

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 16 – Febrero 2010



elroto.elpais@gmail.com ¹

Nuevos Protocolos Docentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica (Enero 2010)
Guías de Acogida a los residentes de nuestra Unidad Docente - **Guías de Rotación**
Unidad Docente de Psicoterapia (S. Amodeo, M. de Andrés- Gayón, A. López Fuentetaja,
I. Mearin, J. Ramos, P. Roig, R. Sánchez y N. Sartorius)
Rotación Externa Saba Fdez. (Roma) - Libro: **"Las puertas de la cordura"** (Vicente Molina)
Formación Continuada en píldoras: Psiquiatría Transcultural (Mayte de Lucas)
Nueva revista: **"Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico,
Psicoterapia y Salud"** (Ana López Fuentetaja)
Grupo de trabajo Area 11: **"Intervención con jóvenes"**

¹ El País, 12 Diciembre 2009

1. DOCUMENTOS DEL AREA ²

2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ³

3. OTROS RECURSOS ⁴

4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁵

• Hola a todos: En la carpeta de la Urgencia os he incluido la hoja de **valoración frontal** de la que habló Luis Agüera en la sesión clínica del 27 Enero 2010. Espero os sea de utilidad. En el primer cajón está el **foto-test**. Un saludo,

María Aragiés - Urgencias de Psiquiatría

5. DOCENCIA ⁶

- Se han actualizado (Enero 2010) los **PROTOCOLOS DOCENTES** de **PSIQUIATRIA** y de **PSICOLOGIA CLINICA** de nuestra Unidad Docente de Salud Mental recogiendo los recientes modificaciones en los respectivos programas nacionales de las especialidades de Septiembre 2008 y Junio 2009 (*En proceso de carga en la web del hospital y la web del servicio en construcción*)

² Sección para la difusión de documentos de trabajo sobre nuestra organización asistencial. Información sobre los temas recogidos en las Actas de las Comisiones de Asistencia, Docencia, Rehabilitación, Usuarios u otras (así quien quiera puede leerlas: se envían a cada CSM y queda copia en la Secretaría del Servicio Psiquiatría Hospital 12 Octubre). Información sobre grupos de trabajo de la Cdad. de Madrid (Gestión de la Demanda, Urgencias, Historias Clínicas...), etc...

³ Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Area 11 (tanto del propio IMSALUD como los concertados). Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas

⁴ Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

⁵ Puesta en común de materiales de interés clínico o docente: p.e. una escala de evaluación clínica o de investigación, una escala de evaluación de la docencia que impartimos o de satisfacción de usuarios. Solicitud de datos (respetando las normas legales de confidencialidad: ¡ojo!) o casos clínicos para estudios de investigación proyectados o en marcha, etc...

⁶ Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc...

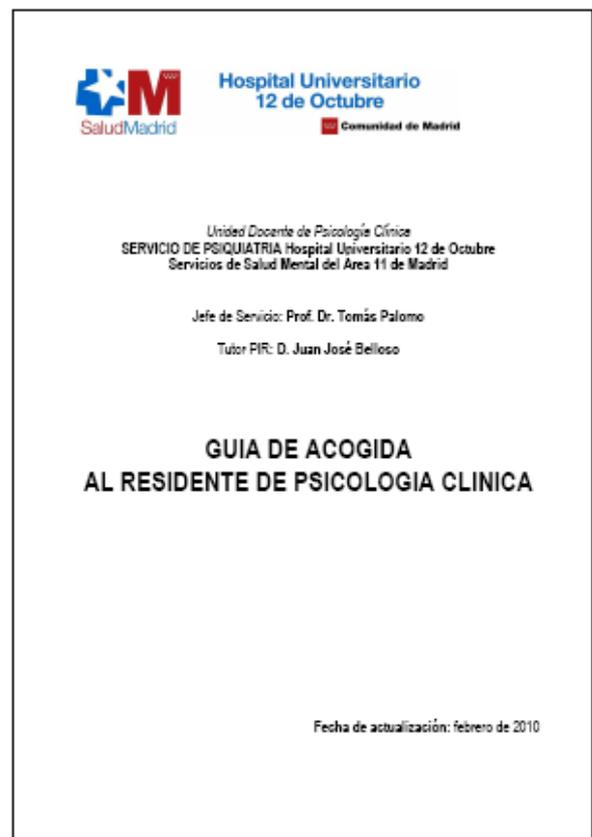
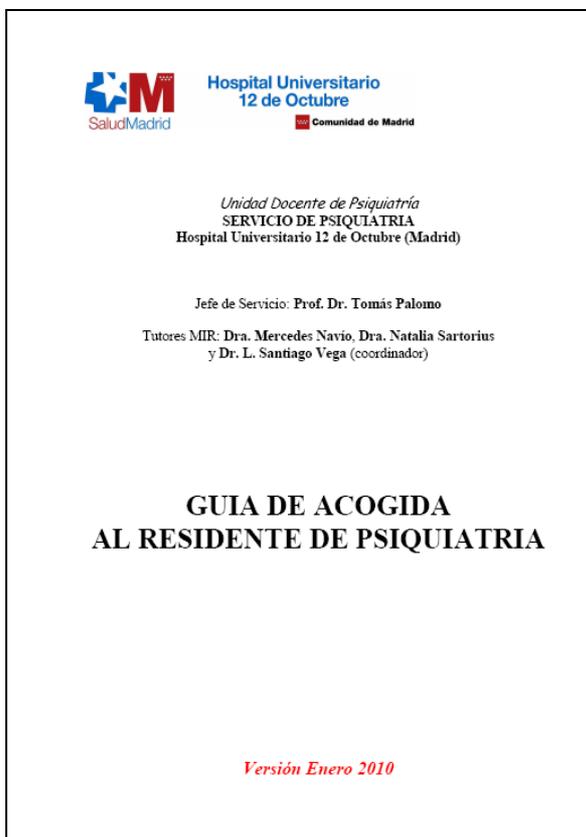
- Se han confeccionado, en un proceso en el que han participado numerosos adjuntos y residentes del Area, las **GUIAS DE ACOGIDA AL RESIDENTE** de Psiquiatría y de Psicología Clínica de nuestros servicios. Se acompañan de una serie de **GUIAS DE ROTACION** que, basadas en los protocolos docentes y con una mayor concreción de datos prácticos (tutor de rotación, datos del recurso, bibliografía básica de obligatoria lectura, evaluación...) y objetivos a alcanzar, pretende facilitar la evaluación continuada del residente (*En proceso de carga en la web del servicio en construcción; ya distribuidas a los residentes la de su rotación en curso hasta que se puedan descargar desde nuestra web*)
- En el futuro se pretende realizar guías de rotación similares para los residentes de otras especialidades que rotan por nuestros servicios: **Neurología, Medicina de Familia, Medicina del Trabajo, Geriatria** u otras.

Juan José Belloso (Tutor PIR)

Mercedes Navío (Tutor MIR)

Natalia Sartorius (Tutor MIR)

Santiago Vega (Tutor Mir coordinador)



- Se presenta a continuación el documento de trabajo final que ha guiado la puesta en marcha de la **Unidad Docente de Psicoterapia**. Un espléndido e innovador proyecto de los compañeros que lo han gestado y **que desde Enero 2010 es ya una realidad**. En la Jornada de Docencia de Octubre 2009 y en varias ocasiones más los compañeros implicados han señalado que dicho proyecto está abierto a los profesionales que deseen enriquecerlo con su participación.

Unidad Docente de Psicoterapia

ROTACIÓN POR LOS C.S.M. DE ARGANZUELA Y VILLAVERDE PARA LA DOCENCIA PRÁCTICA EN PSICOTERAPIAS DE M.I.R. Y P.I.R. DE ÚLTIMOS CURSOS

Justificación de la acción

La psicoterapia, sola o en combinación con los psicofármacos, constituye el tratamiento de primera elección de un buen número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento útil de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud.

La psicoterapia individual y de grupo se ofrecen como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 63/1995, BOE 10/2/95), y por tanto su oferta, constituye una obligación del sistema sanitario público.

En los diferentes planes de salud mental (CAM, 2002) se señalan como objetivos a conseguir el hacer accesible esta prestación a todos los pacientes para los que esté indicada, garantizando la continuidad asistencial y la coordinación con otros programas asistenciales. Así mismo se da prioridad a la práctica de las corrientes psicoterapéuticas de referencia, a las modalidades de psicoterapia grupal y a impulsar el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos para niños y adolescentes. Para todo ello se aconsejaba la contratación de psiquiatras y psicólogos en la Red pública con formación acreditada en psicoterapia y se daba cuenta de la pertinencia de acciones formativas en este campo para los profesionales de la red pública

A las necesidades asistenciales y formativas de los profesionales de la red se une al requerimiento, por parte de la Comisión Nacional de la Especialidad, de una formación en Psicoterapia para Mires y Pires que, en los últimos desarrollos de los nuevos programas de formación van adquiriendo mayor importancia. En planes futuros se contempla que el residente que lo solicite pueda formarse hasta durante 12 meses específicamente en Psicoterapia. La Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias viene a ofrecer un marco legal para el desarrollo de futuras ofertas formativas, que en el futuro próximo son ya una obligación de los centros docentes para su acreditación.

Desde el curso 2005-2006 se viene desarrollando en el Area 11 un programa específico para la docencia en psicoterapia para los MIR y PIR.

En estos años se ha consolidado la docencia teórica, con seminarios de frecuencia quincenal impartidos los miércoles en el Hospital Doce de Octubre, con un temario diferenciado para los R1 y otro para los R2 y superiores.

La supervisión de los aspectos psicoterapéuticos de la práctica clínica de los R-1 durante su rotación inicial por los CSMs (12 meses en el programa actual) es realizada por varios compañeros del staff del Área.

Diferentes residentes de Psiquiatría y Psicología han comunicado su interés por incrementar su aprendizaje en el ámbito de las psicoterapias durante sus últimos años de Residencia. La docencia de los aspectos psicoterapéuticos se contempla en el Plan de Formación como longitudinal en el tiempo, pero la sucesión de rotaciones por diferentes Dispositivos a partir del primer año hace difícil la continuidad mínima necesaria. La realidad es que los MIR de Psiquiatría pueden concluir su Residencia sin haber seguido un paciente durante 8 sesiones seguidas y menos aún haciéndolo con una perspectiva psicoterapéutica.

Los Centros de Salud Mental de Arganzuela y Villaverde, a través del desarrollo de la Docencia de Psicoterapia, pretenden contribuir a la formación en psicoterapia de los futuros psiquiatras y psicólogos.

Profesionales a los que va dirigido

MIR de Psiquiatría y PIR del Area 11, en sus últimos años de Residencia.

Duración

Rotación por un tiempo de **3-4 meses** por los **CSM de Arganzuela y Villaverde** durante el que su actividad sea la práctica psicoterapéutica, acompañada de una supervisión y consejo teórico reglado

Recursos humanos

*** CSM de Arganzuela:**

- **Natalia Sartorius (psiquiatra)**
- **Marisol Andrés-Gayón (psicóloga)**
- **Javier Ramos (psicólogo)**
- **Ignacio Mearin (psiquiatra)**

*** CSM de Villverde:**

- **Pilar Roig (psicóloga)**
- **Ana López (psicóloga)**
- **Susana Amodeo Escribano (psicóloga)**
- **Remedios Sánchez (psiquiatra)**

Recursos materiales

- Despachos del C.S.M. de Arganzuela y Villaverde.
- Equipo de grabación de videos digitales.
- Biblioteca de libros de Psicoterapia (en el despacho TMG del Sº de Psiquiatría, edificio de Medicina Comunitaria del H.12 de Octubre)

Organización de la Rotación

Se propone que la formación y la investigación se basen en la clínica. Por ello la implicación de un grupo de profesionales de las áreas asistenciales y la escrupulosa organización de las agendas asistenciales centradas en la docencia durante el periodo de compromiso del profesional con la unidad, resulta fundamental.

Cada uno de los profesionales psiquiatras y psicólogos participantes, se comprometen a dedicar un tiempo a la semana a la asistencia centrada en la docencia en Psicoterapia. La asistencia se llevará a cabo en los lugares de trabajo habituales de los profesionales implicados.

El rotante tendrá una agenda vacía en la que irá organizando sus diferentes actividades, que incluirán tratamiento psicoterapéutico de un pequeño número de pacientes, supervisión reglada de los mismos, asistencia como espectador a psicoterapias, individuales y grupales, efectuadas por los profesionales docentes, supervisión de lecturas teóricas...

Los pacientes serán escogidos por los docentes de entre aquellos que atienden y tienen a cargo, previa información y solicitud de permiso.

Toda la actividad del alumno será supervisada. Cada docente tendrá asignada una hora semanal, en un día concreto, para la supervisión de los casos. Así el alumno tendrá todos los días (el miércoles es día de Docencia en el Hospital Doce de Octubre) una hora de supervisión.

En el CSM de Arganzuela los lunes, entre las 13.00 y las 14.30, se desarrollará una reunión de todo el equipo con la participación de el-la rotante, con la finalidad de compartir impresiones, resolver problemas, presentar y supervisar casos, comentar libros o artículos, exponer técnicas o manuales, etc.

Propuestas concretas para el curso 2009-2010:

Cada docente organizará su tiempo de la siguiente manera:

CSM de Arganzuela

*** Propuestas de Natalia Sartorius**

Organización de los lunes con Natalia Sartorius:

HORARIO:

9-9.45: Psicoterapia dinámica breve individual (residente con paciente)

9.45-10.30: Supervisión

10.30-11.15: Entrevista psicodinámica con paciente nuevo(con/sin supervisión in situ)

11.15-11.30: Indicación terapéutica (supervisión)

12-13h Residente como observador en psicoterapia de un paciente psicótico

13: Reunión

OBJETIVOS:

1) Psicoterapia dinámica breve:

Selección de un paciente que tenga una indicación de este modelo de psicoterapia.

Elaboración de un plan de tratamiento, selección del foco y estructuración en objetivos de las 12 sesiones a trabajar.

Supervisión inmediata de cada sesión semanal.

Bibliografía:

- Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalítica. H.Fiorini
- Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Glenn Gabbard
- Revisión modelos de Malan, Sifneos y Davanloo.

2) Entrevista psicodinámica con paciente nuevo:

Realización de una primera entrevista médico-psiquiátrica de un paciente que acude por primera vez al CSM, derivado por médico de cabecera, en la que se explora funcionamiento psicológico, fuerza –debilidades yoicas, mecanismos de defensa etc... Tras exploración y diagnóstico psicodinámico se elabora un plan de tratamiento que incluya la indicación argumentada de un abordaje psicoterapéutico.

Bibliografía: Glenn Gabbard, Hugo Bleichmar

3) Observación de una terapia cognitivo-conductual en paciente psicótico:

El residente estará presente en entrevistas terapéuticas con diversos pacientes psicóticos (esquizofrénicos, esquizoafectivos, delirantes crónicos, bipolares...) que habitualmente están en tratamiento con el adjunto, observando la terapia cognitivo-conductual, muy útil para el manejo de los síntomas, trabajo de la conciencia de enfermedad y de la adherencia terapéutica.

Bibliografía:

- “Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos”. Perris y McGorry. Desclee ed.
- “Cognitive therapy with schizophrenic patients”. Merlo, Perris y Brenner. Hogrefe and Huber publishers.
- “Alucinaciones y delirios, tratamiento cognitivo”
- Falloon, I.R.H. Talbot, R. (1981). Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11.329-39.
- Chadwick, D. Birchwood, M (1994) The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Hogarty, G.E. (2004) Cognitive Enhancement therapy for Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*; 61:866-876
- Morrison, A.P. (2004) Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting. *Acta psychiatr. Scand.* 110.36-44.
- Morrison, A.P. (2004) Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psych.* 185, 291-297.
- Haddock, G. (1999) Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales. *Psychol. Med.* 29.879-89.
- Tarrier, N. (2004) Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. *British Jour. Psych.* 184.231-239.
- Brandon, A (2005) Cognitive Behaviour Therapies for Psychotic Disorders. *Clin. Psychol. Sci. Prac.* 12:33-50.
- Perris, C. (2004) Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Biblioteca de Psicología. Ed. Desclée de Brouwer.

- Valiente, C. (2002) Alucinaciones y Delirios. Ed. Síntesis. Madrid.
- Gelder, M.G. (2003) Tratado de Psiquiatría. tomoII. Psiquiatría editores. Barna.

- Y otros, según el tipo de paciente en tratamiento.

* Propuestas de **Ignacio Mearin**:

Tiempo asignado: viernes de 11.00 a 13.30 horas

Formato:

De 11 a 12 acompañará como observador al alumno en su actividad psicoterapéutica, con preparación de la sesión y supervisión posterior.

De 12 a 13 el alumno asistirá, en calidad de observador, a una psicoterapia individual realizada por el docente.

Posteriormente se dedicará una media hora para la supervisión del resto de casos llevados por el alumno.

Propuestas de Terapias a realizar por el alumno:

Tratamiento del trastorno de angustia.

- “Dominar la crisis de ansiedad”. P. Moreno, J.C. Martín. Ed. Desclée.
- “Cómo vencer la ansiedad”. R. Z. Peurifoy.

Psicoterapia dinámica breve.

* Oferta de formación en psicoterapia de **Marisol Andrés-Gayón**:

Se ofrecen tres tipos de actividades a realizar durante el periodo de rotación por la Unidad:

1/ Proceso de evaluación para Psicoterapia con pacientes nuevos. Este proceso incluye las actividades:

- Valoración de la demanda.
- Evaluación de personalidad.
- Exploración Biográfica.

2/ Supervisión de tratamiento Psicoterapéutico individual de trastorno de la conducta alimentaria (bulimia) según modelo cognitivo-conductual de Faiburn.

3/ Psicoterapia de Grupo para trastornos de personalidad borderline según el modelo de M. Linehan, terapia Dialéctico Comportamental de periodicidad semanal y de forma paralela terapia individual.

El residente podrá estar como observador directo en el grupo siempre y cuando se comprometa a asistir a las 8 sesiones semanales de las que consta cada uno de los módulos y

siempre que su rotación por la unidad coincida con el inicio de un módulo de tratamiento. En su defecto podrá ver las grabaciones de las sesiones.

Estas actividades se realizan los jueves en horario de tarde.

* Propuestas de **Javier Ramos**:

CONSULTA TERAPÉUTICA

No diría que un análisis cabal es siempre mejor para un paciente que una entrevista psicoterapéutica.

D. W. Winnicott

Partiendo de un ideario, una formación y un modo de trabajar winnicottianos⁷, nos planteamos la idoneidad de abordar a una cierta parte de los pacientes que recibimos con una técnica de *consulta terapéutica*. Se trata de una herramienta que puede resultar idónea para abordar a pacientes que requieren ser atendidos (puesto que nos han sido derivados, y es preciso dar alguna respuesta independientemente de la idoneidad de dicha derivación) pero con los que carece de sentido iniciar una psicoterapia como tal.

Al menos desde la publicación de los escritos técnicos de Freud, a principios del siglo XX, existe un consenso incuestionable en relación a la importancia capital de “la apertura” de todo tratamiento, lo que equivale a decir que una gran parte de los resultados terapéuticos se juegan en las primeras entrevistas. Así, del mismo modo, en el caso de que se decida no iniciar una psicoterapia como tal, se puede argumentar que del manejo del paciente en la(s) consulta(s) o entrevista(s) de evaluación de la demanda dependerá que aquél (el paciente) se reincorpore a su vida de un modo positivo -más responsable, activo y saludable- o bien se sienta expulsado o incomprendido –lo que conllevará un incremento en su malestar y en la sensación de incompreensión, y provocará, probablemente, una nueva consulta-.

Así, consideramos fundamental afrontar con cuidado y atención la primera entrevista. Nos remitimos al capítulo dedicado por Fiorini (1990)⁸ a esta cuestión. Según este autor, es función de una primera entrevista establecer un diagnóstico en tres niveles:

- 1) Clínico y psicodinámico. Se precisará recoger datos tales como
 - a. Síntomas principales que motivan la consulta, tiempo de evolución y circunstancias relacionadas con la variación, supresión o agravamiento de estos síntomas.
 - b. Grupo familiar del paciente, estructura, clima emocional, roles, eventos importantes.
 - c. Relación éxito-fracaso en la conducta del paciente. Habilidades adaptativas desde una perspectiva evolutiva: estudios, trabajo, capacidad de relación, sexualidad, etc. (Evaluación del yo).
 - d. Aspectos relacionales *en* la entrevista, en la interacción con el terapeuta.

⁷ Cfr, vg, Winnicott, D. W. (1965). El valor de la consulta terapéutica. En *Exploraciones psicoanalíticas*. Barcelona: Paidós, 1991.

⁸ Fiorini, H. J. (1990). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999, 17ª edición.

Todo ello habría de hacerse desde una aclaración previa, al comienzo de la entrevista, de los objetivos y tareas de la misma. Es preciso reducir en lo posible la ambigüedad y la incertidumbre. *Entrevistador activo*.

- 2) Diagnóstico de la motivación y las aptitudes del paciente para la psicoterapia. El paciente habría de tener
 - a. Capacidad para reconocer el carácter psicológico de su problema.
 - b. Capacidad de introspección y de comunicación honesta de sus hallazgos psicológicos.
 - c. Deseo de comprenderse y de participar activamente en la búsqueda de elementos para esa comprensión.
 - d. Disposición a ensayar cambios.
 - e. Esperanza en relación al tratamiento.
 - f. Capacidad de hacer ciertos sacrificios para conseguir logros.

- 3) Diagnóstico de las condiciones de vida del paciente.
 - a. Condiciones básicas para una psicoterapia: estabilidad geográfica, disponibilidad horaria,...
 - b. Condiciones patógenas.
 - c. Condiciones terapéuticas.

En los casos en los que, ya sea por las características psicopatológicas del paciente (cuadros crónicos, caracteropatías graves, exigencia de una virtual felicidad o analgesia supuestamente accesibles a través de “unas técnicas” o “una psicoterapia”), por la falta de aptitudes o motivación (anhelo de soluciones mágicas para las que no se precisa un esfuerzo) o por determinadas condiciones de vida del consultante no sea posible hacer una indicación cabal de aquellas psicoterapias susceptibles de realizarse en un CSM, el desarrollo de un trabajo de *consulta terapéutica* puede ser beneficioso.

Desde la ética de una práctica centrada en el paciente⁹, herramientas técnicas tales como la elasticidad en la acogida, la contención psicológica, el manejo de la sintonía afectiva¹⁰, la capacidad de *holding*¹¹ o *reverie*¹² o la clarificación pueden permitirnos actuar como *clínicos suficientemente buenos*, capaces de identificar el malestar, de darle carta de naturaleza, de legitimarlo como tal, de hacerlo comprensible, de contextualizarlo, de historizarlo y de proveer al paciente, no sólo de un instrumento psicológico para apaciguarlo (mediante la interiorización de un aparato para pensar) sino de la importante percepción de sí mismo como agente de su propio cambio gracias a la puesta en marcha de sus propios recursos.

A efectos docentes, se propone la presencia del residente en la primera entrevista de aquellos pacientes derivados a Psicología. En tales entrevistas se valorará la pertinencia de

⁹ Tizón, J. L. (1986). “La Atención Primaria en Salud (mental): una perspectiva”. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 17: 229-250.

¹⁰ Stern, D.N., Sander, L., Nahum, J., y otros. (1998). “Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The ‘something-more’ than interpretation”. *Internat J Psycho-Anal*, 79: 903-921.

¹¹ Winnicott, D. W. (1987). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: The Hogarth Press.

¹² Bion, W. R. (1959). “Attacks on Linking”. *Int J Psycho-Anal*, 40: 308-315.

indicación de psicoterapia o, en caso contrario, el manejo de los casos en un formato de consulta terapéutica.

CSM de Villaverde

1.- MARTES. Consultas Psicoterapéuticas. Pilar Roig y Ana López. Supervisión quincenal

A.- Entrevistas iniciales con pacientes nuevos, dirigidas a:

- Clarificar la demanda del paciente y nuestras posibilidades de trabajo
- Delimitar si existe indicación o no de tratamiento y modalidad del mismo
- Establecimiento de la alianza terapéutica
- Conocer la problemática básica que sustenta la demanda (ansiedades, mecanismos defensivos, déficits, conflictos, etc.)
- Valorar los aspectos más adaptativos en los que apoyarse.
- Valorar los mecanismos de repetición que pueden estar actuando en el paciente y a su vez intentar evitar la repetición de la misma problemática y patología a través de la terapéutica
- Realizar una propuesta de trabajo consensuada con el paciente, de acuerdo a nuestras posibilidades, que facilite un cambio

B.- Seguimiento posterior por parte del residente de algunos de estos casos, supervisados quincenalmente por el profesional de referencia

2.- JUEVES. Psicoterapia de Grupo

A.- **Psicodrama (Pilar Roig y Remedios Sánchez). 9,30-11. Supervisión semanal de 11-12 h.**

Dirigido a jóvenes adultos, neuróticos, o con crisis biográficas importantes, no susceptibles de abordaje breve, que muestran mecanismos repetitivos de base patológica en su vida, con suficiente capacidad de adaptación a las normas de un grupo, con suficiente capacidad de introspección y con motivación para el abordaje psicoterapéutico. Se excluyen aquellos pacientes con una clara tendencia manipulativa o actuadora, y cuadros clínicos descompensados o muy propensos a recaídas graves.

Objetivos

- Favorecer la creación de un espacio grupal donde la expresión emocional facilite la conexión con las repeticiones neuróticas, el crecimiento personal y la creación de un clima que permita una experiencia de ayuda y de confianza desde lo interpersonal /grupal.

- Facilitar la conexión emocional y disminución de las conductas evitativas y defensivas en relación al conflicto.
- Estimular – respetando- el proceso psicoterapéutico de cada paciente en el espacio grupal.
- Desarrollar la capacidad de simbolización, de las potencialidades, de la toma de decisiones, flexibilizar la rigidez del Super Yo, desinflar el Yo ideal, favorecer los procesos de individuación... etc.
- Recuperar la espontaneidad, entendiendo la salud como la capacidad creadora que planteaba Moreno. “Cuando se produce el ahogo de la espontaneidad surge la neurosis” (Garrido Martín, E.)

Metodología

- Uso del psicodrama para la representación de los conflictos en el aquí y ahora considerando el psicoanálisis como el modelo explicativo de base
- Cada sesión estaría organizada en tres momentos distintos:
 1. el caldeamiento: permite la toma de conciencia de pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales en el aquí y ahora además de permitir salir del lugar elegido para hablar.
 2. la representación o dramatización del conflicto seleccionado
 3. y la posterior elaboración, y cierre con la resonancia, el “sharing” y el eco grupal. Esta fase es denominada participación terapéutica del grupo según Moreno.
- El grupo sería inicialmente un grupo abierto, empezando en noviembre y cerrando el grupo en diciembre. La posibilidad de entradas se estudiaría durante el proceso.
- La frecuencia sería semanal y la duración de cada sesión de hora y media.

Recursos

- Los cinco instrumentos básicos serían: el escenario, el coordinador, el observador no participante, el/ los yo auxiliares y la audiencia.
- Sala grande, acondicionada, con reproductor de música y posibilidad de elementos que permitan la representación simbólica (ej. Cojines de diferentes formas y tamaños)

Bibliografía

- Herranz T. (2004) "La acción que cura la interacción enferma: una búsqueda de significados alternativos a la locura" Comunicación presentada en el XX Reunión de la Asociación Española de Psicodrama.
- Herranz T. (2004) "Psicodrama/s modos de pensar la psicoterapia desde una epistemología en cambio" Curso de pos título internacional. Santiago de Chile
- Herranz T. (2005) "El síntoma pensado desde una posición de encuentro: síntoma y psicodrama." V congreso virtual de interpsiquis.
- Herranz T. (1999) "Psicoterapia Psicodramática individual" Bilbao, DDB
- Herranz T. (2004) "Psicodrama clínico. Teoría y técnica" Ed. Ciencias sociales Madrid
- Gamo Medina E. (1998) "Terapias e Intervenciones grupales". Ed. You & US
- Ramírez José Agustín (1997) "Psicodrama Teoría y práctica", DDB Serendipity
- Cukier R "Psicodrama Bipersonal: su técnica, su terapeuta, y su paciente" (material fotocopiado)
- Bustos D.(1975) "Psicoterapia Psicodramática" , Paidós Buenos Aires.
- Valiente D.(1987) "Psicoterapia Psicoanalítica de grupo" Editorial Fundamentos
- Valiente D(1995) "Psicodrama y Psicoanálisis" Editorial Fundamentos
- Población P.(1997) "Teoría y Juego en Psicoterapia" Editorial Fundamentos

B.- Grupo de Jóvenes (Ana López). 12-13,30. Supervisión quincenal 13,30-15

Chicos y Chicas, entre 18 y 24 años, que requieren tratamiento intensivo y a largo plazo, con biografías muy complejas que han tenido un gran impacto en la evolución de su psiquismo, bien por haber sufrido traumas severos y/o situaciones carenciales graves.

Se emplean en gran medida intervenciones afirmativas (Killingmo): interpretación y explicación empática, reconstrucción, contención y sostenimiento. A través de las situaciones actuales que se van presentando en el grupo y las propias relaciones entre los miembros del grupo, se persiguen los siguientes objetivos:

- Contribuir a crear un desarrollo psíquico no constituido por la crianza deficitaria
- Relativizar los significados y códigos infantiles aportados por los padres en un contexto seguro
- Construir en un marco grupal, nuevas formas de expresión de las emociones y lograr una mayor comprensión de las que aparecen

- Reconocer el tipo de vínculos que se establecen en las relaciones interpersonales y contribuir a que estos puedan ser más estables, ejemplificados en lo que acontece en el día a día del grupo
- Fomentar un afrontamiento más adaptado en los acontecimientos personales actuales y una mayor gratificación en las relaciones interpersonales.

C.- Grupo de control de la Ansiedad (Susana Amodeo Escribano). Lunes 17-18 h. Supervisión semanal 18-18.30.

Programa estructurado de entrenamiento en el control de la ansiedad a través de técnicas psicofisiológicas y cognitivas desde una perspectiva cognitivo-conductual. Dirigido a pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia (principalmente) y otros trastornos de ansiedad con un claro componente somático y con conductas de evitación.

Metodología:

- En cada sesión se exponen una serie de contenidos y técnicas, se ensayan y se proponen tareas intersesiones.
- Grupo cerrado, dado que en cada sesión se exponen y ensayan diferentes técnicas.
- De 8 a 10 sesiones con frecuencia semanal.
- 8 a 10 pacientes (no es posible un mayor número por limitaciones físicas de espacio en la sala de grupos pues se realizan ejercicios en colchonetas).
- Un terapeuta psicólogo clínico (Susana Amodeo) y un coterapeuta DUE (Julia Martínez). Si es posible interviene también un paciente en remisión que esté utilizando las técnicas del programa.

Nota: Cuando finaliza un grupo no necesariamente comienza otro inmediatamente, depende de la disponibilidad pacientes con un trastorno primario de ansiedad, que acepten trabajar en grupo y puedan venir los Lunes por la tarde. En el caso que participaran residentes (uno por grupo) su participación sería activa como coterapeuta.

Bibliografía básica inicial de la Unidad Docente de Psicoterapia ¹³

LIBROS BÁSICOS

Alberto Fernández Liria. Beatriz Rodríguez Vega. **La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas.** Ed. Desclée. 2002.

Guillem Feixas. M^a Teresa Miró. **Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos.** Ed. Paidós. 2005.

¹³ Disponibles en la biblioteca de psicoterapia instalada en el despacho TMG (al lado de la secretaría de Psiquiatría del Edificio de Medicina Comunitaria). Ver normas de uso en el Boletín nº 14 (Octubre 2009)

PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE

Fiorini, H. J. **Teoría y técnica de psicoterapias**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999, 17ª edición.

MANEJO DE LA ANSIEDAD

Herrero, E. **Entrenamiento en relajación creativa (libro y CD)**. Editorial Herederos de Eugenio Herrero Lozano. 13ª edición, 1996

Peurifoy, R. Z. **Cómo vencer la ansiedad. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006, sexta edición.

MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Faiburn, C. **La superación de los atracones de comida**. Paidós Ibérica, 1998

Linehan, M. **Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Border-line**. Paidós, 1993

TERAPIA RELACIONAL

Safran, J y Muran, C. **La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional**. Ed. Desclée. 2005.

PSICOTERAPIA DE PACIENTES PSICÓTICOS

Valiente, C. **Alucinaciones y Delirios**. Ed.Síntesis. Madrid, 2002

CSM de Arganzuela:

- Natalia Sartorius (psiquiatra)
- Marisol Andrés-Gayón (psicóloga)
- Javier Ramos (psicólogo)
- Ignacio Mearin (psiquiatra)

CSM de Villverde:

- Pilar Roig (psicóloga)
- Ana López (psicóloga)
- Susana Amodeo Escribano (psicóloga)
- Remedios Sánchez (psiquiatra)

6. RESIDENTES

- **Rotación Externa de Saba Fernández en la Unidad de Psicoterapia de la Univ. de la Sapienza e Instituto de Formación Sistémica IEFCOS (Roma)**



Bienvenidas y bienvenidos a una nueva Rotación Externa; en esta ocasión no será necesario recorrer una gran cantidad de kilómetros, aunque dejándonos llevar nos podríamos sentir transportados a la época del nacimiento del Gran Imperio. Y así es, el lugar de destino es Roma, que como se sabe “no basta una vida”.

Probablemente los que leáis esto estaréis interesados en conocer que tipo de trabajo se realizaba, que patologías eran las más frecuentes o el tipo de pacientes que acudían a la Unidad de Psicoterapia de La Sapienza; ya habrá tiempo de contaros como se concebía la atención a familias desde la orientación sistémica.

Pero antes, y aprovechando la petición de Santiago Vega de describir desde un punto de vista experiencial mi rotación, ¿por qué no plasmar un poco del encanto de la ciudad eterna? El sonido de sus fuentes, el frescor de los mármoles, el realismo del rapto de Proserpina y cualquier obra de Bernini, la magnitud de la capilla Sixtina, la multitud de iglesias (incluso las hay coreanas, dedicadas a mártires japoneses...), la música en directo, el ambiente del Trastevere, la pericia de los conductores, los helados de mil sabores (chocolate alla fragola) la crostata de ricotta y chocolate, los spaghetti alla carbonara de Fabrizio...Una ciudad y una gente que engancha, enamora y transporta..

Y sumida en este bellissimo entorno, conozco a mi profesional de referencia en Roma, el Profesor Luigi Onnis. La persona más afable con la que me he encontrado. A pesar de los años de experiencia, del reconocimiento profesional, las investigaciones realizadas, los proyectos que tiene en marcha, y a pesar del protocolo italiano, es una persona de lo más entrañable. Desde el primer momento ha sido atento, interesado y preocupado por mi situación, mi plan de trabajo, mi integración con el equipo... y por supuesto a nivel profesional, para mí ha sido todo un lujo poder verlo trabajar. La oportunidad de sus intervenciones, la humildad con la que se dirigía a las familias, e incluso con sus colegas, quienes lo aprecian y admiran por su valía (sus proyectos de investigación, aportaciones técnicas, su modo de hacer terapia), siendo también muy querido.

Y ya continuando hago referencia al trabajo psicoterapéutico que allí se realizaba. Para empezar, mencionar que he estado en la Unidad de Psicoterapia adscrita a la Universidad de La Sapienza y concertada con la Sanidad Pública italiana y, en el Instituto de Formación Sistémica

Iefcos. Prácticamente la forma de trabajar en ambos servicios es similar, así como las características de las personas que acuden a terapia familiar.

El proceso de la terapia se iniciaba con una entrevista familiar en la que se explicaba la manera de trabajar (equipo detrás del espejo, teléfono de comunicación interna, pausa.), la frecuencia generalmente quincenal de las sesiones. El entrevistador evaluaba en esta primera cita el nivel motivacional de todos los miembros asistentes y el objetivo u objetivos que la familia proponía para ser atendida. En función de la conveniencia de la terapia familiar se firmaban los documentos de aceptación y se concertaba una cita para iniciar la terapia con el terapeuta que le correspondía.

Antes de cada sesión el equipo (formado por dos o más terapeutas expertos, un residente de psiquiatría, algún estudiante en prácticas, y durante unos meses por la presente residente de psicología) nos reuníamos para comentar la sesión previa, en caso de ser un primera sesión poner en común los datos conocidos, y proponer alguna hipótesis de trabajo para la sesión actual.

Finalizada ésta, el terapeuta se reunía con la familia para realizar la sesión, mientras que el resto del equipo nos situábamos en la sala contigua para poder seguir la entrevista tras el espejo unidireccional. Pudiendo realizar las demandas y sugerencias oportunas a través del teléfono interno. Después tiene lugar la pausa, donde terapeuta y equipo se reúnen nuevamente para comentar lo ocurrido y formular una devolución adecuada. Aproximadamente dura entre diez y quince minutos. Para finalizar, el terapeuta regresa a la sala de terapia para realizar la devolución.

Mientras tiene lugar la sesión, de duración media 1½ -2 horas, uno de los miembros del equipo realiza el registro escrito de toda la información relevante, siendo éstas las notas de referencia para comentar la sesión antes de la próxima cita.

Las técnicas empleadas abarcan desde la utilización de preguntas circulares para los miembros de la familia, hasta la realización de una dramatización, pasando por la formación de una nueva historia familiar, la realización de esculturas...

A grandes rasgos este es el proceso seguido para cada una de las sesiones realizadas.

Por regla general los casos eran derivados por otros profesionales que solían tener en tratamiento a uno de los miembros de la familia, de tal modo que frecuentemente se combinaba la terapia individual con la familiar. El periodo de atención terapéutica a algunas familias no era inferior a los dos años.

Las quejas que manifestaban, los problemas que se presentaban las familias, los diagnósticos realizados no mostraban diferencia alguna con respecto a las familias que en España acuden a terapia. Viendo más allá de las influencias culturales, expresiones propias de cada país, maneras de comunicarse, las relaciones entre los miembros de las familias italianas y españolas tienen más analogías que diferencias.

De todo lo vivido, aprendido, experimentado y disfrutado se me hace muy complicado mencionar una sola anécdota para contaros: la niña con alopecia que se presenta en la primera sesión con una diadema de luces, el físico que a través del brote psicótico descubre lo que es ser padre, el suicida en mi parada de metro, la sartén gigante del lago, hacer de intérprete entre un alemán sordomudo y una palermitana, sufrir una huelga de trenes el día que tienes que regresar y colarse en un hotel a pasar la noche,...por lo que creo, sería mejor cada uno de vosotros tuviese la oportunidad de vivir sus propias anécdotas en la bella Roma!!!

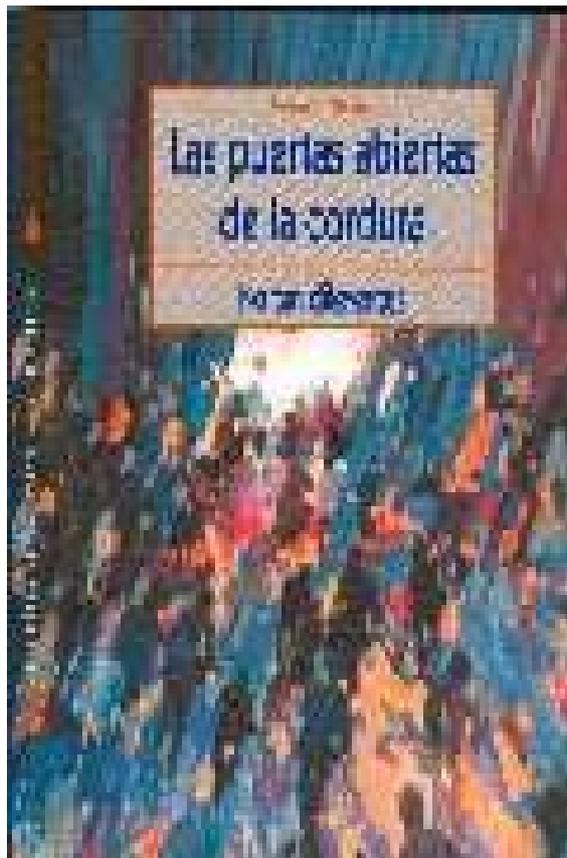
Bacione per tutti, especialmente para Guadalupe Carretero.

Saba Fernández - PIR

7. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ¹⁴

- El nuevo libro de Vicente Molina se llama " **Las puertas abiertas de la cordura. No tan diferentes**" Ed. Biblioteca Nueva. (2009). Es un libro bien escrito, excelentemente documentado, del que se aprende y te hace pensar, muy estimulante. Y aunque requiere mucha concentración porque es denso, te capta, cuesta dejarlo. Así que un buen libro para los profesionales y yo me atrevería a decir que obligatorio para los residentes. También puede ser un buen regalo para esos amigos no psiquiatras, estudiosos y eruditos, que de vez en cuando te hacen preguntas difíciles sobre la frontera entre la normalidad y la enfermedad mental.

Natalia Sartorius - CSM Arganzuela



¹⁴ 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...*

8. FORMACION CONTINUADA EN PILDORAS

- La Dra. Mayte de Lucas hace un interesante resumen de la información recibida en el *III Simposio de Psiquiatría Transcultural* al que asistió. Esta es una idea interesante que permite compartir con el resto de colegas del Area en el Boletín algo de la formación continuada recibida en cursos, congresos, jornadas y similares a los que acudimos. Por cuestiones prácticas en estas páginas **debemos hacerlo de forma muy esquemática y muy práctica**. Posibilita asimismo que quien tenga más interés en el tema se ponga en contacto con quien hace la reseña para ampliar información o intercambiar documentación. Sería fenomenal que pudiéramos compartir estas **"PILDORAS DE CONOCIMIENTO"** que pueden mejorar nuestra formación y práctica clínica: compartir tal referencia bibliográfica que he escuchado a tal experto en tal tema y que parece razonable, provocadora, cuestionadora y/o aplicable a nuestra práctica clínica o tal dato científico reciente, tal proyecto, tal idea innovadora, tal uso de tal psicofármaco...
¿Qué os parece la idea? Gracias, Mayte



III SIMPOSIO DE PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL
Servei de Psiquiatria Hospital Universitari Vall d'Hebron

SALUD MENTAL EN EL PACIENTE DEL CARIBE Y AMÉRICA CENTRAL



Barcelona, 26 y 27 de Junio, 2009



Evolución histórica: hasta la llegada de la democracia, tto. asilar o en hospital psiquiátrico. Ahora tendencia a tto en hospital general, ONG o centros de investigación

La **distribución de recursos** es inequitativa por zonas de la región. La población indígena está marginada. Hay mala comunicación y registro de casos. Hay un escaso desarrollo de salud mental a nivel primario. Escasamente fondos directos para salud mental. Los seguros no pagan atención psíquica en estos países. Los equipos de salud mental son incompletos y con gran heterogeneidad en la formación. Hay mala coordinación entre instituciones. Hay también escasa implantación de rehabilitación y prevención. Sólo Panamá, Costa Rica y Cuba tienen un número apropiado de psiquiatras según la OMS.

Además los niveles educativos bajos dificultan el diagnóstico de enfermedad mental. En área rural no reconocen enfermos mentales aunque sí gente con síntomas, los tienen en familia, los trata clero (sacerdote maya) o médico de familia, curanderos, no psiquiatras, ni neurólogos. Creencias etiológicas: fuerzas espirituales o invisibles: brujas, pérdida de alma, mal de ojo). Visión prehispánica del mundo: mágico-religiosa (brujos, chamanes). Casi 50% son evangélicos y el pastor hace exorcismos, prácticas de curanderismo. Restricciones sociales sólo ante violentos y perturbadores, el resto menos rechazados.

Síndromes ligados a la cultura:

F45.1 Nervios: flato o “estar enflato”, es como una depresión leve con ansiedad

F48.8 Ataque de nervios (en funerales, discusiones familiares, pleitos, accidentes) en gente con coraje, miedo, susto...

F45.1 Susto o espanto (algunos casos son hipoglucemia, enfermedades orgánicas o TAG, estrés por conflictos sociales). Atribuido a “aires celestes o de la noche”, “aires del agua”, “terrestres, del día o de colores”

F45.9 bilis o derrame de bilis. Alteraciones digestivas por miedo, ira, susto, coraje. En Oriente de Guatemala se llama “congestión” tras una mala noticia.

F45.8 Mal de ojo u ojo por la mirada fuerte de algunas personas (embarazadas, borrachos). Curan pasando un huevo masajeando, que luego rompen y sale un ojo en la yema. Ataca a niños hermosos, por envidia

F39.1 Atontado o colgado. Se dice cuando son hombres controlados por sus esposas que son infieles, o se atribuye a haber hecho brujería con muñecos, clavándoles alfiler en pene.

Ejemplo de R. Dominicana: Sistema de salud público no paga psicofármacos: el coste de los antipsicóticos supone 8% del salario mínimo y para antidepresivos 12%. Modelo basado en internamiento manicomial, poco énfasis ambulatorio, poco en hospital general. Concentrado en grandes ciudades, poco para niños y poca cobertura de seguros privados

Cuba: 1200 psiquiatras, 200 infantiles. Especialidad de infantil desde 1967. Médicos 65.000. Población 11 millones. Estrategia de promoción sanitaria centrada en los determinantes: empleo, educación, alimentación, vivienda, agua potable. Su plan de salud mental se basa en la prevención, descentralización (Cada municipio tiene un centro comunitario de salud mental), coordinación intersectorial, participación comunitaria (de los líderes no formales: sacerdotes, maestros...; escuchar las necesidades de la comunidad) y la integración programática (para no duplicar programas), con la asesoría de los médicos de familia. Hay una base en la religión africana, el sacerdote lo remite a salud mental, también para católicos y protestantes. Énfasis en infantil: “promover o prevenir en la infancia es promover o prevenir al cuadrado”

Venezuela: Necesidades especiales: suicidio, niños y adolescentes, indígenas, desastres naturales, drogas y violencia (política, social y religiosa). 85-90% presupuesto de salud mental va

a hospital psiquiátrico (modelo asilar), 22% de la carga de enfermedad son problemas psiquiátricos o neurológicos pero presupuesto de salud mental es 2%

En **México** más de 25 millones de mexicanos no tienen acceso a la salud (lo tienen tres cuartas partes de la población). Algunas de las culturas mexicanas viven en un nivel similar al del siglo XV. Y los especialistas no suelen trabajar en el medio rural. En Ciudad de México, sólo 20% de pacientes con depresión van al psiquiatra, 54% se intentan curar ellos, 10% buscan ayuda en religiosos, y 15% se automedica

España: 11,4% población en España es inmigrante en 2008 (más de 5 millones de personas). Barreras a la intervención: confianza, miedo, estigma, no me entienden, me tratan mal, me tratan como un inmigrante. Diferencias idiomáticas, estilos de comunicación, comunicación no verbal, expresión y explicación de la enfermedad y expectativas

Funciones de mediación intercultural: facilitar comunicación, y relación asistencial, dar info, contextualizar aspectos culturales, aumentar la confianza. El mediador es experto de interculturalidad, NO es portavoz del país ni sistema sanitario ni para asegurar cumplimiento

Para realizar mediación intercultural no basta con la experiencia de migración. Necesidad de una formación reglada, homogénea y de garantías. En Valle Hebrón hay un sistema formativo con varios módulos y sesiones de supervisión para los ya formados

Trujillo (Bellevue, Nueva York): destaca el papel de los Peer counsellors: pacientes mentales que reciben una formación y sirven de apoyo sociosanitario a otros (contratados como personal enfermería, reducen el uso de contenciones)

50% de usuarios de Bellevue son extranjeros (no USA). La migración estresa por falta de apoyo, pérdida de estatus, aculturación. Suele haber poco uso de dispositivos ambulatorios y privados y más ingresos. Alternativas: familia o sanador. Barreras: creencias culturales (usan como alternativa: familia o sanadores) y barreras institucionales (evitables con: staff bicultural, flexibilizar sistema...)

Pedro Ruiz (Texas): Definición de **culture-bound syndromes:** DSM. Rasgos descriptivos: Es percibido como normal por su grupo cultural, considerado patológico por medicina occidental, y suele recurrir. Emic vs. etic: emic es una visión estrecha de cómo la comunidad ve las manifestaciones clínicas (lo ve normal o no) de un fenómeno que ocurre en esa cultura (síndromes ligados a cultura); en cambio etic es la visión presumida como universal de un fenómeno dado (DSM, ICD)

Locus de control: Externo: determinado por fuerzas externas más allá del control del individuo (suerte, oportunidad, fatalidad; el fatalismo hispano). Vs. Interno: determinado por esfuerzos propios del individuo (yo o superyo) determina afrontamiento (abstenerse o actuar)

Religión vs síntomas y diagnósticos: las alucinaciones por ejemplo pueden ser considerados fenómenos sobrenaturales en algunas culturas, como las religiones pentecostales (un milagro), para el espiritismo es una manifestación del médium, implica crecimiento espiritual; para la santería indica posesión por un espíritu, igual que en el vudú; y en la brujería se considera signo de posesión por el **demonio**

Somatización como síntoma: los hispanos tienen más síntomas, los anglosajones menos. Ejemplo: para los hispanos “ataque de nervios”, “empacho” o “caída de la mollera” (Fontanel) es expresión de depresión. Suicidio: como síntoma: más frecuente en ancianos hispanoamericanos y anglosajones varones y tasas bajas en mujeres hispanas y anglosajonas.

Ataque de nervios sobre todo en mujeres >40 años. Tras conflictos, agresivos o libidinales, síntomas pseudoconvulsivos, sin relajación de esfínteres, temblor, semiconsciencia,

estupor, miedo a perder el control, gritar, llorar... Dx dif con pánico, epilepsia, amnesia, depresión, ansiedad, cuadros disociativos, somatoformes. Tratamiento: apoyo, comprensión, psicoterapia y consulta o consejo por sanadores espirituales

Susto: Por una experiencia que da miedo, asusta, conduce a pérdida de su alma. Síntomas: anorexia, tristeza, apatía, dolor muscular, cefaleas, dolor abdominal. Dx dif con TEPT, somatoformes, trastornos adaptativos, depresiones. Tratamiento ciertas plegarias, flagelarse con ciertas hierbas indígenas arrodillado en cruz

Empacho (en hispanos). Indigestión: síntomas de dolor, malestar abdominal. Dx dif con somatomorfos, facticios, apendicitis, obstrucción abdominal. Tratamiento con masaje corporal, restaurar frío y calor corporal y ciertas hierbas tomadas en pociones.

Mal de ojo (niños, adolescentes y mujeres los más vulnerables). Mirada intensa a una persona por su belleza o fealdad, se culpa a mujeres y a extranjeros. Síntomas: cefalea, sudoración, fiebre, tos, vómitos, diarrea... Dx dif con cualquier enfermedad orgánica o somatoformes. Tratamiento: mezclar agua y yema de huevo y ponerlo en la cabecera de la cama, donde duerme el paciente

Falling-cut o blackout (en población negra americana). Tras situaciones traumáticas, miedo a lo que pueda pasar, crisis de aflicción o colapso súbito, a veces con mareo previo.

Otros: Piblokto (en Ártico), Shinveishitsu (neurosis, en Japón), Koro (Sur de China y Malasia), Amok (Malasia e Indonesia), Latah (Malasia, Indonesia y Japón), Malgri (sólo en Australia)

Problemática de la migración (Claudia Pedone): Aceleración y feminización de la migración. Reacomodación de relaciones de género y generacionales. Madre toma el papel fundamental: gestiona y envía remesas, construcción de la casa, educación. Alarma social (“desintegración familiar, abandono de los hijos”) estigmatiza a estas mujeres. Frente al imaginario previo de varón aventurero proveedor que volverá y construirá una gran casa. Pioneras fueron las dominicanas (su sociedad es más matriarcal)

La migración fragmenta pero no desintegra. Hay paternidad irresponsable, embarazos adolescentes, problemas familiares previos a la migración. Salir de un estigma (divorcio, maternidad en soltería), buscar otra identidad, sexual, hacen que tome la iniciativa de migrar.

La madre antes de migrar negocia con la familia que cuide a sus hijos. Estas negociaciones se pueden alargar por problemas jurídico-legales al migrar.

Los hijos que se quedan, deben asumir a abuelos en papel de padres o madres, muchos no han sido consultados y se han enterado de la migración de sus padres una vez estaban fuera. Otras veces tienen que migrar los hijos de ciudad para irse con otros familiares, al migrar los padres. Han construido relaciones con sus padres por vía postal o telefónica, han de empezar a gestionarla de nuevo cuando se reagrupan. La reagrupación escalonada (de hijos mayores a más pequeños o viceversa) varía la adaptación, o si los padres prefirieron traer a unos u otros antes. El problema de las bandas latinas sobre el entorno social y escolar, hizo que muchos padres temieran reagruparlos, prefirieron dejarlos en su país a los hijos mayores y trajeron a los pequeños

Papel de los cuidadores, que a veces los utilizan para que pidan a los padres más dinero o más regalos. Problemas de ancianos solos, porque migran los hijos.

Familias latinas (Silvia Gaviria): Inequidad social (en aumento las últimas décadas): 5% de la población recibe el 25% de recursos. Son pobres 50-70% de población. Altos niveles de paro y empleo eventual

Familia de ayer: patriarcal, el padre detenta una autoridad rígida, es proveedor, la madre aparece como conciliadora y cuidadora, sumisa. Los valores más apreciados eran el respeto, la honradez, la abnegación, la obediencia. No había control de la natalidad

Las funciones de la familia latina se asume que son: educación, afecto, apoyo social, protección ante crisis (paro, enfermedad, muerte) asumiendo funciones que el Estado no cubre

Renuencia a hacer hogares estables, formalizar familias, en hombres jóvenes, pérdida de impacto de la institución matrimonial, empleo precario. Las mujeres solas jefas de hogar son 20%, la mayoría en estratos humildes, lo cual hace que el hogar sea más pobre (gana 20-50% menos que el hombre). Pierden el factor de contención paterna, transmisor de experiencia, capital social y económico. Más embarazos adolescentes e hijos ilegítimos. Madres precoces, son abandonadas y a su vez dejan el hijo con los abuelos y crece la pobreza

Violencia doméstica: 30-50% de mujeres latinas sufre violencia psicológica, 10-35% violencia física. Es frecuente controlar el dinero, las salidas de la mujer.

Hijos que quedan allí llevan una vida diferente: no estudian, consumen drogas, viven opulentamente de las remesas, el pueblo no trabaja y vive de ello. Los maridos de las mujeres que emigran a veces tienen otra esposa allí, clandestinamente, pero no hay divorcio para seguir viviendo de las esposas. Tolerancia de las familias hacia el empleo de las hijas emigradas, en la prostitución, viviendo de ellas la familia, estudiando en la Universidad los otros hermanos... son mujeres que ya no pueden volver a su origen

Margarita Alegría: Paradoja del inmigrante: mejor salud de lo que correspondería por el nivel de pobreza. Efecto de la aculturación: cuantos más años pasan en EEUU, van perdiendo salud. En depresión y ansiedad se cumple. Si los 2 padres (no uno solo) han nacido fuera de EEUU, menos riesgo de ansiedad. En trastornos por consumo de drogas también se cumple

En personas de 50 años o más, la paradoja se invierte (más patología que los nativos)

Si emigran siendo mayores de 21 años, no tienen más riesgo de consumir drogas, pero si emigran de pequeños, el riesgo de consumo es similar al de nativos de EEUU. También influye en drogas, el contexto en que viven los latinos (p.ej. no tener seguridad en la vivienda)

La mayoría de mexicanos son adultos cuando emigran y no suelen interactuar con no latinos, por lo que sufren menos discriminación (aunque más fobia social). También tienen menos depresión por su actitud de resignación a situaciones negativas, por fatalismo

Hay una perspectiva americana según la cual el éxito es éxito laboral, y en latinos reside en ser feliz y buena persona: la armonía familiar y la integración laboral y una percepción de alto NSE, reducen el riesgo de depresión y ansiedad. La inmigración tardía, con seguridad en la comunidad, red religiosa y percepción de alto NSE: menos riesgo de drogas

Lo que explica la paradoja es la vivienda, el NSE, familia, contexto, no la nacionalidad.

Aculturación: conflicto intergeneracional familiar, demandas a las que uno se adapte, apoyo social, discriminación... influyen en la experiencia subjetiva de aislamiento, se produce estrés aculturativo, pérdida de identidad y autoestima. TCA: cuanto más tiempo pasan en EEUU, más riesgo de bulimia nerviosa. Tienen más riesgo de discriminación los inmigrantes que se asimilan más a los estadounidenses, por alto nivel educativo y laboral (se sienten como estadounidenses pero no son tratadas como tales) vs. los que migran más tarde por bajo NSE

No hay diferencias en riesgo psíquico según el NSE del que emigra, sino según el nivel social en que uno se posiciona respecto al NSE de origen, de modo que los que creen haber perdido, tienen más riesgo

Drogas en Centroamérica: éxodo rural: produce paro, violencia, inseguridad, cinturones de miseria. 1,2% en Latinoamérica con SIDA (7,5% en Haití/R. Dominicana), > 50% son mujeres

En el Caribe se consume marihuana. En Jamaica en cambio lo más frecuente son inhalantes. Y la zona sudamericana tiene la tasa más alta de consumo de cocaína. Perú y Bolivia, hasta Colombia, tienen menos tasas que Chile, Canadá, EEUU que tienen mayor NSE

Se realizan los tratamientos a cargo de ONGs y religiosos, muy centralizado en las capitales, y sobre todo residencial. Filosofía del tratamiento mítico-religioso

Y en Nicaragua hay servicios sanitarios en la costa pacífica, donde está la mayoría de población, pero los traficantes pasan por la zona atlántica (selva) generando adictos

Somatizaciones: En latinos, sobre todo dolores en cuello, dolores musculares, y cefalea. Es muy frecuente el trastorno de somatización tanto en muestras comunitarias como en Atención Primaria. En pacientes con > 5 síntomas físicos, un 25% tiene depresión y 45% ansiedad.

Factores de riesgo de depresión en latinos: comorbilidad médica (no tienen seguro), abuso de drogas, pobreza, paro, ser más jóvenes al emigrar y llevar más tiempo en EEUU

La mayoría de estudios con latinos no especifica país, ni raza ni si se trata de inmigrantes de primera o segunda generación, y es muy importante tener muestras homogéneas, para observar trastornos biológicos y valorar la respuesta a fármacos

Los latinos creen que la depresión no es una enfermedad sino una reacción a estresores sociales graves (muerte, paro, problemas económicos) y ven los fármacos sólo para casos graves, prefiriendo en cambio la psicoterapia. 50% responden a placebo.

(Escobar et al 2004): en depresión o ansiedad y somatización, con TCC mejora 60% de los síntomas somáticos y el dolor en 90% y mejora en Hamilton-depresión el 40% casos

Trujillo: A los inmigrantes les cuesta hablar libremente en la **psicoterapia** (las asociaciones libres, en sentido psicoanalítico). Hay diferente uso de los silencios (más uso en asiáticos, también considerar problemas de idioma), no diagnosticar enseguida inhibición psicomotriz.

La terapia con cuentos, reduce los síntomas de ansiedad y mejora el juicio social adaptativo. Probablemente mejora los trastorno de conducta. En niños de guetos, trabajar con cuentos, porque sin fantasía, capacidad de simbolización, sólo queda el recurso a la acción.

En Bellevue casi 100% del personal es bilingüe y bicultural y las familias se implican mucho en el tratamiento. La valoración incluye una exploración de la familia, la historia de migración, temas lingüísticos e historial de trauma (político...)

Lewis Fernández: síntomas psicóticos autoinformados en Atención Primaria: prevalencia era 22,6% para hispanos, 17% en afroamericanos y 13,5% en blancos

Con una muestra de 2.554 latinos y asiáticos, donde 9,5% autoinformaban de al menos 1 síntoma; se trataba de alucinaciones en 91% de casos. Las personas que llevan más tiempo en EEUU y mejor hablan inglés, los que más síntomas señalan. Tienen más diagnósticos de trastorno depresivo, ansioso, síntomas suicidas o ataque de nervios frente a los que no señalan síntomas psicóticos (los síntomas psicóticos en esa población pueden ser marcador de patología mental en un sentido amplio y no de trastorno psicótico específicamente).

En otro estudio con 279 casos que tenían síntomas positivos, la SCID, sólo hacía diagnóstico de trastornos psicóticos, en 7% de ellos (todos eran tampoco esquizofrénicos)

Las alucinaciones suelen ser auditivas (oír que lo llaman, y ruidos de golpes, pasos, cadenas), visuales (“celajes” que es ver pasar sombras; imágenes religiosas o espíritus de fallecidos), táctiles (presencia cercana de alguien, sentirse tocado o empujado o tirado al suelo). Un trabajo multiétnico sobre alucinaciones y disociación, habiendo excluido trastornos psicóticos con la SCID, encontró alucinaciones auditivas y visuales en 56% de hispanos y táctiles en 52%, sobre todo con diagnóstico de trastorno ansioso, depresión mayor o TEPT

Programa de UHB para latinos en Bellevue: Usan terapia de grupo psicoeducativo multifamiliar. Hay grupos de socialización, de relajación, de música, arte, escritura creativa, grupos de patología dual. Las actividades se hacen en los dos idiomas, y que el paciente opte por

el idioma que quiera. Se incorporan elementos culturales, p.ej. música latina en los grupos de baile, ejercicio y movimiento. También el “cafecito” (tertulia) y clases de inglés.

Grupos de puente cultural, grupo de espiritualidad (útil en pacientes con esquizofrenia, tr. bipolar y por drogas), celebraciones culturales (Reyes Magos, Día de los muertos)

Los hispanos en general requieren menos dosis tanto de atípicos como de ISRS y son más sensibles a los efectos adversos (aunque el idioma afecte que informen menos). Más diabetes y obesidad y dislipemia familiar. En cuanto al **metabolismo farmacológico**:

- El CYP 3A4 produce metabolismo lento en mejicanos (niveles altos de fármacos) y el consumo de maíz y carne a la parrilla afecta al citocromo 3A4
- El CYP 2D6 da un metabolismo rápido en mejicanos y afroamericanos y más lento en dominicanos, portorriqueños y nórdicos
- El CYP 2C9 da un metabolismo más lento en españoles

Psicosis en latinos (R. Dominicana): Hay problemas de dx dif: niegan drogas. Mala información sobre la evolución (ven como inicio de la enfermedad, sólo cuando se puso agresivo). Hay antecedentes disociativos bizarros.

El incumplimiento de tratamiento se suele asociar a acudir a brujos, que la familia dijo que ya estaba bien el paciente, redujo la dosis, o no lo pudo comprar, o se negó a tratamiento

La mayoría de trastornos delirantes tienen un elemento religioso o mágico. También es frecuente como idea de perjuicio, el creerse víctima de brujería. Y como síntomas psicóticos en un cuadro depresivo, la idea de ser vendido. El indio como objeto en alucinaciones visuales es frecuente aunque no hay indios desde el siglo XVI, se le culpa de haber abusado sexualmente

Responden más rápido a tratamientos. Rechazan antipsicóticos por creer que crean hábito o atontan. Niegan antecedentes familiares, porque se viven como algo indigno. Se atribuyen los trastornos a anemia, exceso de estudio, o religión, o brujería, o dejarle la esposa.

Bandas latinas: Lógica de la calle: ante que a uno le molesten, hay que responder, porque se interpreta como una ofensa, y hace peligrar tu rol. Y ha de responder no sólo una persona, con quien “se meten” sino todos sus amigos. Defensa del rol individual, rol colectivo, honor, masculinidad extrema... valor del “respeto”. En ciertos contextos, la mirada exige una respuesta, porque significa ofensa, falta de respeto. La intervención debe hacerse cambiando al aprendizaje en valores (la necesidad de usar la violencia para hacer respetar el rol)

Efecto llamada: inmigrantes de la misma zona, van a la misma ciudad y barrio.

La rivalidad entre Latin y Ñetas era importada, ya la traen al llegar a España, porque aquí no había necesidad de protección. Luego llegan inmigrantes de otros países, como República Dominicana, que trajeron también su sentimiento de pertenencia al grupo: Black panthers, 48, 42, Bloods... En una tercera etapa llegan centroamericanos (M-18, MS-13, DDP, Trinitarios). Las maras centroamericanas, que son muy violentas y se hacen sitio a la fuerza. También formados en EEUU, país que los deportó a su país de origen. Ven la necesidad de emigrar de nuevo, esta vez a Europa y por idioma o clima, se quedan en España (puerta de entrada)

Se facilitó a los Latin constituirse como asociación cultural y eso les obligó a cambiar parte de sus normas, p.ej. la desigualdad femenina ante los hombres, el rol de reina dejó de estar supeditado al de rey, aunque en su cotidianeidad la chica concreta que es reina, sí está supeditada a su chico (rey)

La **adherencia a tratamientos** es baja. Ya inician el tratamiento sólo 45% en latinos y afroamericanos vs. blancos y abandonan más el tratamiento. Probar tto. motivacional

No son diagnosticados de depresión, se receta menos, sobre todo fármacos nuevos

Influyen problemas como el estigma, problemas de accesibilidad, la creencia de que eran “nervios” o que el tratamiento debía actuar rápido o que produciría efectos adversos (potencial adictivo, interferencia con vida diaria...), esperan a tomarlo cuando hayan recaído

El latino normaliza con la idea de “nervios” el miedo al estigma, pero cuando no es leve, tiene idea de que está perdiendo el control y va al psiquiatra; a veces espera mucho para ir, y está ya grave.

Aculturación: Riesgo para la salud mental de los inmigrantes: estigma (rechazo e aislamiento social), nivel socioeconómico (pobreza), carencia de poder e influencia política, y falta de información sobre recursos de salud pública, salud mental y servicios sociales

Mayor riesgo las mujeres inmigrantes: se añaden obligaciones domésticas consideradas femeninas; historia laboral del marido (ahonda conflicto familiar si el que está en paro es él), si es víctima sexual, y la actitud hacia los médicos (percibirlo como la autoridad cruel dictatorial o bien como figura de apoyo, benigno). También peor niños y adolescentes: raramente son inmigrantes voluntarios, genera dependencia forzosa, importa la educación y el género, y la naturaleza de su relación con adultos (padres y figuras de autoridad) y en qué momento de desarrollo están.

Clínica del estrés de aculturación: ansiedad, apatía, síntomas cognitivos y somáticos y entrampamiento de rol (no puede salirse de papel preasignado por la sociedad anfitriona). Daña salud física, función laboral, etc. Factores pronósticos: edad (adolescentes mejor), varón mejor, inmigración voluntaria, estabilidad y orgullo familiar y redes sociales mejoran el pronóstico del estrés de aculturación.

Mayte de Lucas - Psiquiatra infanto-juvenil CSM Usera

9. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ¹⁵

- Próxima reunión PARG: **24 Febrero 2010, 13.30 h.**
- El próximo mes de Marzo, se va a publicar una nueva revista online desde el Colegio Oficial de Psicólogos, con el título "**Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud**", siendo "una servidora" miembro de Consejo de Redacción. La revista estará abierta a diferentes modelos teóricos y experiencias y será de acceso libre a través de la página Web de Colegio: <http://www.copmadrid.org> Pretende ser un vehículo donde poder compartir tanto la práctica clínica como la teoría que la sustenta y entre otros y abrir un nuevo marco de expresión, reflexión y divulgación del quehacer profesional en el ámbito de la Psicología. En un sentido amplio, el objetivo de la Revista será el

¹⁵ Información de líneas de investigación en curso en nuestro área 11, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir y *sacar del armario* nuestra producción científica. **Como solemos ser bastante modestos, también invitamos a que unos recomendemos los trabajos de los otros.** Eso no es delación... ¡¡Perded la vergüenza: lo que investigamos y publicamos no es sólo “para aumentar el C.V.” !!

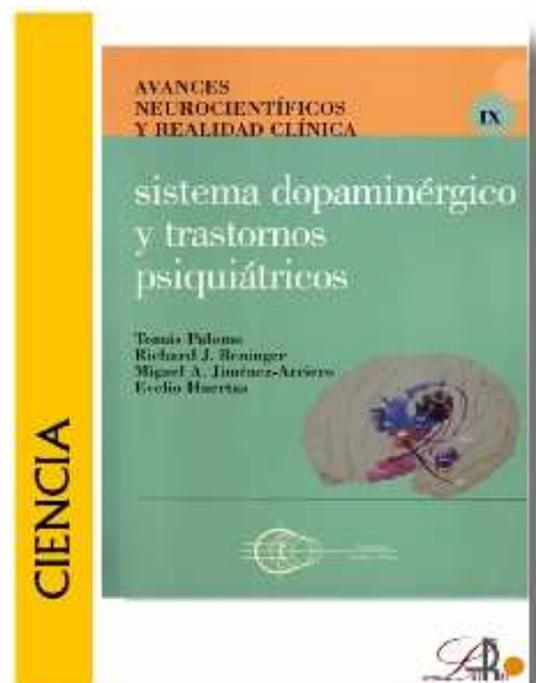
contribuir a la difusión de experiencias de trabajo, tanto desde el punto de vista clínico y terapéutico, como desde el técnico y teórico. Las secciones de la Revista serán: Perspectivas Teóricas, Práctica Clínica, Documentos, Entrevistas y reportajes a personas destacadas, Innovaciones Tecnológicas, Recensiones de libros y artículos y Actualidad. La periodicidad será cuatrimestral en marzo, julio y noviembre. Se puede ampliar la información en la página Web citada. Un abrazo.

Ana López Fuentetaja - CSM Villaverde



- Libro electrónico:

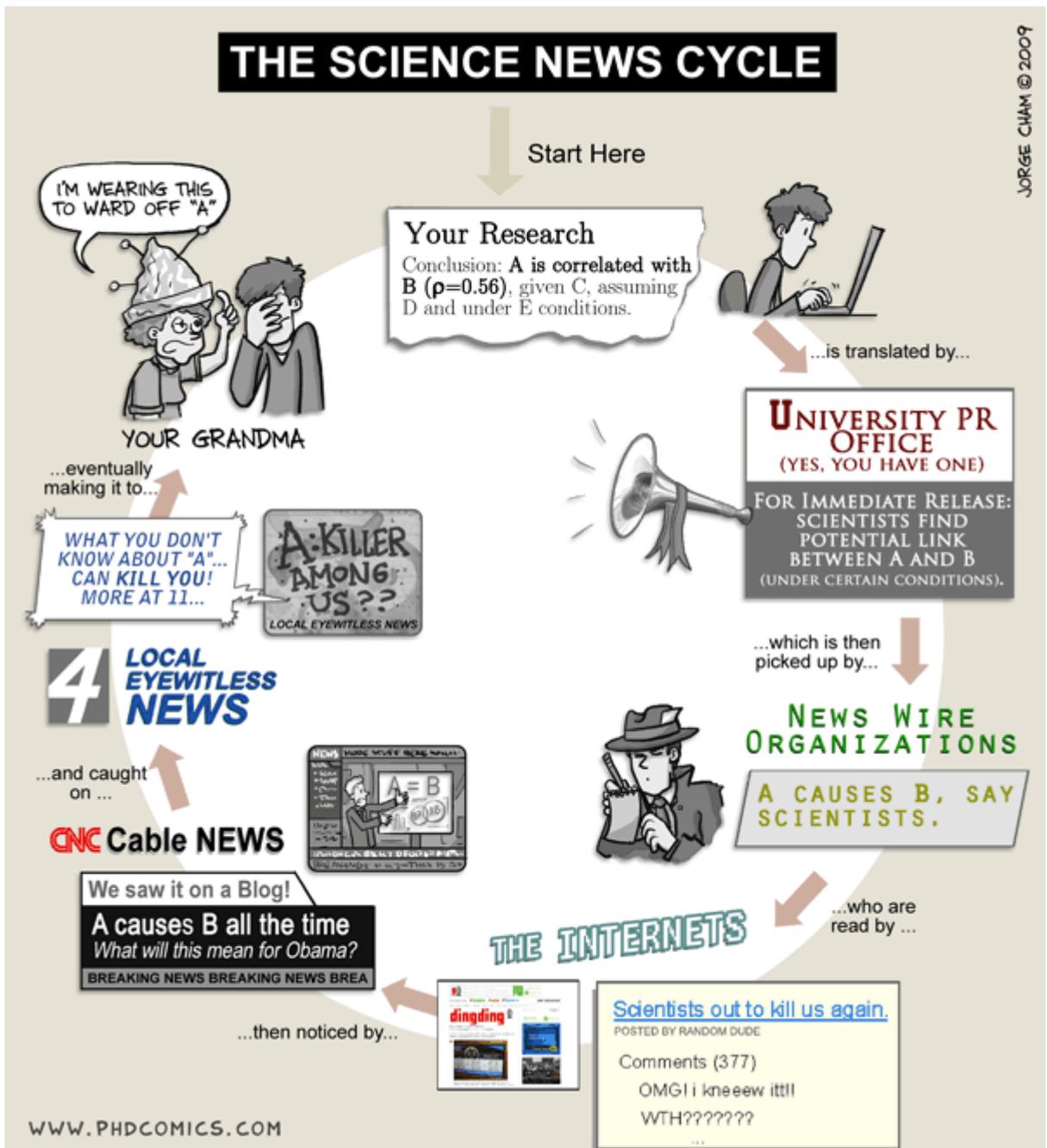
Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA y Huertas E:
"SISTEMA DOPAMINERGICO Y TRASTORNOS PSIQUIATRICOS"
Colección Avances Neurocientíficos y Realidad clínica. Volumen IX.
Fundación Cerebro y Mente.
Edición digital para e-reader y PC
descargable desde Enero 2010 en
<http://www.luarna.com>



- Animado por la visión de los adjuntos en plena negociación (véase el último número del boletín) os mando una viñeta reveladora sobre la investigación científica hoy en día. Bien podría complementar nuestra Rotación Longitudinal...

i Un saludo !

J. Camilo (MIR Psiquiatría)



- Cap. de libro: Rodríguez-Jiménez R, Cubillo AI, Ponce G et al: **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto: evaluación y diagnóstico**. En: Quintero FJ, Correas J y Quintero FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 3ª ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2009
- Cap. de libro: Ponce G, Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M et al: **Trastornos por déficit de atención e hiperactividad y consumo de sustancias**. En: Quintero FJ, Correas J y Quintero FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 3ª ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2009
- Artículo: Rodríguez-Jiménez R, Bagney A, Ponce G et al (PARG): **Psychosis, personality, psychopathy and dopamine: from clinical symptoms to molecular aspects**. Eur J Psychiat Vol. 23, supl 2009: 123 - 131

10. CONVOCATORIAS ¹⁶

- Seminario: **“Psicología Clínica en los diferentes dispositivos sanitarios”** Del 3 de Febrero al 15 Diciembre de 2010, en la Agencia Laín Entralgo.

Dirigido a: profesionales de Psicología clínica de la Red de Salud Mental y dispositivos hospitalarios

Objetivo general: *reflexionar sobre el marco teórico, el contexto y las condiciones de la práctica de la Psicología Clínica y promover el desarrollo de la especialidad.*

Objetivos específicos: *obtener una visión amplia de las actividades de psicología clínica que se están desarrollando en los diferentes dispositivos; profundizar sobre la especificidad de la práctica de la psicología clínica en diferentes ámbitos: asistencial, docente y organizativo; debatir sobre las posibilidades de desarrollo de la Cartera de servicios de la especialidad en los diferentes ámbitos y dispositivos; detectar líneas de avance y puntos de dificultad; favorecer el encuentro e intercambio profesional y debatir formas comunes de nuestra práctica clínica.*

Coordinan: Violeta Suárez, César Gilolmo, Isabel Santos y J.Carlos Duro

Profesores: Juanjo Belloso, Ana López Fuentetaja, Angeles Castro, Pilar collado, Menchu Gómez, Angeles Lassaletta, César Gilolmo y otros de fuera del área 11

Información en: <http://saluda.salud.madrid.org> (Código; AG 10 SM URM 22)

¹⁶ Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, Congresos y reuniones científicas en las que participamos activamente u organizamos. Conferencias de profesionales que invitamos a participar en la formación MIR-PIR y que son abiertas al resto de profesionales del área, etc...

11. SESIONES CLINICAS DE AREA (miércoles 8.30 - 9.30 h.) ¹⁷

FEBRERO

- 3 INFANCIA Y ADOLESCENCIA USERA
- 10 HOSPITAL DE DIA LA PRADERA
- 17 VILLAVERDE
- 24 UHB 12 DE OCTUBRE

MARZO

- 3 ARANJUEZ / CIEMPOZUELOS
- 10 CRPS
- 17 INFANCIA Y ADOLESCENCIA VILLAVERDE
- 24 ARGANZUELA

12. REFLEXIONES ¹⁸

Soy Marta Rosillo del CRPS de los Carmenes. Me comentó Gracia que quizás podría ser una buena propuesta publicar en el Boletín el trabajo desarrollado por el **grupo de intervención con jóvenes**, que como conocéis se está reuniendo ya desde hace un tiempo con el objeto de estudiar las necesidades de esta población en nuestra área y con ello poder hacer una propuesta de intervención que dé respuesta a las posibilidades de ayuda con este colectivo. El grupo ha tenido varias fases y varios momentos de trabajo. Actualmente se está elaborando una propuesta **Plan de Intervención Integral**, pero anteriormente se trabajó sobre un estudio del perfil de la población a atender joven que ya teníamos de algún modo censada en los recursos del área. De este último objetivo se desprende este informe que os hago llegar y creo que es lo que de momento podemos ofrecer para publicar en nuestro Boletín.

Espero os parezca relevante y podáis incluirlo en alguno de los números futuros, gracias de antemano por el interés en contactar con nosotros y sobre todo en hacernos la propuesta.

Marta Rosillo - Directora CRPS Los Carmenes

¹⁷ Publicación de las revisiones de especial interés presentadas en las sesiones clínicas de área presentadas en el Hospital. Información sobre las últimas sesiones clínicas realizadas (así se puede contactar con los profesionales que presentaron la sesión y que probablemente revisaron la última bibliografía a propósito del caso)

¹⁸ Análisis cuantitativos y cualitativos de nuestro trabajo, nuestra organización, propuestas CONSTRUCTIVAS de cambio, textos breves nuestros y/o importados de la prensa y/o literatura profesional o general, cartas, artículos, etc...

GRUPO DE TRABAJO AREA 11: INTERVENCION CON JOVENES

En primer lugar agradecer a todas aquellas personas que en algún momento u otro han aportado su granito de arena a este grupo de trabajo desde los distintos dispositivos y recursos del área: SSMM Carabanchel, SSMM Usera, SSMM Arganzuela, SSMM Aranjuez, SSMM Villaverde, CRPS de Carabanchel, CRPS Los Carmenes, MR de Carabanchel, CRL de Carabanchel, CD de Usera, CRPS de Arganzuela, CD de Arganzuela, CRPS Aranjuez, CRPS Villaverde, CD de Villaverde, CRL de Villaverde y a todos los EASC del área.

El análisis de los datos se ha realizado gracias al esfuerzo y contribución de las fichas de recogida de datos aportadas por: SSMM Arganzuela, SSMM Carabanchel, SSMM Usera, CRPS Carabanchel, CD de Carabanchel, CRL Villaverde, CRPS y EASC Villaverde, CRPS Los Carmenes.

En total se han recogido 48 fichas correspondientes a los jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 27 años con un diagnóstico de psicosis o trastorno de personalidad, detectados en Salud Mental o bien en atención en los distintos recursos de rehabilitación del Área.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

SERVICIOS SALUD MENTAL	Total Muestra	Solo en SSMM	En Recursos de REHABILITACIÓN	N
Carabanchel	15	10	CRPS Los Carmenes	3
			CRPS Carabanchel	1
			CD Carabanchel	1
Villaverde	14	0	CRPS Villaverde	1
			CRPS Los Carmenes	2
			CRPS Carabanchel	1
			CRL Villaverde	9
			EAPS Villaverde	1
Usera	6	0	CRPS Los Carmenes	5
			CRPS Carabanchel	1
Arganzuela	13	12	CRL	1
Total	48	22 (45.8 %)		26 (54 %)

ANALISIS DE LOS RESULTADOS APARTADOS EN LAS FICHAS DE RECOGIDA DE INFORMACION DE LOS JOVENES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO DEL AREA 11

Se recoge los datos sobre el perfil sociodemográfico y clínico-psiquiátrico de las **personas jóvenes con un trastorno mental severo**.

PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

EDAD	N	Media
	48	24
Edad:	N	%
Entre 16-20	8	16 %
Entre 21-24	13	27 %
Entre 25-29	27	56 %
Total	48	

SEXO	N	%
Hombres	32	66 %
Mujeres	16	33 %
Total	48	

ESTADO CIVIL	N	%
Solteros/as	47	98 %
Casados/as	1	2 %
Total	48	

NIVEL EDUCATIVO	N	%
Analfabeto/a	1	2 %
Enseñanza primaria	17	35 %
ESO	18	37.5 %
F.P. 1º grado	7	14.5 %
F.P. 2º grado	-	-
BUP	4	8 %
Titulo de graduado medio Universitario	1	2 %
Total	48	

LUGAR DE RESIDENCIA	N	% *
Domicilio Familiar	42	87.5%
Recurso Residencial	4	8 %
Domicilio Propio	1	2 %
Otros	1	2 %
Total	48	

SITUACIÓN LABORAL	N	%
Estudiantes	4	8 %
Trabajando	11	23 %
Pensionista	3	6.25 %
Parado	30	62.5 %
Total	48	

USUARI@S CON INGRESOS PROPIOS	N	%
Sí	29	60 %
No	19	40 %
Procedencia de los ingresos	N	%
Pensión no contributiva	14	48 %
Pensión contributiva	3	10 %
Hijo a cargo	2	7 %
Trabajo	10	34 %
Total	29	

DECLARACIÓN DE MINUSVALÍA	N	%
Sí	24	50%
Grado (65 %)	13	65 %
PROBLEMAS LEGALES	4	8 %

DATOS CLINICOS- PSIQUIATRICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	N	%
Esquizofrenia Paranoide	23	48%
Esquizofrenia desorganizada	3	6%
Trastorno Psicótico	3	6 %
Trastorno de la personalidad	3	6 %
Trastorno Límite de la Personalidad	3	6%
Esquizofrenia Simple	2	4%
Esquizofrenia sin especificar	2	4 %
Trastorno mixto de la personalidad	2	4 %
Trastono Bipolar	1	2 %
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	1	2 %
Trastorno de Estrés post traumático	1	2 %
Trastorno somatoformo	1	2 %
Trastorno esquizoide la personalidad	1	2 %
Retraso mental leve	1	2 %
Trastorno generalizado del desarrollo	1	2 %
Total	48	

DIAGNÓSTICO ASOCIADO	N	%
Sí	8	16%
Esquizofrenia paranoide	2	25 %
Retraso Mental Leve	2	25 %
Trastorno hipocondríaco	1	12 %
Trastorno adaptativo	1	12 %
Esquizofrenia simple	1	12 %
Trastorno de la Personalidad	1	12 %
Total	8	

	N	%
Programa de Infante Juvenil en la actualidad	3	6.25 %
Programa de Adultos en la actualidad	45	93.7 %
Total	48	

	Media
AÑOS DE EVOLUCIÓN	6 años

ACUDE REGULARMENTE A LAS CITAS EN SSMM	N	%
Si	37	77 %
No	11	23 %
Total	48	

Utilización de recursos específicos Previa y Actual	Derivado No acudió	Derivado en espera	Atendido Actualidad	Atendido Pasado
Educativos				
- Equipo de orientación psicopedagógica				4 (8%)
- P. garantía Social				9 (18%)
- P. Compensatorio Educativo				1 (2%)
- P. de apoyo y refuerzo educativo				2 (4%)
- Educación Especial				3 (6.25%)
- Otros			1 (2 %)	
Sanitarios				
- SSM Infante Juvenil			3 (6.25 %)	12 (25%)
- HD Infante Juvenil	2 (4%)			4 (8.3%)
- HD Adultos	3 (6.25 %)	1 (2%)		4 (8.3 %)
- Comunidad Terapéutica				1 (2%)
- UHB				23 (48%)
- UME		1 (2%)		2 (4%)
- ULE				1 (2%)
- Asistencia Privada			1 (2%)	2 (4%)
- Otros (UHTLP)			1 (2%)	
Servicios Sociales				
- SS Generales	1 (2%)		1 (2%)	3 (6.25%)
- Residencia de Menores				1 (2%)
- Recursos de Rehabilitación	1 (2%)	3(6.25%)		7 (14.5%)

CONSUMO DE TÓXICOS	N	%
Historia de Consumo	28	58 %
Consumen en la actualidad	14	29 %
Tipo:		
- Cannabis	11	39 %
- Policonsumidores	17	61 %
Utilización de Recursos de Toxicomanías	N	%
Si	7	25 %
En la actualidad	2	7 %
Recursos: CAI CAD, Piso Patología dual		

NECESIDADES	N	%
- Económicas	24	50 %
- Residenciales	10	20.8 %
- Formativo-Laborales	32	66.6 %
- Socialización	35	73 %
- Auto cuidados y Hábitos de Salud	24	50 %
- Habilidades de Afrontamiento personal y social	35	73 %
- Intervención Familiar	22	46 %
-Terapéuticas (farmacológicas y psicoterapéuticas)	37	77 %
37 tienen 4 o más necesidades (77 %)		

COMENTARIOS ACERCA DEL PERFIL

La descripción del perfil de los jóvenes que han sido valorados es la siguiente:

Datos Sociodemográficos:

- Edad Media: 24 años
- Sexo: 66 % hombres
- Estado civil: 98 % solteros
- Nivel educativo: 37.5 % ha alcanzado la ESO y el 35 % la enseñanza primaria.

- Lugar de Residencia: 87.5 % reside en el domicilio familiar
- Ingresos propios: 60 %, procedentes de una Pensión no Contributiva en el 48% de los casos y del trabajo en el 34 %.
- Situación laboral: 62.5 % parado frente al 23 % que trabaja.
- Declaración de minusvalía: 50 % de los casos, con un grado de minusvalía de 65 %, en el 65 % de los casos.
- Presentan problemas legales solo el 8 %.

Datos Clínico Psiquiátricos:

- Diagnostico: 48 % Esquizofrenia Paranoide
- Diagnostico Asociado: Si en el 16 % de los casos. 25 % con retraso mental leve y otro 25 % con esquizofrenia paranoide.
- Tiempo medio de evolución: 6 años.
- Programa de Adultos en la actualidad: en el 93.7 % de los casos
- Acuden regularmente a las citas con SSMM: el 77 % de los casos.
- Utilización de Recursos Específicos previa y actual Educativos: el 18% ha pasado por programas de garantía social y al menos el 40% ha hecho uso de algunos de los recursos específicos educativos.
- Utilización de Recursos Específicos previa y actual Sanitarios: el 48% ha pasado por la Unidad de Hospitalización Breve y ha estado previamente en los programas de servicios de salud mental infante juvenil, un 8% han hecho uso de recurso como los Hospitales de Día tanto adultos como de Infante Juvenil.
- Utilización de Recursos Específicos previa y actual Servicios Sociales: Un 6.25 % ha hecho uso de Servicios Sociales Generales y un 14.5 % ya ha utilizado en el pasado algún recurso específico de rehabilitación.
- Historia de consumo en el 58 % de los casos y se mantiene en la actualidad el 29 % ., siendo el 61% poli consumidor.
- Solo un 25 % ha utilizado en el pasado algún recurso específico de Toxicomanías y un 7% lo utiliza en la actualidad.
- Las necesidades más destacadas corresponden al área de socialización: 73 %, habilidades de afrontamiento personal y social 73 % y terapéuticas en el 77 % de los casos, seguidas del área formativo-laboral: 66.6 %, económicas y auto cuidados y hábitos de salud en el 50 % de los casos.

CONCLUSIONES (Pequeñas pinceladas de reflexión que sería más que interesante debatir y compartir en el grupo de trabajo).

Recordando los objetivos de nuestro trabajo inicial, conocer la realidad y las necesidades de la gente joven con trastorno mental severo que se encuentra en nuestros distritos y aproximarnos a sus características a través de la elaboración y cumplimentación (por parte de todo el grupo) de una Ficha de recogida de datos, podemos una vez analizados los datos reflexionar sobre diversos aspectos:

Selección de la Muestra:

- Aunque la muestra recogida pueda resultar interesante en cuanto al número, 48 casos registrados, no hay que olvidar la falta de datos procedentes de más recursos de rehabilitación y servicios de salud mental, que podrían enriquecer aún más la muestra.
- De igual modo destacar en este aspecto que contamos con una muestra de usuarios procedentes de Salud Mental y que sólo están atendidos en este recurso y que constituye un total del 45 % del total de la muestra, sin embargo sólo proceden de dos Servicios de Salud Mental (Carabanchel y Arganzuela). Servicios de Salud Mental como Villaverde y Usera detectaron casos que ya estaban siendo atendidos en recursos de rehabilitación por lo que no aportaron fichas de posibles casos nuevos. De este modo la muestra de casos registrados desde los distintos recursos de rehabilitación no sólo es más amplia, 54 % de la muestra total, sino que muestra una mayor variedad con respecto a los distritos rastreados. No olvidar que uno de los objetivos iniciales del grupo de trabajo era no sólo las posibilidades reales de detección de este colectivo sino ver hasta que punto se les estaba ofreciendo ya una intervención rehabilitadora y asistencial adaptada.

Perfil Sociodemográfico:

- Nos encontramos con una media de edad de 24 años, si bien es cierto el rango entre el que nos movemos se encuentra 25-29 años. Si analizamos otro dato, los años de evolución, 6 años de media, nos devuelve que el comienzo del trastorno se sitúa al inicio de la edad adulta, 18 años y el acceso a algún recurso se produce mucho más tarde cuando el periodo crítico de la enfermedad para llevar a cabo intervenciones precoces y preventivas (situado entre 3 y 5 años desde el comienzo), se sobrepasa. Recordar que el objetivo inicial es acercarnos cada vez más a gente joven con pocos años de evolución.
- Detenemos también a observar como el ciclo vital de la persona, en un momento tan importante como es el comienzo de la vida adulta, se detiene, especialmente en el aspecto formativo. EL 37% alcanza estudios básico, ESO o Enseñanza Primaria, pero no continua su carrera formativa, solo

un 8% son capaces de realizar estudios de bachillerato y el 14% F.P. 1% grado. Por lo que no es aventurado decir que se rompe y paraliza la carrera formativa con todo lo que supone de pérdida de roles significativos para la persona en un momento vital tan determinante.

- De igual modo podemos observar como la mayoría vive con sus padres (87.5%), aspecto que puede no diferenciarlos de gente Joven que no ha sufrido una enfermedad mental, pero de la que se empiezan a diferenciar por el nivel de funcionamiento ocupacional, solo un 23% trabaja, un 8% estudia y un 62.5% se encuentra en paro. También resulta significativo observar que un 60% de la muestra tiene ingresos propios y que la mayoría de esos ingresos (en el 48% de los casos) procede de una Pensión No contributiva. Lo que nos devuelve el pobre recorrido formativo-laboral de estos jóvenes.
- Si hay un aspecto también a destacar es la declaración de minusvalía, ya presente en el 50% de los casos con un grado en su mayoría del 65%.
- Si bien es cierta una de las ideas de las que partíamos, gente joven conflictiva, no parece corroborarse al encantarnos solamente con un 8% que ha tenido problemas legales.

Datos Clínico Psiquiátricos:

- Con respecto al diagnóstico la mayoría (48%) sufren de una esquizofrenia paranoide y tan solo un 16% le acompaña de un diagnóstico asociado. Importante destacar, como se vera mas adelante, que el abuso de sustancias es elevado y sin embargo en ningún caso se encuadra dentro de un diagnóstico asociado.
- La mayoría esta siendo atendido en el programa de adultos, pero 3 de ellos son atendidos en el programa infanto-juvenil en la actualidad y el 25% ha sido atendido en el pasado en este programa.
- Cuando observamos el itinerario de utilización de recursos específicos tanto educativo, sanitario como sociales, no deja de sorprender la presencia de problemas escolares y por ende la utilización de diversos recursos específicos de marco educativo. Pero si nos vamos a los sanitarios es especialmente llamativa la utilización en el 48% de los casos de la Unidad de Hospitalización Breve. Los recorridos sanitarios son elevados y de distinta índole.
- En cuanto a los servicios sociales, quizás por la recogida de la muestra realizada (desde los dispositivos de rehabilitación), destaca que muchos de ellos ya han utilizado recursos de rehabilitación psicosocial en el pasado, al menos el 14.5 %, dato que como digo hay que tomar con cautela debido a la procedencia de los datos de la muestra.
- Con respecto a otra variable importante a estudiar, el consumo de tóxicos, se corrobora la amplia historia de consumo que presentan los jóvenes, el 58% ha consumido en el pasado y el 29% se mantiene consumidor en la actualidad, siendo el consumo politoxicómano (cannabis, alcohol,

cocaína) el más elevado, en el 61% de los casos. Por el contrario la utilización de recursos específicos de drogas es bastante escasa si atendemos al índice de consumo antes expuesto, solo el 25% han utilizado en el pasado algún recurso de estas características y solo 2 (7%) casos de la muestra lo mantienen en la actualidad.

- Una hipótesis de la que partíamos, la poca adherencia a los recursos de SSMM, no se ve corroborada si atendemos a que el 77% de los casos acuden con regularidad a sus citas.
- Para finalizar en cuanto a las necesidades psicosociales recogidas, la mayoría tiene 4 o más necesidades psicosociales (77%) y destacan las necesidades terapéuticas, habilidades de afrontamiento personal y social y la socialización como las más elevadas, sin poder obviar las formativo-laborales, las económicas y las de auto cuidados y hábitos de salud.

*Marta Rosillo - CRPS Los Cármenes
Grupo de Trabajo Area 11 "Intervención con Jóvenes"*

**Entre varios compañeros hemos construido este número.
Os animamos a enriquecer los siguientes con vuestro trabajo y
creatividad¹⁹**

La lista de distribución desde la que se envía este BOLETIN
es exclusivamente para el envío del mismo,
agradeciéndoos que no la empleéis para el envío de otros correos personales,
según marcan las normas de protección de datos vigentes

-
- ¹⁹ **Objetivos del BOLETIN:**
 - Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en los Servicios de Salud Mental del Area 11
 - Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM del Area 11
 - Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales de los SSM del Area 11
 - **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), del CSM de Usera, 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 Salud Mental del Area 11 (lista de distribución)