

# BOLETIN

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

### Número 2 - Junio 2007 <sup>1</sup>

#### 1. DOCUMENTOS DE AREA <sup>2</sup>

- **Jornada de Area - 24 Enero 2007** (Se puede solicitar en archivo pdf a [svega.scsm@salud.madrid.org](mailto:svega.scsm@salud.madrid.org) : *Sesion de Area 2007.pdf* )
- **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Consejo Interterritorial del S.N.S el pasado 19 Dic. 2006.** Descargable en formato pdf ,ya que son 184 páginas y este boletín no puede asumir la responsabilidad de la pérdida de media masa forestal de la selva del Amazonas para imprimirlo en papel:

<http://www.asoc-aen.es/web/docs/EstrategiaSM07.pdf>

- <sup>1</sup> **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](mailto:svega.scsm@salud.madrid.org) ), del CSM de Usera, y Jesús Fernández ( [jfrozas@salud.madrid.org](mailto:jfrozas@salud.madrid.org) ), del CSM de Carabanchel, se encargarán 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)

<sup>2</sup> 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...), ministerio de Sanidad, etc...

## 2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL <sup>3</sup>

- Actuales recursos de HOSPITALES DE DIA accesibles para pacientes del área 11:
  - **Hospital de Día de Villaverde** c/ Rocafort, 3 (San Cristóbal de los Angeles, Villaverde) ☎ 91 723 01 85 [hdvillaverde@gmail.com](mailto:hdvillaverde@gmail.com)
  - **Hospital de Día Infanto-Juvenil Pradera de San Isidro** C/ del Gorrión, 2 (Carabanchel Bajo) ☎ 91 472 16 49 Fax: 91 428 01 56
  - **Hospital de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria - U.T.C.A. Hospital Santa Cristina** C/ O´Donnell, 59 ☎ 91 557 43 73 / 5 44 Fax: 91 557 45 48 (a la atención de Loren-Secretaría UTCA) [rcalvo.hscr@salud.madrid.org](mailto:rcalvo.hscr@salud.madrid.org)
- Nuevas denominaciones de recursos:
  - **Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación** (antes "Unidad de Media Estancia")
  - **Unidad Hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados** (antes "Unidad de Larga Estancia")

## 3. OTROS RECURSOS <sup>4</sup>

- **Programa de Atención al Cuidador** : *promovido por la Asociación Cauces - C/ Silvio Abad, 2 - Metro Plaza Elíptica. Información ☎ 91 460 15 65 . En su presentación ofrecen "un espacio para encontrarse con personas que están pasando por una situación semejante a la suya, acompañados por psicólogos profesionales y con experiencia probada en el campo de ayuda al cuidador", no sólo familiares/cuidadores de personas con Alzheimer sino también de personas con enfermedad mental crónica* (Gracia Córdoba - CSM Usera)
- **Gabinete de Orientación Familiar y Social "Cornisa"** : *promovido por la Asociación Vecinal "Cornisa" y el Centro Socio-Cultural "Mariano Muñoz" - c/Cristo de la Victoria, s/n - frente a Telefónica. ☎ 91 500 15 21. Recurso*

<sup>3</sup> 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. **No se deben enviar informes clínicos por e-mail**

<sup>4</sup> Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales, privados...). Procurad que sea información contrastada y actualizada. Podemos ir evaluando su utilidad práctica y complementariedad con nuestros S.S.Mental

*presentado en el último Consejo de Salud de Usera. Ofertan talleres de comunicación, intervención terapéutica, grupos de padres-madres, mediación familiar y taller de autoestima y crecimiento personal. Trabaja un equipo multiprofesional formado por psicoterapeuta, terapeutas de familia y trabajadores/as sociales. No es un recurso público, por lo que tiene un coste económico adaptado a la realidad económica familiar, según informan en el folleto informativo*  
(Lola Yela - CSM Usera)

- **Asociación "Mundos Posibles"** : asociación de reciente constitución en Usera con los objetivos de luchar contra el estigma y favorecer la integración de las personas con enfdad. mental en la sociedad, difundir información sobre la enfdad. mental en la sociedad, promover la investigación, potenciar las iniciativas de personas con enfdad. mental, trabajar y difundir el concepto de recuperación, que las personas con enfermedad mental crean más en ellos mismos e informar sobre los avances científicos. Se reunieron el pasado 23 Mayo 2007 en el Centro de Día Usera (C/ Gaínza, 307-315 posterior) y está abierta a usuarios, familiares y profesionales  
(Pablo Pardo - Presidente ☎ 660 88 65 06, Carmen Feoli - Secretaria ☎ 686 56 95 38, Blanca Noya, Eva Pizarro, Juan A. Pereira y Teresa Contreras)

#### 4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE <sup>5</sup>

- En el C.S.M. de Usera venimos utilizando desde hace unos años de forma satisfactoria la siguiente **FICHA DE EVALUACION** que han de completar los alumnos del Practicum de Psicología tras su rotación por nuestros servicios. Además de para la evaluación oficial, la utilizo (sobre todo) con dos objetivos. Uno, que los alumnos se paren a pensar la experiencia y a hacer un ejercicio activo de reflexión sobre la rotación (se les anima a que no contesten simplemente "sí o no", sino a que desarrollen su pensamiento). Segundo: para que los que damos docencia tengamos un *feed-back* de nuestra tarea (elemento cada vez más a tener en cuenta en los inminentes nuevos planes de estudio de la universidad española). Expongo la actual ficha de evaluación por si a alguien se le ocurre mejorarla y/o modificarla para aplicarla a otros colectivos que rotan por nuestros servicios: MIR de Medicina de Familia u otros, Elipsis, Comillas... ¿MIR de Psiquiatría y PIR de Psicología Clínica tras determinadas rotaciones?. Ahí va la del Practicum del CSM Usera. **¿Cómo evaluáis la docencia que dais en otros dispositivos y/o con otros alumnos?** Abro el debate.  
(Santiago Vega - CSM Usera)

---

<sup>5</sup> 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: ¡jojo!) o casos clínicos para estudios de investigación proyectados o en marcha, etc...

**EVALUACION PRACTICUM Curso 2006-07**  
**Centro de Salud Mental Usera - Hospital Universitario 12 de Octubre**

Nombre: .....

*Para mejorar la docencia impartida en el Practicum de Psicología Clínica en el C.S.M. de Usera te agradeceríamos nos dieras tu opinión y reflexión sobre los siguientes puntos. Puedes rellenar y enviar por correo electrónico esta misma plantilla.*

1. ¿Has comenzado a captar una visión general sobre la psicopatología real atendida y propuestas realizadas desde un C.S.M.?
2. ¿Has realizado personalmente alguna ENTREVISTA DE EVALUACION posteriormente supervisada? Comenta la experiencia
3. ¿Has acudido a alguna SESION CLINICA multidisciplinar en el Hospital 12 de Octubre?
4. ¿Qué dispositivos de REHABILITACION PSICOSOCIAL de la red de Salud Mental conoces tras estas prácticas?
5. ¿Ha aumentado tu interés y motivación por el trabajo del PSICOLOGO CLINICO?
6. ¿Has podido comenzar a ver algo del papel del psicólogo clínico en diferentes puestos en la red de Salud mental: C.S.M., dispositivos de rehabilitación...?
7. ¿Has podido contrastar tus opiniones y prejuicios previos sobre el trabajo de los distintos profesionales implicados en la atención en un C.S.M.?
8. ¿Has comenzado a manejar BIBLIOGRAFIA profesional relacionada con los casos que has visto?
9. Opinión sobre la atención prestada por el C.S.M. a los PACIENTES
10. Opinión sobre la atención prestada por los profesionales con los que has rotado a ti como ALUMNO/A
11. Opinión sobre la DURACION de tus prácticas
12. Opinión sobre el LUGAR de realización de tus prácticas
13. Cita al menos una crítica a las prácticas que has realizado (achacables a nuestro C.S.M. en relación a ti como alumno/a)
14. ¿Has experimentado algún CAMBIO PERSONAL tras las prácticas?
15. Otras observaciones
16. Puntúa del 0 al 10 la CAPACIDAD DOCENTE de cada uno de los profesionales con los que has rotado (no se evalúa la capacidad como clínicos de dichos profesionales, sino exclusivamente la capacidad DOCENTE CONTIGO DURANTE TUS PRACTICAS)

Gracias por tu interés y colaboración

## 5. RESIDENTES <sup>6</sup>

- Os invitamos a la **cena de despedida de los MIR y PIR** que acabamos en Junio: **viernes 15 Junio, Restaurante "La Viuda Blanca"** (C/ Campomanes, 6) Metro Opera, en torno a las 21 h.

*(Sonsoles, Juan, Roberto, David y Eloy)*

## 6. RECOMENDACIONES DE COLEGAS <sup>7</sup>

- El **XXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental** se celebró en Las Palmas de Gran Canaria del 28 al 30 Marzo 2007. Bajo el lema "*El compromiso en los cuidados de Salud Mental*" se congregaron 750 profesionales. Como en otras convocatorias la participación fue muy amplia: se presentaron 98 comunicaciones y 250 pósters. Entre las conclusiones del congreso: Cuidar significa comprometerse. Sólo el que se compromete cuida. Cuidar es una responsabilidad pública, social, familiar y personal. Cuidar es mucho más que hacer un trabajo.

Hemos visto un aumento de trabajos donde se recogen las taxonomías de Enfermería. Se discutió el rol social y familiar de mujeres y hombres. Las dificultades para compaginar la vida profesional y familiar y la necesidad de educar a las nuevas generaciones en la igualdad de sexos para hacer personas más sólidas, activas, comprometidas y libres.

Si queréis más información podéis visitar la página: <http://www.anesm.net>  
*(Lola Yela- CSM Usera)*

## 7. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS <sup>8</sup>

- **Líneas investigación PARG (Psychosis and Addictions Research Group).** *En el boletín nº 3 informaremos ampliamente sobre el origen, funcionamiento y líneas de investigación del PARG* (Roberto Rodríguez - UHB H120)

---

<sup>6</sup> Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc...

<sup>7</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...* ¡¡Comprobad que los enlaces a páginas web sean correctos y estén operativos!!

<sup>8</sup> 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."!!

- A partir de Junio comienza en nuestro hospital y área un nuevo estudio financiado por el F.I.S. denominado **Clozapina como posible óptimo tratamiento en primeros episodios de esquizofrenia para prevención de deterioro**, cuyo investigador principal es Javier Sanz. La importancia de este estudio radica en la posibilidad de poder utilizar Clozapina como antipsicótico de primera opción terapéutica. Los pacientes serán captados desde la urgencia o en el centro de salud mental. María Aragiés coordinara su derivación a la UHB (Javier Sanz) o a los centros donde se encuentran los psiquiatras de referencia para este estudio (Santiago Vega en Usera, Iluminada Rubio en Villaverde, Justo Díez en Carabanchel y Miguel Angel Jiménez- Arriero en Arganzuela cuyos pacientes serán derivados a Roberto Rodriguez). Diana Taboada se encargará de la neuropsicología. El estudio se está realizando también colaboración con el hospital Gregorio Marañón con Enrique García Bernardo. (*María Aragiés -Urgencias H120*)
- Libro: DURANTE, P. y NOYA, B. "**Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica**". Ed. Masson (1998)
- Libro: DURANTE, P., NOYA, B y MORUNO, P. "**Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados**". Ed. Masson (2000)
- Libro: POLONIO, B, DURANTE, P y NOYA, B. "**Conceptos fundamentales de terapia ocupacional**". Ed. Panamericana (2001)
- Artículo: M<sup>a</sup> T. DE LUCAS y F. MONTAÑÉS "**Atomoxetina: luces y sombras**" *Psiquiatría Biológica* (2007) 14, 1: 13-23

## 8. CONVOCATORIAS <sup>9</sup>

- "**Avances neurocientíficos y realidad clínica**" Hotel Eurobuilding (Madrid, 15-16 Junio 2007) Organiza Fundación *Cerebro y Mente*  
 Información e inscripciones en [secretaria@cermente.com](mailto:secretaria@cermente.com) . Programa científico:
  - Viernes 15 Junio: 17 a 19 h.: **Esquizofrenia** (Antonio Colodrón y Celso Arango)
  - Sábado 16 Junio 9.30 a 11.30 h.: **Depresión** (José L. Ayuso y Víctor Pérez Sola)
  - 11.30 a 13.30: **Adicciones** (Joaquín Santodomingo y José Martínez Raga)
- Congreso de Mazagón (Huelva) 17-21 Octubre 2007:  
**"Beyond neuropsychiatric diagnostics: symptoms not disorders"**  
 (Fund. *Cerebro y Mente* y Servicio de Psiquiatría Hospital Univ. 12 de Octubre)  
 Información del programa científico en <http://www.cermente.com>

<sup>9</sup> 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...

Estamos ultimando las inscripciones invitadas. Si estáis interesados en ir (o lo está alguno de los compañeros de nuestro Servicio de Psiquiatría-Area 11), haced el favor de confirmar con la Secretaria de la Fundación Cerebro y Mente (secretaria: Mila: 91 561 12 67) si os tiene incluidos en el listado de invitados.

## PROGRAM

*Wednesday 17 October*

Registration

*Thursday 18 October*

### COMMON NEUROCIRCUITS UNDERLYING COMMON SYMPTOMS IN PSYCHIATRIC DISORDERS

- **Ann Graybiel, USA**  
Habit formation in striatal circuits and compulsive behaviors
- **Peter Kalivas, USA**  
Pathology in cortical regulation of habit circuits and loss of control
- **David Lewis, USA**  
Disruption of prefrontal circuits
- **Bitá Moghaddam, USA**  
Cognitive functions mediated by prefrontal cortical neurotransmitters
- **Janet Hoenicka, Spain**  
Behavioral disorders and the ANKK1 Kinase
- **Michael Sutton, USA**  
Dendritic mechanisms of synaptic plasticity
- **José Borrell, Spain**  
Maternal infection and brain development: Implications for schizophrenia

### PSYCHOSES

- **Robin M Murray, UK**  
The biology of drug induced psychosis
- **Celso Arango, Spain**  
Cognitive function in psychosis through different diagnostics
- **José Luis Vázquez-Barquero, Spain**  
Effectiveness and metabolic alterations of conventional and atypical antipsychotics in first episode psychosis
- **Douglas Blackwood, UK**  
Chromosomal abnormalities in psychosis
- **Willem M A Verhoeven, The Netherlands**  
Psychoses as an aspecific expression of disordered brain function
- **Anissa Abi-Dargham, USA**  
Relationships between dopamine function and clinical dimensions

*Friday 19 October*

### COGNITIVE SYMPTOMS

- **Jeremy Seamans, Canada**  
What cellular mechanisms might underlie cognitive symptoms?
- **Mark Geyer, USA**  
Information processing in animal models of psychiatric symptoms
- **Ivan Izquierdo, Brazil**  
Multiple parallel molecular cascades are in charge of memory formation; the failure of any of any one may be disruptive

- **Martin Cammarota, Brazil**  
Consolidation, reconsolidation and the persistence of memory
- **Anthony A Grace, USA**  
Hippocampal dysfunction and disruption of dopamine system regulation in an animal model of schizophrenia
- **Trevor Archer, Sweden**  
Symptom-profiles under cognitive-affective deficit conditions
- **Antonio Lobo, Spain**  
Non-cognitive symptoms predict cognitive decline and dementia in the elderly community
- **José M<sup>a</sup> Delgado, Spain**  
Functional basis of associative learning in wildtype and transgenic mice

#### **MOTOR EXPRESSIONS OF NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS**

- **Manfred Gerlach, Germany**  
Motor symptoms expressed by neuro-psychiatric diseases
- **Richard Kostrzewa, USA**  
Stereotypic behaviours related to levels of receptor-sensitivity
- **Werner Schmidt, Germany**  
Motor expressions of behavioural sensitization in neuropsychiatry
- **Moussa Youdim, Israel**  
Symptom-profile complexity in the movement disorders and their eventual containment

*Saturday 20 October*

#### **ANHEDONIA AND AFFECT**

- **Roy A Wise, USA**  
Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on
- **Mary L Phillips, UK**  
Neural correlates of anhedonia
- **Ian Reid, UK**  
Mood disorder and early life trauma: symptom profiles
- **Richard Beninger, Canada**  
Dopamine receptor mechanisms of reward
- **Aleksander A. Mathé, Sweden**  
Neurochemical effects of maternal separation
- **Michel Le Moal, France**  
Complex features of biobehavioral pathologies: difficulties for an experimental Psychopathology

#### **IMPULSIVITY**

- **Anna Rose Childress, USA**  
Leaping (to reward) before looking: impulsivity as a brain-behavioral vulnerability crossing diagnostic boundaries
- **Guillermo Ponce, Spain**  
Genetics and psychophysiological variables in psychopathic traits
- **César Ávila, Spain**  
Impulsivity as sensitivity to reward: a cognitive neuroscience approach
- **Moshe Kotler, Israel**  
Impulsivity from neurobiology to neuropsychological assessment
- **Giovanni Laviola, Italy**  
Animal models and mechanisms of impulsivity in adolescence

- **Próxima Comisión de Asistencia:** 20 Junio 2007, 9.45-12 h.
- **Próxima Comisión de Docencia:** 6 Junio 2007



- Próxima reunión **P.A.R.G.**: 6 Junio 2007, 13 h.
- Seminario "Introducción a la Psiquiatría Comunitaria" para MIR-1 y PIR-1 .  
Sesiones abiertas a los profesionales de Salud Mental área 11:
  - D. Marcelo Aldanas (ASAM): "*La atención a las personas con enfermedad mental: la visión de los familiares*" 20 Junio 2006: 11.30 a 13 h. Aula 3ª planta Edif.. Materno-Infantil Hosp.. 12 Octubre
- Sesiones de investigación Hosp. 12 de Octubre: "*Vulnerabilidad genética en las adicciones*" (Dr. Tomás Palomo) 6 Noviembre 2007 13.45 h. Salón de Actos del Hosp. Materno-Infantil
- XII Curso anual de Esquizofrenia: "*Psicosis y relaciones terapéuticas*" (Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis y Serv. Psiquiatría I del Hosp. General Univ. Gregorio Marañón) Madrid, 22-24 Noviembre 2007 <http://www.cursoesquizofreniamadrid.com>

## 9. SESIONES CLINICAS <sup>10</sup>

### **Puesta en marcha del EASC (Equipo de Seguimiento Asertivo Comunitario) de Palma de Mallorca**

Presentada en la Sesión Clínica extraordinaria del 25 Abril 2007 (Hospital Univ. 12 de Octubre)

***Dra. Tania Izquierdo Rentería - Médico Psiquiatra***  
***Dª Concepción Mirabal Pizarro - Trabajadora Social***  
 HOSPITAL SON LLÀTZER - Palma de Mallorca

#### **Modelos de cuidados comunitarios en Salud Mental:**

- Diferentes programas de seguimiento y cuidados del TMG en la comunidad: Gestión de Caso (GC)
- Se asigna un "gestor" o equipo a un paciente que debido al TMG que sufre va a necesitar diferentes recursos comunitarios, siendo precisamente el TMG el que les hace difícil o carente de interés el acceso a los recursos que necesitan
- Objetivo común: asegurar continuidad de cuidados y facilitar la coordinación

<sup>10</sup> 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)

- TAC: modalidad más completa e intensiva y de eficacia más contrastada para seguimiento de TMG

### **Modelos de cuidados comunitarios (diferencias)**

- Trabajo individual o en equipo
- Intensidad del seguimiento
- Ratio pacientes : profesional
- Grado de derivación a otros recursos / continuidad
- Responsabilidad compartida

### **Modelos de cuidados comunitarios en Salud Mental**

- Broker
- Clínico (GC)
- Crecimiento
- Rehabilitación
- Intensivo (GC)
- TAC
- TAC + seguimiento familiar

### **CM intensivo**

- Baja ratio de pacientes por profesional
- Mayor intervención en la comunidad y menor en despacho
- Asertividad para mantener a los pacientes en seguimiento

### **TAC: Generalidades**

- Equipo multidisciplinar (mínimo un PSIQUIATRA y un DUE)
- Seguimiento integral en vez de derivar a otros
- Ratio pacientes : profesional pequeña (10:1)
- Captación asertiva: enganche y mantenimiento del contacto con el paciente, saliendo en su busca si riesgo de abandono
- Intervenciones en la comunidad (domicilio) dejando despacho para reunión/coordinación
- Supervisión estrecha de la medicación, interviniendo en prescripción y administración
- Apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria
- Disponible por tiempo indefinido

### **Objetivos del TAC**

- Favorecer permanencia de TMG en la comunidad
- Disminuir riesgo recaídas, reingresos y aislamiento
- Mejorar calidad de vida de ptes y familia
- Potenciar autonomía, evitar relaciones de dependencia responsables en parte del fenómeno “puerta giratoria”

### **Las claves del TAC**

- Alianza terapéutica, herramienta para intervención e influencia directa
- El equipo actúa como red de protección frente al estrés disminuyendo vulnerabilidad

- TAC asegura cumplimiento del tto, permitiendo trabajo con el pte. que a su vez refuerza dicho cumplimiento
- *El domicilio es un lugar privilegiado para terapia familiar.*

### **Historia del TAC**

- Insuficiencia de los procesos de reforma
- Stein y Test (Madison) 70's
- Asistencia a ptes que no usan recursos comunitarios (y sí Ux y UHB) para cubrir sus necesidades
- Publican resultados (Arch Gen Psychiatry): Reducen en un 78% la hospitalización media; 58% a 6% reingreso; Mayor estabilidad en domicilio
- Una vez retirado el apoyo, se pierden las ganancias obtenidas, de ahí surge TAC, q implica tiempo ilimitado
- Rápida propagación del modelo

### **Stein y Test (Recomendaciones)**

- Incluir terapia familiar en el seguimiento
- Formación de residentes
- Cambio en el criterio de la hospitalización (no necesariamente negativa ni como último recurso)

### **Población diana**

- TMG (Eqz, Tr. EqzA, Tr. Bipolar, TDC)
- 18-65 años
- Mala adherencia al seguimiento / consumidores excesivos de recursos

### **Criterios de exclusión**

- Tr. Orgánicos (neurológicos, demencias)
- Diagnóstico primario de retraso mental, TP o abuso de tóxicos
- Pacientes con TMG que acuden a USM regularmente

### **Actualidad del TAC**

- Reconocido como tto psicosocial prioritario en las guías clínicas consensuadas por expertos para el tratamiento de la esquizofrenia
- Objetivo de las nuevas Estrategias Nacionales de Calidad de Salud Mental del Ministerio de Sanidad
- Múltiples equipos de nueva creación
- IV Symposium Nacional TAC (Avilés, Junio 2007)

### **Creación del ESAC de Palma de Mallorca**

- Censo TMG en total del área del HSSL (USM, SS, MAP...)
- Cuántos TMG no van a USM / uso recursos inadecuado
- Formación del equipo "ideal" (=necesidades)
- Recursos materiales (tfno, coche, ordenadores, despacho)
- Intercambio información Avilés

### **Protocolo del ESAC de Palma de Mallorca**

- Ficha de registro de TMG informatizada
- Informe derivación / evaluación
- Fase de enganche
- PSI: necesidades, habilidades, objetivos, intervenciones. Tutor del caso

- Escalas para medir evolución y resultados (satisfacción): HoNOS, BPRS, Discapacidad de la OMS, CGI, EEAG y Autoaplicadas (DAI y WHOQOL-BREF)

### El equipo

- Tamaño ideal: 10-12 para asegurar prestaciones habituales durante ausencias (ESAC=2,5)
- Horario habitual de Lunes a Viernes de 8h a 15h + coordinación con dispositivos de 24h (Urgencias, UMES)
- El TAC requiere determinadas habilidades:
 

*“...que se conjuguen características personales como empatía, compromiso, optimismo, capacidad de persuasión, pragmatismo, flexibilidad, capacidad para compartir responsabilidades, experiencia del mundo real y de la vida en la calle”*

(Mariano Hdz. Monsalve)

### Funciones del Psiquiatra

- Ingresos y altas
- Realización y evaluación periódica del PSI
- Intervención directa en áreas de salud general y mental (adicciones)
- Abordaje psicoterapéutico
- Intervención en crisis (ingresos, UHB)

### Funciones del DUE

- Psicoeducación individual y familiar
- Autocuidados y autonomía
- Supervisión estrecha de la medicación
- Alianza terapéutica
- **¡¡CLOZAPINA!!**
- El “anti-enfermero”: ver Forges

### Funciones del Trabajador Social

- Terapia familiar
- Asesoramiento formativo-laboral, administrativo, económico
- Coordinación con recursos sociales locales
- “Usuario” vs paciente
- Equipo “transdisciplinar”



## **Rutina de trabajo**

- Reunión de equipo semanal
- Despacho para registro e-siap, citar familiares, e-mail.
- Reuniones de coordinación y apoyo (AP, SS, Caritas, USM).
- Enfermería a tiempo parcial en USM (en trámites a tiempo completo y contrato estable)
- Dilema: ¿menos en TAC o más en CM?
- 16 pacientes en seguimiento intensivo (8M, 8H) edad ½ de 43a
- 3 casos en periodo evaluación
- 4 pacientes no aceptados en ESAC tras evaluar (devolución)
- Una paciente dada de alta a UCR
- “Consulta de casos” para coordinar/asesorar

## **Visitas domiciliarias**

- Siempre dos profesionales
- Acercarse al paciente manteniendo claros los límites profesionales
- Protección del paciente en conflicto familiar y devolverle responsabilidad cuando sea necesario
- Determina frecuencia de visitas posteriores

## **Dificultades:**

- Respeto a autonomía (pacientes que prefieren vivir en lo que decidimos que es precariedad)
- Equilibrio: Siempre asegurar cobertura de necesidades básicas materiales y sociales
- Pendientes estudio sobre estigma percibido
- ESAC como “apagafuegos”, ingresos judiciales sin obtener resultados esperados.
- La importancia de una correcta derivación para optimizar resultados y evitar riesgos
- Falsas expectativas desde UHB
- Informática vs Papel
- Evaluación resultados
- Resistencia de diferentes gerencias de AP e ib-salut (diferentes intereses, desconocimiento del TAC)
- Difusión de roles
- “Burnout” de los profesionales: expectativas infundadas, exceso voluntarismo, no concuerdan objetivos-medios, sobrecarga, equipos inestables (continuidad no depende de interés asistencial)

## **Conclusiones**

- El TAC es una forma realmente útil de atención al TMG en la comunidad, pero no del cualquier manera...
- Es necesario el compromiso “filosófico” de la gerencia
- Acotar el tipo de programa para cada subgrupo de TMG, dejando el TAC para los que presentan más recidivas y mayor discapacidad mantenida
- ESAC para intervención precoz en TMG (¿priorizar jóvenes...?) Bastaría con gestión de casos para asegurar la continuidad y tto?

**"RECOVERY" (RECUPERACIÓN)**

*Pilar Durante - Terapeuta Ocupacional-Walkredi /EASC-CD Usera*

12

**Apuntes para la reflexión. Situando el problema**

Numerosas personas con problemas de salud mental nos dijeron que se sentían *"enfermos parte del tiempo, pero excluidos todo el tiempo"*. El rechazo de la sociedad al que se enfrentaban ejercía un impacto sobre sus vidas más trascendente que sus síntomas médicos.

*"Me asusta transformarme en una de las personas que he visto en el centro de día. Sé que tengo un problema de salud mental, pero no me gusta eso. Quiero un camino hacia delante, no sólo sentarme allí, sólo beber té y hablar de los efectos secundarios de los distintos medicamentos"*.

**La rehabilitación psicosocial**

*"Su horizonte de posibilidades –igual que el de sus limitaciones- no depende exclusivamente de la creación de nuevas estructuras de atención, sino principalmente de la "cultura asistencial" que guía el desarrollo de estas iniciativas, de las políticas públicas en salud mental, de las respuestas ciudadanas y del papel de las familias y las redes sociales próximas a los afectados"* (A. Mtnez. Hernández, antropólogo)

**La errancia**

*"Ha cobrado de nuevo actualidad. En el escenario de las iniciativas de salud mental externalizadas, otra vez emerge el riesgo del confinamiento de los enfermos mentales graves en los espacios de tránsito y anonimato; esos espacios que Augé (1993) ha definido como "los no-lugares", como son el centro de las ciudades, las zonas de tránsito, los parques o las estaciones de trenes y autobuses. El no-lugar en el caso de los enfermos por trastorno mental grave es también, en este caso, la falta de empleo, su exclusión de las redes sociales y su infrarrepresentación en la arena ciudadana, política y de toma de decisiones."*

*"Con demasiada frecuencia el aislamiento social es entendido desde una perspectiva puramente individualista y propia de las ciencias "psi", en la cual se atribuye al afectado y su psicopatología el origen de la situación, y no como un proceso dialéctico por el cual las condiciones individuales de la enfermedad promueven el retraimiento y éste, a su vez, se ve retroalimentado y amplificado por la exclusión y el estigma."*

No puede existir una auténtica rehabilitación y reinserción sin una cultura desestigmatizadora que devuelva a los afectados su papel de sujetos activos, que los inserte en espacios sociales que no son propiamente terapéuticos y que permita rescatar y normalizar sus voces y experiencias como realidades de las que también podemos aprender los demás.

Desde nuestra perspectiva, hoy en día se hace necesario que los programas y políticas de salud mental caminen en la triple y complementaria dirección de: **(I)** establecer un modelo más dialógico y participativo, **(II)** instaurar estrategias que permitan abrir las redes sociales de los afectados a un universo más amplio de relaciones y **(III)** reducir la omnipresencia de los espacios terapéuticos en la vida de estos sujetos.

El problema, claro está, es que pocas veces damos voz a los afectados y pocas veces los ubicamos fuera de su posición de enfermos o de usuarios.

*"El estigma es un factor responsable de la ruptura de los lazos con el mundo social, de los fracasos continuados en la inserción, de las cadenas o espirales de ingresos y de las reticencias de los afectados a cumplir con los tratamientos psicofarmacológicos. Piénsese que*

<sup>11</sup> 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...

<sup>12</sup> Presentado el 16 Mayo 2007 en el Seminario de Psiquiatría Comunitaria para MIR Psiquiatría y PIR, abierto al resto de profesionales y usuarios de los Servicios de Salud Mental del Area 11

*para los afectados y afectadas, tomar la dosis de antipsicóticos es también aceptar el propio estigma y sus consecuencias.”*

El delirio puede convertirse entonces en un refugio, con su consiguiente enquistamiento. La autonegación de la enfermedad también puede entenderse como una estrategia de resistencia ante categorías que niegan sus capacidades humanas. Y es que su precariedad psicológica se ve afectada y amplificada por la presión social y por los procesos de deslegitimación de su condición de actores o ciudadanos corrientes capaces de tomar decisiones como cambiar de trabajo, alquilar un apartamento, iniciar estudios o dedicarse a determinadas prácticas religiosas.

La habilitación o rehabilitación –dependiendo del caso- requiere de una normalización de los síntomas y de la enfermedad mental tanto en las esferas asistenciales como públicas.

Esto no significa desatender los casos u olvidarse de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, sino reconvertir la atención en algo similar a la práctica terapéutica en otros tipos de enfermedades no estigmatizadas.

La normalización también debe llevarse a cabo mediante la creación de “espacios de escucha social” que permitan desarrollar las habilidades y cualidades de los afectados, respetando sus características idiosincrásicas y su diversidad.

Como en la lógica del racismo y la xenofobia, la carga principal del problema se encuentra en la fuerza de determinadas categorías sociales para marcar, excluir y desfigurar al sujeto presuntamente diferente.

El estigma se desarrolla normalmente sobre categorías y no tanto sobre personas con nombre propio. Devolver el nombre y la palabra es una forma de normalizar.

Pero la devolución de la palabra requiere de una mirada diferente sobre el sufrimiento psíquico. Los discursos expertos o profesionales no pueden ser los únicos en el escenario terapéutico y social. El riesgo de su unicidad, de su presencia única, es también la asunción de un modelo unidireccional que disponga a los afectados, a las familias y a los grupos sociales en una posición de pasividad.

*“Investigación obsesionada por las deficiencias sólo puede producir teorías y actitudes que son irrespetuosas para con los clientes y es posible que también provoquen en los médicos un comportamiento tal que a los usuarios de los servicios no se les escuche como es debido, no se les crea, no se les valore con justicia, y que probablemente se les trate como ineptos y no se espere, además, que sean capaces de llegar a ser individuos independientes y competentes al realizar las tareas de la vida”* (Chadwick, P.K. (1997) *Schizophrenia: The Positive Perspective*. En Search of dignity for schizophrenic people. Londres: Routledge).

La omnipresencia de los espacios terapéuticos limita el desarrollo de las capacidades humanas, ya estemos hablando de personas afectadas por una enfermedad mental o por otro tipo de padecimiento.

Piénsese que cuando el sujeto se encuentra exclusivamente en estos espacios, la única identidad social pública que le resta es la de paciente o usuario, basada en la tutela y en la protección por parte de la institución y los profesionales.

Como resultado de ello, deviene la pasividad y también la falta de motivación, dos fenómenos que, paradójicamente, debe combatir cualquier política e iniciativa en salud mental.

De esta contradicción se deriva que mientras es necesario que los sujetos afectados desarrollen nuevas identidades sociales o recompongan sus identidades previas, sus rutinas reales y su mundo cotidiano se ve reducido al ámbito terapéutico

Quizá por ello cuando estos actores tienen la oportunidad de “ser alguien” diferente a las categorías “usuario” o “paciente”, su actitud se transforma y, curiosamente, su inclusión en espacios no originalmente terapéuticos se convierte en la mejor terapia

Hay varios obstáculos que se establecen en este proceso de normalización e inclusión en el tejido social no terapéutico: Uno de ellos es el estigma. Otro, no menos importante, es la cultura asistencial preeminente en los modelos de rehabilitación psicosocial que posterga el desarrollo de estas actividades en aras de un momento futuro –generalmente nunca alcanzado- en el cual el usuario dispondrá de las habilidades necesarias

El modelo custodial difícilmente podía ser terapéutico cuando generaba una desafiación del sujeto de su contexto social y, este proceso, es a menudo reproducido estructuralmente en

los dispositivos de rehabilitación psicosocial, pues los afectados ven su vida y órbita de relaciones limitada al ámbito institucional.

Tampoco debemos pensar que las mismas estrategias son válidas para todos los casos ni que la aplicación de tareas repetitivas, como las que habitualmente se llevan a término en los talleres ocupacionales de tipo terapéutico, son la solución. Las características de las personas afectadas por un trastorno mental grave deben hacernos pensar en tipos de actividad que permitan la sociabilidad fuera de las fronteras de los dispositivos

Padecer una dificultad de salud mental, no es sólo ser en tanto una enfermedad, no es sólo sufrir una alteración desde un punto de vista biológico/orgánico, sino también es un ser depuesto de las certezas sobre uno mismo, es ingresar en el campo simbólico de lo “extraño”, del “error”, de lo “problemático”, y frente a eso no existen seres sociales, personas, que no caigan en la aflicción.

*“El verdadero recurso - y es ésta la enseñanza más importante - no consiste únicamente en la financiación o en las estructuras, y ni siquiera en las necesarias competencias profesionales, el verdadero recurso reside en la necesidad positiva de protagonismo de las personas, el verdadero recurso reside en la capacidad de los usuarios y de sus familiares en reconocerse actores de su propia vida” (Ernesto Venturini)*

*“Una de las dificultades reside en que las bajas expectativas de los profesionales de la salud mental establecen una especie de círculo vicioso que reduce la esperanza y disminuye la oportunidad” (R. Perkins)*

### **“El viaje de la recuperación del individuo” ¿Qué es recuperación?**

“Recuperación” se refiere a la vivencia o la experiencia de vida real de las personas según ellas la aceptan y sobreviven los desafíos de la discapacidad... Ellos experimentan por ellos mismos como recuperando un nuevo sentido de sí mismos y un nuevo propósito con y más allá de los límites de la discapacidad. (Deegan 1988)

*“... es un proceso único, profundamente personal, de cambio de las actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de uno. Es un modo de vivir una vida satisfactoria, significativa, esperanzadora y contributiva aun con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación conlleva el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida de uno como el crecimiento personal más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (Anthony, 1993)*

- Recuperación no es lo mismo que cura
- Recuperación se refiere a desarrollo
- No se refiere a un producto final o a un resultado. Es un proceso; es un viaje continuo.
- Puede ocurrir, y ocurre, sin la intervención profesional
- No está limitada a una teoría particular sobre la naturaleza y causas de la EM
- No es específica de las personas con EM
- Se refiere a retomar el control sobre la propia vida
- No es un proceso lineal
- El viaje es diferente para cada individuo y profundamente personal

### **¿De qué se recuperan las personas diagnosticadas de EM?**

- De los traumas causados por la múltiple y recurrente sintomatología
- Del propio tratamiento de la enfermedad (efectos secundarios y el estigma asociado con el contacto con los servicios de salud mental)
- Actitudes y pronósticos negativos por parte de los profesionales (tienes una enfermedad mental, no podrás trabajar nunca más...)
- Carencia de habilidades apropiadas en los profesionales
- Servicios devaluadores y “desautorizantes” que potencian la pasividad, donde prevalecen las actitudes de “ellos y nosotros” y donde el entorno físico es a menudo deprimente e inadecuado



- Falta de oportunidades para participar en actividades valoradas en línea con sus intereses y aspiraciones
- Las muchas manifestaciones de discriminación y exclusión social.

Spaniol(1997), describe cuatro tipos de impacto causados por el trauma de recibir un diagnóstico de enfermedad mental:

- Pérdida del sentido de sí mismo (la identidad de “enfermo mental” tiende a eclipsar todas las demás identidades)
- Pérdida de poder (mientras los profesionales no ayudemos a las personas a tomar el control, estamos impidiendo el proceso de recuperación)
- Pérdida de significado (pérdida de roles valorados)
- Pérdida de esperanza (la acumulación de experiencias traumáticas y devaluadoras llevan a la desesperanza)

### **Recuperación e inclusión social: componentes de un modelo para la práctica en SM:**

#### **\* CREANDO RELACIONES QUE INSPIREN ESPERANZA**

- Valorando a la persona por quién es.
- Creyendo en el valor de la persona
- Viendo y teniendo confianza en las habilidades y potenciales de la persona.
- Escuchando lo que dice.
- Aceptando y explorando activamente las experiencias de la persona.
- Tolerando las incertidumbres del futuro.
- Mirando los problemas y las recaídas como parte del proceso: ayudando a la persona a aprender de ello y construir sobre ello.

#### **\* FACILITANDO LA ADAPTACIÓN PERSONAL**

- Ayudando a la persona a movilizar los recursos internos para la recuperación: confianza, creencia en uno mismo y reconocimiento de habilidades y ambiciones.
- Ayudando a la persona a que alcance a comprender que le sucede de manera que le de sentido y permita la posibilidad de desarrollarse y de crecer.
- Ayudando a la persona a lograr el control de los problemas de salud mental y de su vida.

#### **\* PROMOVRIENDO EL ACCESO Y LA INCLUSIÓN**

- Ayudando a la persona a acceder a roles, relaciones, actividades y recursos necesarios para la recuperación.
- Facilitando el acceso a recursos materiales.
- Ayudando a la persona a mantener los roles, las relaciones

#### **\* VALORES CLAVE PARA LA RECUPERACIÓN**

##### **ORIENTACIÓN A LA PERSONA**

- Dirigido (entendiendo) hacia la persona como primera y más importante y, entendiendo a la persona con puntos fuertes y no como un caso que exhibe los síntomas de la discapacidad

##### **INVOLUCRACIÓN DE LA PERSONA**

- Dirigido (entendiendo) hacia la persona como participante en todos los aspectos de su rehabilitación, así como teniendo voz y voto en el propio servicio

##### **AUTODETERMINACIÓN**

- Dirigido (entendiendo) a que las personas tomen sus propias decisiones individuales

##### **POTENCIAL DE CRECIMIENTO**

- Dirigido (entendiendo) a la capacidad inherente de toda persona para mejorar y desarrollar su propio funcionamiento y estatus

### **Indicadores de la cultura, compromiso y capacidad orientados a la recuperación CULTURA**

1 Nuestro programa permite que la gente abandone el programa y vuelva si así lo eligen

- 2 Nuestro programa involucra a la gente con discapacidad psiquiátrica en su programa de desarrollo y operaciones (*operations*)
- 3 Nuestro programa no da altas a la gente por su lentitud de desarrollo o porque no progresa
- 4 Nuestro programa ayuda a la gente a orientar su futuro
- 5 Nuestro programa celebra los logros
- 6 Nuestro programa funciona las horas que permiten que la gente trabaje o realicen otros negocios

### **COMPROMISO**

- 1 Los profesionales de nuestro programa creen que la gente con discapacidad psiquiátrica puede y de hecho ejerce roles valiosos en la sociedad
- 2 Los profesionales de nuestro programa creen en el potencial de crecimiento de la gente
- 3 Los profesionales de nuestro programa se aseguran de que los individuos están presentes durante la planificación y la evaluación
- 4 Los profesionales de nuestro programa trabajan con todos los servicios para proporcionar apoyo y objetivos de recuperación
- 5 Los administradores contratan a personas que han sido usuarios de los servicios de salud mental
- 6 El registro de la información está diseñado y establecido para recoger las aspiraciones, objetivos, puntos fuertes y opiniones del individuo en cada paso del proceso

### **CAPACIDAD**

- 1 Los profesionales tienen las habilidades para desarrollar una relación fuerte y respetuosa que vincule, apoye e inspire a la gente en su proceso de recuperación
- 2 Los profesionales tienen las habilidades para facilitar el desarrollo de una descripción global de lo que la vida podría ser cuando la recuperación ocurra (qué rol, qué contexto, con quién, haciendo qué a diario)
- 3 Los profesionales tienen las habilidades para involucrar a los individuos en la elección de la dirección de los servicios inmediatos
- 4 Los profesionales tienen las habilidades para involucrar a los individuos y para ofrecer una rehabilitación psiquiátrica, o para un tratamiento orientado a la recuperación, o para un case management orientado a la recuperación, o para cualquier otro de los servicios necesarios para promover un punto de vista a largo plazo e identificar la elección de una dirección
- 5 Los profesionales tienen los conocimientos y las habilidades para conectar a las personas con los servicios orientados a la recuperación que ellos quieren y que han identificado en su elección de objetivos de vida

### **PROCEDIMIENTOS**

El Método T.N.S. (*"The Nine Steps"*) se basa en los nueve pasos del proceso de intervención y con una constante indispensable en todos y cada uno de ellos: La persona (llamada usuario, paciente, cliente,...) es quien lleva las riendas del proceso. Tiene la voz en todo momento.

#### **"Llevar las riendas"**

- Implica que en cada paso es la persona quien decide cómo, qué y cuándo se va a llevar a cabo.
- Todo el proceso se asienta en la premisa de que el individuo es dueño de su vida, hacedor de su vivencia, es el que conoce muchos aspectos personales e íntimos de sí mismo (que por cierto no tiene la obligación de dárnoslos a conocer), y es el que tiene la llave de entrada a su núcleo interno.
- Los profesionales somos parte de su entorno y es desde este entorno desde donde actuamos. Podemos influir desde fuera, pero nunca podremos meternos en la persona y accionar su maquinaria. (Parece algo obvio, pero muchas veces ocurre que se actúa como si fuese de otra manera).

#### **El papel de los profesionales**

Ofrecer herramientas técnicas útiles a la persona para que pueda conocer mejor su situación presente, su funcionamiento, sus necesidades, las estrategias a llevar a cabo para lograr sus objetivos y los resultados del plan elaborado entre la persona y los profesionales (desde un contexto de equipo entre ambos).

Acercar a la persona datos observados sobre aspectos de la situación personal, de su realidad y de su funcionamiento para que, con mayor información, la persona tenga más posibilidades de llevar a cabo sus decisiones.

**El método T.N.S.** 1. Recogida de datos 2. Análisis de datos 3. Interpretación de la información 4. Identificación de necesidades 5. Establecimiento de objetivos 6. Planteamiento de estrategias 7. Elección de las estrategias 8. Implementación del plan 9. Evaluación de resultados

### **Procedimientos**

- Llevar a cabo el Método T.N.S. implica que previamente se haya establecido un procedimiento a seguir (y no saltárselo) en el que se detallen los qué, cuándo, cómo y para qué.
- Esto supone, saber y seguir los planteamientos de contenidos, temporalidades, objetivos y métodos que vamos a llevar a cabo como esqueleto que sustentará la intervención eficaz.
- Detallamos a continuación las diferentes cuestiones.

### **Recogida de datos ¿Qué información recoger?**

• En la recogida de datos la condición que respetaremos siempre es el en Método TNS es que ahondaremos y preguntaremos únicamente sobre lo que el usuario acepte que indagemos. Él marcará el camino.

• Para ayudarle le daremos información sobre los aspectos que entendemos que podrían tener que ver con las demandas que se plantea y que podrían ayudar a abordar mejor las dificultades, pero la decisión de entrar en ello o no, es suya.

### **Fuentes de información**

- La que nos llega desde otros dispositivos
- La que nos aporta el usuario de manera verbal y voluntaria
- La que nos aporta el usuario a través de su comportamiento
- La que aporta el entorno del usuario

### **¿Para qué se recoge la información?**

- Siempre para que la persona y los profesionales tengan más datos sobre el funcionamiento del individuo.
- Para que la persona, con mayor información tenga más posibilidades de detectar, identificar y priorizar sus necesidades y objetivos.
- Para que sea más factible ofrecer a la persona estrategias de abordaje eficaces.

### **¿Quién recoge la información?**

- El equipo formado por la persona y los profesionales.

### **¿Cómo se recoge la información?**

• Se contará con: entrevistas, la observación directa (de la persona a sí mismo y a su medio y de los profesionales a la persona y su medio) y la aplicación de instrumentos de recogida de información.

• Todas las posibilidades que el profesional considere que pueden ser útiles para recoger la información deseada, debe exponérselas (nombrarlas y explicar en qué consisten, sus puntos fuertes, sus desventajas, etc ) a la persona, para que sea ella la que elija los modos que pueden encajar más con él y en los que se va a encontrar más cómodo. La persona aporta también ideas/posibilidades.

### **¿Qué hacer con la información?**

• Toda la información se recogerá en un formato útil y de fácil acceso, recogida de una manera objetiva (en términos de hechos), se comprobará si es la información necesaria (según se había planteado previamente) y se pasará al paso siguiente: su análisis.

### **Análisis de los datos**

- ¿Qué es analizar? Extraer los datos objetivos.
- ¿Para qué se analiza? Para tener presente toda la información.
- ¿Quién analiza? En equipo, la persona y el profesional.
- ¿Cómo se analiza? Relacionando los datos obtenidos.
- ¿Qué hacer con el resultado del análisis? Llevarlo al siguiente paso: la interpretación de datos.

### **Interpretación de la información**

- ¿Qué es? Dar una explicación a lo que se ha analizado
- ¿Quién interpreta la información? La persona.
- ¿Qué herramientas pone en juego cada participante? El profesional propone hipótesis y las respalda y la persona, también propone hipótesis y, siempre que lo vea claro, servirán para establecer acciones y estrategias.
- ¿Con qué fin se interpreta? Para poder identificar necesidades y encontrar estrategias de intervención eficaces.
- ¿Qué hacer con los resultados obtenidos? Traslados a la identificación de necesidades.

### **Identificación de necesidades**

- ¿Necesidades de quién? De la persona únicamente.
- ¿Cómo se identifican? En función de la interpretación que la persona ha hecho de la información y de sus objetivos vitales.
- ¿Quién las identifica? La persona.
- ¿Qué necesidades atender, elegir y priorizar? Las que priorice la persona. Podemos apuntarle necesidades que son imprescindibles para el logro de sus objetivos (pero elige ella).
- ... Y después ¿qué? A los objetivos.

### **Establecimiento de objetivos**

- ¿Cuáles? Únicamente los de la persona.
- ¿Quién? Los elige, establece y prioriza la persona.
- ¿Cómo? Los profesionales podemos ayudar en las cuestiones técnicas: objetivos que no sean incompatibles entre sí, desglose para mayor eficacia, etc...
- Los objetivos de otros elementos del entorno se tienen en cuenta exponiéndoselos a la persona como parte de la realidad que le rodea: él elige.

### **Planteamiento y elección de estrategias**

- Evaluación de estrategias y resultados previos: analizando con la persona qué estrategias ha utilizado hasta ahora y con qué resultados.
- Aporte de nuevas estrategias: los profesionales, otras personas con experiencia previa (otros miembros del grupo si los hay) le presentan posibles estrategias, y la persona misma también propone. En este punto se proponen los indicadores.
- Análisis de idoneidad: Se analiza entre todos dando datos y explicaciones de las estrategias.
- Elección de estrategias: la elección es de la persona
- Establecimiento de indicadores.

### **Implementación del plan**

- Quién? La implementación de nuevo se hace en equipo entre persona o personas y profesionales, siguiendo todos los acuerdos establecidos en los pasos anteriores.
- Cómo? Los profesionales tenemos la responsabilidad de que la implementación que se lleve a cabo por nuestra parte cumpla con una serie de condiciones: Fiabilidad (se ciña a lo acordado), Seguridad, Consistencia (sea constante y sólida), Continuidad (se lleva a cabo en un tiempo suficiente para lograr resultados) y Congruencia (entre acciones, palabras, organización,...)

### **Evaluación de resultados**

- ¿Con qué fin? Para saber si todo lo hecho hasta el momento sirve.
- ¿Quién? En equipo entre la persona y los profesionales.
- ¿Cómo? Utilizando instrumentos objetivos, habiendo identificado previamente indicadores que nos dicen si se están alcanzando objetivos y evaluando el grado de satisfacción de la persona respecto al logro de objetivos y respecto al método utilizado (TNS)

## Constantes del proceso. Requisitos indispensables

Para que todo esto sea posible, previo y durante todo el proceso se deben dar unas constantes a saber:

- **Confianza:** Congruencia: Entre la palabra y el hacer, Entre la palabra y la organización, Entre la palabra y la expresión no verbal, Entre la palabra de hoy y la de mañana; Claridad en la relación y en la comunicación; Transparencia
- **Respeto:** A la persona, a sus derechos, a su dignidad y a sus decisiones; A sus palabras y a sus opiniones; A su sufrimiento; A su enfermedad y a su expresión de síntomas
- **Acuerdo:** En el sentido literal y bilateral de la palabra; Acuerdo donde cada parte se ha sentido libre para obrar; Con la claridad suficiente para que ninguna de las dos partes pueda modificar los términos sin contar con el otro; Revisable siempre que una de las partes lo proponga
- **Compromiso:** De nuevo bilateral: del usuario y del/los profesional/es; El compromiso implica que cada parte asuma responsabilidad, e implica que se entiende al otro como capaz de asumir dicha responsabilidad; Debemos saber a qué nos podemos comprometer y a qué no
- **La relación:** Todo ello parte del establecimiento de una relación entre el profesional y la persona al mismo nivel, donde se transmitan expectativas hacia la persona desde un entenderla como: importante, respetable y capaz de decidir sobre, aportar a y dirigir su proceso. Esta relación no se establece desde la charla informal sobre temas inocuos. Es una relación donde el profesional debe poner sus técnicas y conocimientos al servicio de la persona. En los espacios de entrevista, de encuentro, el profesional está trabajando.... Tomando un café, está trabajando. El profesional debe responder ante la persona por el servicio que le da. Si vamos al médico con una dolencia, ¿nos gusta esperar ratos de cháchara del médico, o preferimos que nos pregunte, indague, nos explique y nos proponga remedios?
- **El papel de la persona.** Entendiendo que todos los planteamientos de la atención terapéutica y de la rehabilitación psicosocial se dirigen hacia que la persona pueda desarrollarse como tal, no hay otro planteamiento que el que sea con la persona como principal artífice de su proceso vital.
- **Lo volitivo.** Es el principal motor de la propia vida. El papel del profesional es ayudar a que la persona pueda reajustar sus engranajes en línea con sus propios objetivos de vida.

### “NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS”

#### Bibliografía sobre “Recovery”

- ANTHONY, WA. y FARKAS, M. **Clients recovery handbook** (*mainegov-images.informe.org*)
- ANTHONY, WA., FARKAS, M. y GAGUE, C. **Psychiatric Rehabilitation** (2002)
- RALPH, R. y CORRIGAN, PW. **Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness**. Boston: American Psychological Association (2004)
- PERKINS, R. y REPPER, J. **Social inclusion and recovery: a model for mental health practice**. Bailliere-Tindale (2003)
- DURANTE, P. y NOYA, B. **Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica**. Ed. Masson (1998)
- DURANTE, P., NOYA, B y MORUNO, P. **Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados**. Ed. Masson (2000)
- POLONIO, B, DURANTE, P y NOYA, B. **Conceptos fundamentales de terapia ocupacional**. Ed. Panamericana (2001)
- IMSERSO. **Publicación Ponencias Congreso “La salud mental es cosa de todos”**. Valencia, 2004 (*disponible en CD*)

## Situación actual de la asistencia a Niños y adolescentes en el Area 11 de Salud Mental

*José Carlos Espín - Psiquiatra CSM Ciempozuelos  
Angeles Castro - Psicóloga CSM Villaverde <sup>13</sup>*

### Consideraciones generales:

- Aspectos diferenciales del abordaje en Salud Mental de niños y adolescentes:
  - Psiquismo infantil: características de déficit de estructuración, inestabilidad y evolutividad potencial. Síntoma infantil: rasgos de evolutividad, labilidad e inespecificidad, reversibilidad, tolerancia
  - No existe un modelo comprensivo del enfermar psíquico en la infancia que no contemple la evolutividad, de ahí lo imprescindible que resulta el conocimiento sobre el desarrollo, la normalidad y la patología y la dimensión de dependencia del niño en relación al entorno
  - Se emplea mucho más tiempo porque la detección se basa tanto en la observación como en el diálogo o entrevista. Siempre hay que recoger información y colaboración de la familia y del entorno escolar y social, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento
  - Consideración biopsicosocial y evolutiva
- Metodología en Salud Mental de niños y adolescentes:
  - Toda la infraestructura asistencial debe ser distinta : ubicación física, espacio, material y recursos humanos
  - Casi todas las intervenciones son metodológicamente específicas para el niño y el adolescente:
    - Estructura de la anamnesis
    - La exploración psicopatológica del paciente y su familia
- La protocolización asistencial
  - El lenguaje empleado (heterogéneo)
  - Las pruebas complementarias
  - La sistematización diagnóstica y estructural (problema de las clasificaciones)
  - Valoración del riesgo evolutivo
- Muchas veces, las intervenciones se realizan a través de la familia o el colegio (entorno), además de la actuación terapéutica individual, debiendo quedar claramente delimitada la función clínica de la psicopedagógica y social. Resulta imprescindible la coordinación interinstitucional
  - Lo habitual en la práctica clínica es la afectación de las diferentes áreas de funcionamiento mental del niño y del adolescente. Normalmente se presentan al mismo tiempo síntomas que pertenecen a diferentes categorías (relacional, cognitivo, afectivo, conductual) con la consiguiente implicación en el diagnóstico y tratamiento
- Importancia y relevancia de la Salud Mental de niños y adolescentes
  - Su conocimiento y valoración permite una mejor comprensión de la salud mental del adulto
  - Aspecto de la prevención como elemento básico en la Salud Mental de niños y adolescentes

---

<sup>13</sup> Revisado y ampliado de la comunicación presentada en la JORNADA de AREA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (24 de Enero de 2007)

- Función preventiva de la Salud Mental en Niños y Adolescentes: muchos de los trastornos del adulto se originan en la infancia y se cronifican; la presencia de psicopatología en la infancia y adolescencia aumenta el riesgo de su aparición en el adulto. Prevención de morbilidad psiquiátrica adulta y cronicidad
- Auge de la organización y desarrollo de Equipos de Salud Mental de niños y adolescentes. Causas:
  - Diferente percepción de la salud mental en la infancia y adolescencia con cambios importantes en las últimas décadas, con la paradoja en España de la falta de la especialidad de la SMIJ. Niño como sujeto de derechos. Cambio en las expectativas de la población general y de los profesionales de otras disciplinas que derivan menores a Salud Mental
  - Los cambios sociodemográficos producidos por la inmigración y la necesaria perspectiva transcultural a la hora de trabajar
  - La aparición de otros fenómenos sociales, como los problemas conductuales y la aparición de disfunciones en este ámbito en edades más tempranas ( consumo excesivo de alcohol, violencia, abuso y maltrato físico y psicológico, etc)
  - La repercusión directa que tiene en nuestra demanda disfunciones de otro orden, como por ejemplo psicopedagógicas o educativas ( fracaso escolar )
  - Los cambios en los modelos sociales de la familia
  - El aumento de los niveles de exigencia y competitividad
  - Incremento de la prevalencia general y de determinados trastornos psiquiátricos: Trastornos de conducta, TCA, depresión, trastornos por consumo de alcohol y otros tóxicos, intentos de suicidio, enfermedades crónicas, urgencias psiquiátricas, fracaso escolar. Valorar el efecto, en ocasiones no informativo, sino propagandístico de los medios de comunicación
  - Cada vez son más frecuentes los problemas de tipo legal: custodia, conductas delictivas, intentos de suicidio graves, maltrato físico y psicológico. Diferente percepción de la función del profesional de Salud Mental
  - La presión asistencial en Atención Primaria

En definitiva, la demanda ha aumentado y ha variado, pero el número de profesionales no se ha incrementado, y en algún caso se ha reducido.

La demanda no es comparable a la de los inicios del Area, esto ha hecho necesario por parte de los profesionales de un esfuerzo de adaptación en cuanto a técnicas e instrumentos, cuando no de un verdadero ejercicio de creatividad

- La evolución de la atención en Salud Mental a niños y adolescentes en el Area: Panorámica de la diversidad:
  - La implantación de un programa de Salud Mental específico para niños y adolescentes ha sido muy diferente según los distritos
  - Inicialmente el único distrito que contaba con un programa como tal, con profesionales asignados al mismo era Carabanchel, equipo que funcionó como referente en el ámbito nacional y luego provincial antes de la constitución del Area
  - Una vez constituido el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, la atención infanto-juvenil se desarrollaba en los distritos con profesionales a tiempo parcial, que compartían ese trabajo con la atención a adultos
  - En 1996 se pone en marcha el Programa de SMIJ en el distrito de Villaverde, con dos profesionales dedicados a tiempo total
  - En el año 2006 se identifican dos profesionales a tiempo total en Usera, psiquiatra y psicóloga. Hasta entonces, todos los profesionales estaban a tiempo parcial

- En Aranjuez, desde el año 1992 existe una psicóloga con dedicación total y un psiquiatra a tiempo parcial. A partir del año 2001 se identifican los dos profesionales a tiempo completo
- En Arganzuela desde el 2003 hay dos profesionales a tiempo completo
- En los nuevos servicios de Valdemoro, Ciempozuelos y el actual Aranjuez, hay profesionales con dedicación parcial al programa (porcentaje variable)
- En algunos distritos se ha contado con profesionales de diferentes administraciones : CM, Insalud, Ayuntamiento , Complejo Asistencial Benito Menni. La aportación de los profesionales del Ayuntamiento ha sido variable y ha cambiado a lo largo del tiempo. Culturas y metodologías propias de trabajo

Nota final: los datos referidos son simplificaciones y no entran a detallar la situación o evolución de cada uno de los distritos

- Heterogeneidad entre los distritos
  - El tiempo y la trayectoria diferente han consolidado más a unos equipos que a otros
  - El número de profesionales asignados en cada distrito, su formación e incluso sus competencias han sido diferentes de unos centros a otros
  - Existen diferencias importantes relativas a la población de unos distritos a otros
- Esta heterogeneidad incide directamente tanto en la organización interna como en la actividad asistencial
  - Distribución de los pacientes por profesionales
  - Tiempos destinados a las consultas y frecuencia de las mismas
  - Listas de espera
  - Incluso en la oferta de tratamientos, determinada también por la formación del profesional
- Estos factores han propiciado modos y modelos de intervención necesariamente diferentes que hacen imposible dibujar un panorama de Area como tal. Sin embargo, ha habido desde los comienzos un interés especial entre los profesionales por buscar un espacio común: el grupo de infantil, que a lo largo de los años ha pasado por diferentes avatares, con momentos más productivos que otros, pero que siempre ha mantenido la fidelidad a ese objetivo de encuentro entre los profesionales
- Factor añadido: especificidad de la población del Area, rural y urbana y con peculiaridades demográficas ( minorías étnicas autóctonas-gitanos- y de inmigrantes extranjeros)

### **Situación actual**

- Profesionales de diferentes administraciones. El nuevo servicio de Aranjuez es fruto de un concierto de la CM con el H. San Juan de Dios
- Infraestructura: no existe una dotación específica y diferenciada(sala de espera, despachos adecuados para niños y adolescentes, sala para terapias grupales) en la mayoría de los servicios
- Recursos materiales (material psicodiagnóstico, juegos):variable
- Recursos humanos: muy variable. No hay equipos completos con dedicación total en la mayoría de los servicios (equipo multiprofesional). Ratios de referencia: 1 psiquiatra / 20.000 <18 años,1 psicólogo/25.000 <18 años, un trabajador social y un enfermero, todos ellos con una dedicación plena al programa de niños y adolescentes (Plan de Salud Mental 2003-2008 )
- Descripción más detallada en anexos
- Atención ambulatoria
  - Homogeneidad en cuanto a las edades: 0-18 años



- Gran variabilidad interdistritos en la organización(recepción y distribución de la demanda, citación, primeras consultas, gestión de las consultas sucesivas).  
Diferentes actividades específicas
- Gran variabilidad interdistritos en la actividad asistencial: número de nuevos por profesional/semana. Orientación de la ORCSM: 4-5 (no vinculante )
- Variabilidad en los tiempos asistenciales: pacientes nuevos,1 hora; revisiones, 20-30 minutos; situaciones especiales(entrevista con padres, casos complejos), 40-45 minutos. Problema de los tiempos para la coordinación con otras instancias
- Gran variabilidad en la lista de espera
- Problemas:
  - No se ha conseguido aún en el Area que exista una actividad asistencial claramente diferenciada en todos los distritos, con objetivos asistenciales claros y metodología específica
  - Coexistencia de modelos teóricos diversos ( las discrepancias entre las diferentes escuelas son más evidentes y acentuadas en este ámbito ). Problema de los diagnósticos y las clasificaciones
  - No hay estadísticas fiables. Problema del RAC(0-15 años)
  - Al no existir un equipo completo en la mayoría de los distritos no es posible sistematizar ni siquiera consensuar las actividades
  - Dificultades de la coordinación con el Programa de Adultos
- Problemas asistenciales:
  - Incremento de la demanda, casos más complejos, más implicaciones legales.
  - Falta de recursos para los niños más pequeños con patologías graves (TGD, psicosis ). H. Día para 0-6 años, aulas TGD, o equipos multidisciplinares
  - Falta de recursos- dispositivo sociosanitario, según el Plan de SM- para TC y TP en casos de intervenciones de duración más prolongada
  - Insuficiencia de los H. Día para determinadas patologías graves (TC)
  - Problemas de coordinación con otras instancias sanitarias y no sanitarias (IMMF)
  - Necesidad de recursos de distrito o de Area: H. Día, inclusión de otros profesionales en los equipos
- Problemas en la coordinación:
  - Si en cualquier segmento de edad, la coordinación se considera importante, en la infancia y adolescencia es esencial, y más compleja. En un mismo momento hay que contemplar multitud de variables
  - Sanitario: Pediatría (0-14 años), MAP, otras especialidades médicas, Unidades de hospitalización (Agudos, no hay en el H. 12 de Octubre; H. Niño Jesús; H. Gregorio Marañón), Hospitales Día (Herrera Oria, Pradera de San Isidro)
  - Educativo: EAT, EOEP (Primaria), Equipos de Orientación (Secundaria), profesionales de centros concertados y privados
  - Social: Servicios Sociales, IMMF-C. Tutela-, ONGs, CAI, Centros concertados con los Ayuntamientos
  - Judicial: Equipos psicosociales adscritos a los Juzgados, Fiscalía del Menor
  - Hospital 12 de Octubre:
    - No hay un equipo asistencial específico para la interconsulta/Enlace. Los profesionales que desarrollaban esta tarea hasta hace cuatro años se han integrado en los distritos
    - No existe coordinación con Pediatría y otras especialidades
    - Repercusiones negativas a nivel asistencial (programas asistenciales, de prevención, coordinación de urgencias), docente, formación continuada y de investigación

- Nivel de Area:
  - No hay un Programa de Area (recursos, objetivos, seguimiento, etc) que sirva como elemento de cohesión, integrador y dinamizador
  - El grupo de profesionales que atienden a los niños y adolescentes ha mantenido una continuidad desde el inicio del Area en 1990. En la actualidad, estos profesionales se reúnen con una frecuencia mensual. Se considera útil y necesario. La reunión tiene un carácter informativo, de coordinación- intercambio de información, apoyo. Pero se percibe la necesidad de llevar a cabo proyectos o actividades conjuntas: trabajos de investigación, elaboración de documentos-sesiones clínicas, casos, protocolos, guías-.
- Docencia (pre y posgrado). Escasa relevancia .
- Formación continuada. Cada vez más adecuada a las necesidades de los profesionales
- Investigación. Prácticamente nula. Escaso interés de la industria farmacéutica
- No se ha conseguido trasladar, fuera del ámbito de los profesionales dedicados a la atención de niños y adolescentes, la trascendencia de la Salud Mental en la infancia y su repercusión en el sujeto adulto

### Conclusiones y propuestas

- **Principios generales para una atención adecuada:** marco atención comunitaria; abordaje bio-psico-social; coordinación con las instancias sanitarias, educativas, sociales y judiciales necesarias; equipos multiprofesionales específicos y autónomos; actividades asistenciales, docentes, formación continuada y de investigación
- **Definición y desarrollo de un Programa de Area:** estructura, recursos, objetivos, evaluación, etc
- **Elaboración de un documento (manual)** en el que se describieran los recursos materiales y humanos disponibles en el Area así como los dispositivos asistenciales adscritos, los mínimos en cuanto a estructura y equipo, las condiciones mínimas comunes en cuanto a la organización y la actividad, la utilización de guías y protocolos clínicos, los objetivos, las orientaciones sobre el manejo de situaciones con implicaciones legales, etc
- **Recursos necesarios:**
  - Un equipo asistencial específico, completo y autónomo por distrito (psiquiatra , psicólogo, enfermero, trabajador social) teniendo en cuenta la población. ¿Auxiliar administrativo? Ubicación específica y diferenciada
  - Un equipo asistencial específico en el Hospital 12 Octubre: al menos un psiquiatra y un psicólogo
  - Necesidad de integración de nuevos profesionales de Area: psicomotricista (T.O), logopeda, neuropsicólogo
  - Dispositivos asistenciales para los niños más pequeños con patologías graves
  - Recursos asistenciales para los TC y TP (H. Día, dispositivo sociosanitario)
  - Mayor agilidad en las tramitaciones de acogida de los niños en situación de riesgo
- Promoción de las **actividades docentes y de formación continuada**
- Establecimiento y desarrollo de **líneas de investigación**
- **Idea final:** revitalizar, realzar, dar más peso a la Salud Mental de niños y adolescentes a nivel asistencial, docente y de investigación de acuerdo a la importancia y trascendencia que tiene y para aprovechar los profesionales con experiencia, bien formados y con diferentes modelos de trabajo que se encuentran en el Area

### Situación actual. Anexo

- Gran variabilidad ( diferentes administraciones, distintas ubicaciones, composición de equipos, etc )
- **Aranjuez:** Concertado con Hospital San Juan de Dios. Ubicación en centro monográfico. Despachos diferenciados. Un psiquiatra y psicólogo 3 días/semana; enfermería y T. Social disponibles. Población < 18 años ( Padrón 2003 ) :no disponible
- **Arganzuela:** Población < 18 años: 21.661. Un psiquiatra y psicólogo a tiempo completo; enfermera, más del 50%; T. Social a tiempo parcial. Ubicación en Centro de Especialidades. Espacio compartido
- **Carabanchel:** Población < 18 años: 33.692. Dos psiquiatras, dos psicólogos y dos enfermeras a tiempo completo; T. Social, 50%; auxiliar de clínica: recepción de citas. Ubicación en Centro monográfico. Espacio diferenciado. Peculiaridades asistenciales
- **Ciempozuelos:** Población < 18 años: no disponible. Un psicólogo 16 horas/ semana, un psiquiatra a demanda, igual que enfermería y T. Social. Ubicado en Centro monográfico. Espacio no diferenciado
- **Usera:** Población <18 años: 19.345. Un psiquiatra y un psicólogo a T. completo (desde Noviembre-06); un psiquiatra del Ayto. sigue con actividades Grupales; enfermera compartida; T. Social compartida. Ubicado en CAP. Espacio no diferenciado
- **Valdemoro:** Población <18 años: en torno a 12.945 (fuente: Ayuntamiento). Un psiquiatra (75-80%; compagina actividad asistencial de adultos y tareas de coordinación del servicio); una psicóloga con menos del 50%; enfermera y T. Social disponibles. Ubicado en centro monográfico. Espacio no diferenciado
- **Villaverde:** Población < 18 años: 22.388. Un psiquiatra y dos psicólogas a tiempo completo; una enfermera y T. Social disponibles. Ubicado en CAP. Espacio diferenciado

#### 11. CON SENTIDO DEL HUMOR <sup>14</sup>

#### 12. INFORMACION PRACTICA <sup>15</sup>

#### 13. OTRAS SECCIONES A PROPONER <sup>16</sup>

Espacio abierto a cualquier propuesta.

**Entre varios compañeros hemos construido este segundo número.  
Os animamos a enriquecer los siguientes con vuestro trabajo y creatividad.  
Para que se note que tenemos buena SALUD MENTAL**

<sup>14</sup> Humor fino e inteligente sobre nuestro quehacer, la sociedad en la que vivimos... para hacer sonreír ☺ y pensar: *El Roto, Quino, Forges y compañía*

<sup>15</sup> Para los nuevos profesionales que se incorporan a nuestros Servicios o para el respetable en general (*p.e. carrera profesional, etc...*). Preguntad... y tal vez alguien responderá

<sup>16</sup> Apuntad y motivad el posible contenido del apartado