

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

**Número 30 – Diciembre 2012**



**Hospital Universitario**  
**12 de Octubre**

 **Comunidad de Madrid**

En torno al **"Plan de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid"**

- **El Foro del 12** (Residentes de la UDM Salud Mental H.U. 12 Octubre) -
  - Taller **"Uso de la Biblioteca Virtual del 12"** (Wigberta Martín) -
  - Test de Autoevaluación: **Trastornos del Espectro Autista** -
  - Cuadernos de S Mental del 12 (2012) N° 6: **Guía de Tratamiento Psicoterapéutico Sistémico en Trastornos Psicósomáticos en niños, adolescentes y familias**  
(Francisco Gómez Holgado. Prólogo: Antonio Muñoz) -
  - Curso AGCPSM: **"Nuevas perspectivas para el trabajo de Salud Mental"** (Germán Cano) -
  - III Congreso Ncnal. Administrativos de la Salud: **"El nuevo papel del Administrativo en el Area de Gestión Clínica"** (Jesús Cabello, S. García, Gabriel González y Yolanda Pérez) -
- Entrevista de J. Camilo Vázquez Caubet al escritor Ricard Ruiz Garzón**

## 1. EN TORNO AL "PLAN DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID"

Traemos en estas páginas del Boletín - *testigo habitual del compromiso, las actuaciones concretas y el legítimo orgullo de todos los profesionales de nuestro servicio en la tarea asistencial, docente e investigadora pública de calidad desde hace años* - elementos para el debate y la reflexión en torno a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, recogiendo a continuación tanto el polémico Plan de Sostenibilidad defendido por la Consejería de Sanidad como el documento de respuesta de la AFEM y diversos enlaces en torno a la actual disyuntiva del sistema sanitario madrileño.

Pretendiendo respetar de forma democrática los distintos y legítimos puntos de vista de los distintos profesionales implicados en el actual debate proponemos en estas páginas - además de los que están circulando en la lista de distribución del servicio - compartir datos, estudios y valoraciones que puedan aportar luz al mismo. Por una gestión al servicio de una Salud Mental de calidad, al servicio del BIEN COMÚN.



elroto.elpais@gmail.com

# Carta a los profesionales de la Sanidad Madrileña

## Carta a los profesionales de la Sanidad Madrileña



Madrid, 2 de Noviembre de 2012



Estimado profesional de la Sanidad madrileña,

Como Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, considero que es mi deber dirigirme directamente a cada uno de los profesionales de la Sanidad madrileña para trasladarle la información y la explicación del Proyecto de Ley de Presupuestos de la Comunidad de Madrid para el año 2013, que el Gobierno Regional acaba de remitir a la Asamblea de Madrid para su debate y votación.

La dramática crisis económica que sufre nuestra Nación, unida a un sistema de financiación autonómica injusto e incoherente, conduce a que la Comunidad de Madrid disponga para el año próximo de unos recursos inferiores en 2.700 millones de euros a los del año 2012. Sanidad es la partida que menor descenso experimenta, con amplia diferencia sobre las demás. De hecho, el gasto sanitario pasa del 40,3 al 45,2% del gasto total de la Comunidad de Madrid.

Lo cierto es que el Presupuesto de Sanidad desciende a 7.108 millones de euros. Tenemos menos dinero para Sanidad, y tenemos también la firme voluntad de que nuestro sistema sanitario siga siendo excelente, atendiendo con calidad a todos los ciudadanos. Debemos ser capaces de obtener los mismos resultados, pero necesariamente tenemos que trabajar de otra manera para poder hacerlo con menos recursos.

Para conseguirlo hemos diseñado un Plan de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, cuyas medidas aparecen reflejadas en el documento al que puede acceder desde esta carta. En él aparecen explicadas todas y cada una de las reformas que llevaremos a cabo cuando los Presupuestos sean aprobados. Son esas medidas, no hay ninguna más. El profundo respeto que siento hacia todos los profesionales de la Sanidad madrileña me obliga a exponérselas con toda franqueza, sin ocultar nada, con seriedad y con la máxima lealtad hacia todos los profesionales.

El sistema público de Salud está en el momento más comprometido de su historia. No podemos olvidarlo, ni hacer como si no existiera el problema, porque existe. Todos los que trabajamos en el sistema sanitario madrileño tenemos el deber de actuar con responsabilidad y compromiso para lograr una Sanidad sostenible. Lo contrario tendría efectos desastrosos para el conjunto de la sociedad, y también para los propios profesionales.

Confío plenamente en la profesionalidad de todos y cada uno de los que, como Vd., trabajan con talento y esfuerzo para prestar una asistencia sanitaria de la máxima calidad a los madrileños.

Permítame que insista en el ruego de que consulte todas las medidas contempladas en el proyecto de Presupuestos, a las que puede acceder desde este enlace >> [Plan de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid](#).

Un saludo cordial,

**Javier Fernández-Lasquetty y Blanc**  
*Consejero de Sanidad*

## PLAN DE MEDIDAS DE GARANTÍA DE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La brutal crisis económica que atraviesa España desde hace más de cuatro años, sumada a un deficiente sistema de financiación autonómica, nos lleva a un escenario en el que los ingresos han bajado de manera drástica y con ello los fondos de los que disponemos para financiar los servicios públicos. La sanidad pública, como no podría ser de otra manera, no es ajena a esta cruel realidad, y ello nos enfrenta al desafío de intentar mantener nuestro sistema sanitario bajando sustancialmente sus costes.

Esto nos pone ante una encrucijada: recortar sin más todo lo que se pueda para bajar el gasto en la medida que bajan los ingresos o diseñar un plan de medidas efectivas que logren reducir el coste pero sin alterar los principios que sostienen el sistema.

Nos inclinamos claramente por la segunda opción. Los principios sobre los que se asienta el sistema sanitario no cambian ni un ápice: universalidad, gratuidad, equidad, calidad y respeto hacia el trabajo de los profesionales sanitarios.

Es una responsabilidad conjunta de todos los que trabajamos en la sanidad madrileña hacer frente a este vital desafío.

Tenemos una sanidad pública excelente, de calidad, que llega a todos, pero, en la actual situación, no tenemos ingresos suficientes para que todo siga funcionando exactamente igual. Podemos obtener los mismos resultados, o mejorarlos, pero tenemos que hacerlo de otra manera.

Madrid ha mejorado mucho su sistema sanitario en los últimos años. Gracias al esfuerzo de los profesionales y gestores que trabajan en la sanidad madrileña y a las medidas impulsadas por el Gobierno de la Comunidad, se ha avanzado en la tarea de hacer un sistema sanitario más eficiente y en llegar a conseguir el nivel de calidad que hoy tienen nuestros servicios sanitarios.

Desde el año 2003, venimos trabajando en la optimización de los recursos, y ante la actual crisis, desde 2008, fuimos los primeros en tomar medidas para la contención del gasto sanitario.

Ello nos ha permitido atravesar la crisis económica en mejores condiciones que otros sistemas que no han sabido adaptarse al cambio de los tiempos, a la vez que nos ha

situado en una posición desde donde son más factibles las nuevas reformas que hay que realizar para la supervivencia del sistema.

Hemos logrado contener el gasto de una forma extraordinaria: sin las medidas que ya se han aplicado se hubiesen gastado mil millones de euros más en el último año.

Esta ardua labor nos ha permitido cumplir con los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2012 respecto al gasto sanitario. A final del año, la sanidad madrileña va a terminar gastando lo que estaba presupuestado y ni un euro más. Y todo esto se ha logrado manteniendo un elevado nivel de calidad en la sanidad madrileña.

#### **El desafío de mantener en funcionamiento nuestro sistema, a un menor coste**

El ajuste fiscal que se pide a las CCAA se ha incrementado para 2013. Rebajar nuestro déficit el 1,5% ha sido el objetivo fijado para 2012. Pero para el año 2013 debemos reducir nuestro déficit en hasta el 0,7% del PIB. Ello supone un ajuste de 1.700 millones de euros.

Adicionalmente, los ingresos que recibe la Comunidad de Madrid, con el actual sistema de financiación autonómica, se han reducido muchísimo.

Para el año 2013, casi todas las Comunidades verán aumentados sus ingresos, mientras que a Madrid se le verán reducidos en 1.000 millones.

Los ingresos que recibe Madrid en función de su PIB son sólo del 6,6%. Son dos puntos menos que la media de España, un punto menos que Cataluña y más de cuatro puntos menos que Andalucía.

En suma el ajuste presupuestario al que se verá sometida la Comunidad de Madrid para el año 2013 será de 2.700 millones de euros; y cómo consecuencia de ello se verá afectado el gasto sanitario.

### Cómo afectan estos números a la sanidad madrileña

La sanidad madrileña tendrá para el año 2013, destinados en los PPGG de la Comunidad de Madrid un total de 7.108 millones de euros, un 7% menos que el gasto presupuestado en 2012.

Aun así, este gasto representará el 45,2% del gasto total presupuestado en la Comunidad, lo que significa que el peso del gasto sanitario sobre el total del presupuesto crece. Ello, porque en la reducción general del gasto en los presupuestos de la Comunidad de Madrid, la disminución del gasto sanitario es la menor en términos porcentuales.

Lo primero que hay que dejar claro es que una reducción como la que tenemos que afrontar en el gasto sanitario madrileño es el equivalente al presupuesto actual de dos hospitales madrileños.

El camino más directo hubiese sido el cierre de hospitales, como ya se hizo en los años '80 (nueve hospitales). Pero este Gobierno cree que hay alternativas y estas se concretan en este Plan de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.

Además, estamos convencidos de que es muy importante que sean los propios profesionales quienes aporten propuestas de ahorro que complementen este plan.

### Los objetivos

El plan de garantía que proponemos está enfocado hacia cinco objetivos básicos:

1. **Ahorrar.** Lo primero y más importante que se pretende conseguir es un importante ahorro, en la misma medida en que han disminuido nuestros ingresos.
2. **Mantener la calidad asistencial.** La calidad de los servicios sanitarios no es cuestionable. La premisa es conseguir una reducción de gasto sin que se vean afectados los indicadores de salud de la población madrileña.
3. **Mejorar la eficiencia.** Se debe hacer un uso racional de los recursos, aumentando la productividad y optimizando los procesos.
4. **Diseñar estratégicamente nuestros recursos humanos.** Los profesionales que trabajan para el sistema sanitario madrileño son nuestro mayor capital y debemos obtener de ellos el mejor rendimiento en beneficio de todos.

5. **Corresponsabilizar a todos los que trabajan en el sistema.** Una parte muy importante de las propuestas de ahorro que complementen este Plan deben ser aportadas por los propios profesionales. Ellos conocen bien el sistema y lo impulsan día a día. De esto depende, en buena medida, el éxito del plan.

### Las medidas

#### 1. Reformas estructurales en la gestión sanitaria

- *Externalización de la actividad sanitaria en 6 hospitales, utilizando el modelo de concesión*

Esta medida afecta a los Hospitales Infanta Leonor (Vallecas), Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Henares, Hospital del Sureste y Hospital del Tajo, que seguirán siendo públicos.

Se ha comprobado que el modelo de concesión es más eficiente, da buenos resultados clínicos y alta satisfacción a los pacientes.

De media, el coste total de la asistencia sanitaria especializada de la población de los hospitales de gestión mixta es de unos 600 euros por habitante, mientras que en los hospitales con modelo capitativo más recientes, este coste medio anual es de 441 euros.

- 
- *Concesión de la prestación de la asistencia sanitaria de Atención Primaria de un 10% de los Centros de Salud, dando prioridad en su gestión a la participación de los profesionales sanitarios que quieran constituir sociedades*

Esta concesión prevé adjudicar la gestión, de manera prioritaria, a grupos de profesionales que ya estén trabajando en el sistema madrileño de salud para poder seguir avanzando en la mejora de resultados clínicos, en el aprovechamiento de los recursos disponibles y en la motivación de los propios profesionales.

Es un modelo más habitual en Europa, y en nuestro país ya se ha implantado en Cataluña desde hace más de quince años, con resultados clínicos y económicos positivos. Otro aspecto importante es que este modelo genera mayores incentivos y motivación a los profesionales.

La medida afectará aproximadamente 27 Centros de Salud, que seguirán siendo públicos, bajo financiación y garantía pública.

- *Externalización de servicios no sanitarios*

La Ley 4/2012, de 4 de julio, de Modificación de la Ley de Presupuestos Generales incluyó la extinción de determinadas categorías profesionales muy anticuadas en un sistema sanitario moderno como el madrileño (en áreas como cocinas, lavandería, almacenes y mantenimiento). Esta medida no afecta a los celadores.

A partir de ahora y de manera progresiva, estas funciones serán desempeñadas por medio de empresas de servicios, generando ahorros y mejorando la eficiencia de la sanidad madrileña.

Con esta medida se sigue el ejemplo de externalización iniciado hace décadas en hospitales madrileños como el Severo Ochoa y el de Getafe.

## **2. Aprovechamiento de los recursos para mejorar la atención de la población mayor**

- *Transformación del Hospital de La Princesa en un hospital de alta especialización para la patología de las personas mayores*

El envejecimiento de la población madrileña y la frecuencia con la que padece episodios agudos de determinadas patologías, hace necesario que Madrid se dote de un centro altamente especializado para mejorar la calidad asistencial de las personas mayores. El envejecimiento y la cronicidad son los mayores retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios avanzados.



No se trata de crear un hospital geriátrico ni de larga estancia, sino de constituir un hospital superespecializado para atender a las personas mayores, cuando sus patologías se agudizan y requieren unos días de ingreso hospitalario.

El Hospital de la Princesa ni se cierra, ni se privatiza, ni se desmantela. Continuará teniendo servicios médicos y quirúrgicos. Seguirá siendo apto para la docencia universitaria de grado y de posgrado. Seguirá desarrollando una intensa actividad investigadora en esta materia, que constituye uno de los principales desafíos científicos actuales.

▪ *Transformación del Hospital Carlos III en un hospital de estancia media.*

Cada vez existe una mayor demanda de plazas hospitalarias para atender la convalecencia de pacientes en media y larga estancia. Los hospitales que están preparados para ello se encuentran fuera de Madrid.

Por eso, creemos que es bueno cambiar las funciones de apoyo que hasta ahora prestaba el Hospital Carlos III y convertirlo en un hospital específicamente preparado para pacientes de media y larga estancia.

La actividad de las unidades y servicios que nos sean propias de un hospital de media estancia (como por ejemplo la unidad de enfermedades infecciosas y la consulta del viajero) de este hospital serán desarrolladas en otros hospitales de la red.

**3. Mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro**

▪ *Reducción del gasto medio por receta farmacéutica*

El presupuesto para el año 2013 refleja las políticas de eficiencia aplicadas a la utilización racional de los medicamentos que se vienen realizando desde el año 2011.

El nuevo sistema de aportación de los ciudadanos al precio de los fármacos ha establecido un sistema más justo y ha generado un importante ahorro. Junto a ello, debemos seguir avanzando en la prescripción por principio activo, el fomento de la dispensación de genéricos, la protocolización de las patologías prevalentes, la implantación de programas específicos dirigidos a poblaciones de riesgo como el

Programa del Mayor Polimedicado, el avance de receta electrónica y las estrategias de seguridad en el uso de medicamentos.

■ *Implantación de la tasa de un euro por receta*

El objetivo de esta medida es concienciar a los madrileños sobre el consumo racional de fármacos. Esta medida no tiene afán recaudatorio, sino que tiene como objetivo incentivar un uso más eficiente de los medicamentos y reducir el número de recetas. El euro por receta tiene carácter disuasorio, porque es más importante reducir el número de recetas que aumentar la recaudación.

Según el Barómetro sanitario 2011 del Ministerio de Sanidad, el 23,7% de los encuestados admite guardar en su casa cajas enteras de fármacos sin abrir.

Esta medida es complementaria de las disposiciones del RD Ley 16/2012 en materia de copago farmacéutico, ya que España se encuentra entre los países europeos con mayor consumo de medicamentos por habitante. En un reciente estudio del Ministerio de Salud británico que evalúa el nivel de acceso a los medicamentos, España se sitúa como el segundo país con mayor nivel de consumo de medicinas (en concreto para 14 patologías), entre catorce países entre los que se encuentran el Reino Unido, Austria, Dinamarca, Francia, Alemania, Noruega y Suecia entre los europeos.

Se ha intentado, y se sigue haciéndolo, contener el gasto farmacéutico actuando sobre los precios de los medicamentos. Pero se ha observado un continuo crecimiento del número de recetas. En lo que se refiere a la demanda de medicamentos, en los últimos diez años, el número de recetas ha crecido en España un 47,2%, mientras que la población lo ha hecho un 10,5% y el número de personas mayores de 65 años, un 13,0%.

En Cataluña se implantó una medida similar en junio de este año. Los últimos datos disponibles muestran que en septiembre, el número de recetas dispensadas en esa Comunidad disminuyó un 27% respecto al año anterior, mientras que en Madrid esta disminución fue del 18% y en el conjunto de España de un 20,5%. Este importante diferencial indica que aun existe un margen para adoptar medidas que mejoren la eficiencia y el consumo racional de fármacos.

Esta medida no supondrá una barrera de acceso a los medicamentos ya que estarán exentas de pagar la tasa los mismos grupos de personas que no tienen que hacer aportación al pago de medicamentos:

- Parados de larga duración que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista esa situación;
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas;
- Personas perceptoras de rentas de integración social;
- Personas con discapacidad en los supuestos contemplados en la normativa específica;
- Personas con tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional;
- Personas afectadas de síndrome tóxico

Además se impondrá un límite máximo de pago de 72 euros al año para no perjudicar a las personas polimedizadas y no se cobrará la tasa en recetas por medicamentos con un valor inferior a 1,67 euros.

- *Incremento de las actividades de la central de compras*

La centralización de compras tiene como objetivo fundamental obtener ahorro en la adquisición de bienes y servicios por parte de los hospitales, homogeneizando los productos adquiridos y obteniendo precios más bajos. El volumen de las compras centralizadas permite conseguir economías de escala y mejorar los precios, a la vez que disminuyen otros costes inherentes a los procedimientos de compra.

Desde 2006, la Comunidad de Madrid ha ido centralizando las compras de distintos productos sanitarios, hasta alcanzar importantes ahorros y esas compras a escala se potenciarán, extendiéndose a otros productos de alto coste (ej. marcapasos, stents o prótesis).

Las ventajas de la contratación centralizada se concretan en los siguientes puntos: agilidad en la contratación; importantes ahorros; transparencia y seguridad en la contratación; facilidad en la tramitación al estar habilitada la vía electrónica, normalización y estandarización de los bienes y servicios de contratación centralizada.

- *Retraso en la apertura del Hospital de Collado Villalba*

Hemos decidido retrasar la apertura del nuevo Hospital de Collado Villalba hasta finales del año 2013, lo que evitará generar un nuevo gasto.

#### 4. Ordenación de equipos profesionales

- *Reordenación de la actividad de los profesionales en los hospitales*

Hasta ahora, la actividad hospitalaria por la tarde se realizaba como jornada extraordinaria por parte de los profesionales.

Desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid queremos que los hospitales también trabajen por la tarde para llevar a cabo pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o consultas, pero no como algo extraordinario y que conlleva un sobrecoste para los ciudadanos, sino como parte de una jornada laboral normal.

Por ello, vamos a cambiar el modelo vigente, como ya ha sucedido en otras Comunidades Autónomas, mediante la contratación de profesionales cuya jornada laboral será de tarde, para que podamos seguir cumpliendo con los compromisos de la lista de espera quirúrgica y diagnóstica, pero a un coste al alcance de nuestras actuales posibilidades.

- *Jubilación de profesionales mayores de 65 años*

La prolongación del servicio activo a partir de los 65 años se limitará a un tercio de los profesionales, y se basará en criterios de desempeño de sus funciones y en el plan de ordenación de recursos humanos de cada centro. De este modo, los madrileños podrán disponer del talento y de la experiencia de sus facultativos más destacados, a la vez que se produce un necesario relevo generacional.

Los profesionales que actualmente tienen prorrogado su servicio activo, dispondrán de un plazo de tres meses para presentar su solicitud para continuar en el servicio, lo que se decidirá con arreglo a los criterios anteriormente indicados.

- *Concentración de laboratorios para aprovechar economías de escala*

Se prevé concentrar, en un número reducido de hospitales, la mayor parte de los procesos de laboratorio de rutina, aprovechando que dichos hospitales han modernizado su tecnología, y pueden absorber un volumen mucho mayor de pruebas de laboratorio, generando importantes ahorros. No está prevista la externalización de esta actividad, simplemente se trata de concentrarla.

No obstante, en todos los hospitales continuará habiendo servicios de laboratorio para atender la demanda interna.

- *Concentración de la complejidad.*

Los procesos de muy alta complejidad requieren de unidades y de profesionales altamente cualificados que atiendan a un número importante de pacientes para obtener la destreza y experiencia necesarias para ofrecer a los pacientes la máxima seguridad y garantía.

Fruto de la evolución histórica del Sistema Nacional de Salud, en toda España y también en Madrid, hay actualmente procesos complejos que se llevan a cabo en muchos hospitales, alguno de ellos con un volumen anual de casos muy bajo.

Esta realidad significa un uso ineficiente de los recursos pero, sobre todo, ofrece menores garantías de éxito y de seguridad a los pacientes que son allí tratados.

Por eso, progresivamente y de común acuerdo con los profesionales, y lo previsto en los planes estratégicos de cada especialidad, se iniciarán los procesos para concentrar en diferentes hospitales los procesos de alta complejidad.

### Continuación de proyectos importantes ya en marcha

Junto a todo ello, continuarán desarrollándose proyectos muy importantes para la sanidad madrileña, como los siguientes:

- Receta electrónica
- Desarrollo de los Planes de Especialidades
- Ejecución de la OPEs, tanto las que ya han celebrado sus exámenes como las recientemente convocadas.
- Estrategia de crónicos
- Puesta en marcha de cinco nuevos aceleradores lineales
- Acreditación del Instituto de Investigación Puerta de Hierro
- Finalización de las obras de siete Centros de Salud actualmente en construcción.

### Compromiso de transparencia y rendición de cuentas

La Consejería se compromete a comparecer periódicamente para informar amplia y detalladamente sobre los resultados en salud que se registren en nuestra Comunidad.

- 
- **Informe de AFEM sobre dicho Plan de Medidas Sanitarias** (*actualizado periódicamente según los nuevos datos y análisis que se van conociendo*).



<http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/informeult.pdf>

- Página web de AFEM: apartado bibliográfico:

<http://www.asociacionfacultativos.com/bibliografia.html>



- **Cartas de Colectivos o Asociaciones Profesionales y Organismos Públicos:**

[Carta de rechazo de los Jefes de Servicio de todo Madrid al Plan de Sostenibilidad de la Comunidad de Madrid](#)

[¿Cómo pueden afectar los Presupuestos 2013 de la Comunidad de Madrid y las medidas privatizadoras a la atención en Salud Mental? - Junta de la A.M.S.M](#)

[La plataforma de Equipos Directivos de Centros de Salud rechaza de forma unánime la privatización](#)

[Carta de los Coordinadores del Plan Estratégico a Lasquetty](#)

[Carta del ICOMEM](#)

[Sociedad de Oncología Médica](#)

[Foro de la Profesión Médica](#)

[ICOMEM, Sindicatos y Sociedades Científicas](#)

[Microbiología](#)

[Observatorio Pediátrico de Madrid](#)

[Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid](#)

[Sociedad Española de Anatomía Patológica](#)

[Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias](#)

[Sociedad de Urología](#)

[Sociedades Madrileña, Españolas y Europea de Geriátrica](#)

[Manifiesto de la rechazo al Plan de Sostenibilidad de la Junta de Centro de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid](#)

[Resolución de la plataforma Sos Sanidade Pública Galega de apoyo a las movilizaciones ciudadanas](#)

[Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública e Higiene](#)

[\*\*Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes \(ANPIR\)\*\*](#)

[Asociación Madrileña de Hematología y Hemoterapia](#)

[Propuesta comunicado SEPD CCAA Madrid](#)

[\*\*Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid\*\*](#)

[Carta de GEPAC \(Grupo Español de Pacientes con Cáncer\) al Consejero de Sanidad sobre el Plan de Sostenibilidad](#)

[Manifiesto europeo contra la mercantilización del Sistema de Salud](#)

[Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios](#)

[\*\*Carta de los Jefes de Servicio a la Ministra\*\*](#)

[Comunicado del Colegio de Médicos ante la situación sanitaria actual](#)

[\*\*El Colegio de Enfermería de Madrid exige la retirada inmediata del Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid\*\*](#)

[Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica](#)

[Carta abierta a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid](#)

## 2. WEB DEL SERVICIO

<http://www.psiquiatria12octubre.org>

Actualizado Calendario Docente, Publicaciones y otros apartados

## 3. RESIDENTES

### • EL FORO DEL 12

Os hacemos llegar nuestra invitación a participar en esta iniciativa, con la idea de que nos puede resultar muy útil a todos.

Se trata de un espacio virtual no oficial, cuyo objetivo es facilitar la comunicación y el intercambio de información entre los profesionales de Salud Mental del Área 11. El foro cuenta con diversos apartados para docencia (con un subapartado específico para docencia de residentes), investigación, debate, boletín de Salud Mental, Cineforum... Y lo que se nos vaya ocurriendo a medida que empecemos a usarlo.

La inscripción es gratuita y la privacidad está restringida, de manera que no tenéis que preocuparos por que los contenidos que se compartan puedan quedar expuestos en la red: sólo los miembros del foro tendrán acceso.

Para poder acceder a su contenido tenéis que registraros en este link: <http://forodoce.foroactivo.com/>; después seréis autorizados como miembros por uno de los administradores.

Esperamos que le saquéis partido y que lo disfrutéis mucho.

*Laura del Nido*

*MIR Psiquiatría*



# MERCADILLO ARTÍSTICO BENÉFICO

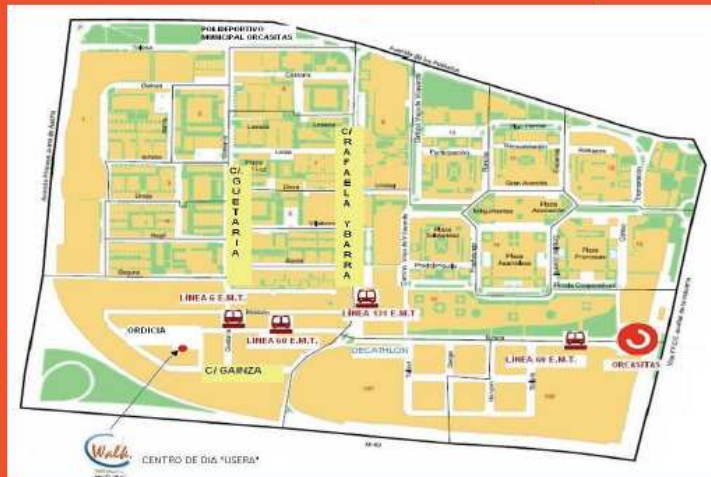
**13 DE DICIEMBRE 2012**

**10:00 A 18:00**

**CENTRO DE DÍA USERA**

¿DÓNDE ENCONTRARNOS?

Centro de Día Usera  
Gainza 307-315, Locales 2-3  
Posterior.  
Teléfono: 91 428 26 26



El dinero obtenido del Mercadillo  
Artístico será destinado a



**¡¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!**

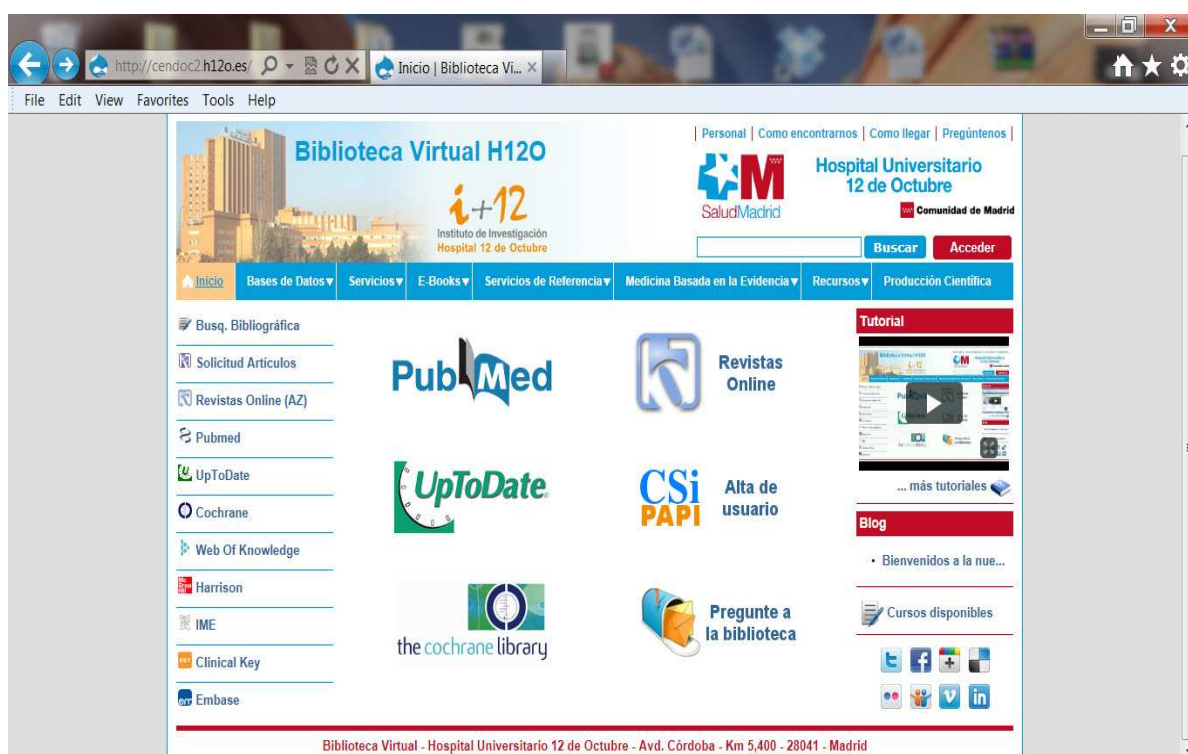
## 4. RECOMENDACIONES DE COLEGAS <sup>1</sup>

### • Uso de la Biblioteca Virtual del 12

Tras el muy interesante y práctico taller impartido a profesionales del AGCPSM por **Wigberta Martín**, a quien agradecemos desde aquí su valiosa trayectoria profesional en nuestro Hospital Universitario 12 de Octubre, compartimos a continuación algunas notas prácticas facilitadas por ella para animar al manejo de la Biblioteca Virtual del 12 (ver forma de acceso en <http://cendoc.h12o.es/> y el Boletín Nº 27).

Nos recomendó la consulta de los **TUTORIALES** diseñados como introducción:

- [Presentación de biblioteca](#)
- [OPAC: Revistas Online \(AZ\)](#)
- [Tutorial de Pubmed: LinkOut y Outside Tool](#)
- [Gestión de su cuenta de usuario](#)
- [Solicitud de artículos](#)
- [Inscripción en cursos de formación](#)
- [Búsqueda bibliográfica](#)



<sup>1</sup> En esta sección tal compañero recomienda un libro o artículo, profesional o no (literatura, prensa...), de especial interés, con un breve comentario o sugerencia introductoria. Recomendaciones de un evento de especial interés sin pretender ser una "agenda de Congresos": *tal curso o congreso suele ser interesante, o no, por tal motivo, tal conferencia...*

NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed.gov US National Library of Medicine National Institutes of Health PubMed Search Help

PubMed

PubMed comprises more than 22 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations may include links to full-text content from PubMed Central and publisher web sites.

Using PubMed	PubMed Tools	More Resources
<a href="#">PubMed Quick Start Guide</a>	<a href="#">PubMed Mobile</a>	<a href="#">MeSH Database</a>
<a href="#">Full Text Articles</a>	<a href="#">Single Citation Matcher</a>	<a href="#">Journals in NCBI Databases</a>
<a href="#">PubMed FAQs</a>	<a href="#">Batch Citation Matcher</a>	<a href="#">Clinical Trials</a>
<a href="#">PubMed Tutorials</a>	<a href="#">Clinical Queries</a>	<a href="#">E-Utilities</a>
<a href="#">New and Noteworthy</a>	<a href="#">Topic-Specific Queries</a>	<a href="#">LinkOut</a>

You are here: NCBI > Literature > PubMed Write to the Help Desk

GETTING STARTED	RESOURCES	POPULAR	FEATURED	NCBI INFORMATION
<a href="#">NCBI Education</a>	<a href="#">Chemicals &amp; Bioassays</a>	<a href="#">PubMed</a>	<a href="#">Genetic Testing Registry</a>	<a href="#">About NCBI</a>
<a href="#">NCBI Help Manual</a>	<a href="#">Data &amp; Software</a>	<a href="#">Nucleotide</a>	<a href="#">PubMed Health</a>	<a href="#">Research at NCBI</a>
<a href="#">NCBI Handbook</a>	<a href="#">DNA &amp; RNA</a>	<a href="#">BLAST</a>	<a href="#">GenBank</a>	<a href="#">NCBI Newsletter</a>
<a href="#">Training &amp; Tutorials</a>	<a href="#">Domains &amp; Structures</a>	<a href="#">PubMed Central</a>	<a href="#">Reference Sequences</a>	<a href="#">NCBI FTP Site</a>
	<a href="#">Genes &amp; Expression</a>	<a href="#">Gene</a>	<a href="#">Map Viewer</a>	<a href="#">NCBI on Facebook</a>
	<a href="#">Genetics &amp; Medicine</a>	<a href="#">Bookshelf</a>	<a href="#">Human Genome</a>	<a href="#">NCBI on Twitter</a>
	<a href="#">Genomes &amp; Maps</a>	<a href="#">Protein</a>	<a href="#">Mouse Genome</a>	<a href="#">NCBI on YouTube</a>
	<a href="#">Homology</a>	<a href="#">OMIM</a>	<a href="#">Influenza Virus</a>	
	<a href="#">Literature</a>	<a href="#">Genome</a>	<a href="#">Primer-BLAST</a>	
	<a href="#">Proteins</a>	<a href="#">SNP</a>	<a href="#">Sequence Read Archive</a>	
	<a href="#">Sequence Analysis</a>	<a href="#">Structure</a>		
	<a href="#">Taxonomy</a>			
	<a href="#">Training &amp; Tutorials</a>			
	<a href="#">Variation</a>			

Copyright | Disclaimer | Privacy | Accessibility | Contact  
National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine  
8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA

1. En relación con **PUBMED** nos recordó la utilidad de:

- TUTORIAL en inglés de PubMed (*columna de la izquierda: Using PubMed*).



- Muy útil las **CLINICAL QUERIES** (*en la columna central: PubMed Tools*): útil para la tarea clínica cotidiana donde debemos acceder de forma rápida y con criterios de MBE a los artículos de mayor calidad en relación con el tema buscado (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas o genética médica).
- Utilizar adecuadamente el tesoro de PubMed (más de 20.000 términos consensuados internacionalmente) para facilitar la búsqueda que deseamos usando las palabras clave del **MeSH DATABASE** (*columna de la derecha: More Resources*). Existe un tutorial para facilitar el aprendizaje.
- Si desconocemos la referencia bibliográfica exacta y sólo conocemos la cita incompleta: usar el **SINGLE CITATION MATCHER** (*columna central: PubMed Tools*).

- Si se selecciona en el desplegable a la izquierda de *SEARCH* el término **PMC** (*Pub Med Central*) se obtienen sólo los artículos que están disponibles de forma GRATUITA a texto completo.
  - Desde la Biblioteca Virtual se puede imprimir el artículo a texto completo en muchas ocasiones. Otra posibilidad fácil es pedirlo directamente al autor en la dirección electrónica que viene reseñada en el artículo o a través de la Biblioteca del 12 en los formularios *ad hoc*.
2. Muy útil para la práctica clínica es la herramienta **UP-TO DATE** (*ii invento del siglo !!*).



Introduciendo arriba a la derecha el término clínico deseado en *Search Up To Date* se despliegan distintas revisiones precisas relacionadas con el término en cuestión y sobre cada una de ella, el estado de la cuestión sobre el tópico buscado (se revisan los temas por profesionales de prestigio, americanos, cada 3 meses). Muy recomendable para la práctica clínica.

3. A través del icono IME (*página de inicio de la Biblioteca Virtual, columna de la izquierda*) se accede a las bases de datos del CSIC español: para acceder a trabajos médicos hay que seleccionar la pestaña del **IME-Biomedicina**. Trabajos españoles de psicología pueden localizarse también en la base **ISOC-Ciencias Sociales y Humanidades (Psicología)**.
4. A través del icono **REVISTAS ON-LINE** se accede a los fondos bibliográficos de la biblioteca. Desde aquí es más fácil acceder al pdf de los números más recientes de ciertas revistas, que tardan más tiempos en estar disponibles en PubMed. Utilizar el asterisco comodín para términos como am\* (american), j\* (journal), med\* (medicine) u otros. Los fondos disponibles en papel se señalan en azul y los digitales en rojo, especificando el año disponible.



5. La **WEB OF KNOWLEDGE** (no consultable desde fuera de la intranet hospitalaria) tiene interés en investigación para saber quién publica tus trabajos, quien cita a quién y calcular le factor de impacto. Puede consultarse lo

que publica el Hospital 12 de Octubre sobre tal tema o quién es el autor o grupo de referencia a nivel mundial en tal tema. Maneja sólo las 800 revistas internacionales de mayor impacto en clínica e investigación (a diferencia de PubMed, mucho más amplia).

6. Aún puede accederse a la traducción en español de la **BIBLIOTECA COCHRANE**.



## 5. FORMACION CONTINUADA EN PILDORAS

- Cuestionario de evaluación. Seminario Infanto-Juvenil: **TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

*En los seminarios docentes estamos incluyendo algunas preguntas a modo de autoevaluación de los conocimientos sobre el tema impartido. También pueden ser útiles para el adjunto como refresco de conocimientos. Pongamos a prueba nuestro saber.*

1-Uno de los siguientes enunciados sobre los TEA es verdadero:

- a) Los niños con TEA presentan unas características típicas debido a la crianza recibida
- b) Todos los niños con TEA tienen Retraso mental
- c) El origen del problema está relacionado con la administración de vacunas, intolerancias alimentarias o intoxicación por metales pesados
- d) Algunos niños con TEA son capaces de comunicarse, mirar a los ojos, sonreír y responder a las muestras de afecto

2- Respecto a los principios generales sobre el tratamiento de los TEA, ¿Cuál es falso?

- a) Debe ser individualizado
- b) Debe tener en cuenta las características del contexto en el que vive el niño y su familia
- c) Las intervenciones deben realizarse de forma esporádica o a corto plazo pero no de forma intensiva y generalizada
- d) Es muy importante el papel de la familia

3- ¿Cuál de los siguientes tratamientos tiene una mayor evidencia de efectividad y por tanto esta recomendado su utilización en los TEA?

- a) Psicoterapia psicodinámica
- b) Terapias asistidas con animales
- c) Dietas libres de gluten y/o caseína
- d) Intervenciones conductuales

4- ¿Qué medicaciones se pueden utilizar en el tratamiento farmacológico de los TEA?

- a) Estimulantes
- b) Antipsicóticos
- c) ISRS
- d) Todos los anteriores

5- ¿Qué función desempeña Salud Mental dentro del Plan de tratamiento de los TEA?

- a) Diagnóstico
- b) Seguimiento
- c) Diagnóstico y coordinación de los recursos
- d) Detección precoz y diagnóstico

6- En relación al crecimiento normal de los niños: al final del 7º mes muchos niños son capaces de realizar todas estas acciones excepto una:

- a) Girar la cabeza cuando se les dice su nombre
- b) Señalar objetos que le interesan
- c) Responder con una sonrisa cuando se les sonrío
- d) Reaccionar a los sonidos con sonidos

7-Entre los indicadores de TGD **no** se encuentran:

- a) No lleva o muestra objetos a los demás
- b) No combina dos palabras a partir del año de edad
- c) No señala ni hace gestos a partir del año de edad.
- d) Excesivo interés en alinear los juguetes u objetos

8- En relación a la demora diagnóstica de los TEA hay una respuesta que no es correcta:

- a) La primera persona identificada en sospechar un “problema” suele ser el pediatra en una visita rutinaria.
- b) En un estudio realizado en España se determinó que los educadores o profesores daban la voz de alarma en un 8,4% de los casos.
- c) En el 82,4% de los casos es la familia la que detecta el problema
- d) La intervención temprana favorece un aumento de las capacidades intelectuales, reducción de las conductas disruptivas, mejora el desarrollo del lenguaje y favorece a integración escolar.

9-Entre las características diagnósticas del autismo se encuentran:

- a) El perímetro craneal neonatal es normal o reducido
- b) El cerebro en el autismo adquiere su tamaño definitivo demasiado temprano
- c) Existe una correlación clínica entre el aumento de la velocidad de crecimiento cerebral y la gravedad clínica.
- d) Todo lo anterior es correcto.

10- Cual de las siguientes afirmaciones no es correcta en relación a la utilización del CHAT y el M-CHAT :

- a) La información que se solicita al sujeto es retrospectiva
- b) Es posible que el sujeto falsee el resultado de la información suministrada.
- c) Tiene la ventaja de ser muy sensible para el diagnóstico del Síndrome de Asperger.
- d) El cuestionario es cumplimentado en un contexto específico en consulta y en presencia de un profesional.

*José C. Espín y Nuria Martínez<sup>2</sup>*

## 6. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS

• Francisco Gómez Holgado. **Guía de tratamiento psicoterapéutico sistémico de los trastornos psicósomáticos en niños, adolescentes y familias.** Cuadernos de Salud Mental del 12 (2012) N° 6: 1-164 (hasta ser colgado en breve en [www.psiquiatria12octubre.org](http://www.psiquiatria12octubre.org) (Publicaciones) puede descargarse de la página: <https://www.dropbox.com/s/ob2tw0vrv1p5m88/Cuad%20SM%20del%2012%20-%206%20%282012%29.pdf?m>)

F. Gómez Holgado. Cuadernos de Salud Mental del 12 (2012) N°6

**INDICE**

**Prólogo**

**Parte 1: Paradigma y modelos sistémicos en los trastornos psicósomáticos**

- 1. Introducción
- 2. Etmología: "¿Psico, soma, qué?"
- 3. Epistemología: "De la cultura biomédica a la óptica de la complejidad"
- 4. Diferentes escuelas sistémicas:
  - 4.1. La *Philadelphia Child Guidance Clinic* de Salvador Minuchin
  - 4.2. El grupo de Roma de Luigi Onnis
  - 4.3. La escuela estratégica: el MRI de Palo Alto y el CTS de Arezzo
  - 4.4. Otras aportaciones
- 5. Conclusiones

**Parte 2: Psicoterapia sistémica en trastornos psicósomáticos infanto-juveniles**

- 6. Introducción
- 7. Trastornos diana: "¿Dónde intervenir?"
- 8. Justificación: "La excepción del por qué"
- 9. Objetivos y evaluación: "Mamá, papá, ¿hemos llegado ya?"

F. Gómez Holgado. Cuadernos de Salud Mental del 12 (2012) N°6

- 10. Terapia sistémica en trastornos "psicósomáticos": "¿Un espejo dónde mirarse?"
  - 10.1. Terapia estructural y transgeneracional
  - 10.2. Terapia estratégica
  - 10.3. Terapia facilitadora

**Parte 3: Protocolo de tratamiento psicoterapéutico sistémico en niños, adolescentes y familias con trastornos "psicósomáticos"**

- 11. Protocolo
- 12. Problemas y precauciones
- 13. Conclusiones
- 14. Anexos
- 15. Bibliografía

*Reseñamos a continuación un - como siempre - sugerente texto de nuestro compañero el Dr. Antonio Muñoz de Morales que invita a modo de Prólogo a disfrutar del brillante trabajo realizado por nuestro PIR Francisco Gómez Holgado.*

<sup>2</sup> Respuestas en el próximo número.

# PRÓLOGO

Agradezco la amable invitación que el Dr. Vega y el Dr. Ramos me hicieron para leer y escribir unas líneas sobre el trabajo de Francisco Gómez Holgado *“Protocolo de tratamiento psicoterapéutico sistémico en trastornos psicósomáticos en niños, adolescentes y familias”*.

Conocí al autor cuando llego al SSM de Usera en su primer año de formación PIR. Traía un poco del Mediterráneo a nuestro canalizado Manzanares que como saben, en su orilla derecha, es un límite de nuestra área. Recordaran que para Tales, el de Mileto, el agua, lo húmedo, era el alma de las cosas.

Releí el trabajo en Mundaka, al borde del Cantábrico, donde una persona buena, nacida en Madrid, experta en el “tres “cubano, historiador de historias tristes, y abertzale apasionado, me explico que la famosa ola izquierda había perdido su fuelle a consecuencia de un dragado realizado hacia ocho años en la ria. Tenia padre y ansiedad. Al primero intentaba no tratarle y con la segunda convivía dolorosamente.

Creo que fue un buen lugar y una buena compañía para releer este trabajo que contiene mucha información y esfuerzo en organizarla, tarea nada fácil dada la polivocalidad que existe en la teoría sistémica.

El autor nos acerca a una visión, una epistemología, en la que el cuerpo, la mente y el ambiente constituyen el escenario en el que la enfermedad psicósomática seria el punto, el doloroso punto, de integración de factores biológicos y psicosociales. Nos adentra en ese cuerpo como símbolo, como lenguaje que se inserta en la totalidad, en el sistema. Nos recuerda que la elección de la familia como el sistema de intervención preferido, pero no el único, se debe a que esta es un lugar primario de aprendizaje, de transmisión de valores y de historias, subrayando la importancia de las pérdidas en estas.

En su trabajo nos va llevando de la visión biomédica de la enfermedad al paradigma de la complejidad en el que el terapeuta se ve inevitablemente incluido en la construcción de la misma.

La terapia sistémica nos remite, entre otras, a la teoría de la comunicación. Según el sociólogo Harold Lasswell (1902-1974) un teórico de la comunicación debe formular y responder la siguiente pregunta: *“¿Quién dice qué a quién y con qué efectos?”*. Los efectos suelen ser particularmente difíciles de averiguar.

La comunicación, por supuesto, es tan antigua como el lenguaje y quizá mucho más. Los homínidos llevamos comunicándonos, de manera más o menos efectiva, durante muchos miles de años, pero solo desde los dos o tres últimos milenios nos hemos dedicado a medir la efectividad de las comunicaciones. Tal vez por esto los Romanos colocaban a la retorica en la cúspide de la pirámide educativa.

Marshall McLuhan (1911-1980), profesor de inglés en la universidad de Toronto, generó una gran polémica y se le tildo de exagerado cuando afirmo que *“el medio es el mensaje”*, es decir que el medio a través del cual se comunica un mensaje afecta al contenido y a los efectos de la comunicación, a veces de forma radical. No solo los receptores de la comunicación perciben la diferencia, también el emisor la percibe según el medio que emplee para comunicar lo que en apariencia es el mismo mensaje.

John Dewey (1859-1952), filósofo norteamericano, propuso tratar de situar y pensar la conducta humana considerando a la biología, donde el pensamiento es producto de la evolución biológica, y a la cultura, porque el pensamiento siempre es un hecho comunicativo y social.



Consideraba que el ser humano vive en un drama basado en el riesgo, la ambigüedad y la crisis, es decir en la incertidumbre. El conocimiento tiene como función mitigar la incertidumbre, es decir tiene una función práctica. A esta forma de pensar se le ha llamado pragmatismo, término acuñado de forma más explícita más tarde por William James. Sin embargo es crítico, el pragmatismo, en la identificación de lo verdadero con lo útil, es decir lo verdadero es útil, pero no se identifica con la utilidad, porque aunque la verdad es siempre útil, lo útil no es siempre verdadero.

Dicen que inspiro a Richard Rorty y que el posmodernismo ha recuperado la doctrina pragmática. En su biografía, ya que el tema habla de la familia, destaca el hecho que se caso por segunda vez a los ochenta y siete años y adopto a dos niños.

En una primera parte el autor desarrolla la idea de paradigma sistémico y los distintos modelos sistémicos en los trastornos psicósomáticos, en una segunda parte y entrando ya en la población infanto-juvenil se pregunta donde intervenir, con qué objetivos y como evaluar estos y finalmente un tercer apartado en el que se centra en un protocolo de tratamiento sistémico en esta población. Este último apartado tiene a mi juicio un interés especialmente valioso dado que intenta acercarse a la práctica para no perderse en la complejidad de la teoría.

Albert Einstein demostró que el universo es finito pero carece de límites y que ninguna línea, si se prolonga lo suficiente, es recta. Todas las líneas se acaban curvando sobre sí mismas y, al final, al menos en teoría, retornan a su punto de partida. Consideraran conmigo que este es un buen ejemplo de cómo una teoría precisa de un esfuerzo “práctico” para sobrevivir intelectualmente.

El autor, desde una prometedora actitud humilde, nos va introduciendo en lo que se considera trastorno psicósomático, el por qué de la intervención, como se puede evaluar a la familia, que objetivos plantear y con qué técnicas, considerando las diferentes escuelas de pensamiento sistémico (estructural, transgeneracional, estratégico...) y teniendo en cuenta el contexto psicoterapéutico así como el estilo terapéutico del profesional.

Nos recuerda las características clásicas de la familia psicósomática, es decir la aglutinación, la hiperprotección, la evitación del conflicto y la rigidez, así como el papel fundamental del terapeuta en las mismas.

Nos habla del terapeuta como un constructor de realidades, de narrativas, limitado por su propia biografía, en colaboración con la familia y el paciente, recordándonos como las soluciones con frecuencia mantienen los problemas e incluso son causa de estos.

El paradigma sistémico incorpora una visión, otra visión, en constante proceso de construcción, tal vez no tan revolucionaria como la que introdujo un paisano del autor, Pablo Picasso, muerto hace ahora 30 años, que junto a Braque revoluciono la idea de que una pintura tenía que representar algo. En sus manos, los cuadros no eran representaciones de cosas sino cosas en sí mismas.

Cita en su introducción, entre otros, a René Descartes (1596-1650) como padre de la filosofía moderna marcando el final del pensamiento antiguo y medieval, y como a lo largo de su vida trato de reconocer la verdad, la certeza de esta, con discreción, tal vez para no despertar la atención de la inquisición. Viene al caso recordar que también fue padre de una niña que murió a los cinco años, cuando el tenía cuarenta y cuatro. Sufrió, según sus propias palabras, “la pena más honda de su vida”. De la madre solo he leído que se llamaba Elena y que había sido inicialmente sirvienta del filósofo. Para superar el dolor, cuentan que se refugió en el trabajo y un año después publicó sus *Meditaciones de filosofía primera*. Descartes conmociono el mundo con un propósito aparentemente modesto: conocer cuál es el camino que se puede seguir para llegar al conocimiento y a la verdad. La clave de su búsqueda es el método, que proviene de la palabra griega *méthodos*, que

quiere decir camino. Sus libros, a instancias de los jesuitas, fueron incluidos en el Índice y durante un tiempo fue pecado declararse cartesiano.

La reina Cristina de Suecia le invitó para que la diera clases sobre su filosofía. Las clases comenzaban a las cinco de la mañana. El filósofo murió al cabo de un año a causa de una neumonía a los cincuenta y tres años de edad. Sin embargo dar clases y/o madrugar entiendo que no necesariamente tiene siempre estas complicaciones, sobre todo en países con climas más cálidos.

En un reciente libro titulado *Ingenuidad aprendida*, su autor, Javier Gomá Lanzón señala que “frente a un exceso de lucidez, que corre el riesgo de ser paralizante y mineralizar aquello que toca, la ingenuidad es osada y se atreve a atravesar un poco ciegamente la nube luminosa del escepticismo, el relativismo, el particularismo y el pluralismo que nos rodea, y a alargar su mano confiadamente hacia la objetividad de las cosas mismas. Y como lo objetivo es aquello que todos comparten, la ingenuidad abre el camino a una experiencia universal.”

En fin, leer este trabajo ha sido para mí un agradable viaje intelectual que comenzó en el Mediterráneo, hizo escala en el Cantábrico y que quiero terminar en otro mar, en el Egeo. El mar de los números, tan presentes hoy, donde hace más de 2.500 años nos dijeron que “*las cosas son números*” y que estos podían ser bellos o feos, masculinos o femeninos...y que, para nuestra tranquilidad, también podían ser amigos. Los pitagóricos, que como saben compartían con los sistémicos el interés por los triángulos, descubrieron dos números amigos, el 220 y el 284, luego, siglos después, se descubrieron más e incluso René Descartes descubrió otros dos. Nos hablaron también de los números amigos de sí mismos, él 6 por ej., que denominaron números perfectos y que probablemente son menos simpáticos.

Con este trabajo el autor nos alivia de la melancolía que el irlandés W.B. Yeats (1865-1939) expresó en estas estrofas:

*Los mejores carecen de toda convicción,  
mientras los peores están llenos de fanática osadía.*

Antonio Muñoz de Morales Serrano




## • Publicaciones

- Artículo de revista: Rodríguez-Jiménez R, Bagney A, García-Navarro C et al. **The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Co-norming and standardization in Spain.** *Schizophrenia Research* (2012) 134: 279-84. Full Text (con clave PAPI de la Biblioteca Virtual): click en icono "Revistas OnLine" y dirigirse a la revista.

Schizophrenia Research 134 (2012) 279-284


---



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

### Schizophrenia Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/schres](http://www.elsevier.com/locate/schres)



---

### The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Co-norming and standardization in Spain

R. Rodríguez-Jiménez <sup>a,b,\*</sup>, A. Bagney <sup>a,b</sup>, C. García-Navarro <sup>a,b</sup>, A.I. Aparicio <sup>c</sup>, R. López-Anton <sup>b</sup>, M. Moreno-Ortega <sup>a</sup>, M.A. Jiménez-Arriero <sup>a,b</sup>, J.L. Santos <sup>c</sup>, A. Lobo <sup>b,d</sup>, R.S. Kern <sup>e,f</sup>, M.F. Green <sup>e,f</sup>, K.H. Nuechterlein <sup>e,g</sup>, T. Palomo <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Department of Psychiatry, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre, Madrid, Spain  
<sup>b</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Spain  
<sup>c</sup> Department of Psychiatry, Hospital Virgen de La Luz, Cuenca, Spain  
<sup>d</sup> Department of Psychiatry, Hospital Clínico Universitario and Universidad de Zaragoza, Zaragoza, Spain  
<sup>e</sup> Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, USA  
<sup>f</sup> VA Greater Los Angeles Healthcare System, Los Angeles, USA  
<sup>g</sup> Department of Psychology, UCLA, Los Angeles, USA

---

<h4>ARTICLE INFO</h4> <hr/> <p><b>Article history:</b> Received 5 August 2011 Received in revised form 19 November 2011 Accepted 28 November 2011 Available online 20 December 2011</p> <hr/> <p><b>Keywords:</b> Schizophrenia Cognition MATRICS MCCB</p>	<h4>ABSTRACT</h4> <hr/> <p>The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB), developed by the National Institute of Mental Health (NIMH) Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) initiative, has been recommended as the standard battery for clinical trials of cognition-enhancing interventions for schizophrenia. Normative data for the MCCB has been previously obtained in the U.S. Extrapolation of these normative data to different countries may be problematic due to the translation of the different tests, as well as potential cultural influences. We present the process of obtaining normative data for the MCCB in Spain with administration of the battery to a general community standardization sample. In addition, we examine the influence of age, gender, and educational level on test performance. The MCCB was administered to a total sample of 210 healthy volunteers, at three Spanish sites. For each site, recruitment of the sample was stratified according to age, gender, and educational level. Our findings indicate significant age, gender, and education effects on the normative data for the MCCB in Spain, which are comparable to those effects described for the original standardized English version in the U.S. The fact that the normative data are comparable, and that the variables age, gender, and education have a similar influence on performance, supports the robustness of the MCCB for use in different countries.</p> <p style="text-align: right;">© 2011 Elsevier B.V. All rights reserved.</p>
--	--

---

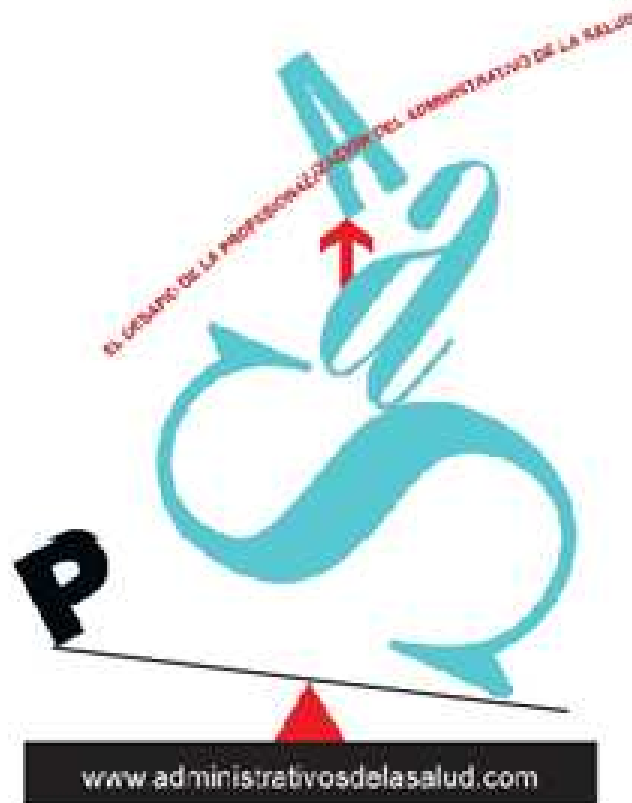
- Artículo de revista: Camacho A, Espín JC, Núñez N y Simón R. **Levetiracetam-induced reversible autistic regression.** *Pediatric Neurology* 2012; 47: 65-67. Abstract: [http://www.pedneur.com/article/S0887-8994\(12\)00159-2/abstract](http://www.pedneur.com/article/S0887-8994(12)00159-2/abstract) Full Text (con clave PAPI de la Biblioteca Virtual): click en icono "Revistas OnLine" y dirigirse a la revista.

- Artículo de revista: Verdura EJ, Fernández-Navarro P, Ponce G, Rubio G, Navío M, Ballesteros-Sanz D y Blanco C. **Differences between early-onset pathological gambling and non early-onset pathological gambling used data from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC).** *European Psychiatry* (2012) 27, sup. 1: 1-2

• Póster: Cabello J, García S, González G y Pérez Y. **El nuevo papel del Administrativo en el Area de Gestión Clínica. Integración del Area Administrativa en el modelo transversal del AGC de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid**". Congreso Nacional de Administrativos de la Salud (Cuenca, 22-25 Mayo 2012).

• **III Congreso Nacional Administrativos de la Salud (Cuenca, Mayo 2012)**

El pasado mes de mayo de este año (del 22 al 25) se celebró en Cuenca el III Congreso Nacional de Administrativos de la Salud, organizado por la Asociación de Administrativos de la Salud. El título del Congreso era "**La profesionalización del administrativo de la salud**" en el que el personal administrativo de nuestra área ha participado muy activamente con la presentación de un póster, una comunicación y una ponencia.



El Póster que presentamos era sobre "**El nuevo papel del Administrativo en el AGCPSM**". En él se exponían los nuevos retos que suponía la implantación del Area de Gestión Clínica para los administrativos, los objetivos que se plantearon, la metodología utilizada y los nuevos retos que nos proponemos. Trabajo en el que han participado cuatro de los administrativos de distintos CSM pertenecientes al AGC (Jesús Cabello, Soledad García, Yolanda Pérez y Gabriel González).

Se presentó también una Comunicación Oral, a cargo de Jesús Cabello, sobre "**La integración del Área Administrativa en el modelo transversal de gestión del AGCPSM**". En dicha comunicación se hablaba en primer lugar de lo que supone la creación de un AGC en líneas generales para pasar más concretamente al papel del Área Administrativa dentro de dicha Área. Se comentaron los retos iniciales, objetivos y métodos, haciendo especial hincapié en la idea de la transversalidad y en el objetivo de la profesionalización, formación y especialización.



En la Mesa Redonda, en la que participó Yolanda Pérez Ros, que trataba de "**La Importancia del Administrativo en un Equipo Multidisciplinar**", comentó que el modelo de gestión del AGCPSM, es especialmente apropiado para dispositivos de éstas características. Presentó la estructura del Área, organigrama, dispositivos y el modelo gestión transversal, destacando la creación de nuevas estructuras, la gestión propia de las agendas de cita y de nuevas aplicaciones como el SCAE (Servicio de Citación para Atención Especializada), resaltando en todo comento el papel destacado que cumplen los administrativos en el funcionamiento del AGCPSM.

*Gabriel González Pérez  
Administrativo CSM Villaverde*

# "EL NUEVO PAPEL DEL ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE GESTIÓN CLÍNICA"

## Integración del Área Administrativa en el modelo transversal del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM)

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid  
Cabello García J., García Rodríguez S., González Pérez G., Pérez Ros Y.

### ORIGEN

- EL AGCPSM del Hospital Universitario 12 de Octubre, nace con el objetivo de ofrecer una atención asistencial unificada y mejorada a todos los pacientes de Salud Mental.
- Para afrontar este reto, fueron estudiados los recursos de los que se disponía, tanto a nivel humano como material, con el objetivo de optimizarlos.

### JUSTIFICACION

- Además de los dispositivos ubicados en el Hospital se contaba con 5 Centros de Salud Mental, todos ellos con distinto grado de desarrollo, funcionamiento autónomo y con profesionales procedentes de distintas administraciones.
- De ésta manera, se apuesta por un modelo donde se integre personal sanitario y administrativo en estructuras paralelas y a la vez transversales.

Se trata de definir áreas independientes y a la vez complementarias



### OBJETIVOS PRIMARIOS

- Identificación y unificación de los procesos administrativos
- Mejora en la transmisión de la información
- Integración de todo el personal administrativo en una única estructura
- Mejora en la colaboración administrativa inter-centros
- Revalorización del trabajo administrativo, traducido en mayor presencia y participación
- Mayor profesionalización:
  - Elaboración de un proyecto de formación específico
  - Reuniones periódicas de coordinación administrativa

### OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Consolidar la profesionalización del personal administrativo
- Fomentar y aumentar la formación continuada
- Homologación de los cursos oficialmente
- Reconocimiento de la especialización de la actividad administrativa en el Área de la Salud Mental

### METODOLOGIA

Se identifica el Área Administrativa como una pieza básica del Área de Gestión:

- Adquiere un protagonismo propio
- Se integra en la estructura como una pieza más
- Participa en la toma de decisiones

El Área Administrativa se dota de una nueva estructura:

- Tiene una jerarquía claramente definida
- Integra la totalidad del personal administrativo del Área
- Se rige por nuevos procedimientos unificados de gestión

### CONCLUSIONES

- Es posible crear una estructura administrativa centralizada y plenamente integrada en el Área de Gestión Clínica como una de las bases para el desarrollo de una actividad asistencial de calidad
- Las áreas administrativas y asistenciales están claramente diferenciadas pero son necesariamente complementarias
- La transversalidad de un Área de Gestión permite englobar la mejora de la calidad asistencial con la profesionalización, formación y especialización del personal administrativo

### BIBLIOGRAFIA Y AGRADECIMIENTOS

- Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental 2010-2014
- Resolución 21/2010 de 21 Enero de la Dirección General de Recursos Humanos, Consejería de Sanidad
- Orden 42/2010 de 28 Enero, de la Consejería de Sanidad, sobre reordenación de centros y dispositivos de Salud Mental
- Resolución 23/2010 de 25 Junio, de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad Madrileña sobre adscripción funcional de los CSM
- Decreto 51/2010 de 29 Julio sobre Libre Elección
- Decreto 52/2010 de 29 Julio sobre Área Única de Salud
- Agradecimientos al AGCPSM, al Dpto. I+D del Hospital Universitario 12 de Octubre, a Cibersam y FCM

## 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. para facilitar la conexión por vídeoconferencia a otros centros*

### DICIEMBRE

- 5 PROGRAMA TEC
- 12 INFANCIA Y ADOLESCENCIA USERA
- 19 SESIÓN EXTRAORDINARIA

El malestar del resentimiento. Materiales para una posible anatomía.  
Germán Cano, Profesor Titular de filosofía contemporánea. Universidad de Alcalá de Henares.

El calendario de sesiones clínicas y docentes puede verse alterado por las distintas convocatorias de huelga en curso o previstas para este mes de Diciembre en la sanidad madrileña

## 7. REFLEXIONES, EXPERIENCIAS

- Entrevista de J. Camilo Vázquez a Ricard Ruiz Garzón

En: <http://www.mardetinta.com/las-voces-en-el-laberinto-entrevista-a-ricard-ruiz-garzon/>

### ENTREVISTA A RICARD RUIZ GARZÓN “LAS VOCES EN EL LABERINTO. Historias reales sobre esquizofrenia”

Cuando se aborda la enfermedad mental más allá de los textos técnicos, en la narrativa, suelen ocurrir dos cosas. Por un lado puede que ésta se obvie sin más, evitando profundizar en “la locura” debido a una particular mezcla de mala prensa y temor a lo desconocido. En otras ocasiones el sufrimiento del enfermo y su entorno tienden a ser abordados de forma tremendista en beneficio de una trama que subordina la sinceridad al efectismo. Esto acaba perpetuando unos estereotipos tan equívocos como nocivos. Afortunadamente, frente a esta corriente dominante, existe una creciente lista de autores que nos han brindado y nos brindan hoy una visión más honesta y comprometida. Ricard Ruiz Garzón es uno de estos autores.

#### *El libro*

---

**1- Su obra aborda de forma valiente y serena un trastorno mental muy concreto: la esquizofrenia. Para ello hace uso de una interpretación personal del mito del laberinto del Minotauro. ¿Qué papel juegan aquí las voces?**

Titulé el libro 'Las voces del laberinto' porque buscaba una portada que no contribuyera al prejuicio sobre la esquizofrenia, que no aumentara más el estigma. La metáfora del laberinto, sugerida por un afectado, me pareció muy potente, porque todos podemos en cualquier momento perdernos en laberintos, y también porque en todo laberinto, por definición, existe una salida, la conocemos o no. Pero el proyecto se centraba en la voz de los testimonios, los quince que elegí finalmente entre más de cien entrevistados. Y por esos sus voces son ya protagonistas desde el título. Este, por tanto, es un libro que habla sobre el laberinto de la enfermedad mental, en concreto el de la esquizofrenia, a través de las voces de quienes lo han recorrido. En los siete años que el libro lleva publicado en diferentes formatos, ha habido quien también ha querido ver las voces como reflejo de las alucinaciones auditivas de algunos enfermos, pero quedarse en eso me parece reduccionista y limitador. De hecho, en algún momento 'Las voces...' estuvo a punto de ser una trilogía con testimonios de otras gentes con distintos padecimientos, como el autismo o el sida. El proyecto no llegó a cuajar, pero demuestra que la idea de las voces apuntaba sobre todo al testimonio.

**2- “Las voces en el laberinto” rescata testimonios reales de pacientes y familiares afectados por esta enfermedad. ¿Qué parte de ficción se entrelaza con cada una de estas realidades?**

Quise ser cuidadoso con los testimonios que recogí, así que no hay hechos relevantes ficcionados, sólo técnicas narrativas aplicadas a las confesiones para que fueran más ágiles



de cara al lector. Lo que sí aproveché fue el pacto con los entrevistados de no incluir su nombre ni sus datos reales, establecido frente a la existencia del estigma, para introducir conocidos referentes del cine y la literatura que proporcionaran un nivel de lectura más, y la verdad es que ha sido uno de los grandes aciertos del libro a decir de los lectores. En lo demás, si alguna vez distorsioné algún dato, lo expliqué en las notas finales de cada capítulo. El hecho de que ningún entrevistado haya mostrado su disconformidad me tranquiliza bastante al respecto.

***3- La propia estructura del libro está construida con el esmero de Dédalo: un laberinto con una entrada, tres bloques temáticos, cada uno de ellos con tres relatos rematados por un testimonio externo que abre una pequeña vía de escape hacia nuestro existir cotidiano. Al final, encontramos una salida. ¿Cuál es el hilo conductor que nos ha de servir de guía?***

El hilo de Ariadna de este libro es por supuesto la lucha contra una injusticia, igual que en el mito original. En este caso, la injusticia es el extraordinario estigma que aún sufren los enfermos mentales en general y los enfermos de esquizofrenia en particular (el hecho de llamarlos 'esquizofrénicos', como si la enfermedad los definiera, forma parte del problema). Creo que todos los relatos, y con ellos todos los testimonios, denuncian de un modo u otro el padecimiento que tal actitud genera, injustificable pese a que a menudo se explique por miedo o ignorancia. Junto con la propia enfermedad, el gran problema de los enfermos mentales es el rechazo social. Ojalá algunos Teseos vencieran a ese monstruo y dejaran en paz al pobre Minotauro, que sólo tiene la culpa de no ser considerado 'normal'.

***4- De los tres bloques principales del libro: el brote, el estigma y el despertar, ¿cuál cree que urgía en mayor medida traer a la palestra?***

Los bloques siguen el curso natural de la enfermedad, para alguien que no la conozca o la conozca poco sería difícil entender los últimos sin pasar por el primero, y esta es una obra con afán divulgativo, no quería que la leyeran sólo los afectados sino también cualquier lector interesado en los enigmas de la mente humana. Sin embargo, creí que el tercer bloque, centrado en gente que, pese a no 'curarse', ha sabido superar lo peor de la enfermedad o ha aprendido a convivir con ella, tenía un valor especial. Sabemos que la esquizofrenia no se cura oficialmente, que es crónica, pero resulta evidente que repetir eso sin parar y sin introducir matices ayuda poco a luchar contra el abismo. De acuerdo, no hay cura, pero hay gente que lleva una vida muy compensada y hay que animar a los enfermos hacia esa meta y no, como decía Tagore, en dirección contraria a las estrellas.

***5- ¿Qué clase de lector tenía en mente al escribir esta obra? ¿Para quién está escrita?***

Como decía, mi reto fue la obra tuviera diferentes niveles de lectura, y por tanto diferentes lectores posibles, desde los afectados y sus entornos inmediatos hasta la comunidad terapéutica, sin renunciar a los lectores ajenos al tema pero interesados en los laberintos de la mente humana. La sorpresa ha sido encontrar que estos niveles se han repartido mejor de lo que creía, porque la respuesta hacia el libro ha venido por igual de enfermos, de asociaciones de salud mental, de lectores anónimos, de críticos literarios e incluso de los propios psiquiatras, que le han dado en general el visto bueno al texto pese a su carga crítica. En el fondo, sin embargo, supongo que escribía para todo aquel que como yo en algún momento se planteó averiguar más sobre una realidad que afecta a una de cada cuatro personas y que sin embargo nos empeñamos en ignorar.

**6- Es muy enriquecedor el uso que hace de otras referencias literarias y culturales en la mayoría de relatos. En su opinión, ¿hace justicia la literatura al mundo de la enfermedad mental? ¿Qué obras recomendaría para profundizar en su comprensión?**

La literatura de ficción, como el cine, han reforzado en general los tópicos sociales en torno al tema clásico de la locura, ya sean buenistas (el loco lúcido tipo Quijote) o sensacionalistas (cualquier novela negra resuelta mediante una afección mental del culpable). Sin embargo, hay que decir que, más allá de la no ficción, hay cuentos y novelas que nos han ayudado a entender mejor muchas cuestiones relacionadas con la salud mental, sobre todo las más íntimas. De Philip K. Dick a Hermann Hesse, y de Virginia Woolf a August Strindberg, grandísimos autores han abordado desde su propia experiencia asuntos tan esenciales como la sospecha paranoica, la locura de la presunta normalidad, la intimidad del abismo o la fuerza expresiva del delirio. Y luego está la poesía, claro, de Hölderlin a Emily Dickinson. Si tuviera que quedarme con un título breve pero representativo, sin embargo, elegiría *El pabellón nº 6* de Chéjov. Pone el dedo en la llaga como pocos, aunque prefiero no decir más para no condicionar su lectura.



### ***La esquizofrenia, sociedad y literatura***

---

**7- La esquizofrenia representa el paradigma de la locura, siendo una enfermedad excesivamente mencionada y al tiempo terriblemente desconocida. ¿A su juicio qué la hace tan especial?**

Supongo que no es casualidad que la llamen 'el cáncer de la mente'. Puede llegar a ser devastadora, pero además puede reunir la quintaesencia de lo que la sociedad considera la 'locura': delirios, choques con la realidad, comportamientos aberrantes. Le faltaba un ingrediente para ser perfecta, el de la violencia, pero no hay problema: entre todos, y especialmente los medios de comunicación -yo soy periodista, así que no hablo en vano-, hemos falseado de tal modo la esquizofrenia que la mayoría de la gente cree que sus

afectados son violentos. Y eso sí que es aberrante. Es triste que las etiquetas de éxito sustituyan sin problema a la realidad. Por eso entiendo a quienes creen que sería mejor empezar a llamar de otro modo a la esquizofrenia, como ha pasado por ejemplo con el trastorno bipolar. Ya es muy difícil librarla de sus demonios.

**8- *Hace una reflexión muy interesante acerca del papel de la metáfora en el discurso de la esquizofrenia. ¿Hay poesía en la enfermedad o pretendemos construirla en torno a ella?***

Siguiendo a Susan Sontag, creo que no es bueno que la enfermedad sea una metáfora. Puede usarse como tal, es inevitable en literatura y en periodismo, pero si se abusa, si llega a hacerse coloquial, la metáfora sustituye a la enfermedad, y la etiqueta dispara exponencialmente el estigma. Por sí misma, en realidad, la enfermedad no contiene poesía, sólo el talento del artista que sabe atravesar el abismo y volver para contarlo puede convertirla en algo que los demás admiren. Y lo cierto es que la esquizofrenia llevada al tópico nos ha traído hasta la confusión general en la que nos encontramos.

**9- *Habla de la dialéctica entre locura y cordura como una de las falacias de la "normalidad". ¿De qué manera puede la literatura ayudar a mostrar lo poroso de sus supuestas fronteras?***

La literatura, entiendo que la ficción, es el mejor camino para ponernos sin fisuras en la piel del otro. Y ver al otro desde dentro, sobre todo al otro extraviado, es la única forma de vencer al prejuicio. Especialmente con la literatura de calidad, la que huye de las grandes verdades y apuesta por el matiz. Frente a esas categorías excluyentes que son la locura y la cordura, frente a la intolerancia de quienes pretenden imponer 'normalidades' que casi nunca son neutrales ni gratuitas, la literatura puede ayudar a ahondar en las aristas que definen al ser humano. Por eso Foucault decía que para hablar de la locura había que tener el talento de un poeta. Es material altamente sensible, y sólo los grandes creadores son capaces de convertirlo en palabras con toda su complejidad. De todos modos, basta una definición tan aséptica y poco literaria como la que hace la OMS de la cordura para poner en duda que nadie pueda considerarse libre de sospecha. Y sólo eso ya sería una gran lección para muchos.

**10- *¿Cree que existe hoy en día una mayor conciencia social en torno a la esquizofrenia o sigue siendo un campo reservado a aquellos que han sufrido sus consecuencias?***

Contestaré con una anécdota: para la versión del libro en lengua catalana, publicado por una editorial de alto prestigio, decidimos cambiar el título 'Las voces del laberinto' por el de 'Esquizo', en la creencia de que la sociedad había avanzado y el término, aunque apocopado, ya no causaba tanto rechazo. El experimento salió bastante mal, no sólo en ventas, y eso que acompañamos el título con una portada amable y colorista para huir de cualquier tipo de morbo. ¿Conclusión? Quizá que para la mayoría de la sociedad la mera mención de la enfermedad dispara todas las alarmas. Pero hay que seguir combatiendo ese miedo con información, y hay que seguir normalizando la esquizofrenia para que los pasos ya logrados, aunque lentos, aumenten y se consoliden. Basta echar un vistazo a medio siglo atrás para ver que el camino, aunque largo, es correcto. Eso sí, habrá que presionar, y más en este contexto de crisis, para que nadie, y menos que nadie políticos e instituciones, se baje del barco.

**11- ¿Existe o puede llegar a existir un género literario de la salud mental? ¿cuáles serían a su juicio los beneficios y los inconvenientes?**

No es casual que no exista una historia literaria de la locura: sería tan inabarcable que nadie se ha atrevido a ponerse. En su versión más políticamente correcta, en los últimos tiempos ha aumentado el número de obras que trata de ofrecer relatos sinceros y desprejuiciados de la enfermedad mental, pero no hay que engañarse: el dolor produce mejor literatura que el bienestar. Así que la literatura puede ser un gran instrumento de exploración, pero la lucha contra el estigma no se ganará desde esa trinchera. Importa más lo que hagan los medios de comunicación, y ahí la televisión e internet son y serán determinantes. Mientras no se creen movimientos orgánicos y multidisciplinarios contra el estigma como los que promovieron en su día las mujeres, los negros o los gays, a los enfermos mentales se les seguirá dejando demasiado de lado. Aunque es posible que haya a quien esta postura le parezca excesivamente beligerante...



***El autor***

---

**12- A lo largo de las páginas de “Las voces en el laberinto” se exponen los motivos que le llevaron a interesarse por un tema tan espinoso como el de la esquizofrenia. Habla de una pérdida personal y muchas preguntas. ¿Cómo le ha ayudado este libro a responderlas? ¿Quedan interrogantes abiertos?**

Quedan más preguntas que respuestas, claro, pero quedan preguntas mucho mejores, más certeras, más afinadas: ¿por qué un universitario culto como yo desconocía hasta tal punto los detalles de una enfermedad tan común que no vi los síntomas en mi mejor amigo? ¿Por qué nadie en su entorno supo ayudarlo a tiempo? ¿Se trata de un caso aislado, o le pasaría a la mayoría? ¿Le pasaría a usted? ¿Por qué la mente nos da tanto miedo? ¿Por qué permitimos que la sociedad establezca fronteras intolerantes e insolidarias ante los enfermos mentales? ¿Por qué en la era de los recortes aún nos hemos olvidado más de ellos? La verdad es que afinar las preguntas, pese a no obtener todas las respuestas, ayuda a buscar. Sin ese proceso, no hay cambio posible.

**13- *Todavía existe polémica entre los profesionales en salud mental a la hora de definir el núcleo de la(s) esquizofrenia(s). Por otro lado, el conocimiento del público general en torno a la enfermedad es irregular en el mejor de los casos. ¿Qué sintió al enfrentarse por primera vez a una palabra tan potente y a la vez escurridiza como lo es “esquizofrenia”?***

Sentí que se abría una puerta que hasta entonces había ignorado. Supongo que el día en que la gente sea lo bastante sensible como para acercarse a ese tipo de puertas sin que un caso cercano les empuje habremos dado un gran paso en la lucha contra el estigma.

**14- *¿Qué destacaría del proceso de creación de la obra? ¿Recuerda alguna experiencia que le haya impactado especialmente?***

Nunca pensé que mi primer libro sería como 'Las voces del laberinto'. Al escribirlo, me hice escritor, lo cual es mucho aunque parezca una perogrullada, pero también entendí mejor qué sentido tenía para mí el periodismo, y por qué es imposible separarlo de la noción de denuncia. Por otro lado, en términos humanos aprendí muchísimo de toda la gente a la que entrevisté, y comprendí que, además de injusto, lo que hacemos con esa inmensa porción de la sociedad que padece trastornos mentales es una barbaridad. En ese sentido, nunca podré expresar mejor lo que es el estigma que al notar la mirada de una persona de postín que, al estar rodeado de enfermos mentales en el proceso de escritura, me creyó uno de ellos. Fue una mirada terrible, desoladora. Me destrozó en un segundo. Y los enfermos notan esa mirada a diario, a todas horas. No me importa admitir que años después he padecido, como la mayoría de la gente, algún trastorno mental. Ni siquiera voy a decir cuál es, o si fue leve o no, no voy a intentar justificarme. Aquella respetable mirada, que no creo más sana que la mía, me ha curado de tales cobardías. Así que, por solidaridad con quienes padecen dolencias mentales, a veces me gustaría gritar que sí, que estoy con ellos, que soy como ellos, que prefiero su compañía a la de tanto cuerdo intolerante. Supongo que algo así hubiera sido imposible sin 'Las voces del laberinto'.

**15- *Han pasado casi ocho años desde que dio a luz esta obra. Con la perspectiva ganada en este tiempo ¿incluiría algún nuevo pasaje? ¿ha descubierto alguna otra voz que necesite quedar patente?***

Si escribiera ahora el libro, tras lo vivido estos ocho años, escribiría un libro distinto porque no soy el mismo. Pero creo que algo seguiría exactamente igual: la indignación ante el estigma. La enfermedad es la que es, los avances médicos son lentos, la burocracia espanta, la gente padece con o sin libros que sirvan de altavoz. Pero nuestra actitud como sociedad podría cambiarse, y es ahí donde debemos incidir, individuo a individuo y colectivo a colectivo. Para ser honestos, supongo que el libro sería ahora más duro. Y para ser del todo honestos, ignoro si eso lo haría o no mejor.

**16- *¿Puede extenderse el estigma de la esquizofrenia, como nos pasa a veces a los profesionales, al escritor que se interesa por ella? ¿Qué influencia ha ejercido “Las voces...” en su carrera literaria?***

Creo que con la anécdota de la mirada he respondido en parte a esta pregunta. Puedo añadir que aún me veo obligado a ciertas aclaraciones cuando, por ejemplo, la gente teclea mi nombre en google, como escritor o periodista, y la mayoría de las primeras entradas incluyen constantemente referencias a la esquizofrenia. Por otro lado, me sigue resultando curioso que la mayoría de medios de comunicación de los muchos que se han acercado al

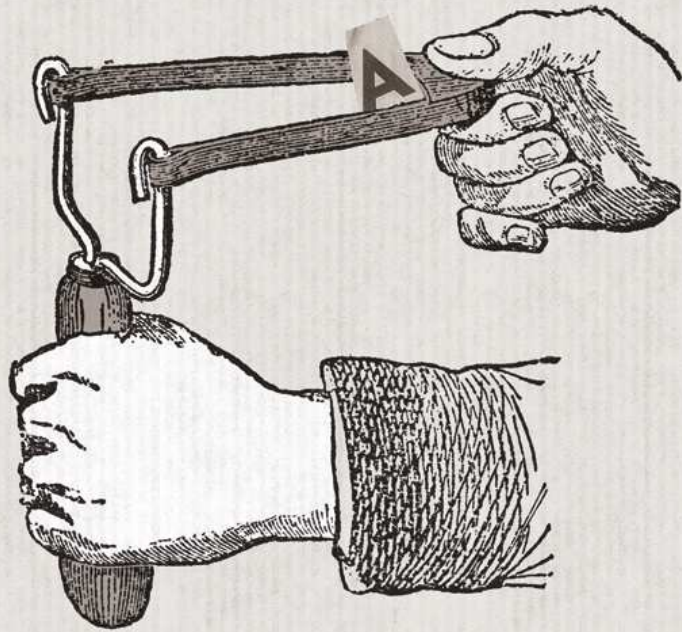
libro, salvando las excepciones, lo hayan hecho más desde las secciones de sociedad o salud que desde las de cultura, que es mi ámbito natural. Supongo que ahora que voy a publicar un par de novelas ajenas a estos asuntos podré notar si he sufrido algún tipo de encasillamiento mayor, aunque no lo creo.

***17- ¿Tiene algún nuevo proyecto literario en mente?***

Aparte de una novela en la que llevo enfrascado siete años, y que tiene que ver con la mitología griega (tampoco me he alejado tanto del laberinto), en los próximos meses verán la luz dos novelas más, una juvenil de fantasía relacionada con el mundo de los sueños y otra a cuatro manos con un amigo marroquí en el que también aparece tangencialmente el tema de la salud mental. Buen ejemplo, en fin, de que seguiré acercándome de vez en cuando a la cuestión...

***José Camilo Vázquez Caubet***  
*R-4 de Psiquiatría.*  
*Hospital 12 de Octubre.*

FELIZ 2013



Sostenemos... que todos los hombres son creados iguales; que son dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables; que entre éstos están la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad; que para garantizar estos derechos se instituyen entre los hombres los gobiernos, que derivan sus poderes legítimos del consentimiento de los gobernados; que cuando quiera que una forma de gobierno se haga destructora de estos principios, el pueblo tiene el derecho a reformarla o abolirla e instituir un nuevo gobierno que se funde en dichos principios...

*Declaración de Independencia de los Estados Unidos. 4 de julio de 1776.*

Diseño: Sergio A. González Conde ® (<http://www.angulocasirecto.com/>)

**Entre varios compañeros hemos construido este número.  
Os animamos a enriquecer los siguientes  
con vuestro trabajo y creatividad <sup>3</sup>**

<sup>3</sup> \* **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 ( [svega.scsm@salud.madrid.org](mailto:svega.scsm@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 enviado por e-mail a cada dispositivo y a quien lo solicite de los profesionales de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental del HU 12 de Octubre (lista de distribución) y descargable desde [www.psiquiatria12octubre.org](http://www.psiquiatria12octubre.org)