cuidados necesarios. Tiene concertados con la Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, diferentes recursos: un Centro de Día y un Centro de Rehabilitación Psicosocial en Carabanchel (2003) y dos Centros de Rehabilitación Laboral en Carabanchel (2003) y Villaverde (2006).

En 2010, la Fundación El Buen Samaritano pone en marcha el **Proyecto "El huerto de Roberto: integración y empleo para personas con enfermedad mental y promoción de hábitos saludables"**, apostando por la calidad del trabajo de las personas con enfermedad mental para llevar a cabo un programa de actividades encaminadas a mejorar la salud y a fomentar el respeto por el medio ambiente: visitas guiadas en el huerto, talleres sobre hábitos de vida saludable, creación de huertos urbanos y reciclaje; espacio de voluntariado, bienestar a través del ocio, etc.

Fundación El Buen Samaritano: C/Matilde Hernández, 97-99 28025 (MADRID)

www.fundacionbuensamaritano.es. Tfno.: 91 462 07 39 Fax: 91 462 72 75

Para más información contactar con: María López Herrero. Coordinadora Proyecto "El huerto de Roberto":

maria.lopez@fundacionbuensamaritano.es

Tfno.: 91 525 21 40 Fax: 91 462 72 75

- Web de interés: www.lillyneurociencias.com

- Web de Lilly: www.lillyneurociencias.com (acceso con registro gratuito para médicos, enfermeras y psicólogos: material para psicoeducación, gráficos para control del estado del ánimo en Trastorno Bipolar, material para formación continuada como las “Cápsulas de Formación en Depresión” dirigidas por el Dr. Luis Agüera y Dr. Víctor Pérez, etc...)



*Mi paciente se ha quedado embarazada ¿Qué tengo que hacer?
 ¿Cómo ayudo a mi paciente deprimido con disfunción sexual?
 ¿Es verdad que los antidepresivos no son tan eficaces como creíamos?
 ¿Cómo oriento en internet a mis pacientes depresivos que quieren saber más?
 ¿Qué puedo hacer si falla mi primera opción terapéutica antidepresiva?
 ¿Cómo puedo medir la funcionalidad en mis pacientes?
 Anciano, deprimido y con comorbilidad ¿Qué antidepresivo elijo?
 ¿Qué responsabilidad tengo ante los intentos de suicidio?*

Con frecuencia la clínica nos confronta a situaciones que requieren conocer información muy concreta. Preguntas que necesitan respuestas rápidas y prácticas. Sin embargo, la información suele estar muy dispersa entre las diferentes fuentes. Los médicos tenemos necesidad de resolver estas cuestiones, pero habitualmente nos falta tiempo para buscar las respuestas o profundizar en ellas.

“Cápsulas en depresión” ofrece información on-line que se lee en un tiempo corto de alrededor de 20 minutos. Las cápsulas están redactadas por los mejores especialistas en la materia que extraen los conceptos más importantes y los elaboran con una visión fundamentalmente práctica y aplicada a la clínica.

Para acceder, puede entrar en el área de Recursos para profesionales en:

www.lillyneurociencias.com

o bien acceda directamente a las dos primeras cápsulas ya disponibles en:

1.- Depresión y disfunción sexual ¿Qué se puede hacer?

Ángel Luis Montejó González y Susana Majadas



2.- ¿Hay razones para dejar de confiar en los antidepresivos?

Manuel Bousoño García



Directores:

Dr. Luis Agüera Ortiz.
 Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Dr. Víctor Pérez Sola
 Director de Unidad Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
 Barcelona



4. RESIDENTES

- Memoria Rotación Externa: **Royal Melbourne Hospital - MIR Psiquiatría 4º**

ROTACIÓN EXTERNA: ROYAL MELBOURNE HOSPITAL (MELBOURNE, AUSTRALIA)

**Isabel María Castillo García – MIR Psiquiatría 4º año
Hospital Universitario 12 de octubre (Madrid)**

El Royal Melbourne Hospital (RMH) es uno de los hospitales públicos más importantes del estado de Victoria. En él se lleva a cabo una importante actividad asistencial médico-quirúrgica, así como investigadora. Atiende a la población Noreste de la ciudad de Melbourne, siendo el hospital de referencia del estado de Victoria para muchas especialidades, tales como Neuropsiquiatría. El hospital se construyó en 1848, sufriendo varios cambios de ubicación y ampliaciones, hasta alcanzar su estado actual.

Desde la primera planta del edificio principal, se puede acceder al edificio John Cade. En este edificio se encuentra situado gran parte del espacio con el que cuenta el Servicio de Psiquiatría en este hospital. En la planta baja del edificio John Cade, encontramos el quirófano, donde se realiza el TEC tres días en semana, en la primera planta encontramos la Unidad de Hospitalización Aguda y en la segunda, podemos hallar la Unidad de Neuropsiquiatría y la Unidad de Trastornos de la Alimentación.

Este edificio está dedicado al psiquiatra John Cade, descubridor de las sales de Carbonato de Litio. En el pasillo de acceso al edificio que lleva su nombre, se encuentran grabados los datos más importantes de la biografía de éste. El doctor Cade nació en el estado de Victoria y trabajó como médico en Melbourne, hasta la llegada de la Segunda Guerra Mundial. Desde el 1942 a 1945 fue prisionero de guerra en Changi. Durante estos años comprobó como tanto la nutrición como demás condiciones físicas afectaban al estado mental, incrementando esta experiencia su interés por la enfermedad mental. Tras su liberación dirigió el *Repatriation Mental Health Hospital*. En esta época, observó las propiedades sedativas del litio y decidió realizar una investigación sobre las mismas, primero en animales (cerdos) y después en él mismo y sus pacientes. En 1949 publicó sus resultados. Estos revolucionaron las creencias hasta la fecha acerca de la enfermedad mental; asimismo, sentaron las bases de la psicofarmacología. Posteriormente, trabajó 25 años en el *Royal Park Psychiatric Hospital*. El nombre del doctor Cade queda ligado al RMH, a partir del año 2000, fecha en la que se inauguran las instalaciones dedicadas a Salud Mental (25 camas en la UHB de psiquiatría, una unidad

especializada en TCA y otra en Neuropsiquiatría) en este hospital. Facilitando éste los cuidados psiquiátricos que se ofrecían anteriormente en el *Royal Park Psychiatric*.

Durante mi rotación externa en el *Royal Melbourne Hospital*, he visitado y participado en la actividad asistencial de la Unidad de Neuropsiquiatría durante 6 semanas (una de ellas, en la Unidad de Epilepsia con los Neuropsiquiatras que trabajan en ésta) y de la Unidad de Trastornos de la Alimentación (TCA) durante otras 6 semanas.

NEUROPSIQUIATRÍA

Durante la primera parte de mi rotación externa, estuve en la Unidad de Neuropsiquiatría.

El equipo de neuropsiquiatría está dirigido por el Dr. Velakoulis. Forman parte de él otros dos prestigiosos neuropsiquiatras, el Dr. Mark Walterfang y el Dr. Mocellin. El equipo está formado por cuatro adjuntos de psiquiatría, tres *registrar* (dos en neuropsiquiatría y uno en epilepsia), un residente, un neurólogo, un registrar en farmacología, tres neuropsicólogos, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, nueve enfermeras, dos becarios que están realizando su doctorado en neuropsiquiatría, una secretaria y dos auxiliares administrativos.

La Unidad de Neuropsiquiatría del RMH es una unidad de referencia para todo el estado de Victoria, atendiendo a pacientes predominantemente de esta área. No obstante, es pionera en algunas enfermedades neuropsiquiátricas, tales como, demencia secundaria enfermedad Niemann Pick tipo C y demencia secundaria a Enfermedad de Huntington (enfermedad muy prevalente en Tasmania), siendo el lugar de referencia para los pacientes que sufren estas enfermedades.

En esta Unidad se realiza tanto actividad investigadora como asistencial.

En cuanto a la actividad investigadora, decir que existen varias líneas de investigación abiertas. Las principales en estos momentos son: investigaciones en enfermedad de Niemann Pick tipo C, en Enfermedad de Huntington y en cognición social en pacientes con Demencia Fronto- Temporal, entre otros. En esta Unidad se desarrolló y validó el NUCOG (test para el screening de deterioro cognitivo), por los doctores Velakoulis y Walterfang, en el 2000. El NUCOG valora las funciones cognitivas del paciente (memoria, lenguaje, atención, función ejecutiva y función visoespacial). Este test es fácil de pasar por el personal médico y ocupa unos 20 minutos de la actividad asistencial; siendo muy útil como herramienta de screening como para el seguimiento de los pacientes con deterioro cognitivo. Es el test de screening cognitivo usado por excelencia en la unidad y en todo el hospital (RMH).

La actividad asistencial realizada está dividida en dos áreas:

PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN (*INPATIENTS*)

La Planta de hospitalización está formada por 8 camas. Se produce una media de dos ingresos semanales, siendo la estancia media de unas dos semanas. A esta planta vienen referidos principalmente pacientes jóvenes con deterioro cognitivo a filiar, pacientes psiquiátricos con notable deterioro de la función cognitiva, pacientes con demencia por enfermedad de Niemann Pick y enfermedad de Huntington (para diagnóstico y seguimiento), pacientes con clínica neuro-psiquiátrica mixta (ingresos para clarificación diagnóstica) y pacientes con enfermedad psiquiátrica y escasa respuesta a las medidas terapéuticas ensayadas previamente. Los ingresos en la Unidad se realizan con finalidad diagnóstica; una vez que se realiza dicho diagnóstico los pacientes son derivados a su médico de referencia (profesional que derivó al paciente a ésta unidad), con recomendaciones para su correcto tratamiento.

La actividad asistencial comienza a las 8:00 h hasta las 17:00 h. Está compuesta de las siguientes actividades:

1. Pase de guardia todos los días de la semana.
2. Reunión con el equipo multidisciplinar una vez a la semana para decidir el seguimiento de todos los pacientes derivados (*como inpatients o como outpatients*)
3. Examen neurológico semanal por el Dr. Andrew Evans.
4. *Ward- Round*: dos veces a la semana se reúne todo el equipo para hablar de los pacientes de la planta. La primera reunión se centra en la presentación de los nuevos ingresos y en desarrollar el plan a seguir (pruebas médicas a solicitar [body-TAC, RMN, SPECT] Interconsultas, evaluación neurpsicológica, evaluación funcional, evaluación social). Y en la segunda reunión, cada profesional de las distintas especialidades presenta su informe individual y entre todo el equipo se discute el posible diagnóstico del paciente, se habla del tratamiento y se decide el mejor seguimiento y derivación del paciente.
5. Presentación de casos clínicos. La actividad docente es muy importante en esta unidad. Con esta finalidad se realizan cuatro días a la semana reuniones en distinto formato. Los lunes se suele reunir la mayoría del equipo de psiquiatría (UHB, neuropsiquiatría, TCA, epilepsia, Interconsulta) para hablar de algún caso clínico, comentar algún artículo, presentar algún proyecto de investigación nuevo. Los martes a primera hora se reúne de nuevo dicho equipo para la presentación de un caso clínico y su discusión posterior. Los

miércoles los miembros de Neuropsiquiatría van a la presentación de casos clínicos ofrecida por el servicio de Neurología y además el equipo de Neuropsiquiatría se reúne para presentar algún tema de interés en esta área. Y los jueves, se reúne de nuevo todo el equipo de psiquiatría para abordar diferentes temas (esta reunión sería equiparable a las sesiones de servicio realizadas en el Hospital 12 de Octubre); en ellas algunas veces vienen invitados especiales para abordar temas muy específicos (éticos, legales, proyecto concreto de investigación, etc...).

6. Reunión con Neurorradiólogos. Una vez al mes, tiene lugar una sesión con los neurorradiólogos del RMH, en la cual, se discuten, aquellas imágenes de RMN o SPECT más complicadas, tanto de los pacientes ingresados como de los pacientes vistos en consultas externas.
7. Valoración de la capacidad funcional del paciente, de la situación social del mismo, valoraciones neuropsicológicas, valoración de las alteraciones en el lenguaje del paciente.
8. Realización de pruebas médicas (dependiendo de cada caso): exploraciones médicas completas, punción lumbar, RMN, TAC, SPECT, test del olfato, etc.

CONSULTAS EXTERNAS (OUTPATIENTS)

Dos días a la semana, los diferentes neuropsiquiatras y dos de los *registrar* ven pacientes ambulatorios, tanto nuevas entrevistas diagnósticas como entrevistas de seguimiento. La duración de las nuevas consultas suele ser aproximadamente 1 hora y las de seguimiento de unos 30 minutos.

En la actividad ambulatoria, también se realizan evaluaciones neuropsicológicas por los diferentes neuropsicólogos .

UNIDAD DE EPILEPSIA

Esta unidad es dirigida por los neurólogos del RMH, formando parte del equipo diferentes especialistas: neurólogos, electrofisiólogos, psiquiatras (neuropsiquiatras) y radiólogos.

En esta unidad , existen cuatro camas. Y en ella se producen cuatro ingresos semanales. Aquí ingresan pacientes con crisis convulsivas, en los que no se ha podido clarificar la naturaleza de las mismas de forma ambulatoria. El equipo multidisciplinar se encarga de valorar a estos pacientes durante toda una semana. Para ello, al paciente se le realiza un vídeo- EEG durante este periodo, asimismo, se le realizan diferentes pruebas [ejemplo: fotoestimulación] para provocar la aparición de actividad epileptógena en un espacio protegido, se realiza observación continua (los pacientes se

encuentran en habitaciones acristaladas que rodean el control de enfermería, cuando creen que están teniendo una posible crisis o el EEG detecta posible actividad epiléptica, suena una alarma y el personal sanitario observa [EEM y al paciente] e interviene en aquellos casos necesarios).

El *registrar* de neuropsiquiatría, durante los dos primeros días de ingreso de los pacientes, realiza una entrevista psiquiátrica completa (antecedentes médicos/psiquiátricos [personales y familiares], historia actual (investigando posibles desencadenantes del proceso), biografía, historia familiar, situación basal actual) y exploración psicopatológica. El tercer día de ingreso, la adjunta de neuropsiquiatría valora de nuevo a los ingresos juntos con el registrar y discuten los posibles diagnósticos diferenciales, para presentarlos al resto del equipo el día siguiente en la *Ward-Round*.

Cada jueves, tiene lugar la *Ward-Round* de Epilepsia, en la cual, se reúne el equipo multidisciplinar y discuten de forma exhaustiva cada ingreso (con el resultado de todas las pruebas pertinentes). La colaboración de las distintas especialidades es de enorme importancia, ya que, en muchos casos, alteraciones que pueden simular funcionalidad son fruto de una actividad epiléptica o viceversa, o ambos; resultando en muchos casos un complejo cuadro mixto donde hay evidencia de crisis de origen psicógeno en pacientes con epilepsia.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (*EATING DISORDERS*)

Durante la segunda parte de mi rotación externa, participé en la actividad de la Unidad de TCA. Esta unidad está liderada por la Dra. Lisa Stokes. En ésta se realiza un abordaje integral de los TCA; consta de Planta de Hospitalización, Consultas Externas y Hospital de Día. Durante mi estancia en ella pude asistir a los distintos dispositivos.

El equipo está formado por diferentes especialistas: cuatro psiquiatras, una *registrar*, una residente, tres trabajadoras sociales, dos psicólogas, un terapeuta de familia, tres *students* de psicología (licenciadas en psicología, realizando su especialidad en TCA), una dietista, una secretaria, tres enfermeras por turno y un *registrar* en farmacología.

PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:

La planta de hospitalización consta de unas 8 camas. En ella, ingresan pacientes graves (IMC < 14.5 o pacientes con alteraciones médicas significativas [alteraciones hidroelectrolíticas, baja temperatura, bradicardia, hipotensión], procedentes principalmente del estado de Victoria.

La media de duración de los ingresos es variable y dependiendo principalmente del objetivo que se quiera obtener con cada paciente (cuando las pacientes ingresan se dividen en “*stream A*” [el objetivo con estas es tratar una recuperación concreta] o “*stream B*” [se pretende conseguir una estabilización médica y un peso que evite el menor desarrollo de complicaciones médicas posibles]), del tipo de ingreso (voluntario/involuntario) y de las circunstancias personales (si para la paciente es muy costoso el ingreso se le puede alzar sin llegar al peso pactado inicialmente pero con una serie de condiciones [seguimiento más estrecho, etc]). Los principales objetivos durante el ingreso son: 1) la mejoría física/psíquica de la paciente debido al estado de semi-inanición mantenido y 2) intentar normalizar la relación que la paciente tiene con la comida. Con estos objetivos se llevan a cabo las siguientes actividades:

- a) Reuniones del equipo multidisciplinar “*Ward-Round*”: Estas reuniones tienen lugar los lunes y jueves, para planificar el trabajo a realizar con cada paciente durante la semana y el fin de semana. En ellas, participa todo el equipo, las pacientes y en algunos casos las familias también. En ellas, se comenta cómo va el ingreso de la paciente, posibles mejoras a realizar para conseguir el objetivo, se escucha las “peticiones de la paciente” (las pacientes rellenan una hoja donde éstas exponen sus preocupaciones de acuerdo con las decisiones tomadas en la última *Ward-Round*, la dieta prescrita, las salidas, la supervisión del aseo personal y plan de tratamiento al alta) y el equipo les da el “*feed-back*” de cómo está yendo el ingreso.
- b) Pase de guardia diario.
- c) Consulta médica: es realizada dos veces a la semana por la registrar.
- d) Grupos psicoterapéuticos: durante el ingreso las pacientes pueden acudir a grupos de Psicoterapia Cognitiva-Conductual, Arteterapia (específicos de la planta) y también, para favorecer la continuidad de cuidados al alta, pueden participar en los Grupos de Transición (donde participan pacientes que siguen tratamiento en las consultas externas o en el hospital de día) y grupo de *Body Image*.
- e) Terapia familiar: una vez a la semana viene un psicoterapeuta familiar y ofrece una “intervención familiar en crisis” para las pacientes ingresadas que el equipo considere que se pueden beneficiar de las mismas, asimismo, las pacientes deben de estar de acuerdo y su estado físico debe ser lo suficientemente bueno para poder llevar a cabo dicha intervención.
- f) Consultas con la dietista: las pacientes pueden elegir entre las diversas opciones posibles,

dependiendo del número de calorías que puedan ingerir. El objetivo es que ganen 1Kg/semana, preferiblemente con alimentación por vía oral, repartida en 3 comidas principales y 3 snacks.

- g) Outings: Una vez a la semana, se realizan "salidas", en las que las pacientes ingresadas se ausentan de la planta por unas horas acompañadas de la trabajadora social. Con éstas, se pretende que la paciente entre en contacto, de nuevo, con aquellos temas que les son más conflictivos (comida, compra de ropa...) en compañía de una profesional que puede intervenir en caso necesario. Para poder acceder a esta actividad las pacientes deben de haber superado un determinado IMC (dependiendo del caso), y haber participado, con éxito, en otras actividades dentro de la planta: "cocinar", "pedir *take-away*".
- h) Otros: actividades de cocina y *take-away*, supervisión del tratamiento farmacológico (posibles interacciones y efectos secundarios) por un registrar en farmacología, charla semanal con las pacientes por dicho register para solventar las dudas acerca de la medicación y realizar comidas con las pacientes (el equipo multidisciplinar va rotando para comer con las pacientes en las diferentes comidas).
- i) Revisión médica previa al ingreso en la planta y seguimiento, monitorización en los casos que sea necesarios.

CONSULTAS EXTERNAS:

Todos los miembros de la unidad de TCA, realizan también actividad asistencial ambulatoria. Posteriormente, el jueves se realiza una reunión (Intake Meeting) con todos los miembros y cada uno resume los pacientes vistos, en consultas externas, durante la semana (de dos a cuatro por cada profesional) y se decide entre todos la mejor orientación del proceso terapéutico.

Se llevan a cabo psicoterapias individuales y grupos psicoterapéuticos (diversos grupos de Transición [de inpatient- outpatient, de Day Program- Outpatient], de Body Image) principalmente en el marco de las nuevas psicoterapias contextuales (ACT: Psicoterapia de Aceptación y Compromiso, FAP: Psicoterapia Analítico Funcional) y grupos de orientación Cognitivo- Conductual.

HOSPITAL DE DÍA:

En él se llevan a cabo programas de 10 semanas de duración, en las cuales, se sigue a un grupo de pacientes (como máximo de 6) de una forma intensiva. Las pacientes acuden al programa 4 días a la semana de 9 a 16h. En él, éstas reciben un abordaje integral de su patología (revisión en grupo de su dieta [las pacientes rellenan registros durante la semana y los comparten con los profesionales y el

resto del grupo], psicoterapia grupal, abordaje psicofarmacológico, sesiones familiares grupales [dos a lo largo del proceso, posteriormente a la sesión comen las familias, las pacientes y algunos componentes del equipo juntos], cocinar en grupo, *feed-back* semanal del equipo).

El equipo multidisciplinar se reúne una vez a la semana para discutir la evolución de cada caso, dándole posteriormente el *feed-back* a las pacientes.

Al final de las 10 semanas las pacientes "celebran su graduación en el mismo". En este acto, éstas dan su opinión al resto del equipo de como ha sido su proceso de tratamiento en el mismo.

IMPORTANCIA DE LA ROTACIÓN

Mi estancia en el RMH me ha permitido rotar por determinadas unidades subespecializadas, con las que actualmente mi hospital no cuenta, tales como son, la Neuropsiquiatría y TCA. Esto me ha facilitado la adquisición de conocimientos en estas áreas, los cuales, me ayudarán a poder realizar una buena práctica clínica en el futuro.

Asimismo, esta rotación me ha puesto en contacto con un modelo de trabajo diferente, en el que se apuesta más por un trabajo en equipo. El equipo está formado por profesionales de distintas disciplinas y en él se fomenta el diálogo y la participación de todos los miembros para hallar el diagnóstico de los pacientes, considerar el mejor tratamiento y seguimiento de los mismos. De la misma forma, este modelo de trabajo, me ha permitido conocer figuras profesionales que no existen en el modelo sanitario español, ej: la figura del "*case manager*".

Me he puesto en contacto con un sistema de formación de residentes diferente del español. En este sistema, los licenciados en Medicina, deben hacer un año de "internado", para pasar a ser "*resident*" durante uno o dos años. En este período rotan por una serie de especialidades (algunas obligatorias y otras elegidas por cada uno de ellos), tras este período realizan un examen previo a elegir la especialidad, y poder llegar a ser "*registrar*", que sería la figura equiparable al MIR español. Durante este período el registrar debe ir superando unos determinados exámenes, durante un mínimo de tres años.

Por último, esta rotación me ha permitido aumentar mis conocimientos en otro idioma y a familiarizarme, de una forma más directa, con el "argot médico" del mismo.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer especialmente a todo el equipo de Neuropsiquiatría y Trastornos de la Conducta Alimentaria, por la cálida acogida que me otorgaron en su trabajo diario, en especial, al Dr. Velakoulis, por los conocimientos transmitidos, por permitirme estar en su Unidad, su cercanía en el trato y su involucración en esta rotación. Asimismo a la Dra. Stokes que me permitió participar en su programa de TCA.

Del mismo modo agradecer a mis compañeros y amigos Ricardo Angora, Daniel Ballesteros (quiénes me animaron a la realización de esta rotación y me ayudaron en todo lo posible para la obtención de la misma) y a Laura del Nido (CoR con la que he compartido esta magnífica experiencia y sin la cual, no hubiera sido tan especial).

Asimismo me gustaría dar las gracias a mi Servicio, por la facilidad dada para poder realizar esta rotación externa.

A todos mis más sinceros agradecimientos.

Isabel María Castillo García

MIR 4 Psiquiatría

- **Memoria Rotación Externa: Royal Melbourne Hospital - MIR Psiquiatría 4º**

ROYAL MELBOURNE HOSPITAL

Laura P. del Nido Varo – MIR Psiquiatría 4º año
Hospital Universitario 12 de octubre (Madrid)

En el sudeste de Australia se encuentra el estado de Victoria, el más urbanizado de los estados australianos: con una población superior a 5 millones se calcula que un 90% de sus habitantes viven en ciudades o pueblos, el 10% restante en granjas familiares etc. Melbourne condensa el 75 % de la población. El 28% de los victorianos no han nacido en Australia, este porcentaje sube a un 44% cuando hablamos de la ciudad de Melbourne. Un 1% de la población tiene origen aborigen.

En 1848, sólo un par de años antes de que la fiebre del oro aumentara exponencialmente la población de Victoria, se inaugura en Melbourne el RMH, lo que le convierte en el primer hospital de la ciudad. Se trata de un hospital público, implicado en la docencia universitaria desde su fundación. En relación con el Servicio de Psiquiatría pero funcionando de manera independiente, el RMH cuenta con

dos unidades multidisciplinarias altamente especializadas, que se constituyen como referencia para gran parte del estado de Victoria. Dichas unidades han sido el objeto de nuestra rotación externa.

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

La unidad cuenta con distintas modalidades de tratamiento. Una vez a la semana todo el equipo se reúne para discutir las derivaciones y decidir cuál es el programa más indicado para un primer contacto con la unidad. Las pacientes se clasifican en dos modalidades de tratamiento diferentes en función de sus objetivos: corriente A, en la que se aboga por una recuperación completa y corriente B, con un abordaje destinado a la minimización de daños. Esta reunión es de especial interés para los residentes porque se valoran continuamente las indicaciones de ingreso, tratamiento ambulatorio o en hospital de día dentro del contexto biopsicosocial. También se supervisan los pacientes que los adjuntos y residentes han visto en consultas externas.

- Unidad de Hospitalización.

La unidad de hospitalización cuenta con 8 camas. Los ingresos son valorados a su llegada por el residente de psiquiatría y la dietista quienes valoran el manejo inicial del paciente poniendo especial cuidado en manejar adecuadamente el riesgo psiquiátrico y médico asociado a la desnutrición, posible síndrome de realimentación etc.

Dos veces a la semana el equipo de la planta se reúne para hacer el pase de planta, durante el cual se valora a cada paciente individualmente y se toman las principales decisiones en cuanto al plan de tratamiento de una manera consensuada. En estas reuniones están presentes la adjunta de psiquiatría, el residente, el estudiante interno, personal de enfermería, la dietista, psicología, trabajo social y la estudiante de arteterapia. La adjunta lleva el hilo conductor de la entrevista y los familiares están invitados a asistir al pase siempre que avisen con antelación. Las principales decisiones que se toman tienen que ver con la autorización de las salidas, uso de medidas nutricionales complementarias (ej: SNG), cambio en el régimen de ingreso (ej, de voluntario a involuntario) y progresión en el nivel de responsabilidad- autonomía adquirido en función de la capacidad para ganar peso de la manera esperada (1 kg a la semana). Con respecto a esto último, el modelo que se sigue durante la hospitalización pasa por resolver la situación de crisis en un ambiente contenedor, con una normativa clara a la vez que flexible; para después poco a poco ir relegando la responsabilidad en los pacientes a medida que la mejoría se hace patente. Así los pacientes van adquiriendo mayor autonomía para administrar su tiempo fuera de las áreas de descanso, se retira la supervisión del aseo, van avanzando por el programa asistiendo al grupo de cocina, de comida a domicilio y a las salidas organizadas por trabajo social.

En la planta se organizan diversas actividades a las que hemos podido acudir como observadoras; como el grupo de psicología (de orientación cognitivo- conductual), el grupo comunitario, el grupo de arteterapia o el grupo “de los doctores” (de contenido psicoeducativo, impartido por el estudiante interno y el residente de psiquiatría).

Todos los pacientes tienen la oportunidad de ser evaluados junto con sus familias por un terapeuta familiar a lo largo del ingreso y en ocasiones se continúa con la terapia durante unas cuantas sesiones.

- **Hospital de Día.**

Puerta con puerta con la Unidad de Hospitalización se encuentra el Hospital de Día. La duración del programa es de 10 semanas y las pacientes acuden cuatro veces en semana, bien desde su domicilio bien desde la planta de hospitalización y hacen una media de tres comidas al día con el personal del programa. Una parte fundamental del tratamiento tanto en la planta de hospitalización como en el Hospital de Día se relaciona con la terapia conocida como *Meal Support*. Consiste en que el personal, tras unas sesiones de entrenamiento, come acompañando a las pacientes, sirviendo a la vez de modelo y apoyo para corregir comportamientos disfuncionales en relación con la alimentación. En el Hospital de Día se llevan a cabo también grupos de psicología, grupo de psicoeducación (conducido por la dietista), salidas a restaurantes, grupo de cocina, grupo familiar. Este último tiene lugar semanalmente, la mayoría de los casos sin la presencia de los familiares aunque durante un par de sesiones el grupo se convierte en una terapia multifamiliar. Desde una perspectiva basada en la aceptación y compromiso se trabaja la historia vital y familiar de las pacientes y sus perspectivas con respecto a la mejoría.

También todas las familias son valoradas de manera individual por la trabajadora social y se abordan dinámicas disfuncionales que pueden estar perpetuando el problema.

- **Consultas Externas.**

Existen consultas individuales con nutrición, psicología, adjuntos de psiquiatría y el residente. Durante las consultas con psiquiatría se valora la evolución del peso, la presencia de comorbilidad psiquiátrica así como otros aspectos psicológicos o sociales que puedan estar influyendo en la evolución. Un importante porcentaje de los pacientes que acuden se encuentran bajo tratamiento ambulatorio involuntario.

Los pacientes que acuden a consultas tienen la posibilidad de asistir a diferentes grupos organizados por psicología: grupo de imagen corporal, grupo de transición (aborda los problemas derivados de la “reincorporación al mundo real” tras un largo periodo de convalecencia) y grupo dialéctico-conductual (los pacientes con rasgos de personalidad límite son incluidos en este grupo que es una adaptación de la terapia de Dialéctica- Comportamental de Marsha Lineham).

- **Programa de Transición.**

Debido a la edad típica de debut de los trastornos de la conducta alimentaria, es habitual que muchos de los pacientes comiencen el tratamiento en dispositivos de Salud Mental Infanto- Juvenil y precisen una derivación a los Servicios de Salud Mental adulto en pleno curso de su enfermedad. La Unidad ha puesto en marcha en colaboración con pediatras y profesionales de Salud Mental lo que se conoce como programa de transición, cuenta con una trabajadora social a tiempo parcial ofreciendo continuidad en el cuidado y en la vinculación de los pacientes más graves.

Unidad de Neuropsiquiatría

La Unidad de Neuropsiquiatría se define a sí misma como un centro especializado en la valoración de pacientes con comorbilidad psiquiátrica y neurológica, así como centro de referencia para evaluación de casos de demencia de inicio precoz y algunas enfermedades raras como la esfingolipidosis Niemann Pick tipo C.

El equipo está compuesto por varios adjuntos de psiquiatría y neuropsicología, un adjunto de neurología, personal de enfermería, un residente de psiquiatría, un estudiante interno, una trabajadora social, un psicofarmacólogo a tiempo parcial, una terapeuta ocupacional y un estudiante de arterapia.

El trabajo que se realiza es puramente evaluativo, puesto que la unidad no está preparada para resolver situaciones de crisis o proporcionar tratamiento, pero una parte muy importante de su labor consiste en la coordinación con los diferentes recursos de Salud Mental, Discapacidad, Geriatría, Organizaciones No Gubernamentales así como los profesionales de referencia del paciente para distintas disciplinas; elaborando recomendaciones acerca de cómo sería aconsejable manejar al paciente desde el punto de vista de la medicación, pasando por el alojamiento o la necesidad de supervisión para las actividades de la vida diaria. Semanalmente el equipo al completo se reúne para planificar el contenido docente, investigador y asistencial de la semana y en esta reunión se decide también cuál es el abordaje más adecuado para los pacientes que han sido derivados al servicio durante ese periodo:

- Planta de Neuropsiquiatría.

Los pacientes son derivados de manera programada, la mayor parte de ellos ingresa de manera voluntaria. La duración media del ingreso es de unas dos semanas durante las cuales se llevan a cabo de forma sistemática una serie de valoraciones de carácter multidisciplinar que después se pondrán en común en el pase de planta. De la unión de todas estas facetas resulta una hipótesis diagnóstica y un plan de tratamiento. El último paso consiste en reflejar toda la información obtenida en el informe de alta que se envía al Médico de Atención Primaria y a los profesionales de referencia y también se organiza una reunión con el paciente y familiares/cuidadores para transmitirles de una manera asequible para ellos toda esta información. De los pacientes valorados el diagnóstico al alta se reparte en un 33% de trastornos psiquiátricos primarios, un 53% de casos de demencia y el 14% restante trastornos de origen orgánico/otros diagnósticos. La unidad cuenta con las siguientes herramientas diagnósticas:

- Observación comportamental directa por parte de enfermería.
- Neuroimagen estructural (RM) y funcional (SPECT)
- Pruebas inmunológicas para diagnóstico de encefalitis/vasculitis.
- Serologías, bioquímica, test hormonales
- Evaluación neuropsicológica
- Test del olfato
- Valoración clínica por parte de psiquiatría y neurología
- Terapia ocupacional se encarga de valorar las capacidades del sujeto en relación al autocuidado, cocina, orientación, etc.
- Algunos de los pacientes serán valorados por una logopeda especializada en trastornos neurológicos.
- Evaluación de la situación social y familiar por parte de trabajo social, prestando especial atención a dinámicas familiares/ aspectos culturales que puedan estar influyendo en la presentación del cuadro.
- Punción lumbar.

Una vez al mes los psiquiatras del equipo se reúnen con los neurorradiólogos para comentar algunos de los casos en mayor profundidad.

- **Consultas Externas.**

En la unidad existen consultas externas de neuropsicología y psiquiatría, con un total de 650 evaluaciones anuales. Dos residentes llevan sendas consultas monográficas de demencia de inicio precoz y enfermedad de Huntington. Gran parte de la labor de las consultas externas está relacionada con el seguimiento de pacientes ya diagnosticados, poniendo especial atención a las diferentes necesidades que van surgiendo a medida que el paciente avanza por distintas etapas de la enfermedad.

- **Unidad de Epilepsia.**

Los pacientes ingresan durante una semana para estudio con video-telemetría, fotoestimulación, deprivación del sueño etc... Además de la valoración neurológica un residente y un adjunto de psiquiatría forman parte del equipo, aportando su visión a la formulación del caso durante las sesiones multidisciplinarias con neurología, electrofisiología y neurorradiólogos.

No querría terminar esta memoria sin agradecer al equipo de profesionales del RMH la oportunidad de haber compartido estos meses con ellos y la dedicación y hospitalidad con la que nos han tratado, a Dani y Ricardo por los consejos y el apoyo, y, por supuesto, a mi co-r Isabel por ser la mejor compañera de viaje que podía imaginar.

“After being diagnosed, I’ve realized that the worst drama in life is not fully enjoying every present moment” (Comentario de una paciente diagnosticada de enfermedad de Alzheimer de inicio precoz antes de los 35 años)

En la foto a continuación, Isa y yo con el Dr Velakoulis, el jefe de la Unidad de Neuropsiquiatría.



• **Taller de formación en Psiquiatría (Colegio de Médicos de Madrid)**

II CURSO

DELIBERACIONES EN PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MÉDICA 2013/2014



Organizado por la Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, con la colaboración de la Asociación Española de Psicoterapia

PRESENTACIÓN: Más que cualquier otra especialidad médica, la psiquiatría debe estudiar los aspectos psicológicos y sociales del ser humano, en la salud y en la enfermedad. Pero todos los médicos han de conocer estos aspectos y además, aquellos que lo deseen, poder profundizar en ellos. Por eso, **la Comisión de Psiquiatría y Psicología Médica del ICOMEM** organiza el presente **CURSO**, en un formato pensado para favorecer la deliberación entre los asistentes:

Una exposición de un tema relevante de psiquiatría/psicología médica durante 50 min, comentado y puesto en contexto por un Deliberador, seguido por deliberación general de todos los presentes, hasta completar un tiempo total de 2 horas.

LUGAR: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

FECHAS: En general, los primeros martes de cada mes, con algunas excepciones (ver programa)

HORARIO: De 19 h a 21 h

INSCRIPCION: Por correo electrónico info@psicoter.es Por teléfono 902 10 52 10

MATRICULA: Gratuita para médicos colegiados al corriente en el pago de cuotas. Profesionales en otras condiciones € 60

DIPLOMA: se expedirá diploma de participación como actividad acreditada por el Colegio Oficial de Médicos de Madrid y por la Asociación Española de Psicoterapia. Solicitada acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

PROGRAMA

5 septiembre 2013.

APERTURA DEL CURSO POR LA ILMA SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO DE MEDICOS DE MADRID DRA. SONIA LOPEZ ARRIBAS

Conferencia: La Religión en las Psicosis, por el Prof. Dr. Luis A. Vacaflor.

Catedrático de Psiquiatría, Universidad McGill de Montreal. *Fellow, Royal College of Physicians of Canada.*

Deliberador: Prof. Dr. Francisco Rubia Vila. Catedrático de Fisiología, Universidad Complutense de Madrid. Académico de Número, Real Academia Nacional de Medicina, autor del libro “La Conexión Divina” (Drakontos-Critica, Barcelona, 2004)

1 octubre 2013. La pericia médico-legal del psiquiatra.

Ponente: Prof. Dr. Alfredo Calcedo Barba. Profesor Titular de Psiquiatría y Director del Máster de Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid.

Deliberador: Dra. Dolores Crespo Hervás. Presidenta del PAIME - ICOMEM,

Programa de Atención Médica Integral al Médico Enfermo, y del PAIJME – ICOMEM.

Programa de Atención Médica Integral a Jueces y Magistrados. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

5 noviembre 2013. Detección y Prevención del desgaste profesional del Médico.

Ponente: Dr. Carlos Mingote Adán. Profesor de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Coordinador del Programa de Atención Integral al Personal Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Deliberador: Prof. Luis Gonzalez de Rivera y Revuelta, Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica, Consultor Jefe de Psiquiatría, Fundación Jimenez Diaz, Director del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática.

3 diciembre 2013. La percepción pública del Psiquiatra.

Ponente: Dra. Maria Dolores Crespo Hervás. Doctora en Medicina y Especialista en Psiquiatría. Presidenta del PAIME - ICOMEM, Programa de Atención Médica Integral al Médico Enfermo, y del PAIJME – ICOMEM. Programa de Atención Médica Integral a Jueces y Magistrados. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

Deliberador: Pendiente de confirmación.

14 de enero 2014. El Trastorno Borderline: Su tratamiento

Ponente: Dr. Hugo B. Bleichmar. Doctor en Medicina, Psicoanalista, Miembro de la IPA. Director de Forum, Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica. Director del Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Pontificia de Comillas

Deliberador: Dr. Carlos Mirapeix Costas. Director de la Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad. Miembro del Comité Directivo de la Asociación Internacional de Psicoterapia Cognitivo Analítica. Co-Director del curso de Especialista Universitario en Psicoterapia de los Trastornos de la Personalidad, Universidad de Deusto.

4 febrero 2014. Psicometría clínica en Psiquiatría y Psicología

Ponente: Dr. Manuel Rodríguez Abuín. Doctor en Psicología, Profesor Asociado de Psicología Clínica de la UCM. Subdirector del DFS en Psicoterapia de la UAM.

Presidente de la Sociedad española de Psicometría Clínica

Deliberador: Dr. Carlos Mur de Vitu. Doctor en Medicina. Master en Psicoterapia por la Universidad de Alcalá de Henares. Diplomado en Psicoterapia por la Universidad Autónoma de Madrid. Director Gerente del Instituto Psiquiátrico José Germain.

4 marzo de 2014. Envejecimiento: De la normalidad a la psicopatología

Ponente: Dr. Luis Agüera Ortiz. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. Coordinador de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital 12 de Octubre. Fundador y Director de la Revista Psicogeriatría.

Deliberador: Prof. Dr. Tomás Palomo Álvarez. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. Presidente de la Fundación Cerebro y Mente.

1 abril 2014. Psicoterapias basadas en la Meditación.

Ponente: Prof. Dr. Luis G. de Rivera y Revuelta, Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica, Consultor Jefe de Psiquiatría, Fundación Jimenez Diaz, Director del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática, Presidente de la Asociación Española de Psicoterapia.

Deliberador: Dr. Manuel Rodríguez Abuín. Doctor en Psicología, Profesor Asociado de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid. Subdirector del DFS en Psicoterapia de la Universidad Autónoma de Madrid. Presidente de la Sociedad española de Psicometría Clínica

6 mayo 2014. Violencia y Reparación

Ponente: Prof. Dr. José Guimon Ugartechea. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. Antiguo Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Ginebra.

Deliberador: Prof. Dr. Luis G. de Rivera y Revuelta, Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica, Consultor Jefe de Psiquiatría, Fundación Jimenez Diaz, Director del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática, Presidente de la Asociación Española de Psicoterapia.

3 junio 2014. Prevención del suicidio

Ponente: Prof. Dr. Jose Luis Ayuso Mateos. Catedrático Jefe del Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid

Deliberador: Prof. Dr. Jerónimo Saiz Ruiz. Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Alcalá de Henares. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

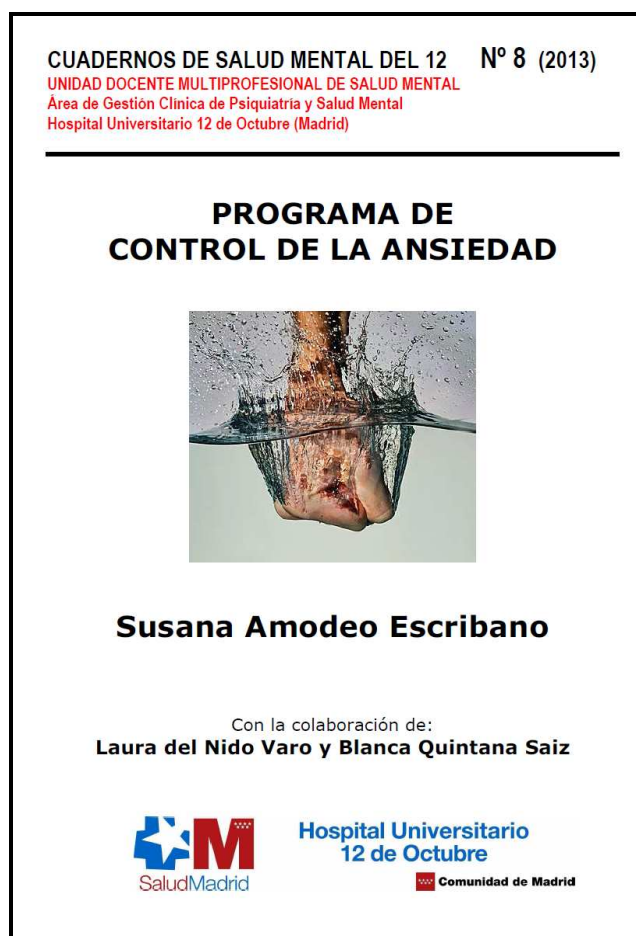


Vela Zanetti

5. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

- **Publicaciones**

* Amodeo Escribano S, Quintana Saiz B y Del Nido Varo L. **Programa de Control de la Ansiedad**. Cuadernos de Salud Mental del 12 [revista en internet] 2013 [acceso 10 Julio 2013]; 8: 1 - 115. Disponible en: www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria



PROLOGO

El trabajo a continuación nos ofrece Susana Amodeo, con la colaboración de Blanca Quintana (PIR de Psicología Clínica) y Laura del Nido (MIR de Psiquiatría), es un esfuerzo de síntesis, integración, concisión y claridad.

Síntesis de unos modelos y técnicas que desde hace décadas vienen demostrando su eficacia y que en una combinación como la propuesta, representa un ejercicio de integración de intervenciones psicológicas realista y coherente.

La concisión y claridad creo que son efectos, además del esfuerzo formal, de la experiencia de Susana Amodeo aplicando y perfilando este programa durante muchos años y de manera sostenida en nuestra Área como psicólogo clínico.

En definitiva nos ofrece un clásico de la intervención psicológica. Y nos lo ofrece como un programa “listo para usar”.

Todos los clínicos sabemos lo necesario que es para nuestra práctica contar con una guía sistematizada y con un material de aplicación elaborado.

Integra en el programa instrumentos de evaluación de resultado, lo que permite objetivar la mejoría de los pacientes y abre la posibilidad de investigaciones más amplias.

Facilita, en definitiva, una curva de aprendizaje rápida lo que sin duda nuestros residentes valoran y agradecen. Muestra de ello, es que también es un buen ejemplo de trabajo de colaboración y un reflejo del esfuerzo docente.

Tenemos que agradecer además, a Susana, que haya iniciado, con este documento, una tarea que la Unidad de Psicoterapia se propuso desde su inicio: sistematizar los programas de intervención psicológica y psicoterapéutica que se vienen realizando de manera sostenida y continúa en nuestro Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

Sólo los programas de intervención que seamos capaces de sistematizar en algún grado podrán ser transmitidos, comparados y evaluados.

Jesús Fernández Rozas
Coordinador de la Unidad de Psicoterapia
AGC Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

• Arias F, Szerman N, Vega P et al. **Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología Dual.** Actas Esp Psiquiatr (2013) 41 (2) 122-9.

En: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-122-129-974945.pdf>

• Mesa N, De la Oliva J, Bagney A, Jiménez-Arriero MA y Rodríguez-Jiménez R. **Agonismo parcial dopaminérgico en la función sexual secundaria a antipsicóticos.** Actas Esp Psiquiatr (2013) 41 (2) 130-2.

En: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-130-132-216510.pdf>

• Rosillo M, Hernández M y Peter K S. **La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar.** Rev Asoc Esp Neuropsiq (2013) .

En: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16604/16444>

- Díez-Martín J, Moreno-Ortega M, Bagney A, Rodríguez-Jiménez R, Padilla Torres D, Sánchez-Morla EM, Santos JL, Palomo T y Jiménez-Arriero MA. **Differential Relationships between Set-Shifting Abilities and Dimensions of Insight in Schizophrenia.** *Psychopathology (en prensa)*

9. 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, salvo las EXTRAORDINARIAS, que empiezan a las 13.00 h.

• Calendario Sesiones Clínicas de Area - 4º trimestre 2013

OCTUBRE 2013

- 2 **Psicogeriatría**
- 9 **Acto en memoria del Dr. Justo Díez**
- 16 *Sesión Extraordinaria: “Los sueños de Cajal. Recopilación de Angel Garma”
Dr. José Rallo y Dr. Francisco Martí.*
- 23 **Trastorno Mental Grave**
- 30 **Sesión del Residente: MIR 4º año**

NOVIEMBRE 2013

- 6 **Unidad de Psicoterapia**
- 13 **Hospital de Día Infanto-Juvenil “Pradera de San Isidro”**
- 20 *Sesión Extraordinaria: “Las adicciones desde la perspectiva de la evolución”
Dr. Guillermo Ponce*
- 27 **Sesión del Residente: PIR 4º año**

10. *In memoriam: Dr. Justo Díez Martín*

Estimados compañeros:

Recogiendo las múltiples muestras de recuerdo afectuoso hacia Justo de las últimas semanas, hemos pensado cristalizar en un monográfico de "*Cuadernos de Salud Mental del 12*" algunas aportaciones científicas de nuestro compañero y en torno a su trabajo (en investigación, en el grupo de psicopatología, en el CSM Guayaba, en gestión, etc...).

Asimismo, **la sesión clínica del 9 de Octubre será un acto de homenaje a nuestro compañero Justo, recogiendo algunas de sus valiosas aportaciones en el trabajo asistencial, docente e investigador.**

Un saludo, Miguel A. Jiménez Arriero



Dr. Justo Díez Martín

ALFOMBRA ROJA...

El viernes 31 de mayo cerca de las doce de la noche Javier Torresano me comunicó el inesperado y lamentable fallecimiento de Justo Díez. No supe bien qué hacer, ni decir. Me quedé pensando en él, y me vinieron a la cabeza las palabras que Justo me había dicho hacía unos años: *alfombra roja*.

Conocí a Justo hace casi 10 años, cuando coincidimos trabajando en la Unidad de Hospitalización de nuestro Servicio. Era su "aterrizaje" en el 12 de Octubre, y tenía gran interés en saber cómo funcionaba todo. Pronto me mostró su interés por la investigación, y se incorporó como miembro activo del PARG (*Psychosis and Addictions Research Group*). En una de sus intervenciones suscitó nuestro interés por el gen de la COMT. Su empeño

abrió en el grupo una interesante línea de investigación en la genética de la esquizofrenia, que produjo varias publicaciones en las que Justo participó. Él mismo publicó como primer autor en 2007, en la revista Medicina Clínica un artículo titulado “*COMT Val 158 Met polymorphism and schizophrenia in a series of Spanish patients*”.

Justo continuó colaborando activamente en diferentes proyectos e iniciativas de investigación. Un buen día asumió la responsabilidad de dirigir el CSM de Guayaba. Y otro buen día, Marta Moreno empezó su rotación en dicho centro. No recuerdo bien el cómo, ni exactamente el cuándo, pero lo cierto es que me encontré con que el proyecto FIS sobre Cognición y Psicosis que yo coordinaba, con Tomás Palomo como IP, se iba a desarrollar en el CSM de Guayaba, con el trabajo de Marta y bajo el amparo de Justo. Consciente de la carga que ese FIS le iba a suponer y de las dificultades de organización que le podría conllevar, le pregunté a Justo cómo íbamos a introducir la investigación en el CSM. - *Alfombra roja*- me respondió. -*Cuando Marta venga a reclutar y evaluar pacientes, se le pondrá alfombra roja*.

Y así fue. Y el FIS salió adelante. Y la alfombra roja siguió puesta después para Carolina Rojas y María Díaz, en una ampliación longitudinal de dicho proyecto FIS. Mi última comunicación con Justo, unos días antes de su fallecimiento, fue una propuesta de investigación sobre el aripiprazol como coadyuvante para disminuir los niveles de prolactina y mejorar la función sexual de los pacientes. Su respuesta inmediata fue –Sí.

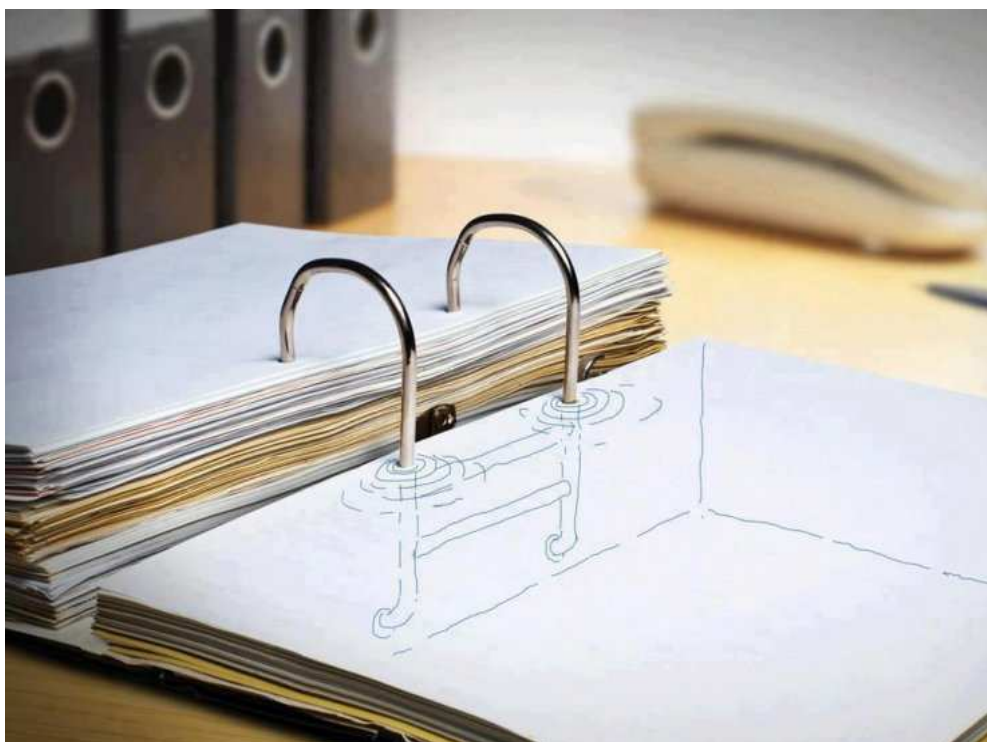
Actualmente estamos analizando los datos obtenidos en ese FIS de Cognición y Psicosis. Con dichos datos, Justo escribió un artículo como primer autor titulado: “*Differential relationships of set shifting abilities with dimensions of insight in schizophrenia*”, que ha sido aceptado en la revista internacional *Psychopathology*, y que actualmente está en vías de publicación.

Escribo estas líneas como recuerdo al compañero que, además de muchas otras buenas acciones y cualidades, participó activamente y tendió una alfombra roja a la investigación. Justo Díez tiene también una alfombra roja en el recuerdo del Equipo y de todo el Servicio.

Roberto Rodríguez-Jiménez

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

ii Buen verano!!



"Piscina carpeta", extraordinaria ilustración 3D para la Agencia de Publicidad de Serbia Kielo. El creador de la ilustración es Slaviša Savić, un famoso diseñador gráfico de Belgrado (<http://www.culturainquieta.com/es/ilustracion/item/2025-folder-pool.html>)

*** Objetivos del BOLETIN:**

- Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en el AGC de Psiquiatría y Salud Mental del HU 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** (lo más sencilla y doméstica posible):
 - Algún "corresponsal" en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos.
 - Santiago Vega (santiago.vega@salud.madrid.org) se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a sus e-mail las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra).

Forma de distribución: documento Pdf descargable desde <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>