

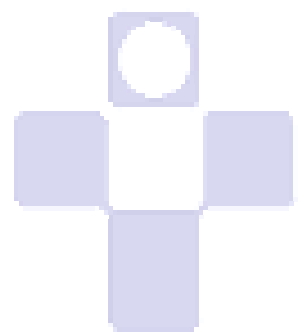
Salud Mental

Comisión de Formación Continuada
Unidad de Coordinación de Salud Mental



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

2
2011



Comisión de Formación Continuada
Unidad de Coordinación de Salud Mental
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Título : Boletín Salud Mental
Periodicidad : Trimestral
Año de inicio : 2011

Elabora : Ricardo Onís Romero. Documentalista
Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental
C/ Alejandro Casona, s/n
Oviedo – 33013
985 10 68 64 / 14461
ricardo.onis@sespa.princast.es

Contribuciones :

Si quieres colaborar y/o participar en la edición de este **Boletín Salud Mental** envía tus aportaciones al mail : ricardo.onis@sespa.princast.es o a cualquier miembro de la Comisión de Formación Continuada que represente a tu Área de trabajo.

El Boletín Salud Mental será depositado en el Repositorio Institucional de Asturias con el fin de facilitar la gestión y difusión de los contenidos digitales generados por la actividad de esta Comunidad Autónoma. (Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Consejería de Administraciones Públicas y Portavoz del Gobierno, por la que se crea el Repositorio Institucional del Principado de Asturias) <http://ria.asturias.es>

Salud Mental

Editorial

- Beatriz Camporro Rocés. Jefa de la Unidad de Coordinación de Salud Mental
- Despedida. Ricardo Onís Romero. Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental

Información de Áreas

- Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias, por María Fernández Rodríguez
- XXVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, por Jose Eloy García García
- Programación

Unidad Docente de Salud Mental

- XII Jornada de Residentes en Salud Mental
- XI Premio “Memorial Antonio Gimeno”.

Residentes

- De rotación con.... Eva Povedano. Rotación externa en el Hospital Universitario de La Paz en Madrid.
- Carta a un Pir de Primero, por Lucía Huskins

Cine y Salud Mental

- *Family Life*, por Luis Bastida y Carlos Veiga.
- *Desconectados*

Relato Corto.

- IX Concurso de Relato Literario Corto con motivo del Día Mundial de la Salud Mental

Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental

- DocSaludMental en netvibes, por Ricardo Onís Romero
- Reseñas bibliográficas
 - *La Medicalización de la Vida*, de Benjamín González Miranda, por el autor.
 - *La alianza terapéutica*, de Myrna L. Friedlander, Valentín Escudero y Laurie Heatherington, comentada por Lucía Huskins

Congresos, Jornadas y Seminarios

Editorial

Y llegamos al segundo Boletín Informativo de Salud Mental.

De nuevo quiere recoger las novedades recientes y futuras que tienen que ver con las actividades de la Formación Continuada de los profesionales y de la Formación Especializada MIR, PIR, EIR en nuestros Servicios de Salud Mental.

Es la ocasión para despedir a la segunda promoción de las tres categorías de especialistas en Salud Mental de la Unidad Docente Multiprofesional, deseándoles lo mejor en lo personal y en lo laboral, espero que sigáis con nosotros, aportando nuevos estímulos a los equipos multidisciplinares

También es momento de recibir con gran ánimo y compromiso a los residentes ya incorporados a la Unidad Docente en este mes de mayo, agradeciéndoles la elección de este Servicio de Salud. Intentaremos cumplir vuestras expectativas.

Fiel testigo de las entradas y salidas, del trabajo excelente de tutores y profesionales en la docencia, ha sido la “ XII Jornada de Residentes de Salud Mental “ (20 de mayo de 2011). Nos quedará en el recuerdo la conferencia de D. José M^a Álvarez - “De la Melancolía a Trastorno Bipolar “- que supo conducirnos por un análisis de los autores clásicos de la Semiología de forma fascinante.

No puedo dejar pasar otro asunto de interés como es la publicación en la Revista Digital del IAAP de mayo, del Proyecto sobre “Implantación de la Metodología de Gestión por Procesos en la Red de Salud Mental del Principado de Asturias” (aprobado por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales). Os recomiendo la lectura porque habéis estado implicados muchos en el trabajo. Este proyecto ha favorecido la formación de aproximadamente 182 profesionales de Salud Mental en esta metodología de gestión y mejora continua de la calidad, así como también el salto en el desarrollo de la Gestión Clínica en las 8 Áreas de Salud Mental. (Ya estamos constituyendo los distintos Equipos que implantarán la “Guía del Proceso de Atención Ambulatoria” en cada Área).

La posibilidad de incorporar este esfuerzo formativo al conjunto de la organización asistencial y que los profesionales de las distintas disciplinas diseñen conjuntamente los procesos de atención en respuesta a qué, para qué y para quién hacemos la mejor asistencia (efectiva, eficaz, eficiente, gestionando la calidad y aplicando la evidencia) es una de las experiencias más interesantes e innovadoras que se pueden encontrar en el entorno sanitario actual.

Gracias por seguir avanzando y por todas vuestras aportaciones ...

Un afectuoso saludo,

Oviedo, 27 de mayo de 2011

Dña. Beatriz Camporro Rocés.

Jefa Unidad Coordinación Salud Mental

Despedida

Permitidme que utilice el Boletín para despedirme.

José María Álvarez nos daba un excelente ponencia sobre la *Melancolía* en la XII Jornada de Residentes de Salud Mental. Repasaba Álvarez el concepto histórico del término, tristeza, recuerdos, anhelos.... He ejercido mi labor como documentalista en la Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental con todo el entusiasmo y dedicación que he podido, es por ello que no puedo decir que no siento otra cosa más que pesar, quizás tristeza en tenerme que ir, pasos previos a la llegada de la melancolía que, como decía Álvarez, llegará.

Por cuestiones laborales tengo que reincorporarme a mi plaza en el Ayuntamiento de Gijón, pero no quiero irme sin antes ser agradecido. Dar las gracias a quienes han sido mis superiores inmediatos durante estos cinco años, a Pepe Fernández y a Beatriz Camporro, los dos han permitido en todo momento que mi labor profesional fuese muy gratificante, no sólo por el quehacer diario sino por la posibilidad formativa que he tenido en estos años.

A mis compañeros de la Comisión de Formación Continuada, con los que sin su iniciativa este Boletín Salud Mental no hubiera sido posible.

A mis compañeros de la Unidad Docente durante estos años, con los que he tenido una relación más directa, María Eugenia, Paco, Blanca, Henar y Valentín.



A **TODOS** los compañeros de la Red de Salud Mental, con los que he intentando ser lo más eficaz y eficientemente posible. En ello he puesto mi empeño.

Y dejo para el final, a los que han sido residentes durante estos años, con los cuales he mantenido una relación muy estrecha fruto de su continua labor investigadora y mi aportación para con ellos.

Mi labor profesional seguirá vinculada al mundo de la información, y de forma paralela a la documentación en Salud Mental, especialidad con la que cuento seguir explorando en mi campo profesional.

Un último apunte, el Servicio de Salud goza de una excelente Biblioteca especializada, biblioteca creada y sostenida durante muchos años por los propios profesionales de la Red de Salud Mental. Próxima a cumplir 50 años de existencia, hoy en día continúa siendo biblioteca de referencia a nivel nacional, no sólo por sus fondos históricos sino por el conjunto de revistas en suscripción y su contribución al entorno de las bibliotecas especializadas. **Disfrutadla, aprovechadla.**

Con todos quiero ser agradecido, gracias por haberme facilitado mi tarea profesional. En un tiempo próximo seguro que recordaré a José María Álvarez y su análisis sobre la *melancolía*. **Gracias.**

Ricardo Onís Romero. Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental

Información de Áreas

- Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias
- XXVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental
- Programación

Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.)

Dña. María Fernández Rodríguez. Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental I de Avilés (Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias) y U.T.I.G.P.A. (Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias). Hospital San Agustín de Avilés.



El pasado mes de marzo entramos en el cuarto año de funcionamiento de la U.T.I.G.P.A. Desde su inicio en el año 2.007, ha prestado asistencia a 75 personas que han realizado una demanda de disforia de género. El presente artículo trata de recordar en primer lugar cómo ha sido el fundamento jurídico de la atención al colectivo transexual, posteriormente describiremos el contexto en el que surge dicha Unidad y terminaremos haciendo una breve alusión al tratamiento de la transexualidad.

Palabras clave: Transexualismo, Disforia de Género, Trastorno de Identidad de Género.

1. INTRODUCCION

Si cada sociedad fuese el producto de cómo ha tratado a las personas con Disforia de Género, la nuestra, quedaría bastante mal parada. Sólo recientemente este daño puede estar reparándose al permitirles formar parte de nuestra sociedad como personas “dignas” y con plenos derechos y no como pervertidos o delincuentes objeto de persecución y rechazo.

El ser humano, desde su nacimiento precisa del otro para ir desarrollando y construyendo su identidad. La persona transexual no se comporta según lo esperado para su sexo biológico y por lo tanto no es reforzada en su autoestima y autoconcepto. Todo su esfuerzo irá orientado a intentar que los demás la vean como ella se siente y de este modo ser aceptada como un miembro del género opuesto a su sexo biológico, y para ello no ve otra solución que hacer lo más congruente posible el género sentido con el deseado mediante métodos hormonales y/o quirúrgicos.

Existen numerosas referencias, tanto míticas como históricas, que revelan y ubican en antiguas civilizaciones la existencia de lo que hoy llamamos transexualidad y su tratamiento clínico (Green, 1969).

Desde las primeras alusiones a la transexualidad en la literatura médica (Friedreich, 1830; Esquirol, 1845; Frankel, 1853; Westphal, 1869) hasta su inclusión en las clasificaciones diagnósticas (C.I.E.-9, 1978 y DSM-III, 1980) pasó un largo periodo de investigación y construcción de este fenómeno como entidad independiente y diferenciada de la homosexualidad o del travestismo. A lo largo de las siguientes revisiones, hasta las clasificaciones actualmente en vigor (CIE-10, 1992 y DSM-IV-TR, 2000) se han ido realizando pequeños cambios en su ubicación, sin haber conseguido alejarlo lo suficiente de las disfunciones sexuales y de las parafilias.

La transexualidad o trastorno de identidad de género es definido por las dos clasificaciones internacionales de enfermedades (CIE y DSM),

como un trastorno mental caracterizado por una identificación acusada y persistente con el otro sexo, por un malestar persistente con el propio sexo y por un sentimiento de inadecuación con el rol genérico, lo cual provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento. El diagnóstico se establece cuando además se descarta una patología intersexual (Benjamin, 1966). Por lo tanto, la ausencia absoluta de cualquier alteración cromosómica, gonadal, genital u hormonal es precisamente una de las premisas básicas que caracterizan su diagnóstico (DSM-IV, 1994; Pavón de Paz, Monereo y Alameda, 2000).

2. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA ATENCIÓN AL COLECTIVO TRANSEXUAL

La asistencia sanitaria integral es una reivindicación histórica del colectivo transexual que se ha ido concretando jurídicamente desde la Resolución del parlamento europeo del 12 de noviembre de 1989. En sus conclusiones se pide a los estados miembros que “aprueben disposiciones sobre el derecho de los transexuales a un cambio de sexo de carácter endocrinológico, plástico-quirúrgico y estético, el procedimiento y la prohibición de la discriminación”.

El reconocimiento del derecho a la identidad de género ha sido lento, aunque países socialmente más avanzados, como es el caso de Holanda ofrecen desde hace tiempo protección a las personas transexuales, con prestación sanitaria pública para el tratamiento clínico integral de reasignación de sexo desde el Hospital Académico de la Universidad Libre de Ámsterdam (Megens, 2003). La Clínica de Género de Ámsterdam se crea en 1974. Los resultados exitosos en la terapia de reasignación de sexo en la mayoría de las personas transexuales tratadas, junto con los avances sociales, dieron lugar en 1982 a la

aprobación por parte de las autoridades sanitarias de la inclusión de este tratamiento dentro del seguro médico. Al frente de dicha clínica estuvo el endocrinólogo Louis Gooren, que además en 1988 se convirtió en el primer profesor que ocupó una cátedra de transexología. Tras su reciente jubilación y hasta la actualidad ocupa la dirección de dicha clínica la psicóloga Peggy Cohen-Kettenis. En los últimos años el equipo de género de Ámsterdam ha tratado a más de 2.200 transexuales.

Las reivindicaciones para que el sistema sanitario público se hiciese cargo de la atención a los Trastornos de Identidad de Género, no solo partieron del colectivo transexual, sino también de los propios profesionales. Así la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, editó en 2002 una “Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de Identidad de Género”. En 2003 reclamó la incorporación del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (ABC de 28/03/2004, página 51).

El Sistema Nacional de Salud en España no recogía el derecho de las personas transexuales al tratamiento de reasignación de sexo y la situación venía marcada por el Real Decreto 63/95 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud en cuyo Anexo III disponía que “no es financiable con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos”. Posteriormente, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, abre la puerta a su inclusión, si todas las comunidades autónomas lo acuerdan así en el Consejo Interterritorial, siguiendo el

procedimiento que se estipula en este Real Decreto para incorporar nuevas prestaciones.

En el Estado Español ya teníamos un precedente de asistencia sanitaria pública a las personas transexuales. El Sistema Andaluz de Salud (SAS) dispone de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de Málaga, ubicada en el Complejo Hospitalario Carlos Haya. Esta unidad es pionera dentro del estado español y da cobertura a las personas transexuales desde octubre de 1999, más allá de las fronteras de su comunidad autónoma. (Bergero et al., 2001). Previamente en febrero de 1999, el Parlamento Andaluz había incluido la atención integral a las personas con trastornos de identidad de género dentro de las prestaciones del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

3. UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS(UTIGPA)

La puesta en marcha de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.) tiene lugar en marzo de 2007 y ocurre en un contexto político y social de gran sensibilización llevado a cabo en las últimas décadas. Asturias siempre ha estado a la cabeza de las innovaciones y aperturas referidas al abordaje de los problemas de Salud Mental y como no podía ser menos y en esta misma línea de actuación en junio de 2006, la Consejería de Salud aprobó incluir el tratamiento integral multidisciplinar de los pacientes con Trastornos de Identidad de Género dentro del marco institucional del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). De tal modo, que no fue totalmente azaroso que el comienzo del funcionamiento de la UTIGPA coincidiese con la aprobación de la "Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas", donde se reconoce el derecho de las personas

transexuales a cambiar su sexo legal y que éste se corresponda con la identidad que reclaman como propia. Para llevar a cabo esta modificación deben cumplir unos requisitos, pero no es necesario que tengan realizada la cirugía genital. Esta ley evita, en gran medida, la exclusión social de las personas transexuales, favoreciendo su integración social en todos los ámbitos de su vida y muy especialmente en el mundo laboral.

La Unidad es centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma y depende funcionalmente del Hospital San Agustín de Avilés. Los profesionales que integramos este equipo interdisciplinar tenemos una dedicación en la UTIGPA a tiempo parcial ya que procedemos y desarrollamos nuestras funciones clínicas en los Centros de Salud Mental o en el Servicio de Endocrinología del Hospital San Agustín. El equipo dedica un día a la asistencia directa y el medio día restante a reuniones de equipo para el establecimiento de sesiones clínicas y favorecer una adecuada transmisión de la información. Dentro de un enfoque decididamente interdisciplinar, se pretende que los usuarios sean tomados a cargo globalmente por el equipo evitando las intervenciones parceladas por especialidades: todos los miembros del equipo son conocedores de las circunstancias fundamentales para la asistencia de todos los usuarios.

El primer impulso formativo de los profesionales que componemos la UTIGPA se lo debemos precisamente a los integrantes de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Málaga. Durante varios días y de forma intensiva este equipo compartió con nosotros todo su saber y experiencia, nos permitieron entrar en sus consultas y nos aportaron toda una documentación que fue básica para la puesta en marcha de nuestra Unidad.

4. TRATAMIENTO DE LA TRANSEXUALIDAD: EL PROCESO TRANSEXUALIZADOR

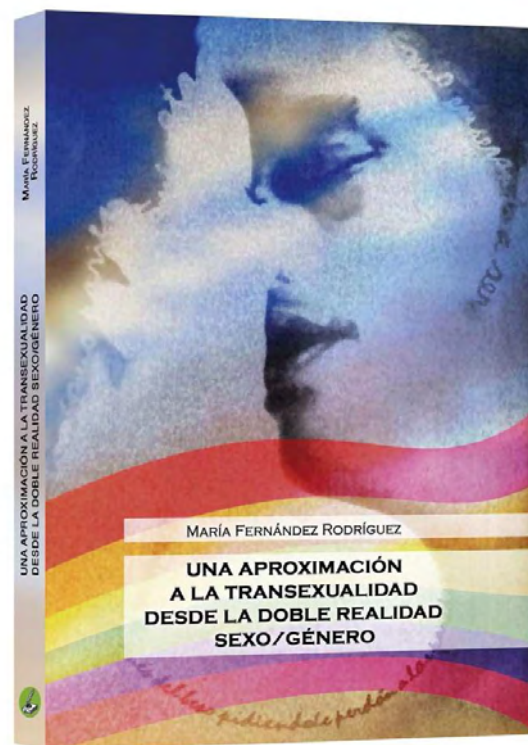
Desde hace varias décadas los investigadores ponen de manifiesto el fracaso de los tratamientos llevados a cabo desde las distintas especialidades para reconciliar a la persona transexual con su sexo biológico. La terapia de aversión, las medicaciones psicoactivas, la terapia electroconvulsiva, los tratamientos hormonales en el sexo anatómico de nacimiento y la psicoterapia, son en la actualidad considerados como inefectivos para las personas con una significativa y persistente disforia de género (Hurtado Murillo et al. 2005/2006).

Los tratamientos psicológicos orientados a “curar” la transexualidad han sido un rotundo fracaso. En 1972, la American Medical Association Committee of Human Sexuality hizo pública la opinión médica dominante de que la psicoterapia es inefectiva para las personas transexuales y que, además, la terapia de reasignación de sexo era más útil.

Se constata que actualmente la mayoría de los especialistas desestiman la psicoterapia o el intento de ajustar la mente al cuerpo. Respecto a la necesidad de una intervención terapéutica en personas transexuales, Cohen-Kettenis y Gooren (1999) son muy claros: “la intervención terapéutica es necesaria en presencia de psicopatología, menos importante en su ausencia y absolutamente ineficaz en tratar de invertir la identificación con el género opuesto”. En esta misma línea, Hottois (2001), define el transexualismo como síndrome que se resiste a todo tratamiento psicoterapéutico y sostiene, que la intervención médica es la única terapia posible para restablecer la armonía entre cuerpo y espíritu.

Llegado a este punto se pone de manifiesto que es considerada una enfermedad mental pero

que no se trata como tal. Los estudios de seguimiento de personas transexuales ponen de manifiesto la satisfacción y la buena adaptación social postquirúrgica (Blanchard, Steiner, Clemmensen y Dickey, 1989), mejorando por



consiguiendo su calidad de vida. Eric Gordon (1991) argumenta a favor del tratamiento de reasignación de sexo porque satisface una necesidad psicológica de algunas personas y funciona con buenos resultados. Además, se reconoce la importancia de aplicar, previamente al tratamiento hormonal y/o quirúrgico irreversible, un tratamiento psicoterapéutico no con la intención de curar el Trastorno de Identidad de Género, sino ayudar a la persona a sentirse mejor dentro de su nueva identidad de género y a enfrentarse de forma eficaz a otros problemas de la vida diaria (Michel, Mormont y Legros, 2001; Rehman, Lazer, Benet, Schaefer y Melman, 1999; Voght, 1968; Walinder et al., 1978; Walinder y Thuwe, 1975). Louis Gooren plantea que la psicoterapia puede ayudar a la persona transexual en el aprendizaje de los mecanismos psicológicos que le permitan enfrentar sus dificultades, pero no para resolver

esencialmente la insatisfacción entre su cuerpo y su identidad de género (Gooren, 2003).

En la actualidad, los protocolos de tratamiento médico, internacionalmente aceptados para atender a estas personas incluyen la cirugía de reasignación sexual, siempre y cuando el paciente cumpla con determinados criterios de elegibilidad y disposición. El protocolo del proceso transexualizador que tiene más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares propuestos desde la década de los 80 por la Asociación Internacional de Disforia de Género "Harry Benjamin", que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica), marcando criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1998; 2001).

Desde la fase inicial de diagnóstico y de valoración psicológica hasta la de seguimiento postquirúrgico la función del psicólogo es básica y de máxima responsabilidad. Todo el proceso de cambio se deriva de la realización de un diagnóstico de transexualismo. Un diagnóstico equivocado es un factor predictivo de arrepentimiento después del tratamiento de reasignación de sexo y de la evolución posttratamiento (Meyer et al., 2001). Por lo tanto, la evaluación diagnóstica del trastorno es el primer paso que realiza el psicólogo clínico para iniciar el proceso transexualizador dentro de esta terapia triádica: psicológica, hormonal y quirúrgica.

5. CONCLUSIONES

El abordaje de los Trastornos de Identidad de Género es un tema complejo y que suscita importantes cuestiones éticas, legales y de equidad (Briones, 2000). Debido a las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y

quirúrgicas, es absolutamente necesario e imprescindible realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial por profesionales de salud mental cualificados (Meyer et al., 2001). Además, para realizar un tratamiento integral, este debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar (Monstrey et al, 2001) e integrado en el Sistema Nacional de Salud como garantía de continuidad y permanencia.

El correcto diagnóstico de los Trastornos de Identidad de Género es con frecuencia una tarea compleja y difícil que exige una sólida formación en diferentes áreas de la salud mental. Estas complicaciones aumentan cuando los sujetos de atención son la población adolescente. Son etapas evolutivas que están en continua evolución y desarrollo y con gran complejidad en su expresión clínica (Di Ceglie et al., 1998; Hales, Yudofsky y Talbott, 1996). Un diagnóstico adecuado garantiza que la persona transexual experimente satisfacción y mejoría en su calidad de vida tras el tratamiento hormonal y quirúrgico (Blanchard, 1989; Weinrich, Atkinson, McCutchan y Grant, 1995).

Con la proliferación de unidades asistenciales en el territorio español es previsible que aumente la demanda en estas unidades asistenciales y además, que cada vez sean más jóvenes las personas que hacen demanda por disforia de género. Estas argumentaciones solo serían una pequeña parte de los motivos que justificarían la inclusión de una formación específica en los programas formativos de los facultativos especialistas (psicólogos, psiquiatras y endocrinólogos) que en un futuro se van a ocupar de la asistencia a personas con Trastornos de Identidad de Género. Desde nuestra experiencia la formación en este campo es tan limitada y escasa que coloca al clínico en una postura de indefensión, donde fluyen los mecanismos de defensa como la negación o el rechazo.

La terapia hormonal y quirúrgica es, hoy por hoy, la manera más eficaz de abordar el malestar psicológico de las personas transexuales, sin embargo esperamos que en un futuro encuentren una manera satisfactoria de manifestarse donde el dimorfismo sexual, hombre y mujer, con sus correlatos de masculinidad y feminidad, no sean las únicas formas de estar en el mundo. Somos partícipes de las declaraciones

realizadas por la escritora Caroline Heilbrun (1973) en la introducción de su libro "Towards a recognition of androgyny":

"Creo que la salvación para todos nosotros puede venir únicamente de un movimiento que reniegue de la polarización sexual, que sepa liberarse de las cadenas del género masculino y femenino, y se dirija hacia un mundo donde los roles individuales sean elegibles libremente"

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Medical Association. Committee of Human Sexuality (1972). *Human Sexuality*. Illinois: American Medical Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3ª ed. . Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª ed.. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 1998).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª ed. rev.. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).
- Bergero, T., Cano, G., Esteva, I., Giraldo, F. Gornemann, I. y Álvarez Ortega, P. (2001). Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, 27, 263- 272.
- Blanchard, R., Steiner, B. W., Clemmensen, L. H. & Dickey, R. (1989). Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 43- 45.
- Briones, E. (2000). *Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía*. Sevilla: AETSA.
- Cohen- Kettenis, P. T. & Gooren, L. J. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 315-333.
- Di Ceglie, D., Sturge, C., Sutton, A. (and Committee of the Child and Adolescent Psychiatry Section of the Royal College of Psychiatrists) (1998). Gender identity disorders in children and adolescents: guidance for management. *International Journal Transgenderism*, 2.
- Esquirol, E. & Hunt, E. K. (1845). *Mental maladies. A treatise on insanity*. Filadelfia: Lea and Blanchard.
- Frankel, H. (1853). Homo mollis. *Medizinische Zeitung*, 22, 102-103.
- Friedreich, J. (1830). Citado en Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: transsexualism. *Archives of General Psychiatry*, 13, 172-181.
- Gooren, L. J. G. (2003). El transexualismo, una forma de intersexo. En A. Becerra (ed.). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad* (pp. 43- 58). Madrid: Díaz de Santos.
- Gordon, E. B. (1991). Transsexual healing: medicaid funding of sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 61-74.
- Green, R. (1969). Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. En R. Green & J. Money (eds.). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C. Y Talbott, J. A. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Áncora.
- Heilbrun, C. G. (1973). *Towards a recognition of androgyny*. Nueva York: Knopf.
- Hottois, G. (2001). Transexualisme. En G. Hottois y J.N. Missa (eds.). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique* (pp. 848- 849). Bruxelles: DeBoeck Université.
- Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M. Y Donat Colomer, F. (2005- 2006). Transexualismo y sexualidad. *Cuadernos de Psicología y Psiquiatría de Enlace*, 76-77, 16- 28.
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.
- Megens, J. A. J. (2003). El tratamiento de la transexualidad: el modelo holandés. En A. Becerra (ed.). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.

- Meyer, W., Bockting, W., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H. et al. (2001). The standards of care for gender identity disorders (sixth version), *The International Journal of Transgenderism*, 5, 1.
- Michel, A. , Mormont, C. & Legros, J. J. (2001). A psychoendocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, 145, 365- 376.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K. y Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexuals patients: a multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101, 200- 209.
- Pavón de Paz, I., Monereo, S. y Alameda, C. (2000). Tratamiento de reasignación de sexo en pacientes transexuales. *Medicina Clínica*, 115, 783- 788.
- Real Decreto 63/1995 de 20 de marzo, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 35, 10-2-1995, pp. 4538- 4543). Anexo III, apartado 5.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE nº 222, 16-09-2006, pp. 32650- 32679).
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. , Schaefer, L. Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior* , 28, 71- 89.
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2002). *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la identidad de género*. Madrid: SEEN.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1998). The standards of care for gender identity disorders (5ª version). Mineapolis: HBGDA.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001). The standards of care for gender identity disorders (6ª version). Mineapolis: HBGDA.
- Voght, J. H. (1968). Five cases of transsexualism in females. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 44, 62- 88.
- Walinder, J. , Lundström, B. & Thuwe, I. (1978). Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *British Journal of Psychiatry*, 132, 16-20.
- Walinder, J. & Thuwe, I. (1975). *A social- psychiatric follow- up study of 24 sex- reassigned transsexuals*. Reports from the Psychiatric Center St Jorgen's Hospital. University of Göteborg, Sweden, 10.
- Weinrich, J. D., Atkinson, J. H., McCutchan, J. A. & Grant, I. (1995). Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in an HIV sample HNRC Group. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 55-72.
- Westphal, C. (1869). Die conträre Sexualempfindung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 2, 73-108.
- World Health Organization (1978). *International classification of diseases*, 9ª ed. Ginebra: WHO (trad. cast.: Madrid, Meditor, 1978).
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases*, 10ª ed. Ginebra: WHO. (trad. cast.: Madrid, Meditor, 1992).

CALIDAD DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC) EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE AVILES (ASTURIAS)

Servicio de Salud Mental del Hospital San Agustín, Área sanitaria III, Avilés.

AE-38



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

BASES TEÓRICAS del TAC

El Tratamiento Asertivo Comunitario trabaja en:

- La reducción/eliminación de síntomas debilitantes de trastorno mental y en la prevención de la recurrencia de episodios agudos
- Cubrir las necesidades básicas y mejorar la calidad de vida.
- La mejora del funcionamiento en actividades sociales y laborales.
- La reducción de carga familiar.

El trabajo se desarrolla de manera multidisciplinaria, ofreciendo tratamiento, rehabilitación, apoyo y soporte social con programas de atención integral (Martínez Jambrina y Peñuelas Carnicero, 2007)

El ETAC entro en funcionamiento en el Área Sanitaria III Avilés en junio de 1999.



Indicador	Estándar de calidad	ETAC Avilés (enero-octubre 2010)
1. Proceso	1.1. Organización Interna • Al menos 3 reuniones a la semana de coordinación interna. • Al menos 4 reuniones al mes de revisión de pacientes (mayor o igual a 0,25)	• Desde la tercera semana del mes de abril el ETAC realiza al menos 3 reuniones de coordinación interna semanales. • El ETAC realiza 4 ó más reuniones al mes de revisión de pacientes (0,45) • Media de 9,3 reuniones de revisión al mes.
	1.2. Actividad Asistencial: • Mínimo 2 contactos cara a cara con el paciente al mes	• La media mensual es 3,11 contactos al mes. • El 62,76% de los pacientes presenta una media de 2 o más contactos individuales al mes durante la Fase de Seguimiento.
	1.3. Coordinación Externa: • Al menos el 60% deben ser reuniones formales y estructuradas	• El 89,71% de Reuniones Formales
	1.4. Accesibilidad: • Al menos 5 horas diarias de línea telefónica abierta al usuario	• Se ofrecen 7 horas diarias (de 8 a 15 horas de lunes a viernes)
2. Resultado	2.1. Capacidad de Contención: • Nivel de ingresos no superior al 15%	• El nivel de ingresos del periodo estudiado es del 10,9% • Mensualmente el nivel de ingresos va del 2,5% al 5,5%
	2.2. Calidad de Atención: • Diferencia en la autoevaluación de los pacientes sobre su calidad de vida antes y después del programa. • Alto nivel de satisfacción	• Los pacientes manifiestan una calidad de vida "muy mala" antes de desarrollar el programa del ETAC y una calidad de vida "normal" después de dicho programa. • Lo más frecuente entre los pacientes del ETAC es manifestar estar "muy satisfechos" con el programa



II Jornadas de Calidad Asistencial en el SESPA

CONCLUSIONES

- El ETAC del Área Sanitaria III de Avilés alcanza los estándares de calidad tanto a nivel de proceso como de resultados.
- El ETAC alcanza estándares de calidad al ser un equipo que cumple los máximos niveles de coordinación interna y de revisión de sus pacientes a nivel clínico. También la actividad asistencial ofrece altos niveles de calidad al presentar una media de contactos con sus pacientes superior al propio estándar de calidad.
- La coordinación externa demuestra su calidad al realizar mayor proporción que la exigida por el estándar de calidad de reuniones formales con servicios externos al propio ETAC.
- El proceso ETAC también ofrece calidad al ofrecer a sus usuarios vías directas de acceso a los servicios de mayor nivel que las exigidas por los estándares.
- A nivel de resultados también se alcanzan mejores niveles de calidad pues los pacientes del ETAC consideran haber mejorado su calidad de vida y manifiestan estar muy satisfechos con el programa.
- Los resultados del ETAC también alcanzan los estándares de calidad al presentarse una capacidad de contención con un nivel de ingreso hospitalario menor al exigido por el estándar de calidad y además los pacientes del ETAC consideran haber mejorado su calidad de vida y manifiestan estar muy satisfechos con las intervenciones..

XXVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental

1ª Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental

“Una mirada a la Enfermería de Salud Mental en el Mundo”

Tarragona, 13 al 15 de abril de 2011

**J. Eloy García G. DUE del ETAC del Centro de Salud de La Ería y
tutor de residentes de enfermería de Salud Mental (Oviedo)**

Desde hace ya tres décadas las enfermeras de todo el país acuden al foro con mayor poder de convocatoria en el ámbito de la enfermería de salud mental española: el congreso anual de la ANESM que este año se celebró en Tarragona entre 13 y el 15 de abril. Este año 2011 se desarrolla además en el seno del congreso la Primera Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental, proyectando sus resultados a una comunidad científica en continuo crecimiento cualitativo y cuantitativo.



La ANESM como asociación científica procura un marco en el que profesionales de diversa procedencia puedan disponer de un espacio de encuentro e intercambio de información, experiencias profesionales y vivencias. El paso por

los talleres, mesas, ponencias y demás actividades sociales y protocolarias, permite transitar con facilidad de lo científico a lo humano pasando por lo social y viceversa. El congreso en sí mismo es un acontecimiento para la profesión, pero también está abierto a todos los miembros de los equipos de salud mental que desean compartir su trabajo con este colectivo.

Las aproximadamente 800 personas que este año se dieron cita en Tarragona, pudieron comprobar que tanto los contenidos científicos como la filosofía del acontecimiento estaban a la altura exigible. Se viven momentos difíciles en la sanidad, no así en cuanto al, la calidad del trabajo, el entusiasmo, y los proyectos de vanguardia de las enfermeras.

La Primera Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental, ha dejado dos aportaciones bien diferentes ambas del máximo interés. De una parte el Sr. D. Giuseppe Pino Riefolo, psiquiatra del Centro Comunitario de Salud Mental del Departamento de Salud Local, Roma (Italia), y director de cine, habló de la ética en la prevención y rehabilitación en salud mental acompañándose de la proyección de un trabajo dirigido por él mismo. En cuanto al Sr. D. Michael

Firn, enfermero de salud mental, Presidente del National Forum for Assertive Outreach de Londres (Reino Unido), presentó su visión sobre los cuidados con pacientes psicóticos jóvenes en los primeros episodios de la enfermedad.

La participación de enfermeras y enfermeros doctores es cada vez más habitual en este congreso, pudiendo contar este año entre otros, con ponentes de la talla del Sr. D. Germán Pacheco Borrella, doctor en enfermería por la Universidad de Alicante, antropólogo y director de "Presencia", la Revista de Enfermería de Salud Mental, que disertó sobre la percepción del grupo social respecto al paciente mental. También fue del máximo interés la participación de la Sra. D^a. M^a del Mar Lleixa Fortuño, doctora por la Universitat Rovira i Virgili, enfermera y psicóloga, profesora titular de la Escuela de Enfermería URV de Tarragona, actuando como moderadora.

La enfermería del Área Sanitaria IV del SESPA estuvo presente en el congreso y dejó entre otras

colaboraciones un póster sobre la adherencia al tratamiento antipsicótico inyectable de liberación prolongada. Dicho póster contiene un cartel que se convierte ahora en herramienta para mejorar la adhesión al tratamiento. Esto es posible gracias al visto bueno que la coordinación del área IV ha dado para imprimir y exponer el cartel en las consultas de enfermería de los CSM, y en las salas de espera de los dispositivos donde se administren dichos inyectables.

Por último recordar que en la asamblea de socios de la ANESM celebrada al final del congreso, ya se hizo un adelanto de un hecho histórico que marcará definitivamente la especialidad de enfermería de salud mental: el nuevo programa formativo que pasa a contar con dos años de residencia (BOE del 24-5-2011). Con esta excelente noticia aprovechamos la ocasión para felicitar a todas las enfermeras de salud mental en general, y a las nuevas residentes en particular que por fin podrán optar a los dos años de formación. ¡Enhorabuena a todos!

Conclusiones oficiales del Congreso:

- Las enfermeras de Salud Mental adoptan el compromiso de incorporar a su práctica de cuidados la ética ciudadana tanto en la promoción, como en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales.
- La estigmatización y la emoción expresada son dos de las consecuencias de las actitudes negativas del grupo social hacia el paciente mental. Se aboga por establecer líneas de investigación para desentrañar los fenómenos mentales que subyacen en tales constructos, para dar respuesta enfermeras a las necesidades de los pacientes mentales y familias que de ellos se derivan.
- Destacar la importancia de llevar a cabo la prevención en Salud Mental desde las edades más tempranas, haciendo corresponsables a todos los agentes sociales, desde el grupo primario, el sistema educativo, el sistema político y red de atención socio-sanitaria.
- Se consideran pilares básicos de actuación: cuidar el rol parental (vínculo seguro), promover formas de educación efectivas y estilos de vidas saludables.
- Con el propósito de promover la recuperación y con ello el bienestar de las personas y sus familias, las enfermeras de Salud Mental integran modelos conceptuales enfermeros, con nuevas tendencias de atención en cuidados culturales contribuyendo de este modo al desarrollo humano y al desarrollo competencial profesional.

- La competencia cultural e intervenciones terapéuticas de valor representativo, tales como la risoterapia, la musicoterapia, el cuento como instrumento terapéutico, el baile de salón, el psicodrama entre otros, dentro del encuadre de la relación terapéutica son elementos fundamentales para cuidar la Salud Mental desde una dimensión positiva.

- La cooperación internacional y la Salud Mental han de conjugarse armoniosamente. La necesidad de una mirada crítica sobre lo que es y lo que no es cooperación además de la sensibilización ciudadana se hace cada día más latente ante la situación internacional y los requerimientos de ayuda.

- Es preciso fomentar la corresponsabilidad social y la formación en ayuda humanitaria tanto en cooperación cívico-militar en emergencias y catástrofes como cooperación al desarrollo para actuar eficazmente ante las catástrofes humanitarias y conflictos bélicos. Todo ello mediante una gestión responsable, optimizando los recursos sin olvidar la Salud Mental de las personas afectadas y de los cooperantes.

- En Cooperación Internacional las enfermeras de Salud Mental, acompañan a las personas en situación de indefensión o necesidad extrema, con asistencia directa o como consultores expertos, respetando los aspectos culturales e investigando modos que contribuyan a mitigar y resolver el incierto y desigual panorama internacional.



- Para seguir avanzando como ciencia, la investigación se ha convertido en uno de los pilares de la profesión enfermera y también del propio Congreso, que con un taller de trabajo sobre el tema y con la IX edición del Premio de Investigación ANESM, muestra el interés por contribuir y fomentar la investigación, y favorecer con ello la mejora de la atención de la Salud Mental de los usuarios y sus familias.

- A pesar de los avances conseguidos respecto al estigma a la enfermedad mental, las etiquetas y estereotipos que aún experimentan las personas con problemas de Salud Mental e incluso los propios recursos destinados a la atención de la Salud Mental, siguen siendo una barrera social contra la cual hay que combatir. La percepción y la actitud de la sociedad ante los problemas de Salud Mental, necesariamente han de promover la integración y la convivencia efectiva de las personas evitando la discriminación y la exclusión social por razones de enfermedad.

- Las enfermeras de Salud Mental rechazan públicamente cualquier forma de discriminación y exclusión, mostrando preocupación y cuidando incluso a aquellas personas que pasan desapercibidas para la sociedad, reclamando su visibilidad.

- Las enfermeras de Salud Mental continúan esforzándose diariamente por el reconocimiento efectivo de la profesión, reclamando a la Administración: la creación de la categoría profesional de Enfermero Especialista en Salud Mental y la catalogación de los puestos de trabajo específicos en todo el territorio nacional, además de la participación efectiva en las políticas de Salud Mental y en los equipos interdisciplinares de todos los dispositivos de la red sociosanitaria de atención a la Salud Mental.

- Los cuidados enfermeros son el elemento esencial y cotidiano que garantiza el bienestar de las personas y en este sentido, las enfermeras de Salud Mental se comprometen a seguir prestando cuidados de calidad en el mundo.

- La necesidad humana hace de la persona un ser vulnerable, cuidar desde la dimensión ética implica una relación de com-padecer con el otro y proteger su dignidad.

- La necesidad de cuidados es un sentimiento íntimo de humanidad, que requiere tener la garantía de disponer de todas las prestaciones y cuidados de los que la persona es acreedora por derecho como ser social (mínimos) y como reconocimiento de su ser moral (máximos)

¡MUCHO + QUE UN INYECTABLE!

Vacúnate cada 14 días, tú ganas.



Cuando te desplazas hasta el Centro de Salud Mental ya estás participando activamente en tu tratamiento.



Puedes hablar con tu enfermera de lo que precises. Ella te escuchará atentamente y te ayudará.



Además de administrarte el inyectable, observará tu estado general de salud.



Antes de marcharte te proporcionará una nueva cita para seguir el tratamiento correctamente.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

SERVICIOS DE SALUD MENTAL
CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

Programación

SESIONES CLINICAS	
1 de junio	
VIOLENCIA DE GÉNERO : PSICOPATOLOGÍA Y CONTEXTO Carlos Veiga Martínez y Javier Manjón González Psicólogos clínicos. Servicio de Atención Psicosocial a la Mujer	
5 de octubre	
PSICOTERAPIA GRUPAL SISTEMICA PARA DEPRESIVOS : DE VENTILADORES A CARRETEROS Andrés Cabero Alvarez. Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental La Corredoria Juan García Haro. Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental La Ería	
Salón de Actos del Hospital General : HUCA - 8:15 horas	

II CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	
18 de junio (8 horas)	
Introducción al Mindfulness	
Organiza : ASGATAC – UGC Salud Mental Avilés	

CURSO	
30 de junio 1 de julio	
TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO	
Salud Mental Avilés	

Unidad Docente de Salud Mental

- XII Jornada de Residentes de Salud Mental
- XI Premio Memorial Antonio Gimeno

XII Jornada de Residentes de Salud Mental

Conferencia : De la Melancolía al Trastorno Bipolar

El doctor José María Álvarez, Psicólogo Clínico, Coordinador-Tutor de Residentes del Hospital Universitario Río Hortega, de Valladolid, pronunció la conferencia central de la XII Jornada de Residentes. El conferenciante, una autoridad en la materia, es autor de obras de gran valor científico, entre otras *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, *La invención de las enfermedades mentales* y *Estudios sobre la psicosis*.

El hilo conductor de la disertación fue la melancolía, entendida como tristeza primaria que acompaña al ser humano desde el origen de la civilización. En coherencia con ello, estableció la manía como la primera salida que un sujeto melancólico se da para soportar su profunda tristeza estructural. José María Álvarez precisó que la oposición terminológica no debe situarse en el binomio melancolía / manía, ya que ésta última no es más que la extrema excitación con la que responde un enfermo de tristeza a su propio humor negro, para evitar así, al menos transitoriamente, la muerte psíquica. La verdadera oposición es la establecida por algunos autores, especialmente psicoanalistas, entre melancolía / paranoia, ya que allí donde el melancólico se presenta como culpable de la ruindad más extrema, el paranoico se reivindica como inocente universal. Recordemos al respecto esa certeza melancólica que postula “*el otro me persigue*”.

Como colofón de su relato, el conferenciante situó en una derivación secundaria de la nosología kraepeliniana el punto de apoyo para el actual concepto de trastorno bipolar, al que consideró abusivo y claramente insuficiente desde el punto de vista epistémico. Teniendo en cuenta que el propio Kraepelin otorgó a la psicosis maníaco depresiva toda la dimensión clínica y conceptual de las psicosis afectivas, José María Álvarez considera el epígrafe trastorno bipolar un cajón de sastre de gran imprecisión terminológica que no aporta nada nuevo al tratamiento del humor melancólico y a su monto de excitación llamado manía.



Carta de despedida.

**D. Francisco Estévez. Jefe de Estudios de la Unidad
Docente Multidisciplinar de Salud Mental**

“Todas las familias felices se parecen; las desdichadas lo son cada una a su modo”, dice León Tolstoi en las dos primeras líneas de Anna Karenina. Con ellas, da muestra de haber captado la esencia de la psicopatología de la vida cotidiana, nuestro precioso material de trabajo. La desdicha es de cada uno, el peso singular que empuja a un paciente a la consulta. Cada cual testimonia de su goce, de su sufrimiento, pues, aunque parezca extraño, son lo mismo.

La psiquiatría clásica sabía esto, por eso se esforzó en delimitar las grandes estructuras psicopatológicas sin desvanecer la particularidad de cada caso. Las clasificaciones modernas – inexactas y a-científicas - lo ignoran, y por eso se vuelcan en publicar interminables listados telefónicos de trastornos mentales – supuestos -, a cada cual más indiferenciado. Sus autores no leyeron a Tolstoi y saben poco de la vida, aunque sí mucho de la rentabilidad de ciertas moléculas. Pero así no se establece una entidad nosográfica . Es tan sólo *“un salto sin red epistemológica alguna”*. El salto de la prevención a la predicción.

¿De qué se trata? ¿De la ciencia, tal vez ? No; la ciencia, en sí, no es rentable a corto plazo. Es el capital el que exige rentabilidad inmediata. Por eso se pretende que los pacientes no hablen. O, como máximo, que contesten a cuestionarios. Pero hablan, lo sabemos. Y se hacen oír. A veces a través de la palabra, y siempre a través de los síntomas. ¿Quién está dispuesto a escucharlos? Esa es la pregunta radical que debe hacerse a un residente que concluye su especialidad. Sus maestros lo hicieron. El primero Sigmund Freud, pero también Florence Nothingale, Jean Piaget, Salvador Minuchin, Emil Kraepelin, y tantos otros.

En eso consiste la clínica – lo decíamos hace un año - : en conjugar *klino* y *ausculto*; inclinarse para escuchar. Al respecto, recuerdo la costumbre del doctor ..., llamaré su nombre, que decidió retirar de su despacho las sillas de confidente – para agilizar la consulta, decía - dejando tan sólo su sillón al otro lado de la mesa. El paciente era el que se inclinaba y el médico el que se expresaba. Exactamente el vector inverso al que la clínica exige.

Cada vez se concede más importancia a los tratamientos formateados, extraídos de impersonales datos estadísticos, y menos al valor de la palabra subjetiva del paciente. Se fomenta una clínica orientada a las



consecuencias y no a las causas del sufrimiento

psíquico, una práctica de estándares que desdeña la consistencia de la angustia, la certeza de la alucinación, la insistencia del síntoma, lo inconfesable del goce sexual, con su doble faz que alberga lo más íntimo y lo más extraño de un sujeto.

Ahora, en el momento en el que las médicos, psicólogas, enfermeras residentes – internas todas – abandonáis el internado para salir al exterior, recordad que, aunque hace frío, ahí está la vida, que aunque sopla el viento, él os permitirá respirar, que vuestro discomfort no es mayor que el del enfermo, que vuestra incertidumbre es la propia de la naturaleza humana, que vuestro saber solo será extraído del relato del paciente y os dejará siempre en falta. No lo olvidéis, de lo contrario acabareis siendo expertos. Os espera el paro – ojalá no - y el trabajo – os deseo el máximo – porque los tiempos que corren se alimentan de ambos. Es la herencia que nuestra generación os deja. No hemos sabido hacerlo mejor. Pero también os deja un excelente sistema sanitario público. De eso sí estamos orgullosos. Cuidadlo. Es magnífico, pero frágil. Sostenible, pero no infinito. Os transmitimos el testigo para que perdure. De vosotros depende.

Vuestra labor no es la de orientar almas, acomodar quejas, clasificar personas, sino la de tratar con lo imposible del malestar humano. Con respeto, con paciencia. Para ello habréis antes de saber tratar el vuestro, articulando el saber en el lugar de la verdad. La psicopatología no es un catálogo de ítems, sino el mapa del sufrimiento humano.

Sed científicos. Buscad la verdad.

Francisco Estévez

XI Premio Memorial Antonio Gimeno

Como colofón a la XII Jornada de Residentes de Salud Mental se procedió a la entrega de los premios del XI Memorial Antonio Gimeno. En categoría MIR y PIR, el reconocimiento recayó en el trabajo presentado por Nuria M^a Rodríguez López (PIR, Oviedo) con el título *Estudio longitudinal de la efectividad de la psicoterapia grupal centrada en soluciones para trastornos depresivos y adaptativos*. En la categoría de EIR de Salud Mental, el premio fue para Silvia Castro del Cueto (EIR, Oviedo) con su proyecto *Programa de relajación para pacientes con síndrome coronario agudo*. Enhorabuena a todos los residentes por el esfuerzo realizado.



Estudio longitudinal de la efectividad de la psicoterapia grupal centrada en soluciones para trastornos depresivos y adaptativos. Nuria María Rodríguez López. Psicóloga Clínica.

D. Andrés Cabero. Psicólogo Clínico y tutor PIR

Nuria M^a Rodríguez López, psicóloga clínica, recibió el XI Premio “Memorial Antonio Gimeno” al mejor trabajo de investigación de los residentes de salud mental de psiquiatría y psicología clínica por su trabajo “*Estudio longitudinal de la efectividad de la psicoterapia grupal centrada en soluciones para trastornos depresivos y adaptativos*”, durante la XII Jornada de Residentes de Salud Mental, celebrada en el HUCA el 20 de mayo de 2011.

La investigación laureada culmina la trayectoria de un grupo de trabajo formado por sucesivas promociones de residentes de psicología

clínica del área Oviedo que, desde 2005, evalúa el funcionamiento de la psicoterapia grupal centrada en soluciones para pacientes depresivos en algunos centros de salud mental de Oviedo. Dos estudios anteriores (que también merecieron el reconocimiento del “Memorial Antonio Gimeno”) se centraron en la evaluación económica de este modelo de intervención, mostrando una mayor efectividad y menor coste que la terapia habitual. Otro estudio, desde un enfoque de evaluación de proceso en psicoterapia, se centró en la alianza terapéutica y en el funcionamiento de instrucciones terapéuticas paradójicas, siendo publicado

ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CENTRADA EN SOLUCIONES PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ADAPTATIVOS

Nuria M^a Rodríguez López (Residente de Psicología Clínica, Área IV)

Introducción

En los últimos años se ha dado un impulso importante al desarrollo de Unidades de Gestión Clínica en el contexto sanitario. Una de las actividades más relevantes que se desarrolla en estas unidades es la gestión por procesos, una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria. Desde este esquema de trabajo se han comenzado a desarrollar Planes de Atención Integral que se llevan a cabo desde un enfoque centrado en el usuario y que hablan del principio de recuperación, haciendo referencia a la toma de control por parte de la persona atendida sobre su proceso, independientemente de la evolución de sus síntomas clínicos (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2010; Servicio Andaluz de Salud, 2010). Comprender que la salud mental es más que la ausencia de enfermedad ha potenciado líneas de trabajo en los últimos años dirigidas a centrar la valoración de los que padecen o han padecido un trastorno mental en cuestiones tan importantes como el bienestar funcional.

El Catálogo de Prestaciones Sanitarias que contempla como modalidades de psicoterapia la psicoterapia individual, de pareja, y grupal plantea entre sus requisitos que los resultados alcanzados mediante ésta tengan una alta efectividad y que los cambios producidos sean generalizables y duraderos en el tiempo (Espina y cols., 2000). El día que finaliza un tratamiento, para los pacientes empieza el resto de su vida, que es donde tienen que funcionar los cambios que se hayan podido introducir durante la psicoterapia, es por este motivo por el que una buena evaluación tiene que incluir una medida de efectividad tras un periodo de tiempo, a medio y largo plazo (Rodríguez-Arias y cols., 2006).

Objetivos

- Describir los resultados de una psicoterapia grupal centrada en soluciones para trastornos depresivos y adaptativos en diferentes momentos temporales, que incluyen la finalización y el seguimiento, tratando de averiguar si se mantiene la efectividad a los 6 y 12 meses
- Examinar si existen diferencias en los resultados en función del criterio metodológico seguido en la definición éxito, fracaso y recaída
- Analizar la posible influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y de proceso en los resultados obtenidos al final de la psicoterapia grupal y en los seguimientos.

Material y Método

Se realiza un estudio longitudinal prospectivo en el que se analiza la influencia de variables sociodemográficas, clínicas (diagnóstico, síntomas ansiosos y depresivos, salud general y autopercepción de avance en la terapia) y de proceso (alianza terapéutica y técnica paradójica “el pesimista”), en el resultado de la psicoterapia breve grupal para trastornos adaptativos y depresivos leves y moderados en tres momentos temporales (post-tratamiento, 6 meses y 12 meses).

La muestra está compuesta por sujetos extraídos del área de influencia sanitaria (CSM de Teatinos y CSM del Naranco, Área IV) y cumplen los criterios de inclusión: 1) pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo y/o trastorno depresivo leve o moderado (criterios CIE-10), 2) edad comprendida entre 18 y 65 años, 3) no presentar comorbilidad relevante.

La Psicoterapia Grupal Centrada en Soluciones aplicada está compuesta por 6-10 pacientes y está dirigida por un psicoterapeuta (Psicólogo Clínico) y dos coterapeutas (Psiquiatra y PIR); consiste en 7 sesiones estructuradas de 1 hora de duración, las 5 primeras semanales y el resto quincenales.

Instrumentos de medida: Beck Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Escala de Salud General, Escala de Avances, Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF). Con el objetivo de evaluar la evolución a medio y largo plazo se aplica a los 6 y 12 meses el Protocolo de Seguimiento telefónico. Las variables de resultado (efectividad) son ÉXITO/FRACASO/MEJORA, en el posttratamiento, y ÉXITO/FRACASO/RECAÍDA en el periodo de seguimiento. Estas últimas se han realizado en base a dos criterios metodológicos complementarios: la reducción de los síntomas clínicos por un lado y la adaptación funcional por el otro.

Para analizar los datos descriptivos se utilizó la estadística descriptiva y para establecer relaciones entre variables la estadística inferencial. Posteriormente con el objetivo de determinar el valor predictivo de las variables más relevantes se realiza un análisis multivariado en el que se aplica un modelo de regresión logística multinomial

Resultados

La muestra está compuesta por 143 pacientes , de los cuales el 79% pertenecen al CSM de Teatinos y el 21% al CSM del Naranco. El 72,7% son mujeres y 27,3% hombres, con una media de edad 41 años, la mayoría están casados o viven en pareja (54, 5%) y más de la mitad (52,4%) tienen un nivel educativo bajo (estudios de Primer Ciclo). Un importante porcentaje de sujetos (62,2%) presentan el diagnóstico de trastorno de adaptación, seguido del trastorno depresivo, que representa al 30,1% de la muestra.

En relación a las medidas de resultado se encontró que un alto porcentaje de sujetos obtienen resultados positivos tras la terapia, un 38,9% de casos que son éxito y un 24,1% son mejoría en las medidas post-tratamiento. En los seguimientos, tal y como muestran los **Gráficos 1 y 2** y tomando en consideración los dos criterios metodológicos de efectividad (reducción de síntomas y funcionalidad) un alto porcentaje de personas mantiene el éxito a medio plazo. A largo plazo (12 meses) disminuyen los casos exitosos y aumentan aquellos que han sufrido una recaída. Se obtienen resultados más favorables cuando se valora el éxito como un aumento en la adaptación funcional que como una reducción sintomática.

La variables que presentan mayor asociación con los resultados son los **síntomas clínicos de ansiedad y depresión** evaluados antes y después de la psicoterapia grupal, asociados significativamente a fracaso durante todo el proceso de evaluación y la **alianza terapéutica** de las últimas sesiones, que se relaciona de forma significativa con éxito al finalizar la terapia y con recaída en los seguimientos. A pesar de que la **intervención paradójica “El pesimista”**, empleada en la 2ª o 6ª sesión, se asocia significativamente a fracaso en los tres momentos temporales, es una relación mediada por la influencia de una mayor gravedad clínica previa en aquellos sujetos que son seleccionados para utilizarla. En las **Tablas 1, 2, 3 y 4** se presentan de forma detallada los resultados relacionados con las asociaciones significativas que se establecen entre estas variables y la efectividad.

El modelo de regresión logística multinomial que incluye como variables predictoras edad, síntomas previos y alianza terapéutica en la 6ª sesión permite clasificar correctamente en éxito/fracaso/recaída a un 82,4% del total de los sujetos a los 6 meses y a un 76,7% a los 12 meses.

Referencias

1. Espina Barrio, JA, Perez Cipitria, A. Evaluación de la psicoterapia breve en los servicios públicos. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero- 15 de Marzo 2000. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa11/conferencias/11-ci-d.htm>.
2. Rodríguez-Arias JL, Venero M. Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid: CCS; 2006.
3. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de calidad y seguridad, 2010.
4. Servicio Andaluz de Salud. Análisis de la situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y Comunidades terapéuticas en Andalucía. Programa de Salud Mental. Sevilla; 2010.

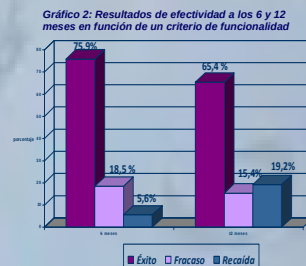
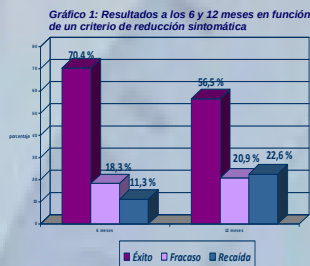


Tabla 1: Relaciones significativas entre las escalas clínicas y la efectividad según el criterio sintomático

Escalas asociadas con la efectividad	6 MESES	12 MESES
SUBESCALA DEPRESIÓN HAD Pre-tratamiento	X ² =12,387 p<0,01	X ² =9,086 p<0,05
SUBESCALA DEPRESIÓN HAD Post-tratamiento	F=16,852 p<0,01	F=20,724 p<0,01
BDI Post-tratamiento	X ² =10,224 p<0,01	F=18,926 p<0,01
SUBESCALA ANSIEDAD HAD Post-tratamiento	F=7,514 p<0,01	F=9,861 p<0,01

BDI: Beck Depression Inventory
HAD: Hospital Anxiety Depression Scale

Tabla 2: Relaciones significativas entre las escalas clínicas y la efectividad según el criterio de funcionalidad

Escalas asociadas con la efectividad	6 MESES	12 MESES
BDI Pre-tratamiento	F=7,273 p<0,05	-
SUBESCALA DEPRESIÓN HAD Post-tratamiento	F=6,810 p<0,01	F=5,551 p<0,01
BDI Post-tratamiento	F=12,447 p<0,01	F=9,269 p<0,01
SUBESCALA ANSIEDAD HAD Post-tratamiento	F=3,838 p<0,05	F=3,803 p<0,01

Tabla 3: Relaciones significativas entre la escala de alianza terapéutica y la efectividad

CRITERIO BASADO EN SÍNTOMAS			
Escalas asociadas con la efectividad	6 MESES	12 MESES	
SOATIF SESIÓN 5	F=4,137 p<0,05	F=6,825 p<0,01	
SOATIF SESIÓN 6	F=3,328 p<0,01	F=8,504 p<0,01	
CRITERIO BASADO EN FUNCIONALIDAD			
SOATIF SESIÓN 5	-	F=3,950 p<0,01	

Tabla 4: Relaciones significativas entre la técnica paradójica “el pesimista” y la efectividad

CRITERIO BASADO EN SÍNTOMAS				
Escalas asociadas con la efectividad	POST-TRAM	6 MESES	12 MESES	
SESIÓN 2		X ² =10,912 p<0,01	X ² =5,858 p=0,05*	
SESIÓN 6	X ² =6,730 p<0,05	X ² =5,611 p=0,06*	-	
CRITERIO BASADO EN FUNCIONALIDAD				
SESIÓN 2	-	-	F=3,950 p<0,01	

* Tendencia a la significación

Conclusiones

- ✓ La psicoterapia grupal centrada en soluciones (PGCS) para pacientes con trastornos depresivos y adaptativos presenta resultados efectivos a corto plazo, medio y largo plazo ya que permite la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, y mejora la funcionalidad de los sujetos. Presenta mejores resultados a medio que a largo plazo y resulta más efectiva en el aumento de la funcionalidad y adaptación del sujeto a su vida diaria, que en la reducción de los síntomas clínicos.
- ✓ Los síntomas previos y la alianza terapéutica permiten predecir la efectividad a medio y largo plazo. Una mayor gravedad de síntomas depresivos al inicio de la terapia predice una menor efectividad en los seguimientos. Altos niveles de alianza terapéutica hacia el final del proceso de terapia predicen una mayor tasa de recaídas a medio y largo plazo. La técnica paradójica “El pesimista”, empleada hacia el inicio y final de la terapia, se asocia a fracaso en todo el proceso, sin embargo la gravedad sintomática previa es mediadora en esta relación. La atribución grupal del malestar psicológico en la elección del pesimista coincide con la gravedad clínica al inicio de la psicoterapia.

recientemente en la revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar.

El trabajo de Nuria Rodríguez, mediante un diseño longitudinal prospectivo, valora la efectividad de la terapia grupal a los 6 y 12 meses de finalizada, para 143 sujetos con trastorno depresivo. La efectividad se analiza desde una doble perspectiva: mejora sintomática y funcionalidad adaptativa de los sujetos. Para las evaluaciones en distintos momentos temporales se utilizaron los siguientes instrumentos: escalas clínicas de depresión ansiedad (BDI, HAD), escala de alianza terapéutica (SOATIF), Escala de Salud General, Escala de Avances, Autoinforme de Mejoría, Evaluación final de la terapia, Protocolo de seguimiento telefónico, nº de consultas, altas, retornos y abandonos.

Los resultados muestran más efectividad de la psicoterapia grupal orientada a soluciones a

medio que a largo plazo; así como mayor mejoría en el área de funcionalidad y adaptación a la vida diaria que en la disminución de los síntomas ansioso-depresivos. También encuentra peor pronóstico cuando hay mayor gravedad depresiva al inicio de la terapia. Resulta llamativa la asociación entre altos niveles de alianza terapéutica al finalizar la terapia y la tasa de recaídas a medio y largo plazo. También sorprende la capacidad de los integrantes del grupo, pacientes depresivos, para valorar atinadamente los miembros del grupo que peor se encuentran en cada sesión. En general los resultados avalan la efectividad a medio y largo plazo de este modelo de psicoterapia en trastornos depresivos y adaptativos. Destaca la calidad teórico práctica del estudio al finalizar recomendando, basándose en sus resultados, cambios en el protocolo de la terapia grupal para mejorar esta herramienta terapéutica.

Programa de relajación para pacientes con síndrome coronario agudo

Dña. Silvia Castro del Cueto

Enfermera especialista en Salud Mental

Problema: La gestión ineficaz de la propia salud de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Objetivo: Evaluar si la aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con SCA mejora la gestión ineficaz de la propia salud, es decir, mejora la adherencia al tratamiento.

Hipótesis: Un programa de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con SCA mejorará la adherencia al tratamiento.

De acuerdo con la definición de la OMS, la adhesión es "la medida en que el comportamiento de una persona - tomar la medicación, seguir una dieta, y /

o ejecutar los cambios de estilo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de cuidado de la salud". En el

momento actual este tema cobra gran trascendencia en todo tipo de patologías pero especialmente en aquellas que generan altos niveles de morbimortalidad como son las enfermedades cardiovasculares donde además las tasas de adherencia son bajas.

A pesar de que el tema ha cobrado gran relevancia en los últimos años y que algunas investigaciones encuentran una relación directa entre la variable ansiedad después de sufrir un SCA y el cumplimiento terapéutico a medio plazo, son pocos los estudios que evalúan la efectividad de programas de reducción de la ansiedad sobre la adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes. En el presente proyecto se propone un programa de relajación cuya finalidad es amortiguar los niveles de ansiedad de los pacientes con patología coronaria y dar un paso más allá evaluando la efectividad del mismo sobre la adherencia terapéutica de pacientes que hayan sufrido un primer episodio de síndrome coronario agudo (SCA).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Evaluar si la aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con SCA mejora la gestión ineficaz de la propia salud, es decir, mejora la adherencia al tratamiento.

2.2. Objetivos específicos

- Evaluar los cambios en los niveles de ansiedad tras el programa de relajación, demostrado con mejores puntuaciones en la escala HARS.
- Estimar la mejora de la adherencia terapéutica demostrado con mejores puntuaciones en la escala de adherencia EAT.
- Cuantificar el número de reingresos hospitalarios desde la finalización del

programa de relajación y hasta un año después, cuyo diagnóstico de ingreso sea un nuevo episodio de SCA.

3. HIPÓTESIS

La aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas de relajación mejorará la adherencia terapéutica de pacientes con un primer episodio de síndrome coronario agudo (SCA).

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño de la investigación

Estudio de tipo cuantitativo experimental a través de un diseño con pre y 2 medidas post intervención. Contaremos para el estudio con un grupo experimental y un grupo control. En el grupo experimental se lleva a cabo una intervención de enfermería con el desarrollo de un programa de entrenamiento en diversas técnicas de relajación con un total de 8 sesiones que se impartirán con una duración de una hora y una periodicidad semanal.

4.2. Población y muestra de estudio

Podrán participar en el estudio aquellos sujetos que se encuentren ingresados en la unidad de coronarias del HUCA con un primer episodio de SCA y que además cumplan los siguientes criterios de inclusión:

1.- Cardiovasculares:

- Varones.
- Edad comprendida entre los 40 y 65 años.
- Perímetro abdominal mayor o igual a 102 cm.
- Hipercolesterolemia definida por cifras de colesterol total mayores de 200 mg/dl.
- HTA con cifras de TA al ingreso mayores o iguales de 140/90 mm Hg.
- Tabaquismo activo.

2.- Emocionales:

PROGRAMA DE RELAJACIÓN PARA PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Introducción

Un problema común, compartido por todos los profesionales de la salud es el insuficiente o inadecuado cumplimiento de las prescripciones y recomendaciones sanitarias. La falta de adherencia terapéutica, ya se trate de dificultades para tomar la medicación, para modificar hábitos nocivos o de alto riesgo (dieta, ejercicio, estrés, alcohol, tabaco...) o bien el abandono o el incumplimiento de las revisiones, es una condición característica de los pacientes sea cual sea su dolencia y una de las condiciones que los clínicos coinciden en señalar como más desalentadoras.

De acuerdo con la definición de la OMS, la adherencia es "la medida en que el comportamiento de una persona - tomar la medicación, seguir una dieta, y/o ejecutar los cambios de estilo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de cuidado de la salud". En el momento actual este tema cobra gran trascendencia en todo tipo de patologías pero especialmente en aquellas que generan altos niveles de morbilidad como son las enfermedades cardiovasculares donde además las tasas de adherencia son bajas.

A pesar de que el tema ha cobrado gran relevancia en los últimos años y que algunas investigaciones encuentran una relación directa entre la variable ansiedad después de sufrir un SCA y el cumplimiento terapéutico a medio plazo, son pocos los estudios que evalúan la efectividad de programas de reducción de la ansiedad sobre la adherencia al tratamiento en tipo de pacientes.

Hipótesis

La aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas de relajación mejorará la adherencia terapéutica de pacientes con SCA.

Objetivo general

➤ Evaluar si la aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con SCA mejora la adherencia al tratamiento.

Objetivos específicos

➤ Estimar la mejora de la adherencia terapéutica tras la aplicación del programa de relajación demostrado con mejores puntuaciones en la escala EAT.

➤ Evaluar los cambios en los niveles de ansiedad tras la aplicación del programa de relajación demostrado con mejores puntuaciones en la escala HARS.

➤ Cuantificar el número de reingresos hospitalarios desde la finalización del programa de relajación hasta un año después con un nuevo episodio de SCA.

Material y método

• **Tipo de estudio:** Diseño cuantitativo de tipo experimental con grupo de casos y controles. Una medida pre-test y dos medidas post-test.

• **Lugar de estudio:** Municipio de Oviedo. Casos detectados en la unidad de coronarias del HUCA. Detección por parte de Psiquiatría de Enlace.

• **Criterios de inclusión:**

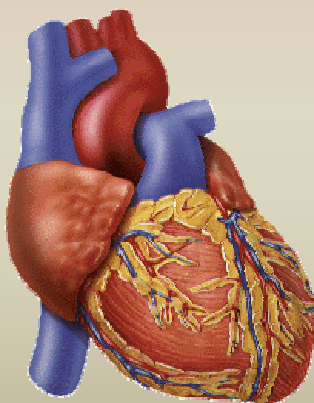
1. Cardiovasculares
 - ✓ Varones.
 - ✓ Edad entre los 40 y los 65 años.
 - ✓ Perímetro abdominal ≥ 102 cm.
 - ✓ HTA.
 - ✓ Tabaquismo activo.
2. Emocionales
 - ✓ HARS al ingreso ≥ 16 puntos.
 - ✓ Una situación estresante en al menos una de las siguientes áreas:
 - Salud personal
 - Entorno social
 - Trabajo
 - Situación financiera
 - Familia y hogar
 - Situación personal

Instrumentos de evaluación:

- Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)
- Escala de adherencia terapéutica basada en comportamientos explícitos (EAT)
- Número de reingresos hospitalarios

Variables:

- Independiente:
- ✓ Programa de relajación
- Dependientes:
- ✓ Nivel de ansiedad.
 - ✓ Nivel de adherencia terapéutica.
 - ✓ Número de reingresos hospitalarios.



1ª Sesión: "¿Qué es la ansiedad?"

2ª Sesión: "Respiración consciente"

3ª Sesión: "Relajación muscular progresiva"

4ª Sesión: "La playa"

5ª Sesión: "Relajación mental-emocional"

6ª Sesión: "El refugio de la montaña"

7ª Sesión: "Viviendo el silencio interior"

8ª Sesión: "Breve relajación de autoprogramación"

Resultados esperados

Si los pacientes siguen las prescripciones o recomendaciones prescritas (ejercicio físico, dieta baja en grasas, control del tabaquismo, control de los niveles de glucemia, ansiedad en niveles saludables...etc.) es de suponer que va a disminuir también la posibilidad de padecer un nuevo cuadro coronario. Se disminuiría así el número de reingresos con lo cual el programa tendría utilidad en términos de coste/beneficio... Incluir un programa de relajación de estas características entre los pacientes afectos de síndrome coronario agudo permitiría aumentar la eficiencia de un programa de rehabilitación coronaria.

	2011					2012					2013	
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Tarea_1	Detección de casos y formación de GE y GC											
Tarea_2	Puestas en marcha de recomendaciones médicas											
Tarea_3	Medición escalas HARS / EAT											
Tarea_4	Programa de relajación (GE)											
Tarea_5	Cuantificación de número de reingresos											
Tarea_6	Análisis de datos (SPSS)											

- ✓ Puntuaciones en la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) por encima de 16 puntos al ingreso del paciente.
- ✓ Que en el último año haya habido alguna situación definida como estresante en al menos una de las siguientes áreas:
 - Salud personal.
 - Trabajo.
 - Familia y hogar.
 - Entorno social.
 - Situación financiera.
 - Situación personal.

4.3. Variables

- Independiente:
 - ✓ Programa de entrenamiento en técnicas de relajación (8 sesiones).
- Dependientes:
 - ✓ Nivel de ansiedad (medido a través de la escala HARS).
 - ✓ Nivel de adherencia terapéutica (medido a través de la escala EAT de adherencia).
 - ✓ Número de reingresos hospitalarios en la muestra de estudio desde la finalización del programa hasta un año después y cuyo diagnóstico de ingreso sea un nuevo episodio de SCA.

5. CONTENIDO DE LAS SESIONES

- 1ª Sesión: "¿Qué es la ansiedad? ¿Qué es la respiración abdominal?" Se pretende que el paciente adquiera conocimientos básicos acerca de qué es la ansiedad y cómo se expresa, además de aprender a realizar la técnica de la respiración abdominal de forma adecuada.

- 2ª Sesión: "La respiración consciente" Se explica la diferencia entre la respiración torácica y la respiración abdominal además de entrenar la respiración abdominal o diafragmática.
- 3ª Sesión: "Relajación muscular progresiva de Jacobson" Se discrimina entre estados de tensión y estados de relajación y se aprende a relajar utilizando diferentes grupos musculares.
- 4ª Sesión: "La playa" Se aprende a concentrarse en situaciones agradables utilizando la técnica de la visualización creativa.
- 5ª Sesión: "Relajación mental - emocional" Se aprende a concentrarse en situaciones agradables utilizando para ello la técnica de la visualización del cuerpo.
- 6ª Sesión: "El refugio de la montaña" Se combinan las dos técnicas anteriores: visualización creativa y visualización del cuerpo.
- 7ª Sesión: "Viviendo el silencio interior" Se realiza la técnica de la visualización creativa combinada con meditación.
- 8ª Sesión: "Relajación de autoprogramación" Se realiza una relajación breve combinando nuevamente las técnicas de la visualización creativa y visualización del cuerpo.

6. UTILIDAD DEL PROYECTO

Si se cumplen los resultados esperados referentes a la mejora de la adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados de un primer episodio de síndrome coronario agudo podríamos hablar de:

- Beneficios para la persona: los pacientes tras un episodio de SCA tendrán un mejor manejo de su enfermedad, se mejoraría - utilizando la terminología enfermera

NANDA- la *Gestión ineficaz de la propia salud* (00078)-.

- Beneficios para el propio sistema sanitario: se contribuye a minimizar costes por reingresos hospitalarios y se brinda una mejor calidad en la atención por medio del fortalecimiento y desarrollo de aptitudes que fortalecen un adecuado manejo de la enfermedad.

Beneficios para la profesión: no sólo se aumentaría el conocimiento sobre el manejo de factores relacionados con la adherencia terapéutica sino que también, el éxito de este trabajo de investigación supondría un aumento del campo de actuación de la enfermería de salud mental, promoviendo y participando directamente en lo que la OMS define como Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

Álbum fotográfico



XI Premio Memorial Antonio Gimeno

XII Jornada de Servicio de Salud

Residentes de Salud Mental

20 de mayo de 2011

Salón de Actos
“Luis Estrada”



XII Jornada de

XI Premio Memorial Antonio Gimeno



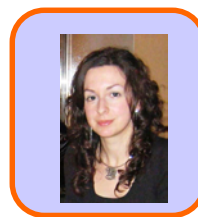
Residentes de Salud Mental

Residentes

- De rotación externa por....
- Carta a un Pir de Primero

De rotación externa por...

Hospital Universitario de La Paz (Madrid)



Dña. Eva Povedano, finaliza su formación como Residente en Salud Mental y nos hace una breve reseña por su etapa madrileña en el Hospital Universitario de La Paz.

Prácticamente desde el inicio de la residencia comenzó mi interés por la psicoterapia, así que cuando se me brindó la oportunidad de realizar una rotación electiva de varios meses centrada en la integración de diversas técnicas psicoterapéuticas no me lo pensé dos veces. La llevé a cabo en el Hospital Universitario La Paz de Madrid entre octubre y diciembre de 2010, y estuve a cargo del equipo formado por Beatriz Rodríguez Vega, Carmen Bayón y Blanca Amador, de la Unidad de Enlace y Psicoterapia.

Fue una rotación bastante exigente; ya antes de incorporarnos debíamos leer una serie de textos para ir familiarizándonos con algunos aspectos básicos. Una vez allí, de alguna manera la jornada siempre acabaría implicando mañanas y tardes porque, tras finalizar las consultas, si no había cursos o seminarios teníamos que leer, estudiar, hacer guardia o preparar un caso para supervisión. Iré desgranando las actividades más importantes que se realizaron:

- Las I del paso por la unidad. Los casos que nos generaban más dudas o dificultades los llevábamos a sesiones conjuntas de supervisión, que posiblemente era donde más se aprendía.

- Los rotantes nos incorporamos a la docencia de los MIR y PIR del hospital. Puedo decir que estaba bastante bien, aunque no disponía de la estructuración de la de Asturias, además de que casi todas las clases las daban los propios

residentes, con intervenciones muy puntuales de algún adjunto supervisor.

“Consultas de evaluación y seguimiento de casos constituyeron el núcleo fundamental”

- Acudí a todos los cursos y seminarios que me fueron ofertados. La temática se centraba en habilidades de entrevista, regulación emocional, manejo del paciente difícil, duelo, taller de autoimagen para trastornos de la conducta alimentaria, etc. El más significativo fue el programa de entrenamiento en Mindfulness, que consistió en ocho sesiones prácticas de frecuencia semanal; la teoría se basó en el libro “Vivir con plenitud las crisis”, del cual al final de la rotación se hizo una exposición de resúmenes de los diferentes capítulos.

Además, los alumnos de dicho curso participamos como casos en un estudio sobre influencia del Mindfulness sobre variables atencionales que aún está en realización. Nos pasaron varias encuestas y pruebas psicológicas antes del entrenamiento, justo al acabar y unos meses después. ¡Estoy deseando conocer los resultados!

- También tuve la oportunidad de acudir a varias sesiones grupales de familiares de casos de trastornos alimentarios, así como de terapia familiar, donde se aprenden bastantes cosas.

■ Por último, ¿qué MIR de Psiquiatría no hace guardias? En esta rotación evidentemente eran optativas, pero desde el primer día nos recomendaron que hiciésemos alguna, y me animé. Está muy bien ver cómo se trabaja en atención psiquiátrica urgente en un hospital muy diferente al

tuyo; puedes descubrir otras formas de enfocar las cosas.

Reconozco que en general me trataron muy bien. Conocí a gente muy agradable y válida. Mi etapa madrileña fue cuanto menos intensa, pero sinceramente, mereció la pena.

Carta a un Pir de Primero (9 de Mayo de 2011)

Dña. Lucía Huskin. Psicóloga Clínica. Tras concluir su etapa como Residente, realiza un estudio donde analiza las perspectivas y evolución de lo que significa un período de residencia en Salud Mental. A partir de los resultados obtenidos en una encuesta enviada a otros residentes de distintas promociones nos presenta sus conclusiones.

¡Hola! Me dirijo a ti sin conocerte para contarte algunas cosas que he aprendido de nuestro proceso de formación por si te resultan de utilidad ahora que empiezas tu andadura. Antes de apresurarme a hablar contigo quise contrastar mi experiencia con la de otros compañeros que hubiesen pasado por lo mismo, y en éstas estaba cuando decidí hacer un pequeño estudio sobre el Aprendizaje de la Psicología Clínica. El punto de vista desde el que está elaborado es el de un aprendiz, de manera que pondré el foco de atención sobre el Aprendizaje y no sobre la Enseñanza.

Elaboré un cuestionario de 16 preguntas abiertas y se lo pasé en formato escrito a 9 psicólogos, 3 de los cuales son actualmente pires y 6 han finalizado ya la especialidad. Todos ellos comparten el haber hecho la Residencia escalonadamente durante los últimos 9 años en un mismo Área de Salud de Asturias. Analicé sus respuestas a nivel cualitativo en secuencia ascendente, descendente y desordenada. Mi intención fue establecer comparaciones entre el

grado de función presente en sujetos con más experiencia (expertos) y con menos (novatos). En este texto daré al término “Experiencia” el doble significado de “años acumulados de práctica” y “actividad psicológica donde se produce el aprendizaje”.

Lo que te cuento a continuación es lo que yo pienso haciendo uso de lo que me han aportado mis compañeros al contestar el cuestionario. Entre líneas están. Espero que te interese y que te anime, aunque de sopetón te pueda resultar un poco confuso todo.

En primer lugar te voy a dar una mala noticia por si acaso aún no lo sospechas: la Residencia es dura, y la profesión es difícil, implica asumir mucha responsabilidad. La buena noticia es que estás preparado de sobra para prepararte. Vas a aprender un montón, es inevitable. Puede que al llegar al C.S.M percibas que nada de lo que estudiaste en los libros te sirve de ayuda sobre el terreno. Te quedarás desarmado, descolocado. No te preocupes, es normal. El salto del papel a la realidad, de una dimensión a tres dimensiones, es

un auténtico paso del Rubicón. Entre otras muchas cosas descubrirás, por ejemplo, que el buen hacer en clínica depende de relaciones entre personas. Sin duda es la Relación Terapéutica (frente a técnicas, diagnósticos o teorías) lo que más te urge aprender. Alomejor éste sea un aprendizaje revolucionario para ti, para muchos de nosotros lo ha sido. Tampoco te desesperes, en absoluto partes de cero, ya eres psicólogo, y tienes una vida que te habrá enseñado cantidad. Más adelante, cuando lleves unos años en la Residencia y creas que ya es hora de dominar la situación, te sorprenderás exclamando “¿cómo puede ser, pero si cada vez sé menos...!?” (el lamento de Descartes). Tranquilo, es un momento cumbre que habla muy bien de ti, dice que por fin has perdido la ignorancia (comprenderás que no tienes ni idea de diagnosticar a pesar de saberte de carrerilla la CIE-10 -cuanta más clínica vayas viendo menos te encajarán los diagnósticos en los pacientes de carne y hueso-; caerás de la burra al comprobar que los tratamientos psicológicos no se pueden aplicar como paquetes compactos cubiertos de celofán...etc). Vas a pasar por muchos momentos de descreimiento y entonces intuirás que el camino que tú te figurabas de 4 años va a ser en verdad bastante más largo. Convéncete, terminar la Residencia es sólo un punto y seguido, no un punto y aparte, y menos un punto final.

De hecho, si te soy sincera, la capacitación se extiende sinuosamente a lo largo de toda la carrera profesional. Cuando acaba el Pir, incluso muchos años después, sigues pudiendo formarte con parecida avidez y entusiasmo, la posibilidad está abierta. Los que ya hemos vivido el cierre de

la Residencia sabemos que hay una continuidad pasmosa entre ser residente y ser adjunto. Ambos roles dan para aprender una inmensidad, no hay techo. Lo que sucede es que los Procesos, las Estructuras y los Contenidos del aprendizaje van cambiando. Constantemente nos reestructuramos, reprocesamos e incorporamos contenidos. A más tiempo, más aprendizaje, mayor reorganización mental y mayor destreza en la práctica.

Si te parece te adelanto cómo van a ir desarrollándose los acontecimientos. Al principio todo cuesta. Llegamos con muchos Contenidos teóricos pero no tenemos Estructuras aptas para asimilar la realidad tan compleja con que nos topamos ni

Procesos para acomodarnos a ella. El gasto energético (físico y emocional) es enorme hasta que logras establecer unos mínimos de adaptación al medio. Envuelto por la tensión de la lucha sudas, tiembles, te agotas... El relax y la relativa seguridad llegan más tarde. No sería raro si en algún momento deseas tirar la toalla. No te recomiendo que lo hagas, antes o después conseguirás hacerte con unos buenos Esquemas y con unas buenas Estrategias, es el destino. Sufrirás una lenta metamorfosis, te irás transformando a golpe de tiempo, ensayos y alimentación.

Éste proceso tendrá fundamentalmente dos vertientes: aprender con los demás (aprender por modelos es un privilegio que te ofrece el sistema de Residencia. Luego ya, nunca más. También juega un papel muy importante el intercambio, el diálogo, la revelación, el trabajo en red) y aprender de tí mismo, a través de tu propia acción en el manejo de casos y cosas. Si tú lo generas, ahí queda. Otro factor que catapultaba mucho nuestro aprendizaje es que se produce desde distintas posiciones de conocimiento: vas a aprender



recibiendo, haciendo y enseñando (sí, antes de que te des cuenta estarás transmitiendo cosas a tus “erres” menores, a un practicum que pase contigo, a tu residente... El tiempo es intenso pero pasa volando, no lo olvides). Poco a poco irás quemando años, años de experiencia y años de vida. Nuestra edad profesional y la edad vital están muy entrelazadas. La etapa de la vida en la que se producen los aprendizajes más determinantes en este trabajo (y en otros) es una etapa de transiciones potentes. Tu ciclo vital te enseñará a entender el del paciente, ya verás.

Te voy a proponer una sencilla metáfora. Quiero que te mires como si fueses un niño que acaba de llegar a vivir a un edificio nuevo. El edificio es particular porque sólo tiene un piso, no existe escalera. Como niño tienes por delante un esfuerzo de adaptación arduo ya que el entorno es desconocido, muy variado y variable (distintos pacientes, familias, situaciones, dispositivos, psicoterapias, disciplinas en interacción...). La comunidad de vecinos es extensa (tu tutor, tus adjuntos, tus compañeros residentes, los psiquiatras, los enfermeros...). Unos llevan mucho tiempo ahí, conocen muy bien el barrio, y otros hace poco que se instalaron. Tu casa no es tan grande ni tan profunda como la de los demás, pero te parece que está bien distribuida, a ti te gusta y tiene todo lo que necesitas de momento. A veces picas a la puerta de algún vecino y entras a jugar. Otras veces sales a explorar la ciudad, sus parques y sus gentes. Y otras te metes en tu casa sin querer hablar con nadie, para pensar, para descansar. Mientras va pasando el tiempo vas creciendo, y contigo tu casa, tus vecinos, tu ciudad...

Salvando las distancias, expresado con otros términos, esta historia se desenvuelve así: a medida que construimos la realidad de la clínica con nuestra actividad nos construimos a nosotros mismos como psicólogos clínicos. Todo el

desarrollo tendrá el carácter de una dialéctica entre asimilar lo previsto (Asimilación) y acomodarse ante lo no previsto (Acomodación). Un motor del aprendizaje serán los cambios. Cuantos más cambios, más aprendizaje (cada cambio de rotación o de puesto de trabajo marca un hito). Evolucionar significa ir adquiriendo cada vez mayor amplitud funcional y, por ende, mayor ajuste al medio en el sentido de mayor eficacia adaptativa (el fin último que perseguimos es ser lo más eficaces posible en evaluación-intervención de casos, en las coordinaciones interprofesionales, en la convivencia laboral...).

Te estarás preguntando qué es lo que aprendemos cuando aprendemos. El aprendizaje es integral y multidimensional: aprendemos a relacionarnos, a sentir, a pensar, a ser y a hacer, a aprender, a sobrevivir en la profesión... Aunque todavía no seas muy consciente de ello, vas a ensanchar tu Funcionamiento a 5 niveles:

- Cognitivo (irás tallando tu propio modelo teórico, ganarás en capacidad de predicción, de intuición y observación...).

- Afectivo (aprenderás a servir de contención, a manejar tus angustias, a tolerar el sufrimiento, a leer tus tripas y las de los pacientes...).

- Social (aprenderás a conversar en entrevista, a crear una buena alianza de trabajo, a fomentar intersubjetividad, a comunicarte en el lenguaje de las demás especialidades...).

- Moral (encarnarás valores, tratarás de ejercer la ciudadanía en la profesión, intentarás tomar las mejores decisiones, defender los derechos humanos del paciente...).

- de la Identidad (tomarás conciencia de ti mismo, conocerás tus filias y tus fobias, tus mitos, prejuicios y estereotipos, aprenderás a ubicarte bien en el rol de pir o de adjunto, te diferenciarás cada vez más y adoptarás autonomía e integridad como profesional).

Los 5 niveles están esencialmente interconectados. Por ejemplo, la Alianza Terapéutica se nutre transversalmente de todos ellos.

Si tuviera que destacar en especial dos sentidos del desarrollo que me parecieran muy determinantes para el ejercicio de la Psicología Clínica a día de hoy escogería el Moral y el Afectivo. ¿Por qué? Como profesional tendrás que elegir entre valores, y para elegir bien tendrás que forjarte un buen carácter. Algunas virtudes clásicas a cultivar son la empatía, la simpatía, el sentimiento de humanidad, la compasión por la vulnerabilidad del otro, el reconocimiento de la dignidad del otro...etc. Las relaciones terapéuticas han de saber de consuelo, esperanza, cariño, apreciación de la belleza, aceptación, compromiso, apertura, respeto, generosidad o gratuidad. Es posible que no se pueda llegar a ser un buen psicólogo clínico si no se es bueno, y me refiero a bueno de bondad. El corazón se me revela como el órgano principal del clínico. Dicen que "corazón que siente, ojos que ven". ¿Sentir qué cosas? Por ejemplo, sentir que existe una conexión invisible hecha de no se sabe qué con los pacientes, algo que te hace pensar que no son ellos, sino que somos nosotros. Debemos empeñarnos en perfeccionar nuestra Agencia Emocional pues en buena parte somos responsables de nuestras emociones y de cómo afectan al Sistema Terapéutico (si nos enfadamos con el paciente, si nos acobardamos, si nos desmoralizamos, si nos vinculamos demasiado...). Muchos días saldrás del trabajo muy cargado emocionalmente, con tus sentimientos a flor de piel, y tendrás que ir templándolos.

Cómo un psicólogo dimensione la realidad en las anteriores 5 esferas va a definir lo que podríamos llamar su "alma". La experiencia en nuestro campo da muchas cosas. Es la madre de la ciencia y también la madre del arte (para trabajar artesanalmente primero hay que automatizar

muchos procesos y tener calma), pero no lo da todo. Hay aspectos del alma que son de cuna. El residente las trae ya consigo o no las trae (por ejemplo, la resonancia empática, el respeto, la calidez relacional...). Son más actitudinales que aptitudinales, pero en cierta dosis son mejorables por el ejercicio y el entrenamiento -si existe voluntad-. Hay otros aspectos todavía más resistentes al moldeamiento porque dependen de bases corporales, como el factor G, la memoria o la velocidad de procesamiento.

Cada trayecto de aprendizaje es una complejidad única e intransferible donde quién seas tú cuenta de cara a condicionar y acondicionarlo todo. La Persona (en su doble acepción de Sujeto Operatorio Propositivo y de Sujeto Moral) me parece la variable que más influye en el aprendizaje y en la forma de trabajar (enseguida comprobarás que las consultas difieren según sean las personas que las llevan, en el fondo es así de sencillo. Invita a pulirse, pero también a explotarse). Creo que La Persona está por encima de factores como los años de práctica, tutores, adjuntos, la cantidad de cursos recibidos, la especialización en un dispositivo...etc. La cualidad de la experiencia y de la formación importan, desde luego, pero importa más cómo la aproveche y dirija cada individuo en particular. El sujeto va por delante del entorno.

Llegados a este punto me gustaría contarte algunas características de la dinámica del aprender para que no te cojan por sorpresa y puedas relativizarlas.

Por un lado, prepárate a aprender del Error. Cuando metas la pata intenta verlo como que hubo una parte de la realidad que por falta de experiencia no tenías prevista. No pasa nada. Nadie aprende sin equivocarse antes y los errores nunca dejan de cometerse por muy experto que se sea. No obstante, he de confesar que soy bastante defensora del aprendizaje por el éxito. Creo que lo

ideal es aprender más por el acierto que por el error, de ahí que enseguida me decante por la prudencia y por el ponerse preferentemente en zonas de desarrollo próximo; sufres menos tu y sufres menos el paciente. De todos modos me reafirmo en que el error es peldaño, y en cantidades adecuadas es muy sano para la autoestima. En resumen, exponerse sí, pero con medida. En la misma línea, en el momento que dudes o entres en contradicción, no te agobies, alégrate, porque el Conflicto es indispensable para aprender. Las rupturas del equilibrio te obligan a hacer síntesis y superarlo. Eso es la Equilibración.

Por otro lado, has de saber que el aprendizaje avanza con continuidad gracias a la discontinuidad. El desarrollo no es un lecho de rosas. Se manifiesta a través de ganancias y pérdidas, avances y retrocesos, estabilidad y cambio, aprendizajes, desaprendizajes, e incluso reaprendizajes. Bienvenido a la montaña rusa más grande del mundo. A lo mejor te choca, pero varios de los que vamos en este barco, notamos que aunque la tendencia de la curva del aprendizaje en general es positiva también empeoramos en algunas cosas con el tiempo y perdemos otras por el camino.

En definitiva, hay mucho de esperanzador en darse cuenta de que si tu quieres, este aprendizaje no acaba nunca. Te aviso, puedes seguir de por vida haciendo preguntas y cometiendo errores; teniendo miedos e inseguridades por enfrentar; incorporando conocimientos teóricos o metodológicos nuevos. Créeme, esto no tiene fondo. Muchas dimensiones u operaciones que empezarás a construir en Primero o Segundo del Pir las seguirás perfeccionando, matizando, renovando... sin fin hasta que te jubiles. Es verdad que si tu quieres también puedes instalarte en el hábito, en lo conseguido por automatización. Pero yo no te lo aconsejo. No te conformes sólo con el hábito, no te

acostumbres. Si lo haces morirás pronto, porque la práctica asistencial sin el refuerzo del aprendizaje se queda sin oxígeno, y el vacío apaga la llama.

Cualquier cosa que hagas tiene en si la posibilidad de ser bien hecha y de ser orientada hacia cierto progreso. Así que potencia tu espíritu autoformativo. Tienes la suerte, si quieres, de poder aprender hasta de debajo de las piedras. Nuestra profesión está muy confundida con la vida. Nunca se para de aprender Psicología. Da igual que estés en paro, de vacaciones o de fin de semana. Resulta que si sales a la calle y hablas con gente, tienes familia y amigos, viajas, ves películas, escuchas música, o lees libros... estás perdido. Dentro del horario de trabajo te empapas de múltiples fuentes: los pacientes, los adjuntos, los residentes, la docencia de los martes... no hay escape.

Ya como colofón quiero hablarte de tres ingredientes que me parecen necesarios en la receta del aprender bien.

1.- Automotivación. Aunque hay que confiar en la sabiduría que da la experiencia, los años de ejercicio también albergan la perversidad de que pueden acabar con muchas cualidades positivas imprescindibles para mantenerse en la brecha. Me refiero a las ganas, la ilusión, el interés, el optimismo, la inocencia, la fuerza, la valentía, la inquietud, la capacidad de disfrutar, la capacidad de sorprenderse, la humildad, la creatividad, la flexibilidad. No quiero ser gafe, pero cuenta con ello, es posible que pases por alguna crisis de aprendizaje, o cuando menos, por altibajos (y no sólo durante la Residencia, ojo). Te vas a cuestionar “¿qué hago yo aquí?”, “¿lo que hago sirve para algo?”, “¿llegaré a hacerlo bien algún día?”, “¿merece la pena tanto esfuerzo?”. Ahora bien, la pregunta es ¿hay antídoto? Afortunadamente, sí. Uno es compartirlo. Comunícaselo a compañeros amigos en quien confíes. Quéjate, desahoga, es seguro que si hoy

no es tu día, al día siguiente no será el suyo, y ten claro que quien más quien menos sabrá de lo que hablas. Otro es introducir algún cambio en la rutina. Ponte a ti mismo en situación de aprendizaje (lo que sea que refresque: llevar un grupo, dar una clase, hacer un curso, estudiar un tema, hacer una nueva coordinación... no te aburras, permite al gusanillo que te pique).

2.- Autocuidado. Para reparar y prevenir el desgaste, la decepción, la frustración... hacen falta atención (introspección, sensibilidad para percibir las señales que manda el cuerpo...), planificación (del ocio, del descanso, de la agenda asistencial...), asertividad (para decir algún que otro no, para poner algún que otro límite...) y disponer de una red mínima de referencia (el apoyo para sobrellevar las dificultades y los momentos malos no tiene precio en esta profesión llena de turbulencias y perturbación).

3.- Supervisión. Si bien el objetivo ideal sería encontrar tiempos y espacios para hacerla con los compañeros formal o informalmente, un objetivo inexcusable si esto no prende es pararse a reflexionar con frecuencia sobre el propio manejo procedimental, sobre lo que necesitas aprender, sobre lo que estás pensando o sintiendo... Colocar la metacognición al servicio de la práctica clínica, que para algo la tenemos. Sin supervisión o autosupervisión se cercena mucho el proceso de aprendizaje.

Te comento un par de limitaciones de mi estudio y me despido. Una cuestión que me sorprendió al comparar las respuestas de mis compañeros fue que más que secuencialidad encontré variedad. No son palmarios los desfases verticales. Los expertos y los novatos se parecen más entre si de lo que esperaba. Puede ser que se deba a que lo informado es "sobre papel". El método escogido no es sensible al plano de la acción en vivo, sino al de la representación. Quizá 9 años no es nada... O quizá las preguntas confeccionadas no sean válidas para captar órdenes de prelación. Otra explicación que se me ocurre es que no exista realmente tal decalaje, sino cursos de desarrollo variopintos en función de la persona. Si esto fuera cierto cabría concluir que hay que tener fe en el desarrollo de cualquier residente. Independientemente del orden y de la velocidad, si la persona es buena, y está orientada a aprender, llegará. Yo al menos es lo que creo.

¡Buen Viaje!

P.D: Tenemos una profesión que nos hace fuertes, y nos hace evolucionar como personas. La clínica te vuelve consciente de la vida, de lo que es la vida, con sus miserias y sus resiliencias. Todas las mañanas te obliga a descentrarte de ti. Llevas dentro la intimidad, la vulnerabilidad o la fuerza (y la oscuridad) de mucha gente, y eso no le pasa a todo el mundo. Disfrútalo.

Cine y Salud Mental

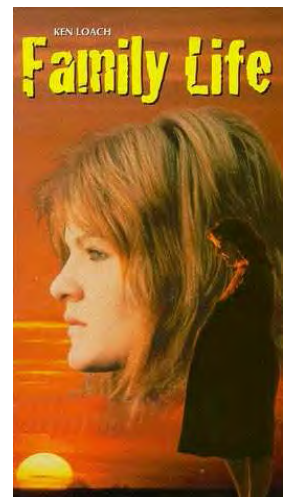


Family life (Ken Loach. EMI Films/Kestrel Films. U.K. 1971).

Luis Bastida y Carlos Veiga, analizan una de las películas que se visualizan en los seminarios para residentes en Salud Mental.

Family lfe es una película de 1971, dirigida por el británico Ken Loach, basada en la novela de David Mercer, guionista del film, y protagonizada por Sandy Ratcliff, Bill Dean, Grace Cave, Malcolm Tierney, Hilary Martin, Michael Riddall.

Janice, la protagonista, está embarazada, y sus padres, con la excusa de que no está preparada para ser madre, la presionan para que aborte. Tal decisión no hará más que agravar sus problemas psíquicos hasta tal punto que acabará internada en un centro de salud mental. Allí se somete, en primer lugar, a una terapia de grupo, que será pronto suspendida por la burocracia hospitalaria, por lo que se le aplicará un tratamiento más tradicional, a base de fármacos y electroshock. Los reproches de sus padres durante las visitas contribuyen a empeorar su situación (FILMAFFINITY.com).



La narración se desarrolla en tres escenarios, la casa familiar, la institución de salud mental y finalmente, el aula universitaria. Loach nos muestra las tres instituciones por las que transcurre el peregrinar de Janice, las principales instituciones de nuestra cultura; la familia, el hospital y la academia, instituciones dedicadas a la educación y los cuidados, pero también aquellas en las que Loach muestra el control y la alineación de los sujetos.

En plena reforma psiquiátrica británica de los setenta, Loach no se ahorra la mirada crítica sobre estas instituciones dedicadas al cuidado, pero en las que se desliza la cuestión del poder y del control. Loach sitúa el hilo que teje las relaciones entre la sujeto, Janice, y los representantes de la institución, en una pregunta ácida sobre el estatuto del sujeto enfermo en la comunidad (o fuera de ella) ¿Qué peso tiene la palabra de alguien a quien se le ha diagnosticado una enfermedad mental? ¿Puede decidir sobre su cuerpo (tener un hijo o abortar)? ¿Puede decidir sobre el tratamiento que desea recibir

(psicoterapia de grupo o electroshock)? ¿Puede ser escuchada sin ser desconfirmada en su estatuto de ciudadana libre, sujeta a derechos y libertades, o ese estatuto queda suspendido al recibir un diagnóstico psiquiátrico? Loach nos muestra al final de la cinta a una Janice perpleja, muda, fijada a su silla ante un aula de estudiantes, tratada como un objeto del saber científico por el psiquiatra que la trata en la institución. Al fin, doblegada a la institución, Janice pierde su mirada en el aula sin alcanzar a mirar a nadie. Aciago destino el del sujeto enfrentado a la maquinaria institucional. Una película necesaria.

Desconectados, un documental de Manuel Gómez Pereira

En el pasado Festival Internacional de Cine de Gijón se presentó el documental Desconectados, basado en historias de “desconectados” donde se nos muestra como un tratamiento personalizado y un seguimiento a veces diario, los enfermos mentales graves son capaces de vivir sus vidas en sus casas, solos o con su familia.

Este tratamiento (Tratamiento Asertivo Comunitario), conocido también como el Modelo Avilés, trabaja con ahínco para integrar a estos enfermos en su entorno, para hacerlos más autónomos y participantes activos dentro de su comunidad.

El rodaje de la película tuvo lugar en diciembre de 2009 en Avilés, Piedras Blancas, Salinas, Corvera y Picún. El guión está escrito por Manuel Gómez Pereira y la productora Ana Amigo. La música y las canciones originales han sido compuestas por Víctor Manuel. El montador es José Salcedo y cuenta con la participación de los actores Ana Belén y Carlos Hipólito en una colaboración especial. Es una coproducción con TVE y cuenta con la colaboración de Cajastur, MSD, el Ayuntamiento de Avilés, el Centro Niemeyer y la TPA. El cartel es creación de Oscar Mariné, premio nacional de diseño 2010.



El documental se presentó fuera de concurso en el Festival de Gijón, y participó en los festivales de Málaga, Seminci y Videomed.

En la TPA : http://www.rtpa.es/asturias:TPA-estrena-este-lunes-la-pelicula-documental-%27Desconectados%27_111296463905.html

En youtube puedes visualizar parte del documental <http://www.youtube.com/watch?v=tNzNQEOallY>





Relato Corto

IX Concurso de Relato Literario Corto con motivo del Día Mundial de la Salud Mental organizado por la Unidad de Coordinación de Salud Mental. El premio en esta edición recayó en D. Rafael Novoa Blanco

Arturo

Entusiasmada como estaba, dándole gracias a este espléndido cuerpo mío, por haber atraído la mirada de un millonario, que me brindaría la oportunidad, durante el resto de mi vida, de hacer lo que más me gusta (nada), tardé un tiempo en darme cuenta de que no me había casado con un hombre, sino con un sombrero que llevaba un hombre debajo.

Paco adoraba aquel sombrero. Lo cuidaba como oro en paño. Estaba tan nuevo que siempre parecía que lo había comprado el día anterior. Sólo se lo quitaba para ducharse y para dormir, y lo hacía con pesar, como si pudiera oír el llanto de aquel trozo de fieltro. Lo llamaba *Arturo*. El día que me lo dijo lo tomé a broma y solté una carcajada. Ofendido, tardó un mes en dirigirme la palabra. Estoy segura de que si le hubiera dado a escoger entre el jodido sombrero y nuestro matrimonio, me hubiera dicho: «*Arturo* y yo te echaremos de menos, querida».

La liturgia diaria de mi marido frente al espejo era digna de verse. El corte semanal le daba a su cabello la uniformidad de una moqueta, algo indispensable para que la cabeza penetrara en el sombrero hasta un punto determinado, en un acoplamiento suave y pendular *cuasipornográfico*, tras el que se observaba de frente y de perfil, con una estúpida sonrisa de aquiescencia, mientras sobaba con sus dedos enguantados en hilo las alas de su tesoro, antes de despedirse con un: *Arturo y yo nos vamos a la oficina*, *Arturo y yo nos vamos al fútbol* o, *Arturo y yo nos vamos al club*. Y allá que se iba Paco, tieso, con el culo apretado y el paso cauteloso de un funambulista, como si en vez de sombrero llevara sobre la cabeza la Santísima Trinidad.

Un día le pregunté: «Paco, mi amor, el día que te mueras, que Dios quiera sea dentro de muchos años y que yo no lo vea, pero Paco, mi amor, cuando te mueras, ¿querrás que te entierren con *Arturo*?». Lo recuerdo mirándome con aquellos ojos de besugo mientras me decía: «A ver, Irene, ¿la Tierra es redonda?».

Mi subconsciente debió de hartarse de Paco antes que yo, porque sin proponérmelo, un día me encontré comprando un sombrero idéntico al de él, pero media talla menor, detalle que camuflé pegando la talla del suyo en el nuevo. Cuando se lo puso aquella mañana frente al espejo, rumió un rato hasta que dijo: «¿No notas distinto a *Arturo*?» Viéndome perdida, respondí: «En eso se basan las relaciones duraderas, Paco, en descubrir cosas nuevas del otro».

En tres meses, tres sombreros, cada uno media talla menor que el anterior, pero en todos ellos pegada la talla del suyo.

Empezó una peregrinación por médicos, psicólogos y curanderos; y aunque todos le aseguraban lo contrario, él se empeñaba en que le estaba creciendo la cabeza.

La mañana que estrenó el cuarto sombrero regresó antes de doblar la esquina, pálido como el mármol y con él en la mano. Dijo tartamudeando que un golpe de aire se lo había arrancado de la cabeza —¡cosa inaudita!—, y que ésa era la prueba definitiva.

Se encerró en casa y dirigía sus negocios por teléfono. Se negaba a salir porque no quería que la gente lo señalase por la calle como a un monstruo cabezudo. Con el cuadro de ansiedad llegaron las cefaleas y comenzó a atiborrarse de analgésicos y antiinflamatorios por el día, y luego no dormía por las noches, midiendo la casa a pasos largos y apretándose la cabeza con un cinturón, como si intentara comprimirla. Las verificaciones continuas del perímetro del cráneo con el metro costurero hubieran convencido al más hipocondríaco, pero no a Paco, porque su cabeza no entraba en *Arturo*, y *Arturo* no mentía, él no. Pobre angelote. La verdad es que, de tanto como se lo oía decir, hasta yo le empezaba a ver cabezón.

Un día me desperté en plena madrugada y lo encontré en el cuarto de baño, frente al espejo. El alma cándida se había afeitado la cabeza como un monje tibetano y trataba de enroscarse el sombrero en ella como si fuera una tuerca, llorando a moco tendido y diciendo: «¡Por el amor de Dios, *Arturo*, pon algo de tu parte, coño!».

Una semana después lo encontré muerto en la cocina. Desesperado, había pedido por Teletienda un garrafón del brebaje de esos jibaros reductores de cabezas y se lo había bebido de una sentada.

Que Dios me perdone, pero no cumplí su deseo. Y es que nadie puede culpar a una apenada viuda de querer conservar un recuerdo de su marido. Por eso, el día que lo enterraron, *Arturo* se quedó en el perchero.

Ya hace un año de esto. La vida sigue y me he vuelto a casar. Ernesto es un encantador vicepresidente de no sé qué empresa petrolífera. Y aunque al principio era reacio, acabé por convencerlo de lo guapo... de lo guapísimo que está de sombrero.

Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental

- DocSaludMental en netvibes
- Reseñas bibliográficas

DocSaludMental en netvibes.

Ricardo Onís Romero. Documentalista. Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental.

DocSaludMental, Documentación en Salud Mental, se presenta como un abanico de proyectos cuyo objetivo es poner a disposición de los profesionales de la Red Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias un conjunto de recursos electrónicos que faciliten el acceso a la información especializada.

Desde la Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental, Biblioteca de referencia a nivel nacional, se propone hacer accesible toda la ingente producción científica que se está publicando. La Biblioteca, como Sistema de Información en Salud Mental, aspira a mejorar la eficacia y la eficiencia de un servicio de salud mental¹.

Presentamos la primera iniciativa, DocSaludMental en Netvibes, como acción de asesoramiento en la capacitación a los usuarios, cuidadores y organización facilitando información en materia de Salud Mental².

Netvibes es un servicio web que permite al usuario reunir y recopilar en un espacio digital distintos recursos web. Funciona como un escritorio virtual en el que se pueden agregar fuentes RSS, es decir, formatos utilizados para acceder a las novedades de sitios que se actualizan frecuentemente. Aprovechando la plataforma gratuita, se ha creado un escritorio público personalizado en Salud Mental.

Visualmente DocSaludMental en Netvibes está diseñado en pestañas o solapas, donde cada pestaña contiene distintos recursos especializados. De esta manera y, con tan sólo un clic, podemos acceder a información de actualidad en salud mental. Cabe recordar que netvibes se nutre de información facilitada por agregadores de contenidos, es decir, terceros que actualizan su información, por lo que a través de DocSaludMental obtenemos esa información agregada por distintas fuentes de información.

A través de los denominados widgets, pequeñas

www.netvibes.com/docsaludmental

aplicaciones desarrolladas para insertarlas en netvibes, también se nos presenta la opción de realizar búsquedas desde el mismo entorno sin tener que recurrir a múltiples pantallazos.

Estructura y Contenido

DocSaludMental en Netvibes se estructura en un conjunto de apartados que se irán incrementando según necesidades y actualizaciones informativas. Cada apartado puede contener:

- Rss (Really Simple Syndication), un formato XML para syndicar o compartir contenido en la web. Se utiliza para difundir información actualizada frecuentemente a

¹ Sistemas de Información en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud, 2010.

² Declaración Europea de Salud Mental. OMS. Helsinki, 2005

usuarios que se han suscrito a la fuente de contenidos.

- Widges, pequeñas aplicaciones o programas que permiten acceder a la información contenida en otras webs.
- Contenidos, los introducidos directamente en netvibes.

En cuanto al contenido, se presenta un escritorio inicial donde se facilita información de carácter general acerca de la Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental, desde su ubicación, servicios hasta enlaces relacionados en materia de salud en el Principado de Asturias.

El resto de información que se facilita accesible en modo de pestañas son : Revistas de la Biblioteca, Bases de datos, Organismos, Asociaciones profesionales, Prensa, Instituciones, Blogs, Multimedia, Congresos y Eventos, Petición de artículos.



En **Revistas de la Biblioteca** se recogen los sumarios de los títulos suscritos por la Biblioteca de tal manera que los profesionales asturianos conozcan de un solo vistazo en contenido de los números que se van recibiendo. Cabe reseñar que desde la Biblioteca se puede acceder a otros títulos de revistas merced al convenio de colaboración que supone el Catálogo Nacional de Publicaciones Periódicas en Ciencias de la Salud, denominado C17. Cuenta con un enlace a un formulario de petición de artículos.

Bases de datos, incluye los widgets de las principales bases de datos que han desarrollado estas aplicaciones : PubMed, Cochrane Library, Scielo, Ibecs, y MedLine Plus. En el caso de PubMed se incluyen rss sobre lo publicado en materia de Mental Health (major topic), lo publicado en Asturias en relación con la salud mental, y de carácter general, un rss sobre lo publicado por profesionales y/o investigadores en Asturias.

Multimedia representa el acceso a documentación audiovisual: imágenes, videos y podcast. En videos, búsqueda preestablecida para Mental health y Salud Mental en YouTube y en MedWorm. En imágenes, se ha insertado el widget que permite el acceso a Flickr, Google, Ask y Yahoo. Se realizó una búsqueda sindicada con Salud Mental de carácter general, y otra, a modo de ejemplo, con Schizophrenia.

En podcast, archivos sonoros, se incluye el rss del Royal College of Psychiatrists, de MedWorm, y el widget para iTunes, Odeo, Pluggd y Podemos.

Como noticias de actualidad, en **Prensa**, se incluyen los contenidos sindicados de NoticiasMédicas, El Mundo y DiarioMédico en relación con la psiquiatría y las neurociencias.

Asociaciones Profesionales recoge información relativa de aquellas webs que permiten la sindicación de contenidos mediante un rss : la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (Fepsm), de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

Congresos y Eventos recopila los relativos a enfermería en salud mental, psiquiatría y

psicología.

Blogs enlaza a otros recursos informativos que sin gozar del carácter institucional, recogen información de actualidad y generalmente agregada por profesionales en la materia.

Las **Instituciones** apenas cuentan con aplicaciones rss por lo que la información ofrecida se realiza mediante el enlace a la web correspondiente.

Este escritorio virtual de DocSaludMental pretende recopilar información de actualidad y facilitar, en un mismo espacio, el acceso a recursos electrónicos a todos los profesionales de la Red de Salud Mental del Principado de Asturias. La

información prolifera cada día y un espacio como éste ha de estar en constante revisión.

DocSaludMental en netvibes no finaliza aquí,
quedan muchos contenidos que agregar, el camino
comienza ahora...



Fuentes de información y Web 2.0 en la Red de Salud Mental del Principado de Asturias

Ricardo Onís Romero - Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental - Servicio de Salud del Principado de Asturias
ricardo.onis@sespa.princast.es



Introducción

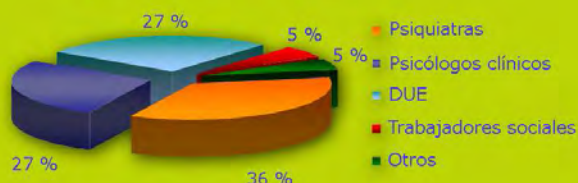


El empleo de herramientas basadas en la web 2.0, con el objeto de recurrir a otras fuentes de información, cada vez es más frecuente entre los profesionales sanitarios. El estudio refleja el conocimiento y utilización que se tiene de estas herramientas dentro de la red de profesionales de la Salud Mental en el Principado de Asturias.

Material y método

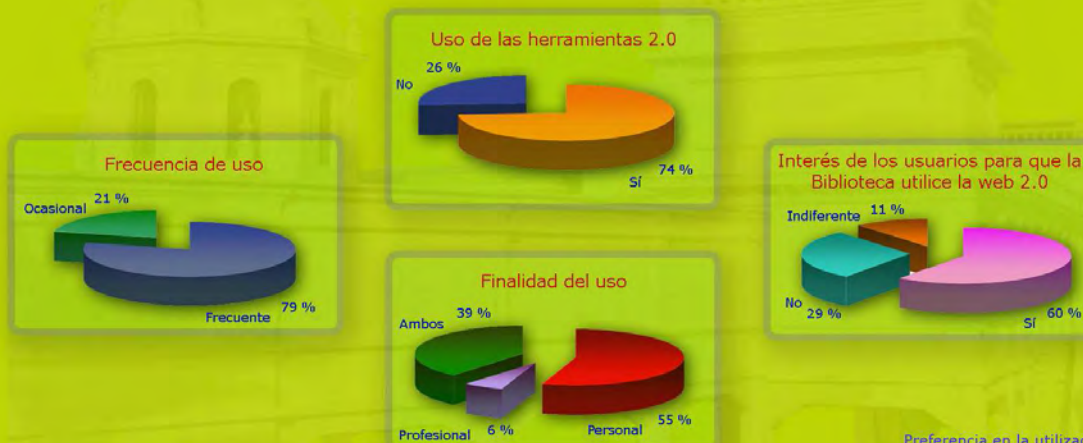
- Elaboración y envío de cuestionario *ad hoc* a profesionales de la Red de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Se empleó la plataforma de www.poll daddy.com
- Explotación de los datos obtenidos mediante la aplicación SPSS (n=170).
- Evaluación cuantitativa y cualitativa de los resultados obtenidos en los cuestionarios.

Perfil profesional de los encuestados



Resultados

Mapa del conocimiento y/o uso de las herramientas 2.0 como fuentes de información en Salud Mental.



Conclusiones

- Necesidad de difundir el concepto y la filosofía de la web 2.0 entre los profesionales de la Red de Salud Mental del SESPA.
- Establecer sesiones de formación para el manejo y explotación de las herramientas 2.0
- La Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental debe plantear nuevos servicios, a través de la web 2.0, que faciliten a los profesionales de la Red el acceso a la producción científica y el intercambio de información profesional.

Preferencia en la utilización

TOP*	Herramienta 2.0	%
1º	Multimedia	27,1
2º	Blogs	24,1
3º	Redes sociales	22,6
4	Wikis	15,1
5º	Twitter	11,1

XIV Jornadas Nacionales de Información y Documentación en Ciencias de la Salud
Cádiz - 13, 14 y 15 de abril de 2011.



Santander Barcelona Sevilla Bilbao Palma Madrid Granada Santiago Cáceres Málaga Terrassa Zaragoza Oviedo Cádiz

25 años

Reseñas Bibliográficas

La medicalización de la vida

Benjamín González Miranda. Voz de los sin voz, 2010

Recoge, en realidad (con apenas alguna modificación y algo más resumido) la Tesina o Trabajo Fin de Máster Interuniversitario de Bioética (IIIª edición) que he debido presentar en Bilbao (Universidad del País Vasco) del 26 al 29 de noviembre de 2009 con el título ***“Medicalización, iatrogenia y ética de las relaciones con la industria farmacéutica”***.

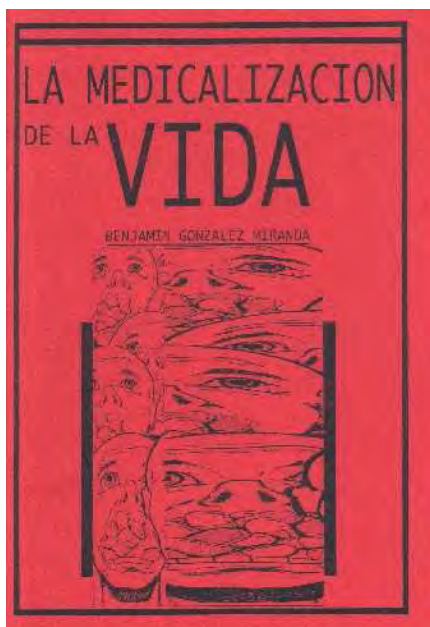
No es más que una invitación a la reflexión y autocrítica que, tras recogida de numerosos hechos y datos, solo pretende contribuir a mejorar nuestra práctica, personal y colectiva.

Parto de mi experiencia como médico de Urgencias (trabajo en el hospital de Cabueñes desde 1987, primero el MIR de MFyC y luego siempre como adjunto del Servicio de Urgencias), de *una observación* (la creciente medicalización de la enfermedad pero también de la salud, de la muerte y, en general, de la vida en los últimos 20 años, reflejada también en los cambios de las urgencias), de *una*

constatación (la respuesta sanitaria genera también iatrogenia, daño y eventos adversos y puede estar contribuyendo a aumentar las diferencias entre los sanos y los verdaderamente enfermos y a una mayor injusticia entre fuertes y débiles) y de *una preocupación* (el posible papel legitimador que en todo ello podamos tener los profesionales sanitarios, especialmente si hay colaboración o silencio).

En el seno de nuestra sociedad consumista e insolidaria hace juego el concepto reduccionista de la salud que propone la OMS (*“no solo la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar físico, mental y social”*), dejándola en manos exclusivas de la medicina, los sanitarios y la industria de la salud, concebida preferentemente como negocio que tiende a anteponer los intereses de ciertos accionistas a las necesidades y prioridades de los ciudadanos.

Es ahí donde encaja la medicina del deseo y la obsesión por **transformar en enfermedad o en problemas médicos lo que no son más que problemas naturales o circunstancias de la propia vida**. Convertimos factores de riesgo (incluso el *riesgo de estar en riesgo*) en enfermedades o *preenfermedades* (prediabetes, prehipertensión, preosteoporosis...). Asistimos a continuas bajadas en los límites o umbrales diagnósticos (colesterol, diabetes,



HTA, asma, test mentales...), resultando así muy difícil que haya alguien sano (y el que así se considere lo será por ignorancia de que está enfermo o porque aún no se ha hecho un análisis o un test genético).

En toda esta medicalización peligrosa, que puede matar, intervienen diferentes elementos (industria, profesionales sanitarios, medios de comunicación, políticos, administración sanitaria, población

y asociaciones de enfermos, la corrupción...).

En el libro se hace un repaso a los encuentros reales de los médicos con la industria (prescripción, información y visita médicas, formación continuada, congresos, regalos, hospitalidad, atenciones comerciales, sobornos...) y también a códigos éticos, deontológicos, normativas y leyes.

La última parte se dedica al **análisis y reflexión bioéticos**, tanto sobre nuestras interacciones con la industria como sobre la medicalización y la hipertrofia de la prevención. Se constatan, a modo de conclusiones, que éstas son maleficientes y afectan al principio de autonomía, el de justicia y otros principios (de solidaridad, de responsabilidad...); que es necesaria la ética de la prescripción pero también un nuevo concepto de salud en el que tenga cabida lo solidario. Se sugiere algún quehacer sobre los hechos y sobre las causas: *desmedicalizar* o no medicalizar, combatir la medicina y la política sanitaria defensivas, promover el principio de responsabilidad y el de precaución, el "*primum non nocere*" y la prevención cuaternaria... En definitiva, avanzar hacia unas mejores prácticas de todos los implicados, más independientes, libres y saludables, con el objetivo del bien común.

Benjamín González. Miranda

La alianza terapéutica : En la terapia familiar y de pareja

Myrna L. Friedlander, Valentín Escudero, Laurie Heatherington

Editorial Paidós. Psicología Psiquiatría Psicoterapia, 2009

“¿Qué hace que una buena alianza sea buena?” y “¿cómo pueden facilitarla los terapeutas?”. Dos grandes cuestiones para abrir un libro. Los autores están convencidos de que una buena alianza se puede ver. Lo que aportan es un método para ver la alianza a través de una lente conceptual derivada de la investigación, la teoría y la práctica clínica. El método responde a las siglas S.O.A.T.I.F (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar –Escudero y Friedlander, 2003-). SOATIF es un proyecto que evolucionó a partir de una colaboración entre investigadores de terapia familiar españoles y norteamericanos propiciada por un programa de intercambio España-EE.UU para estudiantes.

Dentro de la investigación empírica sobre psicoterapia, la alianza terapéutica es un factor común de vital importancia. Es la base sobre la que se construye todo lo demás. Cuando se evalúa al principio del tratamiento, es un predictor significativo del éxito en el resultado de la terapia. Cómo construirla, evaluarla y repararla es siempre un reto, pero se hace complejo aún más cuando se trabaja con familias o parejas frente al formato individual. Los autores han comprobado que se sabe muy poco acerca de cómo desarrollar y mantener alianzas sólidas en el tratamiento conjunto. Por lo tanto, este libro supone un avance científico en dicho campo.

Para los autores, el estado de la alianza en cuanto a sentimientos y pensamientos se pone de

manifiesto en 4 dimensiones comportamentales: *Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión Emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de compartir el propósito dentro de la familia*. El Enganche se ve, por ejemplo, cuando los miembros de la familia exponen problemas para discutirlos; el Sentido, se ve cuando los clientes proponen un compromiso; la Seguridad, cuando destapan un secreto; y la Conexión, cuando expresan sentimientos cálidos o gratitud hacia el terapeuta. También se pueden ver alianzas en sentido negativo cuando los clientes no sintonizan o se cierran, cuando actúan a la defensiva o se ponen en guardia, cuando se olvidan de las citas o le quitan valor abiertamente al proceso de terapia. De identificar las conductas de



los clientes que revelan una alianza fuerte o débil a identificar las conductas del terapeuta que contribuyen a ello sólo hay un paso.

A pesar de que el SOATIF fue creado para utilizarlo en investigación, una de las cosas que en mayor medida impulsó a los autores a desarrollarlo fue su potencial para la Formación, la Supervisión y la Autosupervisión. Aprender a manejarlo mejora la práctica clínica. En la siguiente página web el lector podrá encontrar los instrumentos para su aplicación: www.soatif.softa.net. Las escalas de observación y sus definiciones operacionales son francamente útiles. Vienen incluidas en el Manual del Sistema de Observación, páginas 27-61. Contienen 44 descriptores del comportamiento de los clientes y 43 descriptores de las contribuciones del terapeuta. Los cuestionarios de autoinforme del terapeuta también pueden convertirse en herramientas de fácil integración en la práctica cotidiana.

El libro presenta el SOATIF en detalle y lo salpica con viñetas clínicas. Organiza y sintetiza la riqueza de la información a la que deben prestar atención los terapeutas. Lanza la hipótesis de que un desequilibrio en la Seguridad o en la Conexión Emocional (las dimensiones relacionadas con el

Apego) es más perjudicial que un desequilibrio en el Enganche. Transmite la idea de que la forma en que un terapeuta actúa para fomentar la alianza depende en cierto modo de su modelo teórico. Me encanta cómo disemina por todo el texto, en una fina mezcla entre historia y presente, referencias a la manera en que las distintas escuelas de Terapia Familiar se posicionan respecto de la alianza terapéutica. En el capítulo 8 aborda específicamente el tema de la contratransferencia y en el capítulo 9 la terapia con clientes que no la desean o que acuden obligados. Especialmente gratas me han sido de leer las páginas dedicadas a “La unión a la familia y el uso empático del Yo” (pág.126), “Alianzas fallidas entre los profesionales” (pág.253) y “Aplicaciones en la práctica clínica, la formación y la supervisión” (pág.270).

En definitiva, el libro es valioso porque ofrece muchas pistas para moverse mejor en consulta sin ser un tecnócrata. Lo considero muy recomendable para todos aquellos que quieran someter a reflexión y crítica constructiva su propia manera de formar las relaciones con los pacientes.

Donación bibliográfica

El doctor José García, quien fuera Jefe de Servicio en Psiquiatría de Enlace del HUCA, ha remitido una colección de libros sobre Terapia Sistémica para incrementar los fondos bibliográficos de la Biblioteca. Pendientes del proceso técnico, estarán a disposición de quienes deseen utilizarlos y accesibles desde el catálogo online de la Biblioteca. Destacar que la mayor parte de los libros donados están descatalogados con lo que la dificultad para hacerse con ellos por los cauces habituales de librería incrementan su valor. Desde la Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental se agradece públicamente la donación.

Congresos, Jornadas y Seminarios

II JORNADAS DE HOSPITALES DE DÍA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
Y VIII JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES DE DÍA
Sigüenza, 9 y 10 de Junio de 2011



Los objetivos serán:

- Mejora/ modificación de actitudes en las relaciones y trabajo en equipo multidisciplinar
 - Conocer e iniciar la puesta en marcha de indicadores de calidad en la práctica diaria
 - Conocer el procedimiento de la acreditación de calidad en un Hospital de día
 - Ampliar conocimientos sobre el tratamiento de la patología mental grave
-

La Asociación Asturiana de Psicoterapia Psiconalítica viene organizando un Ciclo de Conferencias bajo el título *La Pareja*. La tercera sesión tendrá lugar el 11 de junio en horario de 10 a 14 en el Aula de Docencia del Hospital Monte Naranco de Oviedo. Más información en 985 29 65 00

La pareja : ¿Vínculo o relación de objeto?. Distintos modelos psicoanalíticos

XX Congreso Nacional de Psiquiatría Legal
Del 8 al 9 de junio de 2011 en Palma de Mallorca. Organizado por la Sociedad Española de Psiquiatría Legal con el lema La responsabilidad profesional.
Más información es www.psiquiatrialegal2011.org





WPA Thematic Conference

La WPA organiza para febrero de 2012 la Conferencia Temática sobre Salud Mental y Medicina de Familia en la ciudad española de Granada.

Mental health and family medicine professionals, working together.

II Congreso de Patología Dual : Conductas adictivas y otros trastornos mentales

Durante los días 5 al 8 de octubre de 2011, Barcelona será la sede del II Congreso Internacional de Patología Dual, organizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) con la colaboración de la Asociación Mundial de Psiquiatría, El Ministerio de Sanidad y Consumo y la Generalitat de Catalunya.



www.patologiadual.es/cipd2011

XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados 15th International Nursing Research Conference



Del 15 al 18 de Noviembre de 2011 / November 15th to 18th 2011. Madrid (ESPAÑA / SPAIN)

Un año más, el Instituto Carlos III organiza el Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Este año Madrid será la sede para la presentación y difusión de los trabajos en enfermería. Más información en

<http://encuentros.isciii.es/madrid2011/>





SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA
UNIDAD DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL